

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

SERVIÇO SOCIAL

NÍCOLAS VAZ

**O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL E O CONSUMO DE
DROGAS: INTERFACES NAS POLÍTICAS DE SAÚDE**

PORTO ALEGRE

2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

SERVIÇO SOCIAL

NÍCOLAS VAZ

**O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL E O CONSUMO DE
DROGAS: INTERFACES NAS POLÍTICAS DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requerimento para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientação: Prof. Dr. Tiago Martinelli

PORTO ALEGRE

2018

CIP - Catalogação na Publicação

Vaz, Nicolas
O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL E O
CONSUMO DE DROGAS: INTERFACES NAS POLÍTICAS DE SAÚDE
/ Nicolas Vaz. -- 2018.
78 f.
Orientador: Tiago Martinelli.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto
de Psicologia, Curso de Serviço Social, Porto Alegre,
BR-RS, 2018.

1. Consumo de Drogas. 2. Projeto Ético-Político. 3.
Redução de Danos. 4. Reforma Sanitária. 5. Reforma
Psiquiátrica. I. Martinelli, Tiago, orient. II.
Título.

NÍCOLAS VAZ

**O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL E O CONSUMO DE
DROGAS: INTERFACES NAS POLÍTICAS DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social pelo curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

Aprovado em ____ de _____ de 2018.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Tiago Martinelli
Orientador

Prof^a. Dr^a. Miriam Thais Guterres Dias
Arguidora

AGRADECIMENTOS

Este trabalho, mesmo levando apenas meu nome, é resultado das ações de um grande número de pessoas especiais que me apoiaram ao longo dos cinco anos de graduação e, a estas pessoas, expresso aqui minha gratidão. Agradeço primeiramente aos meus pais, Juarez e Vaneza, por todo o suporte dado ao longo desses anos, suporte este, de todos os tipos, mas, principalmente, emocional. As viagens de volta para a casa deles sempre foram um refúgio do turbilhão da Capital e da graduação. Sem seu apoio e amor incondicional nada disso seria possível.

Eu não saí de Sapiranga sozinho e agradeço à pessoa que me acompanhou ao longo desses anos: meu irmão Erick, que foi companhia constante cumprindo diversos papéis nesse processo - irmão mais velho, amigo, colega de quarto, revisor de trabalhos acadêmicos e, acima de tudo, parceiro essencial nessa aventura de se mudar e se formar. E falando de irmãos, gostaria de agradecer minha irmã de coração, Bruna, por ter sido uma amiga maravilhosa nesses anos de UFRGS, por ter dividido o quarto comigo nesse último ano - um quarto caótico devido aos dois estarem surtados nos seus TCCs - independente dos rumos que a vida tomar sei que sempre poderei contar contigo e me enche de orgulho olhar pras minhas tatuagens: tua arte viva no meu corpo. Além destes irmãos, agradeço à Carla por inúmeros rolês, jantas e festinhas, onde além de diversão também dividimos apoios e afetos nos desafios infinitos da vida. Agradeço ainda àqueles que, junto destes três, através de muita comida, bebida e jogos, vieram a formar a minha família de Porto Alegre: Bruno, Biel, Gabi e, finalmente, Mari.

Mariana que conheci no segundo ano da graduação, quando era seu veterano, que rapidamente descobri que além de linda e divertida era incrivelmente inteligente, gentil, e tinha uma força de vontade infinita para alcançar seus objetivos. Pra minha felicidade um desses objetivos é também meu: ficar junto e dividir essa vida maluca. Agradeço por todo apoio sem limites que me proporcionou nesses anos todos, por todo o carinho e toda motivação, por todos momentos de distração e diversão, por todos jogos jogados, todas séries assistidas e todos memes compartilhados, fundamentais em manter minha sanidade nesse

processo. Espero poder te retribuir tudo isso que me proporcionou e espero que, no futuro, continue te agradecendo em dissertações, teses e livros.

Agradeço ainda a todas as pessoas que me acolheram em Porto Alegre, sejam da UFRGS, da CEUPA, da CEU ou da rua. Todos os vizinhos, colegas e amigos que participaram dessa jornada: mesmo que hoje em dia possamos estar distantes seu apoio e presença estarão sempre marcados em mim. Agradeço em especial dois vizinhos que ajudaram a tornar a CEU um lar tão acolhedor: Eliseu, que, no meu primeiro dia aqui, apareceu com uma sanfona no quarto pra me dar boas vindas, sendo sempre uma presença com quem podia contar e Jeanne por me acolher e me sentir fazer parte da casa, sempre que eu penso nas partes boas de morar aqui, eu penso em você como maior exemplo delas: a parceria, a coletividade e o carinho entre amigos.

Não foram apenas essas amizades, da Capital, que me fortaleceram e me ajudaram nesse processo. Agradeço do fundo do meu coração aos amigos de Sapiranga - mesmo que ninguém mais more lá - que não só foram companhias essenciais nesses últimos anos, mas grandes amizades desde a infância. Gabriel, Lucas e Michael, eu tenho muito orgulho da amizade e do grupo que construímos ao longo destes anos, eu sou muito grato de poder contar com vocês e dividir mais de uma década de companheirismo.

O caminho até a formatura no Serviço Social foi longo e árduo, mas me concedeu oportunidades incríveis e, principalmente, vínculos com pessoas maravilhosas que ultrapassam o espaço da UFRGS. Agradeço às colegas que fizeram das aulas, eventos, seminários, festas e bares espaços de amor e carinho, obrigado Bárbara, Bruno, Eric, Carina, Clara, Fê, Jéssica, Renata e Wellington. Agradeço em especial as amigas que nesse ano decisivo de 2018 dividiram os pesos e pressões da escrita do TCC, dos concursos, das provas de residência e da loucura do ENADE, compartilhando afetos, desabafos e muito apoio emocional, foi muito bom poder passar por esse processo junto de vocês, Elisa, Isa, Nati e Rai.

Dentro da formação acadêmica, também foi fundamental a passagem do estágio obrigatório no Hospital Psiquiátrico São Pedro. De lá, agradeço à Wanderli de Fátima por me supervisionar, com muita atenção e companheirismo e por me mostrar o que significa resistir enquanto Serviço Social. Obrigado por ser essa profissional incrível. O processo de estágio, difícil e longo, não teria sido possível sem as supervisões acadêmicas semanais, cheias de

apoio e carinho entre o grupo, agradeço à Professora Thaísa por ser ponto de referência e apoio nas minhas inúmeras crises nesse período e ao grupo de colegas que dividiram os pesos desses estágios: Aline, Angélica, Bruna, Fernanda e Luiza.

Agradeço também à equipe do Programa DES'MEDIDA, por ter me acolhido e me oportunizado a inserção e apreensão dos embates políticos na saúde mental e a importância da luta antimanicomial. Deixo minha gratidão em particular para a Professora Miriam, que além de ser uma mentora nessa caminhada, também aceitou fazer parte da banca deste trabalho. Um obrigado em especial, também, para a Carol e para Chica, por serem as melhores colegas de bolsa que alguém poderia querer.

Minha gratidão vai ao meu orientador, Professor Tiago que me acolheu no início do ano, me ajudou em todas dúvidas e dificuldades e tornou a escrita do TCC muito mais leve e saudável. Obrigado por todas as vezes que perguntou se estava tudo bem comigo e por sempre levar meus limites em conta, permitindo que eu construísse este trabalho da minha maneira.

Finalmente, agradeço à todas e todos trabalhadores que através de seu suor construíram as estruturas físicas e sociais que permitiram que eu, filho da classe trabalhadora, me formasse de forma gratuita no ensino superior. Que meu trabalho sempre seja voltado à essas pessoas.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSAD	Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Outras Drogas
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNDSS	Conselho Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CT	Comunidade Terapêutica
DDS	Determinantes Sociais da SAÚDE
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
ESP	Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul
FERD	Fórum Estadual de Redução de Danos
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HPSP	Hospital Psiquiátrico São Pedro
MTSM	Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa de Agentes Comunitários da Saúde
PEP	Projeto Ético-Político
PRD	Programa de Redução de Danos
PSF	Programa da Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PTS	Programa de Troca de Seringas e Agulhas
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS

Sistema Único de Saúde

UBS

Unidade Básica de Saúde

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso tem como tema O Projeto Ético-político do Serviço Social e o Consumo de Drogas: Interfaces nas Políticas de Saúde. Seu objetivo é analisar os projetos societários presentes na área do consumo de drogas, na saúde e na saúde mental e a relação destes com o Projeto Ético-Político, a fim de reconhecer aproximações, contradições e estratégias para a efetivação do trabalho das/os assistentes sociais na área. O processo para atingir tal objetivo é a análise histórica das políticas de saúde e saúde mental, uma reflexão crítica acerca do consumo de drogas na sociedade capitalista, a inserção do Serviço Social nessas políticas nessa área e a discussão acerca dos fundamentos do Projeto Ético-Político. Este trabalho tem a importância e relevância de ampliar o debate do Serviço Social na área do consumo de drogas, de analisar como a profissão vem trabalhando essa inserção e de identificar os movimentos e projetos que se alinham às diretrizes ético-políticas da profissão. Essa produção é fruto do processo formativo do autor, com centralidade no processo de estágio obrigatório na Unidade de Desintoxicação do Hospital Psiquiátrico São Pedro e a pesquisa realizada acerca da produção do Serviço Social na temática. Sua metodologia é de pesquisa documental e bibliográfica fundamentada no materialismo histórico-dialético. Os três capítulos que compõe o trabalho discutem, primeiramente, a formação das políticas relevantes e as origens do Proibicionismo, seguidos de uma análise das políticas sociais de saúde brasileiras em relação às drogas e da inserção do Serviço Social e, finalmente, a discussão e análise do Projeto Ético-Político em vista do consumo de drogas na saúde. A pesquisa realizada mostra que a saúde, a saúde mental e o consumo de drogas são campos de disputa de diferentes projetos ligados a diferentes classes sociais e que o Serviço Social deve reconhecer esses projetos a fim de defender aqueles consonantes com a profissão. É possível afirmar que a Saúde Coletiva, a Reforma Psiquiátrica e a Redução de Danos, quando apreendidas de maneira crítica e sob a perspectiva de classes, oferecem as maiores possibilidades de efetivação do Projeto Ético-Político na área do consumo de drogas, sendo, então, aliados do Serviço Social.

Palavras-chave: Consumo de Drogas; Projeto Ético-Político; Redução de Danos; Reforma Sanitária; Reforma Psiquiátrica

SUMÁRIO

1.	
INTRODUÇÃO.....	12
2. SAÚDE PÚBLICA, SAÚDE MENTAL E A QUESTÃO DAS DROGAS: RESGATES HISTÓRICOS E CONTEXTUALIZAÇÃO.....	14
2.1 A INSTITUIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	14
2.2 TRAJETÓRIAS DA SAÚDE MENTAL.....	20
2.3 ORIGENS DA QUESTÃO DAS DROGAS: USOS E CONSUMOS.....	28
3. POLÍTICAS PÚBLICAS E A ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS QUE CONSOMEM DROGAS: DIFERENTES PERSPECTIVAS.....	32
3.1 OS MODELOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS.....	33
3.2 AS DIFERENTES PERSPECTIVAS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS SOBRE DROGAS.....	36
3.3 A ATENÇÃO A SAÚDE E O CONSUMO DE DROGAS NA SOCIEDADE DE CLASSES: SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE COLETIVA.....	40
4. PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL: VIVÊNCIAS E POSSIBILIDADES NA ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS QUE CONSOMEM DROGAS.....	46
4.1 INTERFACES ENTRE O PROJETO ÉTICO POLÍTICO DA PROFISSÃO E O CONSUMO DE DROGAS.....	47
4.2 A FORMAÇÃO PROFISSIONAL NA ÁREA DO CONSUMO DE DROGAS.....	52
4.2.1. A formação profissional e a área do consumo de drogas na graduação em Serviço Social da Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul.....	54
4.2.2 A experiência com o trabalho na atenção à saúde de pessoas que consomem drogas no estágio obrigatório no Hospital Psiquiátrico São Pedro.....	55
4.3 PRODUÇÃO CIENTÍFICA DO SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DE CONSUMO DE DROGAS.....	60
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72
APÊNDICE A: ARTIGOS IDENTIFICADOS NA PESQUISA DA PRODUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA TEMÁTICA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM PERIÓDICOS CIENTÍFICOS.....	81
APÊNDICE B: ARTIGOS FILTRADOS E JUSTIFICATIVA.....	89

1. INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso é produto de uma longa caminhada no Serviço Social de estudos e vivências na área do consumo de drogas dentro das políticas de saúde. O interesse pela saúde mental sempre foi presente, se consolidando no estágio obrigatório na Unidade de Desintoxicação Jurandy Barcellos no Hospital Psiquiátrico São Pedro, onde o foco desse interesse passou para o fenômeno das drogas. A experiência de estágio trouxe a oportunidade de vivenciar as maneiras tradicionais de se lidar com o consumo de drogas: a abstinência como cura da dependência química e a articulação com instituições privadas de caráter religioso e isolador, além das vivas expressões manicomialmente presentes no Hospital. Por outro lado também foram vivenciadas resistências diárias, tanto do Serviço Social quanto dos usuários, na busca de uma atenção à saúde mais crítica à realidade e que oferecesse soluções para além da internação e cessação do uso.

A busca por alternativas ao que se vivenciou no estágio levou ao aprofundamento nos estudos na área, que se tornou objeto na pesquisa “A Produção Teórica do Serviço Social na Temática de Álcool e Outras Drogas em Periódicos Científicos” e na análise na disciplina de “Oficina de Análise de Políticas Sociais”, onde foram investigadas legislações e programas centrais no cenário do consumo de drogas no Brasil. Além das produções acadêmicas, a relação com o consumo de drogas se estreitou com a participação no Projeto de Extensão DES’MEDIDA da UFRGS, atuando junto da equipe de Desinstitucionalização do Instituto Psiquiátrico Forense (IPF) e com o Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul (TJ-RS) para o impedimento da internação de pacientes judiciário em prol do cumprimento de pena domiciliar, realizando tratamento no seu território na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Na mesma época ocorreu a participação no I Seminário Nacional de Serviço Social, Saúde Mental e Drogas na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ).

Essas experiências se tornaram fundamento para uma nova apreensão acerca, primeiramente, da saúde mental, na defesa da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial

e, posteriormente, do consumo de drogas, através da aproximação com as teorias de Redução de Danos e a crítica marxista realizada por autores do Serviço Social. Através dessas construções se identificou a necessidade de pensar a inserção das/dos assistentes sociais na área, para que o paradigma do Proibicionismo seja superado em prol da criação de alternativas transformativas centradas na classe trabalhadora.

O presente trabalho busca, então, articular, através de pesquisa documental e bibliográfica, fundamentada metodologicamente no materialismo histórico-dialético, o espaço que as políticas públicas - em especial da saúde - sobre drogas ocupam com o Projeto Ético-Político do Serviço Social. A Redução de Danos toma espaço de enfoque como principal estratégia de superação ao Proibicionismo. Articulados ao Projeto Ético-Político também estão os movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, além do projeto da Saúde Coletiva.

Esta produção está dividida em três capítulos. O primeiro objetiva resgatar, historicamente, os processos de consolidação das políticas públicas da saúde e de saúde mental, com enfoque na instituição do Sistema Único de Saúde e da Rede de Atenção Psicossocial, situando a presença do Serviço Social. Neste capítulo também se discute a origem do Proibicionismo, o espaço social ocupado pelas drogas e visão marxista acerca do uso que, no capitalismo, passa a se tornar consumo.

No segundo capítulo temos uma análise das presentes políticas públicas sobre drogas no Brasil, principalmente na saúde. São trazidos diferentes modelos em que estas políticas podem ser analisadas, reconhecendo seu papel de reforçar ou de desconstruir o Proibicionismo. É analisado ainda a inserção do Serviço Social nestas políticas, desvendando seus desafios e possibilidades e como enxergar o consumo de drogas dentro da sociedade de classes.

Finalmente o terceiro capítulo analisa a relação do consumo de drogas com o Projeto Ético-Político, são investigados o Código de Ética da profissão, as leis que a regulamentam e as Diretrizes Curriculares. A formação profissional ainda é objeto de estudo no capítulo, sendo analisadas as experiências de estágio e a pesquisa das produções acadêmicas da profissão.

2. SAÚDE PÚBLICA, SAÚDE MENTAL E A QUESTÃO DAS DROGAS: RESGATES HISTÓRICOS E CONTEXTUALIZAÇÃO

O consumo de drogas é um fenômeno e ponto de intersecção de expressões da questão social que surge de maneira transversal no trabalho da/o assistente social. Diferentes políticas públicas reconhecem e intervêm neste consumo de maneiras divergentes, refletindo ideologias e interesses de classe. A saúde é a política social com maior envolvimento na temática e, historicamente, ficou a cargo - juntamente com a segurança pública - das respostas às demandas sociais produzidas pelo consumo de drogas. Mais especificamente, a saúde mental é a política que cumpre o papel de atenção à saúde de pessoas que consomem drogas.

É imperativo, então, conhecer como se articulam as políticas de saúde e de saúde mental no Brasil e, principalmente, desvendar os diferentes projetos em disputa nesses espaços, explorando suas origens históricas e ideológicas. A questão das drogas em si também será objeto de análise, buscando a origem do proibicionismo e como se apresentam as políticas públicas brasileiras da área, com ênfase na saúde.

2.1 A INSTITUIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A elaboração e execução de determinadas políticas públicas refletem o contexto social, histórico e político do Estado. Levando em consideração a centralidade do plano econômico nas organizações sociais (MARX, 2017), podemos visualizar relações diretas entre o modo de produção e o direcionamento das diferentes políticas públicas.

Neste contexto, as políticas sociais, principalmente seu núcleo na seguridade social - saúde, assistência social e previdência - se desenvolveram como respostas às demandas de movimentos operários no início do século XX (BEHRING, 2006). Se, por um lado, as políticas sociais surgem da luta do proletariado, elas também assumem certo caráter contraditório, visto que atende as necessidades de expansão do capitalismo ao assegurar as necessidades básicas dos trabalhadores (MIOTO e NOGUEIRA, 2013). Assim sendo, a saúde pública enquanto política social, se desenvolve e fundamenta dentro da sociedade capitalista,

sendo campo de disputa de diferentes projetos societários e profissionais¹, aliados ora à ideologia burguesa, ora aos interesses da classe trabalhadora.

Anteriormente à institucionalização da saúde pública no Estado Novo, no começo do século XX, as políticas de saúde, no Brasil, foram marcadas por lógicas higienistas e biologizantes², frutos da supremacia do conhecimento médico conservador. A saúde pública tinha a função de controlar as populações e era executada de maneira vertical e autoritária, resultando em resistência das comunidades, que não confiavam nas intervenções médicas estatais (PAIM et al, 2011). Sobre o caminho da saúde pública nos primeiros séculos do país, podemos sintetizar que

No século XVIII, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal. No século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. Nos últimos anos do século, a questão saúde já aparece como reivindicação no nascente movimento operário. No início do século XX, surgem algumas iniciativas de organização do setor saúde, que serão aprofundadas a partir de 30. (BRAVO, 2006, p. 2)

Essas organizações respondem às mudanças na organização do trabalho (BRAVO, 2006) e às pressões dos movimentos operários (BEHRING, 2006). Com a emergência do trabalho formal assalariado, as políticas sociais são articuladas para atender esta população em específico, limitando seu alcance aos centros urbanos.

Nas décadas de 30 e 40, durante o período do Estado Novo, foi estabelecido o primeiro ministério voltado para a saúde, sendo instituídos diferentes setores de saúde pública. (PAIM et al, 2011). O sistema de saúde se dividia em dois setores: a saúde pública e a medicina previdenciária, ambos focados em ações sanitaristas e de controle endêmico (BRAVO, 2006). Essa época corresponde à expansão do Serviço Social, que tem nesse sistema de saúde um setor de grande atuação (BRAVO e MATOS, 2006).

¹ Sobre o significado de projeto profissional e societário, ver Teixeira e Braz (2009) e Netto (1999)

² O Higienismo se configura como movimento sanitarista que busca o combate às epidemias através de uma suposta organização social fundamentada na limpeza e ordem, afastando e escondendo a sujeira e os sujeitos indesejáveis - moradores de rua, pobres, loucos, etc, já a perspectiva biologizante reduz a saúde aos processo biológicos dos sujeitos. Juntos, estes fenômenos da saúde, representam um poder e controle pelo saber médico da cidade e do corpo da população (ZORZANELLI e CRUZ, 2018)

As mudanças econômicas da década de 70 representaram, de modo geral, uma reestruturação das políticas públicas (MOTA, 2006). A iniciativa privada, instituída antes da saúde pública, principalmente na atenção hospitalar (BRAVO, 2006), após o golpe militar de 1964, se torna central na expansão dos sistemas de saúde (PAIM et al, 2011). Esse período marca uma investida neoliberal, de enfraquecimento do Estado enquanto responsável pela seguridade social e adensamento da ideologia burguesa

Trata-se de destruir a sociabilidade do trabalho protegido e de construir uma outra, amparada na negação da intervenção social do Estado e na afirmação da regulação do mercado, nas iniciativas individuais e no envolvimento da sociedade civil que, ao se assumirem como co-responsáveis pelas políticas sociais, institucionalizam o terceiro setor. (MOTA, 2006, p. 3)

Além da intensificação da influência privada na seguridade social, as mudanças durante a Ditadura Militar tiveram outros impactos na saúde pública. A expansão da abrangência dos sistemas públicos de saúde se deram através da intensificação do conhecimento médico como estratégia central e a adoção de práticas curativas e medicamentosas, simpáticas ao capitalismo (BRAVO, 2006). Concomitantemente, o Serviço Social passa por transformações na década de 70, visando uma modernização conservadora.

O Serviço Social na saúde vai receber as influências da modernização que se operou no âmbito das políticas sociais, sedimentando sua ação na prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária - maior empregador dos profissionais. Foram enfatizadas as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios. (BRAVO e MATOS, 2006, p. 6)

A década de 70, porém, não foi palco apenas da lógica privatista e, já nessa época, se acentuam as contradições dentro da saúde pública, tanto entre o empresarial médico e os setores estatais, mas também com os emergentes movimentos sociais pela Reforma Sanitária (BRAVO, 2006). Estes movimentos, construídos por atores de diversos setores sociais, principalmente profissionais e usuários da saúde, lutavam por uma concepção política e ideológica que

[...] defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público. (PAIM et al, 2011, p. 18)

A Reforma Sanitária ganha, então, espaço nas discussões de redemocratização da década de 80. O movimento, heterogêneo e composto por diversos coletivos, ampliou o debate sobre o que seria e como deveria vir a se configurar a saúde pública.

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2006, p. 9)

O Serviço Social, na década de 80, passa pelo Movimento de Reconceituação, negando as raízes conservadoras e o tecnicismo moderno da profissão, adotando a tradição marxista como fundamento teórico e ético-político. Esse movimento, porém, se concentra nas universidades e nas produções acadêmicas, não realizando uma real interface com a Reforma Sanitária (BRAVO e MATOS, 2006)

Entre as conquistas do movimento da Reforma Sanitária estão a criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) e a discussão, na 8ª Conferência da Saúde acerca dos modelos de saúde pública, aprovando o conceito da saúde como direito do cidadão (PAIM et al, 2011). As deliberações desta conferência viriam a fundamentar, na constituinte de 1988, as bases do Sistema Único de Saúde (SUS), baseado nos seguintes princípios³:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo; [...] X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (BRASIL, 1988)

A institucionalização do SUS na Assembléia Constituinte não foi, porém, uma vitória completa do movimento da Reforma Sanitária. As discussões acerca do sistema de saúde

³ A lei 13.427/2017 adicionou um décimo quarto princípio que se lê: organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras [...]

foram marcadas pelo embate entre os atores participantes do movimento e a ideologia privatista, representada pelos grupos hospitalares (BRAVO, 2006). Em alguns pontos a saúde pública, então, continuou reproduzindo a hegemonia privatista:

As questões centrais sobre financiamento do novo sistema ficaram pouco definidas, não tendo sido estabelecido um percentual sobre os orçamentos dos quais se origina. Com relação aos medicamentos, há apenas uma alusão à competência do sistema de saúde para fiscalizar sua produção. A saúde do trabalhador não contemplou propostas como o direito do trabalhador recusar-se a trabalhar em locais comprovadamente insalubres, bem como, de ter informações sobre toxicidade dos produtos manipulados. (BRAVO, 2006, p. 11)

Podemos visualizar dois elementos dentro da Reforma Sanitária: o de caráter reformista e o de caráter revolucionário (BRAVO, 2006). Mesmo que sofrendo resistências, os elementos de reforma tiveram parcial sucesso ao institucionalizar o SUS, mas a ideologia revolucionária, de um uma saúde completamente democrática e pública foi apagado pelas investidas privatistas. Essas concepções revolucionárias ainda existem e são praticadas principalmente pela Saúde Coletiva, que será discutida posteriormente.

Na década de 90, durante o Governo Collor, o projeto de saúde pública da Reforma Sanitária ficou em segundo plano para o projeto neoliberal em vigor (PAIM et al, 2011). Esta época marca o começo das contrarreformas do estado brasileiro, onde vitórias asseguradas no processo de redemocratização são revertidas e os governos passam as responsabilidades públicas para a esfera privada.

Com relação ao Sistema Único de Saúde (SUS), apesar das declarações oficiais de adesão ao mesmo, verificou-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral. Algumas questões comprometeram a possibilidade de avanço do SUS como política social, cabendo destacar: o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico – hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. (BRAVO, 2006, p 14)

Com o impeachment do presidente em 92, o projeto da Reforma Sanitária volta a ser discutida: sua descentralização aumenta e é lançado o Programa da Saúde da Família (PSF) (PAIM et al, 2011). O PSF é um importante passo para saúde pública, já que descentraliza a atenção à saúde do médico e institui equipes interprofissionais, além de oferecer atendimento integral aos usuários, os acompanhando do nascimento até a morte. Outro avanço na época é o

Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS), vinculado ao PSF, este programa estabelece equipes de agentes comunitários nas unidades de atenção básica de saúde: trabalhadores residentes dos territórios de atuação que criam um vínculo direto e contínuo com a população atendida.

O governo FHC (1995-2002) é marcado pela acentuação do projeto de contrarreforma do Estado e a saúde continua como campo de batalha entre diferentes concepções. O governo Lula (2003-2010) avança o processo da Reforma Sanitária, mas ao mesmo tempo, fortalece o projeto privatista, institucionalizando o projeto de Reforma Sanitária Flexibilizada, mesmo que cessando com privatizações (PAIM et al, 2011). As expectativas para o governo petista, nas áreas das políticas sociais, era de retomada de um projeto democrático, focado no fortalecimento destas e do estado de modo geral.

Com relação à saúde, havia uma expectativa que o governo Lula fortalecesse o projeto de Reforma Sanitária que foi questionado nos anos 90, havendo, no período, a consolidação do projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista. O atual governo entretanto, apesar de explicitar como desafio a incorporação da agenda ético- política da Reforma Sanitária, pelas suas ações tem mantido a polarização entre os dois projetos. Em algumas proposições procura fortalecer o primeiro projeto e, em outras, mantém o segundo projeto, quando as ações enfatizam a focalização e o desfinanciamento. (BRAVO, 2006, p. 16)

O governo Dilma (2011-2016) é caracterizado pela continuidade do contexto vivido pelo seu antecessor. Essa continuidade é interrompida com o Impeachment da presidenta e a posse de seu vice, Michel Temer. A saúde, junto com todas políticas sociais, sofre uma série de alterações e desmontes: é acelerada a contrarreforma da saúde pública, incluindo de forma mais intensa a participação e controle das esferas privadas e são postas em risco as conquistas da Reforma Sanitária de 1988, usando a crise econômica como justificativa de ataque à universalidade do SUS (BRAVO, PELAEZ e PINHEIRO, 2018).

A saúde pública está, desde o final dos anos 80, em disputa por distintos projetos, sustentados por diferentes ideologias e articulados com divergentes interesses de classe. Disputa intensificada pelo financiamento e funcionamento misto entre iniciativa pública e privada (PAIM et al, 2011). Podemos distinguir três principais projetos na saúde: o Projeto da Reforma Sanitária, nascente do movimento de mesmo nome, o Projeto Privatista, que vem tomando forças e se ampara na contrarreforma do estado e o Projeto da Reforma Sanitária

Flexibilizada, fruto das contradições e embates dos outros dois projetos⁴ (BRAVO, PELAEZ e PINHEIRO, 2018).

Para o Serviço Social é fundamental analisar criticamente estes projetos e procurar as ligações entre suas propostas e o projeto ético-político da profissão. Recentemente o Serviço Social vem se posicionando, cada vez mais, junto da Reforma Sanitária, mas os profissionais ainda tem dificuldade de efetivar os princípios do movimento no seu cotidiano de trabalho (BRAVO e MATOS, 2006).

Dentro da área das drogas, estes projetos incidem no tipo de atenção à saúde oferecida e os objetivos das políticas. Para entender como essas políticas se interseccionam com a questão do consumo de drogas, é preciso, antes, compreender como se instituiu a saúde mental no país.

2.2 TRAJETÓRIAS DA SAÚDE MENTAL

A atenção à saúde de pessoas que consomem drogas, dentro da saúde, faz parte da alçada das políticas públicas de saúde mental, por conta da capacidade dessas substâncias em produzir efeitos psicoativos. A instituição da saúde mental dentro das políticas sociais de saúde se dá em um processo conflituoso e de intensas transformações, marcado por estigmas, violação de direitos humanos, a supremacia da psiquiatria e resistência da população usuária.

A saúde mental, atualmente, enquanto campo de conhecimento e trabalho, não tem como objeto de atenção apenas o “louco”, mas sim a população em geral. Historicamente, porém, aqueles socialmente considerados loucos eram os únicos a serem objetivados pelas ações desta esfera. Para entender este processo, é fundamental entender como a questão da loucura se situa na vida pública ao longo da história da sociedade ocidental.

Uma possibilidade de entender a trajetória da loucura é relacionar com a instituição dos hospitais, visto que estes iriam se convergir na criação do manicômio, maior expressão da segregação e violência contra os considerados anormais. Os hospitais se originaram como

⁴ Esse projeto do SUS possível é pautado por arranjos institucionais, mecanismos gerenciais e responsabilização dos profissionais para a adequação da política de saúde às exigências de uma política de rebaixamento da proposta inicial do Projeto da Reforma Sanitária, mesmo que isso envolva concessões que contraria os interesses dos trabalhadores e o pleno usufruto do direito à saúde. (BRAVO, PELAEZ e PINHEIRO 2018, p.10)

uma instituição de função dupla: acolher os pobres e os segregar do resto da sociedade (DIAS, 1997). Da mesma forma, na Idade Média, os excluídos sociais - leprosos, vagabundos, loucos, etc - assumiram um papel duplo: de exclusão social e de reintegração espiritual⁵ (FRAYZE-PEREIRA, 1984). A dualidade da segregação e cuidado acompanha a saúde mental em toda sua instituição e a presença da religião - seja como mantenedora de instituições, seja como justificadora do sofrimento - é visível e concreta até os dias atuais.

As concepções acerca da loucura passam por grandes alterações com a modernidade. Se anteriormente “os loucos eram vistos como manifestações dos deuses ou possessão demoníaca e sua marginalidade estava associada aos dos miseráveis, dos imorais, dos anciões, dos vagabundos” (DIAS, 1997, p. 2), agora eles passam a ser objetos de estudo, pessoas a serem curadas.

Nesse contexto, marcado também pelo positivismo, a ascensão da burguesia, a Revolução Industrial e a Revolução Francesa, o capitalismo se institui como forma de produção, alterando, profundamente, as relações sociais. Em relação à loucura

O diferente ou anormal no capitalismo será todo sujeito que não tiver aptidão para o trabalho, pois ao pressupor mobilidade social e liberdade individual, torna-se necessária uma forma de controle e separação entre os sujeitos na determinação do seu lugar social [...] (JUNIOR, 2002, p. 88)

O interesse da ordem burguesa de controlar os anormais leva a internação hospitalar, prática ligada à repressão moral e ao trabalho forçado. Soma-se ao interesse de controlar o anormal, a aversão ao irracional. O positivismo e o racionalismo formavam a base filosófica da burguesia moderna e o louco, considerado destituído de razão, era visto como uma vergonha, ou desonra, para sua família, comunidade e sociedade em geral (FRAYZE-PEREIRA, 1984).

Os Hospitais Gerais, ao longo do século XVIII vão dando espaço para instituições especializadas de controle, como é o caso do hospital psiquiátrico, ou manicômio. A instituição psiquiátrica, que surge no capitalismo (JUNIOR, 2002), busca segregar e controlar o louco. O médico psiquiatra detém o poder nesses espaços e o usa para tentar disciplinar o interno e proteger a sociedade em geral (DIAS, 1997). Dentro destas instituições há

⁵ Essa reintegração espiritual se explica na crença cristã que o sofrimento leva à salvação

Mais do que somente uma relação de opressão e violência, a intervenção sobre a vida do sujeito, classificando-o de normal ou anormal, constitui-se na afirmação de um poder médico que, travestido de científico, nada mais é do que a imposição ideológica do modelo de racionalidade burguesa (JUNIOR, 2002, p. 89)

De forma geral, o século seguinte foi marcado pela intensificação da hegemonia dos hospitais psiquiátricos. A medicina se estabeleceu como verdadeira juíza dos loucos e responsável pelo seu controle. No Brasil⁶, a loucura deixa de ser objeto de asilos gerais - como as Santas Casas - e passa a ser trancafiada nos primeiros hospícios do país.

Na primeira metade do século XX, as discussões acerca da saúde mental passam por novas alterações, trazendo diversas tentativas de modernização da psiquiatria (GOMES, 2017). Entre os motivadores deste movimento estão a instituição da psicologia, as guerras mundiais e as mudanças do capitalismo global. No Brasil, essas transformações ocorrem ao mesmo tempo em que o modelo manicomial se fortalece enquanto política pública. Legislações e instituições públicas, orientadas pela hegemonia dos Estados Unidos, se direcionam a um modelo macro-hospitalar (DIAS, 2012).

Neste contexto já é possível enxergar diferentes projetos tomando forma: um centrado na lógica manicomial do isolamento e controle dos loucos e outros que pensam na modernização da saúde mental, refletindo os conflitos da saúde, entre a Reforma Sanitária e a saúde privada hospitalocêntrica. Os distintos movimentos que se propunham a questionar a hegemonia do hospital psiquiátrico viriam a dar origem ao movimento antimanicomial pela Reforma Psiquiátrica.

Originada no final da década de 70 e centrada no Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) - composto por trabalhadores e usuários, a Reforma Psiquiátrica se espelhava na experiência da Reforma Psiquiátrica italiana e nas produções do psiquiatra Franco Basaglia (GOMES, 2017), buscava a ruptura dos modelos manicomial e a defesa dos direitos das pessoas com transtornos psíquicos. Os seus objetivos eram da

⁶ O período de ouro do asilismo (1852 a 1890) é a época do advento e expansão de um saber psiquiátrico brasileiro. Neste período o Visconde de Sabóia cria a Cátedra de Psiquiatria nas duas Faculdades de Medicina existentes no País - Rio de Janeiro e Bahia. O início deste período é demarcado com a inauguração do Hospital de Pedro II (1852) no Rio de Janeiro, primeiro hospital psiquiátrico do Brasil, e o término desta fase ocorre com a criação da Assistência Médica Legal de Alienados (1890). Este órgão estabeleceu as diretrizes para o funcionamento das instituições destinadas ao asilamento e tratamento dos doentes mentais. (DIAS, 1997, p 6)

desinstitucionalização da loucura, para além da simples desospitalização (HEIDRICH, 2017). A Reforma Psiquiátrica, então, tinha pretensões de mudanças radicais na saúde mental.

Do ponto de vista conceitual, a Reforma Psiquiátrica significa, em um primeiro nível, substituir a assistência centrada em instituições totais, fechadas e com procedimentos involuntários [...], por uma atenção psicossocial interdisciplinar no território, com serviços abertos, universais, de fácil acesso, inspirada na perspectiva de conquista dos direitos humanos e da cidadania de seus usuários, bem como integrados intersetorialmente a sistemas únicos e públicos de saúde, assistência social e outras políticas sociais e públicas universais. Em um nível mais amplo e profundo [...] significa também criticar e reconstruir em novas bases [...] os vários saberes convencionais e seus fundamentos epistêmicos, teóricos e jurídicos que incidem sobre o campo, assim como as relações sociais na sociedade mais ampla que sustentam o estigma, a discriminação, a segregação, a negligência e a violência contra as pessoas com transtorno mental e seus familiares. (VASCONCELOS, 2017, p 31)

As propostas da Reforma Psiquiátrica defendem, então, uma reestruturação completa dos serviços de saúde mental, seja dos agentes participativos, através da inclusão de usuários, familiares e trabalhadores nos processos institucionais, ou seja dos serviços ofertados na rede substitutiva (COE e DUARTE, 2017).

O MTSM surge em 1978, em um contexto histórico de retomada de lutas sociais e processos democráticos. A saúde mental, durante a Ditadura Militar, havia passado por processos amplos de privatização, que resultaram na criação da “indústria da loucura”, que lucra com a doença mental (HEIDRICH, 2017). Logo depois de sua formação, o MTSM já se alia ao Movimento pela Reforma Sanitária, como frente contra a privatização da saúde.

Durante a década de 80 o MTSM se estabeleceu como força de mudança, organizando e participando de diversos espaços de discussão e deliberação acerca da organização da saúde mental. Foi no Congresso de Bauru em 1987 que o MTSM se transforma em Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e assume que a Reforma Psiquiátrica não teria efetividade apenas reorganizando os serviços de saúde mental, sendo necessária uma transformação social em relação à loucura (HEIDRICH, 2017).

Ainda na década de 80 surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e os primeiros Núcleos de Atenção Psicossocial, além de diversos outros serviços substitutivos ao manicômio (TENÓRIO, 2002). Em 1989 é apresentada, pelo deputado federal Paulo Delgado⁷, o Projeto de Lei n. 3.657/89, que “Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e

⁷ Eleito pelo Partido dos Trabalhadores (PT) em Minas Gerais

sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória” (BRASIL, 1989).

A instituição da Reforma Psiquiátrica enquanto política pública se dá na década de 90, ao mesmo tempo que o Brasil passa a assumir direcionamento neoliberal, trazendo consequências amplas e negativas para a saúde mental - assim como todas políticas sociais (GOMES, 2017). Da mesma forma que aconteceu com a saúde, este período traz uma intensificação do conflito entre projetos de uma saúde pública e de uma saúde privatista.

A Reforma Psiquiátrica teve seu produto de maior abrangência, em 2001, com a promulgação da Lei n. 10.216/01, resultado da lei elaborada por Paulo Delgado em 1989, sofrendo muitas perdas, relativizando sua efetiva potência antimanicomial, principalmente ao mudar de obrigatório para preferencial o atendimento fora do hospital psiquiátrico (HEIDRICH, 2017). Sobre esse marco legislativo temos que

Esta legislação apresentou a questão da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtorno mental, propondo um redirecionamento do modelo de atenção em saúde mental, sem alterar ou romper com o modelo manicomial, e definiu as internações em voluntária, involuntária e compulsória. [...] ficou distante da radicalidade do projeto original [...] com inúmeros substitutivos. A Lei aprovada mantém a estrutura hospitalar existente, regulando as internações psiquiátricas e apontando para uma proposta de modelo assistencial. (COE e Duarte, 2017, p. 83)

A Lei da Reforma Psiquiátrica então se afasta do fechamento dos hospitais psiquiátricos, passando a ter, como papel principal, o reconhecimento e defesa dos direitos das pessoas com transtorno mental.⁸ É inegável a importância desta legislação, principalmente como marco legal de direitos para uma população historicamente estigmatizada e vítima de violências institucionais. A permanência, porém, de termos como “preferencialmente” e a instituição de meios legais para internações involuntárias e compulsórias, revelam a fragilidade desta em combater a hegemonia manicomial, instituindo então, a existência de sistemas públicos (total ou parcialmente) de saúde mental antagônicos, um baseado nos princípios do MTSM e outro nos interesses privatistas.

⁸ I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades, II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (BRASIL, 2001)

No tempo em que a lei federal tramitou no senado, diversos estados promulgaram mudanças nas suas políticas de saúde mental, sendo o Rio Grande do Sul pioneiro com a Lei da Reforma Psiquiátrica em 1992 (HEIDRICH, 2017). Essa lei surge do movimento antimanicomial gaúcho articulado com o Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), maior instituição psiquiátrica do estado, que, na época, se posicionava em favor da atenção psicossocial e a extinção dos manicômios (DIAS, 2012). O HPSP manteria sua centralidade nas discussões de saúde mental no estado, porém perdendo seu posicionamento antimanicomial e sendo alvo de inúmeros retrocessos.

A virada do século traz a consolidação de uma nova perspectiva de saúde mental no país, mesmo que dotada de limites e contradições

As mudanças nas formas de cuidar em saúde mental estavam sendo desenhadas, mas a “nova hegemonia” ainda limitava-se ao campo conceitual na discussão nos eventos de saúde mental. [...] o Brasil inicia o século XXI com 208 Centros de Atenção Psicossocial em funcionamento, o que representou um grande avanço. Entretanto, o modelo hospitalocêntrico ainda se mantinha quase inabalável, e cerca de 93% dos recursos públicos eram destinados aos hospitais psiquiátricos. (HEIDRICH, 2017, p. 73)

Assim, a efetivação da lei 10.216/01 se deu, majoritariamente, no começo do século XXI, durante o governo Lula. A implementação das diretrizes da legislação se dá em um momento de grandes disputas entre os projetos de saúde pública e o projeto privatista. A rede substitutiva se constrói de forma progressiva na primeira década, ao mesmo tempo que a saúde pública passa por diversas investidas neoliberais, principalmente através da terceirização dos trabalhadores (GOMES, 2017). Ainda neste contexto

[...] esse período ampliou a agenda política para os novos problemas a serem enfrentados, como crianças e adolescentes, uso prejudicial de álcool e outras drogas, leitos de atenção integral à saúde mental no hospital geral, corporativismo médico, avanço tecnológico, atenção à crise, apoio matricial da saúde mental na atenção básica, suporte aos familiares, empoderamento e fortalecimento organizacional do movimento de usuários e familiares em suas bases, violência social, entre outras questões contemporâneas (COE e DUARTE, 2017, p. 84)

Em 2011 é instituída a Rede Atenção Psicossocial (RAPS), composta por diversos serviços de diferente complexidade, centrada nos CAPS e no atendimento substitutivo integral (HEIDRICH, 2017).

Os Caps subvertem a lógica da hierarquização e se organizam agregando os diferentes níveis de atenção à saúde em uma só unidade. Fazem, pois, surgir importantes questões na própria organização do SUS. Prestam atendimento especializado dos casos de transtornos mentais e são responsáveis pelo

acompanhamento dos pacientes nas unidades de internação nos hospitais gerais (QUINDERÉ, JORGE e FRANCO, 2014)

A RAPS tem como objetivo garantir acesso e qualidade aos serviços de saúde mental, tendo como diretrizes a Redução de Danos, a humanização⁹, a territorialização¹⁰, a interdisciplinaridade¹¹, sendo efetivada em função de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) (COE e DUARTE, 2017). Incluso na formação dessa rede está a criação dos CAPS AD, serviços de atendimento integral à pessoas com problemas advindos do uso de álcool e outras drogas.

Atualmente a RAPS, mesmo ainda não tendo alcançando seus objetivos em população atendida, conta com um número expressivo de CAPS. Esses serviços apresentam um grande avanço ao tratamento manicomial, mas ainda são passíveis de repetir as lógicas atribuídas ao hospital psiquiátrico, se tornando mini-manicômios ou ambulatórios pontuais, sem trabalho intersetorial e integral. É desafio diário da gestão, dos trabalhadores e dos usuários construir uma RAPS que realmente seja substitutiva e que efetive um projeto de saúde mental distinto da hegemonia manicomial. Entre as limitações que surgem na instituição da RAPS temos que esta

[...] produziu acentuada rotatividade dos trabalhadores, uma forte institucionalização das práticas e um número baixo de serviços efetivamente substitutivos, como os CAPS III, serviços residenciais e de acolhimento, e bolsas De Volta pra Casa. A difusão do crack e as demandas por novos tipos de serviços adequados à complexidade do problema, após um período curtíssimo de entrada da saúde no campos das drogas, geraram uma onda de práticas manicomiais de internação forçada ou de internações em comunidades terapêuticas, antagônicas ao ideais antimanicomiais (VASCONCELOS, 2017, p. 35)

É possível reconhecer, ainda, um certo caminho de institucionalização da RAPS, que se desloca dos movimentos sociais da luta antimanicomial, deixando a Reforma Psiquiátrica a

⁹ A humanização pode ser compreendida como um vínculo entre profissionais e usuários, alicerçado em ações guiadas pela compreensão e pela valorização dos sujeitos, reflexo de uma atitude ética e humana. [...] a humanização é associada à qualidade do cuidado, que incluiria a valorização dos trabalhadores e o reconhecimento dos direitos dos usuários. [...] a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) abrange: condições de trabalho, modelo de assistência, formação permanente dos profissionais, direitos dos usuários e avaliação do processo de trabalho. (MOREIRA et al, 2015, p.3232)

¹⁰ “[...] um processo de habitar e vivenciar um território; uma técnica e um método de obtenção e análise de informações sobre as condições de vida e saúde de populações; um instrumento para se entender os contextos de uso do território em todos os níveis das atividades humanas (GONDIN e MONKEN, 2009)

¹¹ A interdisciplinaridade busca a superação da fragmentação do conhecimento científico. As conceitualizações do termo são distintas e divergentes, utiliza-se, nesta produção, a vertente social crítica. “A vertente social crítica dirige sua análise para a dimensão histórica e social da produção do conhecimento, consoante com a perspectiva marxista que, postula estar à ciência moderna subordinada à lógica da divisão social e técnico-científica do trabalho no modo de produção capitalista” (MANGINI e MIOTO, 2009)

cargo de documentos legais e gabinetes do governo (HEIDRICH, 2017). A hegemonia manicomial continua presente nas relações sociais, no senso comum e nas ações do Estado e da iniciativa privada. No contexto da implementação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) no começo do século, temos um microcosmos da luta diária da Reforma Psiquiátrica

O poder judiciário questionava a legalidade de passar aos usuários os recursos das internações, ainda influenciados pela racionalidade psiquiátrica da exclusão social e periculosidade do dito doente mental. A mesma cultura manicomial permeia as reações da população (em particular, os vizinhos dos SRT), gestores e trabalhadores, sem um posicionamento ético-político que se alinham com esse novo instrumento estratégico da atenção psicossocial, além da questão do subfinanciamento do SUS desalinhada com esses desafios que o campo da saúde mental apresenta. (COE e DUARTE, 2017, p. 85)

O funcionamento da RAPS como substituidora da lógica manicomial sempre esteve ameaçado pelas forças reacionárias dentro da saúde mental, mas a conjuntura pós-golpe acentua essas ameaças e as forças opositoras. Em dezembro de 2017, o Ministério da Saúde aprovou resolução que inclui o hospital psiquiátrico como parte da RAPS¹², indo ao contrário de toda a trajetória da Reforma Psiquiátrica. Essa decisão foi amplamente rejeitada pelos conselhos das categorias envolvidas, incluso o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS).

Dentro dos processos históricos da luta antimanicomial e da formação do Projeto Ético-Político do Serviço Social, temos o movimento de reconceituação da profissão como contemporâneo da Reforma Psiquiátrica. É possível apontar diversas semelhanças entre os dois movimentos, principalmente a centralidade da defesa dos direitos humanos e da liberdade, os marcos teóricos destes, porém, divergem, já que o marxismo e a luta de classes tomam centralidade na reconceituação, mas sua presença é pontual na Reforma Psiquiátrica, essa se fundamentado nas teorias foucaultianas e basaglianas (VASCONCELOS, 2017).

A/o assistente social, historicamente presente nos serviços de saúde, se vê em um momento crítico de defesa dos fundamentos teóricos, éticos e políticos da profissão dentro da saúde mental. Além do trabalho crítico, integral, interdisciplinar e intersetorial com os usuários da política, dois objetivos importantes surgem na área: a real efetivação da Lei 10.216/01 através da defesa dos direitos da população atendida, sem retroceder as práticas

¹² A webpage do Ministério da Saúde inclui hospitais psiquiátricos e Comunidades Terapêuticas na RAPS: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental/acoes-e-programas-saude-mental/rede-de-atencao-psicossocial-raps>>

hegemônicas de exclusão e controle e dar continuidade ao projeto da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial, aliando seu trabalho ao combate da hegemonia do hospital psiquiátrico e a real apreensão do que significa a desinstitucionalização da loucura. É imperativo, também, dar continuidade a discussão marxista dentro da saúde mental, lembrando que o projeto manicomial tem sua origem no projeto ideológico burguês (DIAS, 2017) e que as mudanças e reformas na saúde mental devem se aliar aos interesses da classe trabalhadora e não aos novos anseios do neoliberalismo.

2.3 ORIGENS DA QUESTÃO DAS DROGAS: USOS E CONSUMO

O uso de substâncias capazes de alterar a percepção humana, denominadas drogas ou substâncias psicoativas, sempre existiu em todas comunidades humanas, seja por motivos religiosos, de prazer ou culturais (GOULART, 2013). Na sociedade contemporânea este uso surge para suprir diferentes necessidades sociais

[...] como alívio de sofrimentos, medidas profiláticas, alteração da consciência e da percepção da realidade, desinibição de sentidos e sentimentos, melhoria no desempenho de inúmeras atividades que comportam expectativas sociais [...]. (BRITES, 2018, p. 44)

O espaço que a droga ocupa na sociedade, quais substâncias são aceitáveis e quais são ilícitas, quais são perigosas e quais são parte da cultura, variam de lugar para lugar e com o passar do tempo. O Proibicionismo, sistema e ideologia que proíbe e/ou pune o uso de certas drogas, originado nos países ocidentais não representa uma atitude típica nem, muito menos, uma visão “natural” do uso de drogas, sendo uma expressão específica da forma de organização social vigente em suas elaborações. As determinações acerca do uso de drogas dependem do sistema de produção econômica e o uso, em si, responde às necessidades sociais advindas deste (BRITES, 2018)

As políticas proibicionistas tiveram origem no início do século XX, implementadas primeiramente pelos Estados Unidos e “exportadas” através da Organização das Nações Unidas (ONU) (LIMA, 2010). O Brasil sempre seguiu as deliberações da América do Norte e, desde seus gênesis, as leis “antidrogas” no Brasil surgiram como artifício de controle contra os setores indesejáveis da sociedade.

Até o começo do século XX, o Brasil não tinha qualquer controle estatal sobre as drogas que eram toleradas e usadas por jovens das classes média e alta, filhos da oligarquia da República Velha. No início da década de 1920, o Brasil começou efetivamente um controle. Naquele momento, o “vício”, até então limitado aos “rapazes finos”, passou a se espalhar nas ruas entre as classes sociais “perigosas”, ou seja, entre os negros e pobres, o que começou a incomodar (SOUZA, 2010 apud PORTO e PASSOS, 2016, p. 173).

A droga que, historicamente se configurava como um produto a ser obtido diretamente da natureza, se transformou, na sociedade burguesa, em mercadoria industrializada - ilegal, ou não - marcando o desenvolvimento de um sistema de produção e distribuição, criando relações de trabalho e, como toda mercadoria, satisfazendo necessidades humanas (ROCHA, 2013). Como toda indústria a mercantilização das drogas resulta em lucro e alienação dos seus trabalhadores (MARX, 2017), criando um amplo sistema que se beneficia da proibição das drogas. A ilegalidade não impede a criação das relações trabalhistas e produção destas drogas, que, longe da fiscalização pública, pode existir da maneira mais exploradora e lucrativa possível.

A transformação do uso de drogas em consumo de drogas é reflexo dessa mercantilização, afinal

No contexto neoliberal, com a ideia de cidadania e de direitos tendo se tornado ideologia de consumo, não caberia perguntar até que ponto o uso abusivo não corresponde exatamente ao ideal de cidadania da sociedade de consumo? A equação é simples: Consumo, logo existo; consumo o que é meu desejo imediato; o máximo de consumo e sem maiores questionamentos. (ACSELRAD, 2017, p. 13)

A maior expressão do sistema proibicionista é a chamada “guerra às drogas”, nome dado às políticas e ações de repressão contra o narcotráfico e pessoas que consomem drogas ilícitas, buscando a idealizada “sociedade sem drogas”. Uma guerra, porém, não existe sem um inimigo a ser detido e as drogas não são, de fato, o alvo desta guerra.

A "guerra às drogas", como quaisquer outras guerras, é nociva, insana e sanguinária. A "guerra às drogas" não se dirige propriamente contra as drogas. Dirige-se, sim, como quaisquer outras guerras, contra pessoas — os produtores, comerciantes e consumidores das substâncias proibidas, especialmente os mais vulneráveis dentre eles, os mais pobres, marginalizados, desprovidos de poder, que são as maiores vítimas da violência causada pela irracional insistência na proibição das selecionadas substâncias psicoativas tornadas ilícitas. (KARAM, 2012 apud ROCHA, 2013, p. 570)

No cenário internacional, a declaração da “guerra às drogas” pelos Estados Unidos, atribuiu o papel de vítima ao país e de agressores aos chamados países produtores - asiáticos e latino americanos - que estariam exportando suas drogas para corromper os jovens americanos (RODRIGUES, 2003 apud BRITES, 2018), legitimando ações agressivas de cunho imperialista por parte dos primeiros.

As políticas proibicionistas, criadas no começo do século XX, vão, ao longo das décadas se espalhando e se institucionalizando gradualmente até que, a partir da década de 60, o consumo elevado de LSD e maconha pelos movimentos de contracultura e, nas décadas de 70 e 80 uma explosão no consumo de cocaína resultam em uma mudança significativa nos padrões de consumo de drogas (BRITES, 2018). Como consequência, a ideologia proibicionista se intensifica no cenário internacional, sob a ótica do combate ao tráfico de drogas global e o “perigo” do maior consumo destas.

A questão do consumo de drogas é um universo extremamente complexo, marcado, atualmente, pela criminalização da pobreza¹³ (LIMA, 2010), o racismo estrutural, a lógica manicomial das internações compulsórias e uma articulação internacional de repressão e moralização deste consumo, efeitos advindos da ideologia proibicionista.

No Brasil as legislações de drogas são amplas e, muitas vezes contraditórias, se dividindo em diferentes concepções (TEIXEIRA et al 2017). Para o presente trabalho são centrais a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, publicada em 2003 que articula as diretrizes para atuação dos profissionais do SUS na área, fruto da luta de movimentos da luta antimanicomial e a Lei nº11.343 de 2006,

¹³ O controle penal sobre a classe trabalhadora é um fenômeno orgânico ao advento das relações de produção capitalistas [...] para conter e punir as chamadas "classes perigosas". Na processualidade histórica do desenvolvimento e expansão da acumulação capitalista, tornou-se um fenômeno ineliminável do Estado para a manutenção da exploração e da dominação da burguesia sobre os trabalhadores. O uso de medidas punitivas e repressivas foi, assim, desde sua origem marcadamente seletivo e classista, tendo sua base ideológica em determinadas "teorias científicas", que afirmavam e difundiam que o crime é próprio dos estratos mais precarizados da sociedade, como as teorias racistas, das quais o darwinismo social e o movimento eugênico foram paradigmáticas. (DURIGUETTO, 2017, p. 105-106)

que institui O Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas (SISNAD) e estabelece o caminho a ser seguido por diversos setores do estado, principalmente a segurança pública, determinando as penas para traficantes e pessoas que consomem drogas ilícitas, que fortalece o Proibicionismo.

É fundamental reconhecer que o consumo de drogas é, antes de tudo, uma questão pública multifacetada, que abrange e demanda intervenções de diversas políticas públicas, entre estas da assistência social, da educação, de segurança e de saúde. Dentro da saúde o consumo de drogas deve ser reconhecido como objeto para muito além da relação de dependência, mas no sentido de que afeta a qualidade de vida e das relações sociais, tanto por conta dos seus efeitos psicoativos, de curto ou longo prazo, quanto pelo estigma relacionado a seu uso.

No rastro dessas tendências, as abordagens sobre o uso de psicoativos tornaram-se mais complexas nas últimas três décadas, extrapolando os limites do conhecimento médico-psiquiátrico, embora [...] essa ultrapassagem de limites não significou uma ruptura com o caráter hegemônico da Psiquiatria [...]. (BRITES, 2018, p.32)

Essa inserção de novas áreas de conhecimento na pesquisa acerca do uso de drogas aparece como resultado, principalmente, da magnitude e urgência que a questão das drogas alcançou no espaço público (BIRMAN, 2013 apud BRITES, 2018). O Serviço Social aparece como uma destas áreas e, na última década a profissão vem produzindo artigos e produções acadêmicas do assunto, buscando refletir seu espaço na intervenção das expressões da questão social ligadas à temática.

As discussões acerca do consumo de drogas, no senso comum, se desdobram para dois principais eixos: a violência urbana advinda do narcotráfico e a “epidemia do crack”, criação midiática que reproduz a ideia de que sofrimento e degradação são inerente ao uso de drogas. A mistificação da origem das expressões da questão social interligadas ao consumo de drogas cria um desejo de soluções imediatas e definitivas, legitimando as políticas repressoras e autoritárias (BRITES, 2018). Aliadas à estas estratégias de mistificação estão as inúmeras campanhas de comunicação que colocam a droga como um inimigo sobrenatural, que não deve ser estudado e nem aproximado, no Rio Grande do Sul, um exemplo claro destas campanhas é o slogan criado pela emissora RBS TV: “Crack Nem Pensar”.

Como questão da saúde pública e ponto de intersecção de expressões da questão social, o consumo de drogas se apresenta como área de importante atuação do Serviço Social.

As políticas públicas que propõe intervenções no universo das drogas podem seguir diversos caminhos ideológicos e teóricos, sendo assim, a apreensão desses diferentes modelos é fundamental para a inserção integral do Serviço Social nesta discussão.

3. POLÍTICAS PÚBLICAS E A ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS QUE CONSOMEM DROGAS: DIFERENTES PERSPECTIVAS

O consumo de drogas é uma área que se mostra presente no cotidiano do trabalho de assistentes sociais inseridas/os em praticamente todas políticas públicas, como a assistência social, o campo sociojurídico, a educação e a saúde. A abordagem que este trabalho toma e as legislações que o preconizam são permeadas por distintas ideologias e projetos antagônicos. O proibicionismo ainda é hegemônico e as conquistas de perspectivas críticas são ameaçadas diariamente.

A segurança pública se insere como a política central da área, priorizando o combate ao narcotráfico e a manutenção do proibicionismo. As políticas relevantes da educação, de forma geral, giram em torno do objetivo de reduzir o consumo de drogas, sem realmente discutir a realidade do consumo e sim apostando em campanhas de medo e demonização das drogas, muitas vezes realizadas por órgãos da segurança pública e de instituições filantrópicas.

Na seguridade social a saúde tem centralidade, onde o cuidado apresentado para pessoas que consomem drogas é influenciado por disputas ideológicas. Tradicionalmente uma questão da psiquiatria, o uso dessas substâncias vem sendo discutido por uma amplitude de áreas de conhecimento. O Serviço Social, precisa, então, desvelar as origens das diferentes concepções de atenção à saúde e analisar criticamente seus objetivos e fundamentos.

Esta análise deve partir da identificação das diferentes forças ideológicas e teóricas por trás das políticas públicas e as estratégias que melhor condizem com o Projeto Ético-Político da profissão e que respaldam a luta da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial. É importante ainda não esquecer o caráter de classe inerente às expressões da questão social no capitalismo, investigando de forma crítica as estratégias encontradas.

3.1 OS MODELOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS

As políticas públicas acerca do consumo de drogas se encontram num universo de disputa entre diferentes modelos e ideologias. O Proibicionismo fundamentou, no último século, uma gama de legislações nos países ocidentais que caracterizam a droga como um inimigo a ser destruído pelo Estado. Alternativas à essa ideologia surgiram nas últimas décadas, propondo diferentes maneiras de se pensar o papel das políticas públicas. É necessário, então, ter uma visão clara dos diferentes posicionamentos e modelos empregados nessas disputas.

Uma das teorias mais comuns na categorização das políticas públicas sobre drogas foi apresentada por Marlatt em 1999. Em seus estudos, o autor aponta três direções gerais distintas que as políticas públicas podem visualizar o uso das drogas: o modelo moral/criminal, modelo doença e o modelo de Redução de Danos. A análise e articulação entre estes três modelos e o trabalho das/os assistentes sociais é fundamental na discussão pretendida.

Para o autor o modelo moral se configura através da criminalização do uso, produção e distribuição de certas drogas consideradas perigosas, com o objetivo de criar uma suposta sociedade sem drogas, ignorando fato do que o uso de substâncias psicoativas é percebido em toda história humana e o objetivo de erradicar as drogas é idealista e inalcançável. O maior produto do modelo moral é a “guerra às drogas” e sua campanha interminável marcada pela criminalização da pobreza e racismo estrutural.

O segundo modelo, saúde-doença, empregado, historicamente nas clínicas de reabilitação, nas unidades de desintoxicação de hospitais psiquiátricos e nas comunidades terapêuticas, considera o uso de drogas como uma doença - dependência química - a ser curada através do saber médico. Os tratamentos elaborados segundo esse modelo buscam controlar os desejos dos pacientes, eliminando a “fissura” e “recaídas”, tendo a abstinência como único objetivo e exercício crônico dos usuários “doentes”.

A primeira vista os modelos moral e de saúde-doença aparentam ser contraditórios, um buscando reprimir e outro buscando curar, mas, na prática os dois agem de maneira conjunta no controle das pessoas que consomem drogas e na erradicação do uso. As teorias

farmacológicas são utilizadas, ainda, para mascarar os interesses políticos e econômicos por trás das políticas proibicionistas, atribuindo a estas uma suposta legitimidade científica (BRITES, 2018). De modo geral, esses dois modelos, dentro da saúde pública, reforçam os projetos privatistas, hospitalocêntricos e manicomiais, ao centralizar o atendimento de pessoas que consomem drogas em grandes instituições hospitalares articuladas com instituições privadas de longa internação.

No Brasil a legislação ambígua acerca de quem é considerado traficante e quem é considerado consumidor¹⁴ (LIMA, 2010) acaba por ditar como as diferentes classes interagem com estes modelos. Enquanto a classe trabalhadora, principalmente os moradores das periferias e as populações negras são, frequentemente, considerados criminosos e traficantes - mesmo quando com quantidades ínfimas de drogas - sendo visualizados, então, dentro do modelo criminal, os burgueses e as classes médias são tratados como doentes vítimas de um mal biológico dentro do modelo de saúde-doença. O tratamento médico, porém, não deve ser visto estritamente como privilégio, visto que o controle psiquiátrico é ainda uma forma de repressão e institucionalização. A junção entre a repressão policial e a intervenção psiquiátrica não é restrita às pessoas que consomem de drogas, sendo uma união histórica e atuando na saúde mental como um todo (BARROS-BRISSET, 2011)

As concepções acerca do uso de drogas de ambos os modelos apontam para uma dinâmica simplista entre droga e indivíduo, ignorando o contexto social e, principalmente, as determinações de classe presentes (BRITES, 2018). A incapacidade destes modelos de oferecer medidas efetivas contra os problemas advindos do consumo, visto que se focam puramente no indivíduo, ignorando os fatores sociais, levaram a elaboração de novas perspectivas. Entre estes, podem ser visualizados outros modelos, como o psicossocial e o sociocultural¹⁵ (NOWLIS 1982, apud BRITES, 2018).

O modelo de Redução de Danos surge como uma alternativa propositiva e viável aos modelos anteriores, buscando intervir nas consequências negativas do uso das drogas e não no uso em si, tornando os usuários como protagonistas das ações e não reduzindo-os a uma

¹⁴ A lei 11.343 faz distinção entre usuários e traficantes, mas não estabelece critérios para essa distinção, ficando a cabo do poder judiciário julgar, caso a caso, como se enquadram os sujeitos apreendidos com drogas ilícitas. (BRASIL, 2006)

¹⁵ Os modelos tradicionais de saúde à pessoas que consomem drogas se estruturam na tríade droga-indivíduo-contexto, o modelo psicossocial tem seu foco no indivíduo, enquanto o sociocultural no contexto. (NOWLIS 1982, apud BRITES, 2018)

condição de “drogado” ou de “dependente químico”. A Redução de Danos é um universo complexo e pode ser pensada em inúmeras maneiras. Podemos apontar alguns princípios que, de forma geral, regem grande parte dessas práticas

1 - a Redução de Danos é uma alternativa de saúde pública para os modelos moral/criminal e de doença do uso e da dependência de drogas [...] 2 - a Redução de Danos reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam os danos [...] 3 - a Redução de Danos surgiu principalmente como uma abordagem ‘de baixo para cima’, baseada na defesa do dependente, em vez de uma política de ‘cima para baixo’ promovida pelos formuladores de políticas de drogas. [...] 4 - a Redução de Danos promove acesso a serviços de baixa exigência como uma alternativa para abordagens tradicionais de alta exigência [...] 5 - a Redução de Danos baseia-se nos princípios do pragmatismo empático versus idealismo moralista. (MARLATT, 1999, p. 45-52)

A gênese da Redução de Danos pode ser visualizada na busca de pessoas que consomem drogas e trabalhadores da área de atenção à saúde com essa população por alternativas à repressão e a moralidade no tratamento. Na Holanda, na década de 80, a Redução de Danos tem ligação direta com os Junkiebond, movimentos de usuários de drogas que promovia o autocuidado e o cuidado mútuo, demandando políticas públicas mais humanas e soluções concretas aos problemas dos usuários. Por parte de movimento de trabalhadores e pesquisadores temos a experiência de Merseyside na Inglaterra, onde foi criado uma rede de atendimentos voltados para a Redução de Danos através da da prescrição da metadona como substituidora da heroína, criando vínculos entre usuário e serviço (MARLATT, 1999)

No Brasil, as práticas de Redução de Danos tiveram origem nos antigos Programas de Troca de Seringas e Agulhas (PTS), criados como resposta à epidemia da HIV/AIDS. Esses programas ampliaram o escopo do seu trabalho e adotaram as estratégias de Redução de Danos, se espalhando pelo país na forma de Programas de Redução de Danos (PRD). Os PRD tiveram ainda uma grande transformação no seu trabalho no momento em que a heroína deixa de ser a droga mais comum dos usuários marginalizados e dá lugar ao crack.

Desde da criação dos programas, os trabalhadores e usuários dos PTS e PRD lutam pela inclusão da Redução de Danos nas legislações sobre drogas (BRITES, 2018). Essa inclusão vem ocorrendo nas últimas décadas, de forma gradual, disputando espaço com ideologias divergentes e antagônica, que refletem os diferentes modelos apresentados.

3.2 AS DIFERENTES PERSPECTIVAS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS SOBRE DROGAS

No Brasil, as legislações acerca de álcool e outras drogas são difusas entre os modelos apresentados (TEIXEIRA et al, 2017) . As políticas de segurança pública, formuladas, majoritariamente pela Secretária Nacional de Políticas Sobre Drogas, seguem fortemente na dimensão criminal, do combate ao tráfico e ao uso. Enquanto as políticas de saúde, instituídas pelo Ministério da Saúde se dividem entre o modelo de doença e a Redução de Danos.

A inclusão da Redução de Danos nas políticas públicas, se deu majoritariamente pela crise social advinda da crescente mortalidade de usuários de drogas injetáveis no final do século XX (BRITES, 2018), revelando o caráter emergencial que a Redução de Danos muitas vezes assume. A inclusão desta estratégia de maneira mais significativa, para a saúde, é na Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2003) traz que

[...] a abordagem da Redução de Danos nos oferece um caminho promissor [...] porque reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida.

A Redução de Danos, porém, aparece de maneira tímida:

Essa crítica [...] não é aprofundada e ao longo do texto ministerial é diluída no reconhecimento da complexidade do tema. Complexidade que, aliás, tem servido a muitos usos, desde a instauração de um acentuado ecletismo de concepções e práticas na abordagem sobre o consumo de psicoativos no interior das Políticas Públicas até a disputa de recursos do Fundo Público, seja por instituições religiosas para a implementação de “serviços de acolhimento e recuperação” aos usuários crônicos de psicoativos. Complexidade que serve também para esfumar as determinações de classe, étnico-raciais e de gênero que incidem sobre o consumo e o comércio de psicoativos ilícitos. Portanto, uma complexidade reivindicada com unanimidade por diferentes instituições e agentes sociais que serve a vários usos, menos para derruir a hegemonia da ideologia do proibicionismo. (BRITES. 208, p. 139)

A partir de 2003 a Redução de Danos aparece, frequentemente, nas portarias do Ministério da Saúde, vindo a integrar a Política Nacional da Atenção Básica em 2011. A presença da Redução de Danos converge com a execução Lei da Reforma Psiquiátrica e da

criação da RAPS, visto que partilham de fundamentos éticos similares: a recusa da soberania do saber psiquiátrico, a integralidade no atendimento e o posicionamento antimanicomial. A maior presença da Redução de Danos e a instituição da RAPS, porém, foram acompanhadas por uma intensificação da presença das comunidades terapêuticas em parcerias com o poder público (TEIXEIRA et al. 2017)

As comunidades terapêuticas são instituições de cunho privado que oferecem tratamento à pessoas que consomem drogas através da internação. Possuem um caráter diversificado, podendo se fundamentar em saberes técnicos ou puramente espirituais¹⁶. Sua origem vem do século passado, sendo que

No Brasil, nos anos 1980 e 1990 podem ser apontados como período de sua expansão. A noção de CT, desde sua criação, é genérica e bastante elástica, o que acaba por muitas vezes prejudicando seu entendimento e definição, englobando, assim, uma grande quantidade de instituições e trabalhos desenvolvidos sob moldes semelhantes. A CT não se constitui enquanto um conceito estático, mas altera-se ao longo do tempo. (WOERNER, 2015, p. 174)

Essas instituições, de forma geral, tem ligações ao assistencialismo e a religião, por conta de grande parte serem desdobramentos de trabalhos de “filantropia” de igrejas (WOERNER, 2015).

As comunidades terapêuticas surgem para suprir a demanda social de um cuidado a usuários de drogas longe da repressão efetivada pelo Estado, em uma época que não existiam políticas de saúde pública para essa população. De modo geral suas origens religiosas lhe dão um caráter moralizador e seus moldes de instituição fechada é similar a lógica manicomial, objetivando a abstinência.

Após a criação da RAPS, as comunidades terapêuticas foram, gradualmente, sendo incorporados a esta, sendo consideradas serviços parceiros do SUS e reconhecidas pelo Estado como espaços de tratamento. Evidências dessa aproximação são a criação do Incentivo às Comunidades Terapêuticas, pelo Ministério da Saúde em 2012 e a adesão desses serviços à RAPS em 2017. A inserção destas na RAPS trouxe também uma rigorosidade técnica e legal sobre seu funcionamento, além de fiscalização de órgãos públicos. Mesmo assim, ainda existem inúmeras instituições deste caráter funcionando de maneira ilegal, oferecendo um serviço aos moldes manicomial e de imposição religiosa (CFESS, 2018).

¹⁶ Aspectos vinculados à espiritualidade, em sua maioria, encontram-se presentes visto grande parte das CTs serem oriunda de trabalhos de “filantropia” de algumas igrejas, alterando sua intensidade e aplicabilidade conforme a instituição. (WOERNER, 2015, p. 174)

Publicado em 2017 pelo Ministério Público Federal, o Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, realizada em 28 CTs distribuídas em 12 estados (inclusive Distrito Federal) , aponta para uma série de violações das normas vigentes para essas instituições e do que preconiza a Lei da Reforma Psiquiátrica.

Apenas 2 das instituições inspecionadas possuem laudos médicos requisitando a internação dos pacientes internados involuntariamente e, algumas das instituições, mantêm práticas de “resgate”, onde a própria equipe da CT se direciona à casa das pessoas e os internam compulsoriamente, usando violência física e contenções mecânicas e químicas. Na questão da liberdade de expressão, apenas 4 das CTs inspecionadas respeitam a liberdade religiosa, sem impôr rotina de orações ou outros rituais religiosos, além disso em metade delas foram identificadas práticas de desrespeito à orientação sexual e identidade de gênero dos internos.

Outras denúncias encontradas no relatório são a presença de adolescentes internos em 11 das instituições, e em 15 das 28 foram mencionadas a presença de trabalhadores “voluntários”, que, na maioria dos casos, trabalham em troca de residência e alimentação, sem qualquer tipo de vínculo formal. Finalmente, a inspeção descobriu ser comum o uso da mão de obra dos próprios internos para atividades de manutenção, limpeza, vigilância e, em um caso específico, construção civil, além de diversas práticas punitivas¹⁷.

O quadro que temos então é o de uma rede de instituições violadoras dos princípios da Lei da Reforma Psiquiátrica, ligada ao “tratamento” moral de pessoas que consomem drogas e reprodutora de lógicas manicomiais. A presença de assistentes sociais nessas instituições pode ser considerada, no mínimo, problemática e até mesmo contraditórias com os princípios do Projeto Ético-Político da profissão

Em outras palavras, os dados coletados refletem que as comunidades terapêuticas se configuram como instituições privadas, confessionais, em que a religião se torna instrumento de tratamento, sem atentar para a realidade social, ética, cultural e religiosa do sujeito. Em geral, as visitas familiares são limitadas e ocorre o cerceamento das relações de sociabilidade, de acesso ao trabalho, à educação, dentre outros. Trata-se de uma tendência no trabalho profissional que confronta com os

¹⁷ Em 16 dos locais inspecionados foram identificadas práticas de castigo e punição a internos. Essas sanções variam entre a obrigatoriedade de execução de tarefas repetitivas, o aumento da laborterapia, a perda de refeições e a violência física. Também foram identificadas práticas como isolamento por longos períodos, privação de sono, supressão de alimentação e uso irregular de contenção mecânica (amarras) ou química (medicamentos) – todas elas podem ser caracterizadas como práticas de tortura e tratamento cruel ou degradante, de acordo com a legislação brasileira. (RELATÓRIO DA INSPEÇÃO NACIONAL EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS - 2017, p. 14)

princípios fundamentais do Código de Ética da/o Assistente Social. (CFESS, 2018, p, 15)

Das 28 CTs inspecionadas, 18 recebiam algum tipo de financiamento público. A transferência da responsabilidade pública para a esfera privada está longe de ser um fenômeno isolado da saúde mental, estando presente em todos setores públicos nas últimas décadas (FERNANDES et al, 2012) e, no caso das comunidades terapêuticas, “A prioridade do investimento na rede privada inviabiliza a criação e o fortalecimento dos serviços, como os CAPS e demais serviços da RAPS” (LEAL et al, 2016, p. 423). É visível, na área do consumo de drogas na saúde, a mesma disputa entre o projeto privatista e hospitalocêntrico contra a saúde pública e coletiva

A ambiguidade das políticas públicas e a prevalência da lógica proibicionista e privatista resulta em dificuldades cotidianas para os trabalhadores responsáveis pela execução das políticas públicas. Os usuários de drogas ilícitas tem o Estado, primeiramente, como um repressor e, sua inserção nessas políticas, se dá, de forma geral, posteriormente à eventos de violência ou de diagnósticos de dependência (BRITES, 2018). Assim as políticas sociais e seus executores não vão ao encontro desta população, agindo apenas nas situações extremas.

O modelo proibicionista propõe a guerra às pessoas que não conseguem, não podem, não querem aceitar as leis que negam sua experiência de uso. Mas são essas pessoas que precisam do atendimento de saúde, de educação e tantos outros apoios que vão permitir religar seus laços com o mundo. A ilegalidade dificulta a possibilidade de contato, de vínculo, cria barreiras reais e simbólicas [...] Tudo é proibido: é proibido, é proibido pensar, é proibido falar, é proibido pedir ajuda, e assim tem-se comprometida a atuação integrada dos gestores, das instituições que agem junto a quem faz uso de álcool e outras drogas. (ACSELRAD, 2017, p, 14)

O acirramento da ideologia proibicionista dentro das políticas públicas no Brasil teve um impulso na última década, por conta da “epidemia do crack”, onde

Apesar da pesquisa da FIOCRUZ (Brasil, 2013) não a ter confirmado, atores do campo da saúde (psiquiatria tradicional) e de grupos religiosos (comunidades terapêuticas religiosas) passaram a defender a internação em massa para usuários de crack, incidindo de maneira seletiva sobre a população em situação de rua. (LIMA, 2017, p. 244)

No âmbito do financiamento público, o dinheiro destinado para ações de repressão é muito maior do que para ações de saúde. Uma análise do Plano Plurianual Federal 2016-2019 revela que o programa “Prevenção, Cuidado e Reinserção Social” da área de álcool e outras drogas teve orçamento previsto de R\$ 653.384.000,00, enquanto o programa “Fortalecer o

enfrentamento à criminalidade, com ênfase nas organizações criminosas, tráfico, corrupção, lavagem de dinheiro e atuação na faixa de fronteira”, principal programa de combate ao tráfico internacional, teve orçamento de R\$ 2.350.392.000,00, ou seja, se prevê cerca de 3,6 vezes mais investimento na “guerra às drogas” do que na real promoção a saúde e tratamento das pessoas que consomem drogas.

A presença ainda pequena da Redução de Danos nas políticas públicas, a crescente presença das comunidades terapêuticas na RAPS e o financiamento privilegiado da segurança pública sobre a saúde mostram um quadro preocupante da situação da área do consumo de drogas no Brasil. O proibicionismo e a hegemonia da abstinência, que recuaram no começo do século, voltam a dominar o debate da atenção à saúde da população relevante. Uma perspectiva crítica e um posicionamento aliado à classe trabalhadora é fundamental nesta disputa.

3.3 A ATENÇÃO A SAÚDE E O CONSUMO DE DROGAS NA SOCIEDADE DE CLASSES: SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE COLETIVA

A Redução de Danos é, sem dúvidas, um avanço ao ser comparada com os modelos moral e médico, apresentando uma alternativa de atenção à saúde humanizada e que protagoniza o usuário, sem intenções de o controlar. Este modelo, porém, é passível de se distanciar uma perspectiva crítica, podendo fundamentar práticas aliadas a diversas ideologias e projetos societários. Para o Serviço Social é importante investigar e analisar essas práticas a fim de encontrar estratégias realmente críticas e condizentes com o Projeto Ético-Político do Serviço Social.

A análise das políticas públicas da área revela a importância do avanço da Redução de Danos enquanto estratégia na saúde, mas sua raiz teórica, que foca no pragmatismo, ou seja, na teoria de que a Redução de Danos deve ser adotada por ter melhores resultados, na redução de índices de uso ou no maior acesso de usuários às redes de atendimento, não deve servir de fundamento teórico para o trabalho da/o assistente social. A profissão trabalha visando a transformação social sob a ótica da luta de classes e não a simples busca de melhorias dentro do sistema vigente e resultados imediatos.

As abordagens dominantes sobre o consumo de psicoativos tendem, portanto, a ocultar ou minimizar as mediações de fato existentes entre o sistema de necessidades

socialmente produzidas e as expressões fenomênicas do consumo de psicoativos. Seja deduzindo o significado dessa prática social das propriedades psicoativas das substâncias (modelo médico e jurídico-moral), seja reduzindo a sociabilidade a mero pano de fundo ou constelação de representações simbólicas (psicossocial e sociocultural), sem qualquer referência às determinações de classe, os modelos dominantes, especialmente os dois primeiros, contribuem para a produção de mitos, preconceitos e legitimação de respostas antidemocráticas ao consumo de psicoativos. (BRITES, 2018)

O trabalho da/do assistente social na política de saúde, aliado ao Projeto Ético-Político da profissão e aos interesses da classe trabalhadora, se orienta pela compreensão do processo de saúde-doença através do conceito de determinantes sociais da saúde (DSS). O Conselho Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), propõe que “[...] os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS e FILHO, 2007, p. 77). Ou seja, o modelo dos DSS compreende a saúde para além de fatores biológicos e individuais, articulando estes com as determinações sociais.

Para o Serviço Social, os fatores econômicos e a divisão de classes são elementos centrais dos DSS. O trabalho se orienta pela identificação da influência das expressões da questão social na saúde dos usuários (dos SANTO, SILVA e MACHADO 2016). A/o assistente social, dentro da saúde, deve, então, ao intervir com pessoas que consomem drogas, adotar trabalho referenciado pela Reforma Sanitarista, adotando o modelo de DSS e partindo de uma perspectiva classista da sociedade. O ponto de partida para essa apreensão é visualizar que os danos à saúde do consumo de drogas, quando existentes, vão muito além dos efeitos físicos e psicoativos e da dependência química, se manifestando por conta do estigma social do uso, da violência institucional que cerca as drogas ilícitas e da falta de informação acerca do uso seguro. Além disso, a própria dependência química - ou vício, precisa ser entendida pelos seus determinantes sociais, levando em conta aspectos como vulnerabilidade social, raça, gênero, sexualidade e classe.

Dentro da saúde pública, de modo geral, as demandas mais evidentes para os profissionais são

[...] democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular. (CFESS, 2010, p. 26)

Ao Serviço Social cabe intervir nesses determinantes sociais e buscar suas raízes nas expressões da questão social a fim de oferecer um acesso a saúde integral, intersetorial e resolutivo.

O trabalho profissional de assistentes sociais na saúde consiste na sua habilidade de identificar e de descortinar os determinantes sociais nos processos saúde-doença e em atuar sobre tais determinantes, promovendo acesso a direitos políticos e sociais (ARAÚJO E DUARTE, 2017, p. 278)

Para realizar esse trabalho, tanto na área do consumo de drogas quanto na saúde pública de forma geral, o Serviço Social se relaciona, de forma interdisciplinar, com diversos outros campos de conhecimentos, entre estes, a Saúde Coletiva se destaca como alternativa crítica aos modelos tradicionais de saúde. A Saúde Coletiva, no Brasil, surge da evolução da Medicina Social e se dá como produto da reforma sanitária, defendendo as diversas práticas e posicionamentos de defesa da saúde pública como direito do cidadão e dever do Estado (NUNES, 2006).

A Saúde Coletiva se situa no marco conceitual que está fundamentado nos princípios e diretrizes do SUS e constitui-se como campo científico consolidado pela formulação de modos de operar que incidem no âmbito das práticas de saúde. Sustenta-se por um campo interdisciplinar dinâmico, renovado e recomposto a partir de uma produção teórica ousada e consistente, enfrentando diversas interrogações e dilemas. (CONTE, PLEIN e SILVEIRA, 2017 p. 96)

A Saúde Coletiva, porém, pode ser entendida para além da saúde pública, como um campo que se constrói através de diversas áreas e saberes, todos direcionados à transformação da saúde.

Além disso [...] quando discutirmos os principais campos disciplinares que configuram a grande área da Saúde Coletiva, observaremos que a sua composição está associada ou àquelas ciências de fronteira, muitas vezes já consolidadas [...], ou às interdisciplinas [...], ou às interciências [...]. Assim, entendemos que o campo não é simplesmente um território opaco, um composto de conhecimentos, saberes e práticas, desarticulados, mas se compõem de acordo com as necessidades em descrever, explicar e/ou interpretar a realidade de saúde que se desejai estudar, avaliar ou transformar. (NUNES, 2006, p. 29)

A Saúde Coletiva se apresenta como campo amplo e repleto de possibilidades. Entre estas está a possibilidade de visualizar e trabalhar na saúde através da perspectiva classista.

Sabemos que o campo da Saúde Coletiva inaugura entre nós a concepção de saúde como resultado de determinantes sociais. Ou seja, é a Saúde Coletiva, no interior do movimento da Reforma Sanitária, que reconhece a saúde-doença como processo social e determinado pelas particularidades do estágio de desenvolvimento do ser social. Processo saúde-doença que carrega, assim, as contradições e marcas dos antagonismos de classe. (BRITES, 2018, p. 130)

Em relação à atenção à saúde das pessoas que consomem drogas, a Saúde Coletiva assume a Redução de Danos como estratégia de atuação, mas investe nessa uma perspectiva crítica, para além do pragmatismo. Essa perspectiva significa

Contrapor-se ao liberalismo implícito [...] de que os indivíduos nascem livres e iguais e têm liberdade para fazer suas escolhas, apostando numa postura - ancorada na visão marxista - que explica que os homens estão submetidos a sistemas de exploração [...]; contrapor-se, por outro lado, aos ditames funcionalistas de que usuários são sujeitos individuais e “disfuncionais”, precisando ser corrigidos [...] apostando na leitura marxista que percebe o consumo como fruto das contradições [...]; contrapor-se à idealização de uma sociedade sem drogas e indivíduos abstinentes, analisando concretamente a mercadorização das drogas [...]; reiterar a noção de historicidade do fenômeno de drogas, notando que a envergadura que ele assume em nossos dias combina com os valores predominantes de tirar proveito de tudo, rapidamente, e por si mesmo; reiterar a saúde como direito social, incluindo no escopo de sua afirmação os usuários de drogas [...]; desenvolver práticas sociais e de saúde não restritas ao controle das drogas ilícitas e que criminalizam os usuários dessas drogas; denunciar as desigualdades de reprodução entre as classes e promover a compreensão das raízes dos problemas relativos ao consumo de drogas nas diferentes classes sociais (SOARES, 2007, p. 130-131)

Temos então, na Saúde Coletiva, uma perspectiva alinhada ao marxismo e perspectiva crítica do Serviço Social. A defesa de uma saúde pública realmente engajada com a classe trabalhadora, na área das drogas se dá, então, não somente pelo repúdio ao proibicionismo e as teorias criminalizantes e moralizantes, mas por um trabalho que reconheça os impactos da desigualdade social no consumo de drogas e que busque a real transformação societária, utilizando-se da Redução de Danos como estratégia e não como fim em si.

Os espaços que surgem para atuação das/os assistentes sociais dentro da saúde para a intervenção com pessoas que consomem drogas são múltiplos. Porém dentro da perspectiva da Reforma Sanitária, Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, Saúde Coletiva e do Projeto Ético-Político do Serviço Social, apenas alguns oferecem possibilidades de real transformação

na saúde pública. A atenção básica¹⁸, principalmente através das ESF, com a possível presença do Serviço Social nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), representam o campo de atuação direta com a população e a RAPS é o atual espaço do trabalho especializado em saúde mental.

Dentro da atenção básica, o trabalho voltado ao consumo de drogas, devem seguir os princípios de uma atenção integral, visando a realidade total dos usuários, assim

A Redução de Danos e a Saúde Mental, voltados aos Programas de Saúde da Família na Atenção Básica, abordam as pessoas, famílias, grupos e instituições em sua integralidade. Consideram aspectos da saúde psíquica e sua interface com o social, trabalhando com educação em saúde e cidadania. Os Programas de Redução de Danos - PRD, por meio de seus redutores, vão até a população, dialogam e trocam não apenas os equipamentos, mas sentimentos, informações e experiências de vida (CONTE et al, 2004, p. 66-67)

O trabalho da/o assistente social, sob essa perspectiva, tem o desafio de trazer à instituição a perspectiva do consumo de drogas enquanto fenômeno da sociedade capitalista, identificando os determinantes sociais presentes na população usuária, bem como os fatores específicos do território. A atenção básica é ainda muito afastada da área de consumo de drogas - quando essa questão surge nos atendimentos é comum o encaminhamento a rede especializada sem se pensar em possibilidades na própria instituição. É necessário romper com a ideia de que problemas advindos do consumo de drogas - e a saúde mental no geral - são demandas apenas da RAPS e sim reconhecer as possibilidades da atenção básica em se aproximar desses usuários e realizar intervenções territorializadas, sem separar a atenção psicossocial do trabalho em saúde no geral.

Dentro da RAPS o trabalho com pessoas que consomem drogas se concentra nos CAPS AD, mas ela aparece em todos os serviços da rede. Independente da inserção no CAPS AD ou nos demais CAPS, a presença do Serviço Social, para além das demandas cotidianas do trabalho, deve representar uma força pela Reforma Psiquiátrica. O trabalho dentro da RAPS e a gestão dessas instituições deve estar sempre atento às armadilhas da reprodução da lógica manicomial e da centralização dos encaminhamentos do serviço aos “mini-manicômios” como as comunidades terapêuticas.

¹⁸ Instituída como porta de entrada na saúde, através das Unidades Básicas de Saúde (UBS) territorializadas. “A Atenção Básica é um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, tratamento e a reabilitação” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

Em 2010 o CFESS, publicou o documento intitulado Parâmetros para Atuação do Assistente Social da Saúde, delimitando os fundamentos do trabalho na saúde. O documento foi dividido entre quatro eixos de atuação: *atendimento direto ao usuário, mobilização, participação e controle social, investigação, planejamento e gestão e assessoria, qualificação e formação profissional*. Através destes eixos é possível analisar e construir o trabalho da/o assistente social em diversas espaços da saúde, incluído o consumo de drogas.

Dentro do eixo de *atendimento direto ao usuário*, temos as atividades de ação socioassistenciais, fundamentais na intervenção nos determinantes sociais da saúde, ou seja, através delas o trabalho na área de consumo de drogas se organiza de modo a enxergar os danos à saúde decorrente deste consumo para além do vício ou dos danos físicos, buscando contextualizar socialmente a relação entre usuário e droga. Neste eixo, o documento ainda apresenta as ações socioeducativas, trazendo que estas

Devem ter como intencionalidade a dimensão da libertação na construção de uma nova cultura e enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas. (CFESS, 2010, p.55)

Na área do consumo de drogas, essas ações são fundamentais, levando em conta a grande mistificação existente acerca do assunto. É fundamental romper com as ideias proibicionistas de demonização das drogas, estimulando uma apreensão crítica e social do que são essas substâncias, quais os prejuízos e efeitos do seu consumo e como as políticas de saúde podem ser pensadas para atender essas demandas.

No mesmo sentido, a *mobilização, participação e controle social*, aparecem como eixo central da relação entre assistente social e população usuária. A participação social na saúde é uma importante estratégia na busca de políticas e atendimentos mais críticos à pessoas que consomem drogas. Além disso, é imperativa a inserção dessas pessoas nos espaços deliberativos, rompendo com os estigmas de que estas seriam incapazes de tomar decisões acerca de si ou dos contextos que se inserem. Finalmente a articulação entre instituições de saúde e movimentos sociais antiproibicionistas e de Redução de Danos é uma importante estratégia de trazer essas ideias mais a fundo dentro das políticas públicas e serviços de saúde.

O terceiro eixo, *investigação, planejamento e gestão*, traz a importância da presença da/o assistente social nos espaços de elaboração e administração de políticas públicas. Esta presença deve se dar como força de reconhecimento das demandas dos trabalhadores

enquanto classe e a apreensão crítica da realidade. Na questão do consumo de drogas é fundamental buscar a intersectorialidade, criando redes entre as políticas da seguridade social rompendo com as práticas proibicionistas e manicomialistas, construindo alternativas à internação psiquiátrica e à ação repressora do estado.

Finalmente, no eixo *qualificação e formação profissional* temos demandas de aprimoramento profissional através da educação permanente¹⁹. Essas atividades são centrais na criação de uma cultura profissional antiproibicionista, visto que o debate da Redução de Danos ainda é pouco existente na formação superior e a visão crítica e classista acerca do consumo de drogas está muito distante do cotidiano dos profissionais. Dentro da Saúde Coletiva a educação permanente surge como importante estratégia de construir perspectivas críticas, incluso a Redução de Danos (CONTE, PLEIN e SILVEIRA, 2017).

A perspectiva classista na área do consumo de drogas, dentro da saúde é multifacetada e requer exercício constante de apreensão crítica da realidade. O Serviço Social e a Saúde Coletiva são aliados neste desafio e tem na Redução de Danos uma estratégia de intervenção antiproibicionista. Cabe às/aos assistentes sociais alinhar seu trabalho à essa perspectiva e buscar construir intervenções e redes de atenção com a classe trabalhadora e as expressões relevantes da questão social como foco. É imprescindível o entendimento da relação do projeto ético-político e dos seus elementos constituintes com as diferentes perspectivas acerca do consumo de drogas.

4. PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL: VIVÊNCIAS E POSSIBILIDADES NA ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS QUE CONSOMEM DROGAS

A inserção do Serviço Social nas políticas públicas que intervêm no consumo de drogas é multifacetada, se deparando com diferentes obstáculos e desafios. Entre estes se encontram a complexidade da área e o conflito entre divergentes maneiras de se pensar a relação entre usuários e droga, aliados a diferentes ideologias e projetos societários. Os

¹⁹ “[...] Educação Permanente é aprendizagem no trabalho onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais” (BRASIL, 2007).

fundamentos da profissão nos dão ferramentas para investigar esse conflito, em busca da apreensão da realidade, reconhecendo o Projeto Ético-Político (PEP) como referência nesse trabalho.

Além de reconhecer as relações do PEP com a área do consumo de drogas, é necessário analisar as demandas que surgem para as/os assistentes sociais na área e como a profissão vem pensando e articulando seu trabalho. A análise passa pelo cotidiano do trabalho, pela formação profissional e pela produção acadêmica do Serviço Social. Dentro da saúde deve-se pensar as aproximações e os afastamentos da profissão com o projeto da Reforma Sanitária e a Saúde Coletiva.

4.1 INTERFACES ENTRE O PROJETO ÉTICO POLÍTICO DA PROFISSÃO E O CONSUMO DE DROGAS

O Serviço Social é constituído pelo seu projeto profissional atravessado por suas questões éticas e seu direcionamento político (NETTO, 1999). Esse projeto é também um projeto societário, que revela concepções ideológicas acerca da organização social, se posicionando enquanto projeto da classe trabalhadora. O PEP se materializa em três principais documentos: o Código de Ética da profissão, as leis que regulamentam a mesma e as diretrizes curriculares (IAMAMOTO, 2004).

O PEP é, necessariamente, crítico e propositivo, se posicionando como antagonista da sociedade conservadora, do neoliberalismo e da pós-modernidade²⁰. O Serviço Social se encontra como resistência à desigualdade e a opressão.

[...] os assistentes sociais há muito acenaram a bandeira da esperança - essa rebeldia que rejeita o conformismo e a derrota-, contradizendo a cultura da indiferença, do medo e da resignação que conduz à naturalização das desigualdades sociais, da violência de preconceitos de gênero, raça e etnia. E conseguiram manter viva a capacidade de indignação entre o desrespeito aos direitos humanos e sociais de homens e mulheres, crianças, jovens e idosos das classes subalternas com os quais trabalhamos cotidianamente (IAMAMOTO, 2004, p. 6)

²⁰«A ambiência da condição pós-moderna é marcada pela fragmentação; pelo efêmero; pela volatilidade; pela descartabilidade, novidade e obsolescência instantâneas, pelo simulacro da imagem, pelo desenraizamento histórico do presente e pela nulidade de qualquer projeto que objetive construir o futuro» (BRITES, 2018, p.74)

Dentro da profissão o PEP não é o único projeto, mesmo tendo alcançado condição hegemônica no final do século XX (NETTO, 1999). Por um lado as tendências conservadoras da origem da profissão não deixaram de existir, ressurgindo em velhas e novas roupagens, sempre com a visão tecnicista da profissão. Por outro, teorias pós-modernas conquistam espaço, afastando o trabalho de seu compromisso com a classe trabalhadora. É nesse contexto que a/o assistente social se vê com o desafio de defender o PEP e efetivar seus fundamentos no trabalho.

A sociedade de classes é campo de disputa de inúmeros projetos, sendo o PEP apenas um destes e, nessas disputas, podemos identificar projetos aliados e opositores. Na discussão relevante, temos como aliados o projeto da Reforma Sanitária e da Saúde Coletiva como defesa da saúde enquanto direito universal e dos determinantes sociais e a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial enquanto projeto de uma sociedade mais igualitária e livre dos manicômios. Ao trabalho do Serviço Social dentro da saúde é fundamental a apreensão do PEP e a sua articulação com estes outros projetos.

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da Reforma Sanitária e ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários. (BRAVO E MATOS, 2006, p. 17)

Em relação ao consumo de drogas, o PEP pode enxergar nos movimentos antiproibicionistas projetos compatíveis com seus fundamentos, trazendo a perspectiva da mercantilização da droga e os danos causados à classe trabalhadora advindos da criminalização de determinadas substâncias. O projeto proibicionista e suas ramificações são antagônicos ao PEP, devendo ser combatidos no cotidiano profissional.

O proibicionismo [...] gera um tratamento desigual entre usuários de psicoativos lícitos e ilícitos, serve a interesses econômicos e políticos de dominação e opressão, subalterniza e condiciona as perspectivas democráticas da Saúde Coletiva e da Redução de Dano, gera a violência e a criminalidade em torno da produção, do comércio e do consumo dos psicoativos tornados ilícitos, legitima medidas violentas e violadoras de direitos por parte dos agentes de repressão do Estado, oculta as determinações sociais que incidem sobre os padrões de consumo dos psicoativos, mistifica a realidade e contribui para representações distorcidas sobre os consumidores [...], colabora para acentuar os agravos à saúde e os danos sociais decorrentes do consumo [...] Uma ética fundada nas potencialidades libertadoras da práxis, da afirmação da liberdade como valor ético central, na exigência democrática de enfrentamento das desigualdades econômica, política, étnico-racial e de identidade de gênero, visando ao pleno desenvolvimento dos indivíduos sociais e à afirmação de valores que expressam conquistas históricas e humano-genéricas é,

sem dúvida, incompatível com a ideologia do proibicionismo. (BRITES, 2018, p. 220)

Sendo o PEP incompatível com o proibicionismo, é necessário encontrar maneiras e estratégias de o combater em todas as esferas do Serviço Social. Uma dessas é articulando os fundamentos do PEP com a estratégia de Redução de Danos e com uma visão histórica e crítica do consumo de drogas.

A Lei 8.662, de 1993 regulamenta a profissão de Assistente Social, demarcando suas competências e atribuições, o funcionamento dos conselhos e demais normas relevantes. Dentro da legislação, pode ser destacado o espaço do Serviço Social em

1) coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social; com a participação da sociedade civil; 2) planejar, organizar e administrar programas e projetos em unidades de Serviço Social; 3) prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades em matéria do Serviço Social; 4) realizar visitas, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres em matéria do Serviço Social; 5) encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e população; 6) realizar estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais, junto a órgãos da administração pública direta e indireta, a empresas privadas e outras entidades. (IAMAMOTO, 2004 p. 26)

O Serviço Social efetiva seu trabalho principalmente dentro das políticas sociais, tanto na elaboração quanto na execução dessas. O trabalho voltado para a área do consumo de drogas tem o desafio de questionar as ideologias por trás das políticas públicas e combater o proibicionismo impresso nestas. Como executor dessas políticas é impossível a real efetivação das competências e atribuições profissionais se não houver rompimento com os modelos tradicionais de intervir no consumo: a repressão e a internação manicomial. Transformar o usuário com problemas advindos do consumo de drogas em criminoso ou em ser irracional significa retirar sua cidadania e o excluir da população usuária das políticas sociais.

O trabalho do Serviço Social na elaboração e gestão de políticas públicas assume diversas particularidades conforme a área de inserção. Na saúde é preciso reconhecer o avanço da Redução de Danos, mas também reconhecer a necessidade do aprofundamento da Saúde Coletiva e combater o projeto privatista. Na segurança pública se encontra o grande desafio de rechaçar o proibicionismo e a repressão institucional e histórica contra pessoas que consomem drogas ilícitas. Na assistência social, é necessário pensar intervenções que contextualizem o consumo de drogas com as expressões da questão social e que não resumam

seus objetivos em controlar o consumo. Na educação é urgente a ampliação do debate acerca do consumo de drogas, desmistificando as diversas substâncias e discutindo seus efeitos, prejuízos e prazeres de maneira honesta e condizente com a realidade.

Para que o trabalho com o consumo de drogas se realize de acordo com o PEP é imprescindível o alinhamento com o Código de Ética Profissional do/a Assistente Social. Dividido entre princípios fundamentais, direitos e deveres, o Código de Ética explicita as diretrizes e objetivos do trabalho do Serviço Social. Os onze princípios fundamentais são a expressão das bases éticas e da sociedade almejada pelo PEP.

O primeiro princípio do código, *“Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais”* (BRASIL, 2012, p. 23) nos aponta para alguns caminhos na questão do consumo das drogas. Seguindo uma visão literal de liberdade temos a defesa de que cada indivíduo deveria ser livre para consumir as substâncias que quiser, sem restrições de legalidade. A liberdade defendida pelo PEP, porém, vai além da liberdade das escolhas individuais, reconhecendo a liberdade como precursora da justiça e da equidade social (defendidas no quinto princípio²¹). Assim a liberdade no consumo de drogas seria a liberdade para criar relações com essas substâncias livres do tráfico ilegal, da repressão policial e dos interesses burgueses da mercantilização das drogas. O trabalho da/do assistente social exerce essa liberdade ao adotar posicionamentos críticos ao consumo de drogas e se afastar de teorias que culpabilizam os usuários e que veem na abstinência e na redução do consumo os únicos objetivos possíveis.

O segundo princípio, *“Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo”* (BRASIL, 2012, p. 23), e o terceiro, *“Ampliação e consolidação da cidadania [...] com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras”* (BRASIL, 2012, p. 23), apontam para a necessidade de um trabalho crítico e que combata as ideologias dominantes em prol da classe trabalhadora e setores subalternos da sociedade. No trabalho com consumo de drogas se destaca a necessidade de ir contra as correntes criminalizadoras e medicalizantes, responsáveis por inúmeras violências e violações

²¹ “Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática” (BRASIL, 2012, p. 23)

de direitos, além da aliança com a Reforma Psiquiátrica, defendendo a cidadania e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico, optando pela Redução de Danos como estratégia.

A estratégia de Redução de Danos complementa essa perspectiva quando trabalha junto com os usuários de uso prejudicial de álcool e de outras drogas a retomada de sua cidadania, adotando uma direção de trabalho voltada para a construção da autonomia do usuário no cuidado de si, visando a prevenção, o tratamento e a reabilitação dos usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública. A estratégia de Redução de Danos consiste na direção da produção de saúde do usuário - uma oferta de cuidado diametralmente oposta às propostas da simples abstinência, que visa a remissão do sintoma e a cura do doente (ARAÚJO E DUARTE, 2017, P. 279)

A transformação do espaço que a pessoa que consome drogas, principalmente a considerada “dependente químico”, ocupa na sociedade é trabalho do Serviço Social, como apresentado pelo sexto princípio *“Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças”* (BRASIL, 2012, p. 24) e no oitavo princípio *“Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero”* (BRASIL, 2012, p. 24).

Estes usuários são estigmatizados enquanto “vagabundos”, “bandidos” e até mesmo “zumbis”, no caso do crack, enfrentar esse preconceito é fundamental para ampliar o alcance das políticas públicas e reduzir o impacto social do consumo de drogas, eliminando as concepções morais acerca deste. Além do preconceito sofrido por conta do consumo, a área também é atravessada por outras discriminações como o racismo estrutural da repressão policial, a diferença das intervenções dadas à burguesia e à classe trabalhadora e a exclusão histórica dos “loucos” na sociedade, exclusão, essa, que hoje abarca também os “drogados”. Essa posição é reconhecida dentro do Serviço Social e a cartilha O Estigma do Uso de Drogas aponta que *“cabe à/ao assistente social contribuir com a superação de preconceitos e de perspectivas moralizantes, que contribuem para a violação de direitos das/os usuárias/os de psicoativos.”* (CFESS, 2016, p.13)

A defesa e efetivação do PEP de forma conjunta com outros projetos - como o da Saúde Coletiva e da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial - se sustenta no nono princípio do código *“Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilham dos princípios deste Código e com a luta geral dos/as trabalhadores/as”* (BRASIL, 2012, p. 24). Ou seja, as/os assistentes sociais não estão sozinhas/os na luta antiproibicionista, podendo e devendo se aliar com os profissionais que buscam a transformação social crítica. Apenas

através da interdisciplinaridade é possível oferecer um trabalho realmente integral e transformador.

O terceiro pilar fundamental do PEP, as diretrizes curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), orientam a efetivação do projeto na formação profissional nos cursos de graduação. A relação entre a formação, PEP e o consumo de drogas foi vivenciada durante a graduação em determinadas disciplinas do curso, mas principalmente durante o processo de estágio curricular na Unidade de Desintoxicação Jurandy Barcellos do Hospital Psiquiátrico São Pedro durante um ano e meio.

4.2 A FORMAÇÃO PROFISSIONAL NA ÁREA DO CONSUMO DE DROGAS

As diretrizes curriculares propostas pela ABEPSS em 1996²² marcam a dimensão da formação profissional do Projeto Ético-Político do Serviço Social, elencando princípios e diretrizes para os cursos de graduação, reconhecendo a importância da discussão crítica e histórica da profissão, da interdisciplinaridade, do caráter investigativo e interventivo do trabalho e de diversas outras questões centrais. Para além dessas colocações, o documento apresenta três núcleos de fundamentos na formação: Teórico-Methodológicos da Vida Social, da Formação Sócio-Histórica da Sociedade Brasileira e do Trabalho Profissional.

O núcleo de *fundamentos teórico-metodológicos da vida social* traz a perspectiva de uma formação que enxergue o ser social com totalidade histórica e o trabalho como central na reprodução da vida social, identificando as características da sociedade burguesa. O conhecimento, nessa perspectiva

[...] apresenta-se como uma das expressões do desenvolvimento da capacidade humana de compreender e explicar a realidade nas suas múltiplas determinações. Este núcleo é responsável, neste sentido, por explicar o processo de conhecimento do ser social, enfatizando as teorias modernas e contemporâneas. O tratamento das diferentes filosofias e teorias tem como perspectiva estabelecer uma compreensão de

²² Optou-se por usar o documento original ao invés das diretrizes do MEC de 2002 por acreditar que as propostas iniciais revelam a real fundamentação da formação dentro do PEP. “Assim, defender as Diretrizes Curriculares da ABEPSS de 1996 é um compromisso na defesa do projeto ético político profissional, e a ABEPSS se coloca nesse desafio, de acompanhar e monitorar a implementação das Diretrizes da entidade juntos aos cursos de Serviço Social e das escolas filiadas a entidade.” (ABEPSS)

seus fundamentos e da articulação de suas categorias, o que supõe eliminar a crítica a priori ou a negação ideológica das teorias e filosofias, sem o necessário conhecimento de seus fundamentos. (ABEPSS, 1996, p.10)

A área do consumo de drogas é, historicamente, obscurecida pelo senso comum e pelos interesses das classes dominantes proibicionistas. Desenvolver um conhecimento capaz de desvendar essa realidade, reconhecendo da totalidade do ser social, requer que o assunto seja abordado durante a formação de maneira histórica, reconhecendo a origem do proibicionismo enquanto expressão dos interesses da burguesia do início do século passado e entendendo os processos de mercantilização da droga sob a lógica burguesa. Nas políticas de saúde, apenas com esse conhecimento é possível pensar em intervenções críticas que superem as lógicas manicomialistas e centradas unicamente na abstinência.

A análise da sociedade brasileira e das políticas públicas do país se enquadram no núcleo de *fundamentos da formação sócio-histórica brasileira*.

Este núcleo remete ao conhecimento da constituição econômica, social, política e cultural da sociedade brasileira, na sua configuração dependente, urbanoindustrial, nas diversidades regionais e locais, articulada com a análise da questão agrária e agrícola, como um elemento fundamental da particularidade histórica nacional. Esta análise se direciona para a apreensão dos movimentos que permitiram a consolidação de determinados padrões de desenvolvimento capitalista no país, bem como os impactos econômicos, sociais e políticos peculiares à sociedade brasileira, tais como suas desigualdades sociais, diferenciação de classe, de gênero e étnico raciais, exclusão social, etc (ABEPSS, 1996, p.11)

Nesse sentido é importante ter uma formação profissional que localize o Brasil dentro das relações globais, na área das drogas, sendo a sua adoção do proibicionismo originado nos Estados Unidos e reproduzido através da ONU (LIMA, 2010). Nos movimentos internos são pontos de análise a relação do consumo de drogas com diferentes segmentos sociais, principalmente a criminalização da pobreza e do racismo estrutural. A questão do consumo das drogas, universo de diversas expressões da questão social, requer um debate amplo na formação em Serviço Social, para que suas múltiplas dimensões possam ser compreendidas e situadas no contexto brasileiro. Dentro da saúde e saúde mental é fundamental o aprendizado e reflexão acerca dos diferentes projetos que disputam essas políticas, entendendo suas origens e relações com o PEP.

O terceiro núcleo formativo - *núcleo de fundamentos do trabalho profissional* - trata da apreensão do Serviço Social enquanto profissão e como especialização do trabalho,

reconhecendo seus fundamentos, processo de trabalho e caráter transformativo e investigativo. Para o trabalho na área do consumo de drogas, assim como todas as áreas de inserção profissional, o entendimento dos fundamentos do trabalho é essencial para a intervenção na realidade. Assim todo o entendimento acerca dos processos históricos e projetos societários da área das drogas e da saúde só se efetivam através de um entendimento, também, do trabalho do Serviço Social em todas suas dimensões.

O reconhecimento do caráter interventivo do assistente social, supõe uma capacitação crítico-analítica que possibilite a construção de seus objetos de ação, em suas particularidades sócio-institucionais para a elaboração criativa de estratégias de intervenção comprometidas com as proposições ético-políticas do projeto profissional. A competência teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política são requisitos fundamentais que permite ao profissional colocar-se diante das situações com as quais se defronta, vislumbrando com clareza os projetos societários, seus vínculos de classe, e seu próprio processo de trabalho. (ABEPSS, 1996, p.13)

4.2.1. A formação profissional e a área do consumo de drogas na graduação em Serviço Social da Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul

Os três núcleos, os princípios da formação e as demais diretrizes curriculares da ABEPSS ficaram evidentes durante a graduação. A relação entre estes e a temática do consumo de drogas surgiu, também, em algumas disciplinas durante o processo.

A disciplina “Seguridade Social: Saúde”, mesmo não abrangendo a discussão sobre drogas no seu plano de ensino, foi fundamental no entendimento dos conceitos de determinantes sociais da saúde e da disputa constante entre projetos divergentes nas políticas de saúde pública e no reconhecimento da importância do SUS e a necessidade da sua ampliação.

Posteriormente, a disciplina eletiva “Serviço Social e Saúde Mental” aprofundou os debates acerca da área, principalmente no conflito entre a lógica manicomial e a Reforma Psiquiátrica, evidenciando as múltiplas expressões da questão social inerentes ao espaço social que a loucura ocupa, além de trazer à tona os desafios do trabalho das assistentes sociais nas instituições que atendem esses usuários. Ainda nessa disciplina foram discutidas a fundo as questões do consumo de drogas, inclusive marcando o primeiro momento da formação de contato com as ideias da Redução de Danos e com teorias alternativas ao modelo médico-moral.

A liberdade apresentada na formação para buscar e debater os mais diversos temas trouxe a oportunidade de explorar e pesquisar sobre o consumo de drogas em outras disciplinas. Em destaque temos as disciplinas de “Análise de Políticas Sociais” e de “Pesquisa em Serviço Social II”, na primeira foram analisadas as políticas brasileiras sobre drogas e os gastos em diferentes políticas públicas da área através da Política Nacional Sobre Drogas, do Plano Integral de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas e do Incentivo Financeiro às Comunidades Terapêuticas. Na segunda oportunidade foi pesquisada a produção de artigos científicos em revistas de Serviço Social sobre consumo de drogas. Em ambas ocasiões foram encontrados resultados importantes e centrais para essa discussão e, através da leitura do material pesquisado, foram aprofundadas as concepções acerca do consumo de drogas, das políticas públicas relevantes e da inserção do Serviço Social na área. É possível afirmar que as diretrizes curriculares da ABEPSS se fizeram presentes nesses espaços, assim como as demais facetas do PEP.

Os espaços reservados para a discussão acerca do consumo de drogas em sala de aula foram escassos durante a formação, mas a discussão e a pesquisa acerca do assunto, por iniciativa discente, foram incentivadas e de ricos resultados. A estrutura da formação profissional na graduação possui seus limites e é evidente a impossibilidade de se ofertar espaços e disciplinas para todas a diversidade de áreas de inserção do Serviço Social, mas tendo em vista a transversalidade da questão das drogas e a centralidade destas no discurso público e midiático, além das históricas mistificações e demonizações acerca das drogas, este tema se torna constante no trabalho das/os assistentes sociais, produzindo diversos desafios que não recebem a atenção necessária na formação de caráter obrigatório, ficando a cargo, principalmente, de disciplinas eletivas e de produções dos alunos.

4.2.2 A experiência com o trabalho na atenção à saúde de pessoas que consomem drogas no estágio obrigatório no Hospital Psiquiátrico São Pedro

O grande contato, durante a graduação, com a área do consumo de drogas foi através do estágio curricular, realizado no período de março de 2017 até junho de 2018 no Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), na Unidade de Desintoxicação Jurandy Barcellos (UD).

Fundado em 1883, o HPSP é um dos mais antigos hospitais psiquiátricos do Brasil, sendo uma instituição estadual integrante do Sistema Único de Saúde (SUS) que atende usuários de todo o Rio Grande do Sul, contando com unidades de internação temporária, um residencial terapêutico, serviços ambulatoriais e internações de longa permanência instituídas antes da Reforma Psiquiátrica. A história do hospital é um reflexo da história da saúde mental no país, sendo instituído enquanto Hospício São Pedro e definido, por regulamento, enquanto manicômio (HOSPITAIS ESTADUAIS: HPSP), cumprindo seu papel social de retirar os indesejados - os “alienados” - das ruas e do convívio social, os trancafiando sob os cuidados médicos.

No final do século XX, concomitante aos movimentos da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, o São Pedro passa por profundos processos de desinstitucionalização, resgatando vínculos familiares de pacientes internados há décadas e criando programas substitutivos aos manicômios (DIAS, 2007). Com as promulgações das leis de Reforma Psiquiátrica estadual e federal e a criação do Serviço de Residencial Terapêutico Morada São Pedro, o HPSP deixa seu caráter de instituição total e de longa permanência para o de hospital psiquiátrico de curta permanência. Atualmente ainda existem pacientes que vivem nas unidades de internação: pessoas com quais não foi possível se realizar o trabalho de desinstitucionalização e o resgate de vínculos familiares.

Atualmente o hospital é uma instituição multifacetada, por um lado, serviços como o ambulatório e o SRT trabalham de acordo com as premissas da Reforma Psiquiátrica, por outro, as unidades de internação seguem impregnadas pela lógica manicomial histórica da instituição, reproduzindo sua função de controle e a soberania médica. O HPSP é então um campo de amplas lutas e contradições, onde os divergentes projetos de saúde se enfrentam diariamente: o modelo hospitalocêntrico e manicomial tem a hegemonia na instituição, mas é desafiado por projetos que defendem uma saúde integral e interdisciplinar.

A UD é uma das unidades de curta internação, cuja estrutura e funcionamento ainda são baseados nas concepções manicomiais históricas do HPSP. A internação na unidade se dá ao longo de 21 dias, onde os pacientes ficam sob constante vigilância da equipe, se vestem de maneira uniformizada - muitas vezes com roupas velhas e rasgadas - seguem horários para dormir e se alimentar e passam a maior parte do tempo dentro da unidade, tendo horários de pátio interno e externo controlados. O processo de internação é pautado por dois momentos: a

desintoxicação, onde os pacientes passam por atendimentos médicos focados em controlar os efeitos do consumo de drogas imediatos, a fim de seguir para o segundo momento de motivação. Longe de serem serviços substitutivos aos manicômios, estas unidades se configuram como mini-manicômios de curta permanência

O trabalho da UD, pautado na motivação, se posiciona como um primeiro passo em um tratamento contínuo do paciente, seu objetivo é que o paciente, ao receber alta, continue o acompanhamento de saúde em outro espaço. A motivação produzida é voltada completamente para a abstinência: os efeitos negativos das drogas são o foco dos grupos de educação, a prevenção da recaída (retomada do consumo) é trabalhada de maneira central, a cessação do consumo é apresentada enquanto objetivo aos familiares dos pacientes e é inexistente qualquer prática de Redução de Danos, independente do contexto social e particularidades individuais de cada paciente. A abstinência ainda ignora quais substâncias estão presentes nos problemas que levaram o usuário até a instituição, alguém com problemas advindos do consumo do crack, por exemplo, é motivado a interromper o consumo de álcool, tabaco e qualquer outra droga, independente de sua relação com estas. Pacientes que não conseguem ou não querem cessar seu consumo são considerados pacientes que “não aderem” ao tratamento, ignorando o fato do tratamento proposto não ser adequado a sua demanda.

Conforme a Lei da Reforma Psiquiátrica, a entrada dos usuários na UD se dá pelo encaminhamento de serviços de saúde, podendo a baixa se configurar de três maneiras: voluntária, quando o paciente busca sua internação, judicial quando os órgãos de justiça determinam a avaliação do paciente pelos psiquiatras do hospital e involuntária, quando o paciente apresenta risco iminente à sua vida ou à vida de outrem, sendo realizada uma intervenção por profissionais da saúde. As baixas, então, podem ser tanto voluntárias quanto compulsórias e ambos modelos apresentam problemáticas. Muitas vezes a baixa voluntária é feita sem avaliação dos serviços de saúde da atenção básica ou especializada, seguindo apenas a vontade imediata do paciente ou de sua família, assim o fluxo da saúde pública se inverte e o hospital psiquiátrico - que deveria ser a última opção de tratamento - se torna a porta de entrada. Já a baixa compulsória é comumente usada de forma arbitrária por juízes e médicos, muitos com apoio da família, como forma de controlar pessoas que consomem drogas que são vistas como problemáticas para o convívio social

O encaminhamento pós-alta é feito em conjunto com as instituições de saúde mental - quando existentes - ou de saúde do território de origem dos pacientes. Raramente são efetivados acompanhamentos para além da alta por parte da equipe da UD, muitas vezes se restringindo à realização de procedimentos médicos marcados durante a estadia no hospital. Da mesma forma, as instituições do território dificilmente participam do processo de internação, restringindo sua interação à troca de informações e a elaboração de atividades pós-alta. O HPSP e a RAPS agem, então, de forma separada, encaminhando os usuários da política de um serviço ao outro. Quando a equipe de referência do território e a equipe da UD encontram formas de trabalhar juntos e a intersectorialidade se concretiza os resultados são muito positivos, construindo vínculos para o futuro tratamento do usuário.

A demanda dos familiares por vagas em Comunidades Terapêuticas e Fazendas Terapêuticas foram constantes durante o período de estágio. O isolamento de pessoas que consomem drogas, mesmo que temporário, é visto como um alívio para as famílias que, assim como o usuário, são vítimas de violências e preconceitos cotidianos. As expressões da questão social vividas são reduzidas como culpa de “indivíduos-problema”.

Durante a internação a equipe apresenta as CTs como uma oportunidade de continuar o tratamento e a aceitação da internação nestas é visto como mais positivo que a inserção no CAPS. A parceria entre a UD e as CTs é uma expressão do projeto de flexibilização da Reforma Sanitária: o Estado oferece um serviço público e gratuito, mas ao invés de fortalecer as redes de atenção públicas, encaminha os usuários para entidades privadas, de acesso gratuito mas que recebem financiamento público, e são passíveis de diversas violações e violência.

Os usuários da UD chegam na instituição fora do fluxo da rede e, muitas vezes, por decisões arbitrárias de autoridades médicas e jurídicas, durante a internação tem a abstinência apresentada como único objetivo viável e, na sua alta, vão para serviços de saúde sem vínculos estabelecidos ou são encaminhados para instituições privadas, isolacionistas e que, muitas vezes, reproduzem discursos religiosos e moralistas. A UD então, longe de ser um serviço antimanicomial e alinhado à Reforma Psiquiátrica, reproduz a lógica manicomial histórica do HPSP, pautando um trabalho biologizante e de controle dos usuários, indo contra as diretrizes da RAPS e fortalecendo fluxos de atenção flexibilizados e da iniciativa privada.

Dentro da UD, o papel delegado ao Serviço Social é, principalmente, o trabalho com a família dos pacientes, o contato com a rede do território e a intervenção nas demandas imediatas de expressões da questão social que surgem durante as entrevistas com usuários. O trabalho é realizado de forma pontual com cada usuário, sem haver intervenções de longo prazo e que busquem transformar a realidade institucional ou do território. Esses limites, porém, não se dão por um afastamento dos profissionais do PEP, mas sim das grandes barreiras da instituição.

O trabalho na UD é multidisciplinar, mas muito longe da interdisciplinaridade, cada profissão trabalha de forma distante e pouco articulada, sem elencar técnicos de referência ou construir um Plano Terapêutico Singular. O resultado desta organização é a hierarquização dos conhecimentos, com a psiquiatria e a psicologia tomando centro e ditando as formas de cuidado. Do Serviço Social, a instituição demanda, para além das atribuições da profissão, trabalhos técnico-administrativos, como o agendamento de altas com a família, a organização dos grupos com familiares e visitas, a realização de telefonemas ou a recepção destes - independente do conteúdo a ser discutido - e a resolução de problemas imediatos do cotidiano.

Assim as/os profissionais do Serviço Social ficam com sobrecarga de demandas que não são de sua competência, prejudicando o trabalho real da profissão e impedindo a construção de projetos interventivos e transformadores da realidade. Dessas demandas e hierarquias surgem resistências dos profissionais que defendem a real inserção do Serviço Social.

O PEP, dentro do Serviço Social na UD, não se efetiva no âmbito de propor alternativas antimanicomiais, defender a liberdade e a autonomia dos usuários e combater a lógica proibicionista do controle médico e moral. Porém, o conflito diário da profissão em marcar seu espaço e resistir aos limites e demandas antagônicas às atribuições e competências da profissão, refletem um claro posicionamento ético-político e defesa do PEP.

A dificuldade da defesa do Projeto Ético-Político no trabalho dentro da UD foi vivenciado durante a efetivação do projeto de intervenção do estágio obrigatório. Reconhecendo a fragilidade da participação da família na UD e a importância do trabalho com esta no Serviço Social (MIOTO, 2010), o projeto buscava criar um espaço ampliado para promover a inserção destas no processo de internação, refletir sobre o espaço da droga na sociedade e reconhecer as demandas das famílias e as expressões da questão social inerentes à

estas. O projeto, porém, mesmo depois de aprovado, passou por diversas alterações e diminuições do seu escopo, acabando por se tornar uma qualificação do espaço de grupo de família já existente na instituição.

É importante reconhecer os avanços realizados pela intervenção, principalmente na organização do espaço, na coleta de dados e na identificação de demandas das famílias, mas, de maneira geral, os objetivos mais transformativos e críticos à instituição não foram cumpridos, sendo qualquer iniciativa de mudança no fluxo da instituição impedida e podada.

A UD, de forma geral, é uma instituição antagônica ao Projeto Ético-Político do Serviço Social, que propaga o controle médico-jurídico, se alia ao projeto manicomial e reflete a ideologia proibicionista. O Serviço Social tem um desafio gigantesco de criar espaços de resistência na UD e nas diversas instituições que funcionam de forma similar, buscando transformar a realidade e realmente exercer as diretrizes não só do PEP, mas também da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica Antimanicomial.

Para o processo de formação, a experiência de estágio no HPSP foi enriquecedora no sentido de instigar a buscar alternativas à lógica manicomial vivenciada. Os limites postos ao trabalho foram obstáculos na efetivação do PEP, mas a resistência do Serviço Social foi fundamental para o reconhecimento dos desafios da profissão e a complexidade do trabalho com o consumo de drogas e com todas as expressões da questão social que atravessam a área.

4.3 PRODUÇÃO CIENTÍFICA DO SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DE CONSUMO DE DROGAS

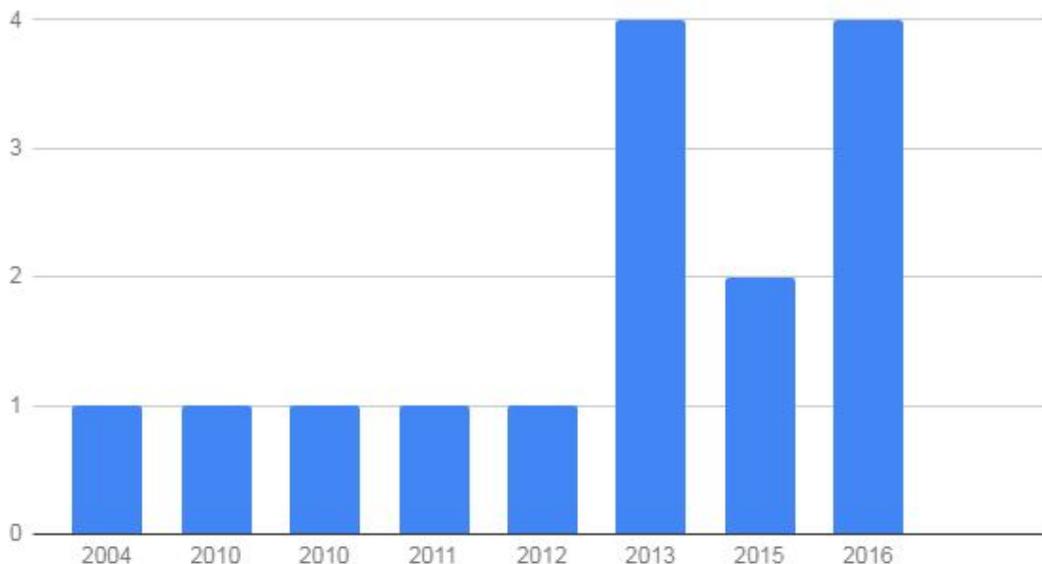
A produção científica e a pesquisa acadêmica no campo do Serviço Social são fundamentais para marcar a profissão e o campo como produtores de conhecimento. Através da pesquisa e da pós-graduação, no final do século XX, com o processo de reconceituação, o Serviço Social reflete criticamente sobre sua posição social e base ideológica e marca a necessidade da real inserção da profissão no trabalho com as expressões da questão social (SPOSATI, 2007)

Tendo em vista a indissociabilidade entre teoria e prática, fica evidente o papel central da pesquisa e da produção científica em fundamentar o trabalho e a efetivação do PEP. Em

vista de situar como a profissão vem pensando sua inserção na área de consumo de drogas é necessário analisar e refletir acerca do conhecimento construído por assistentes sociais.

Uma pesquisa foi realizada com objetivo de investigar artigos na área de drogas publicados em periódicos científicos ligados a faculdades de Serviço Social, escritos por assistentes sociais, sem delimitação temporal, a fim de sistematizar e analisar a discussão teórica e política que vem sendo realizada pela profissão acerca do consumo de drogas. Foram encontrados 24 artigos sobre álcool e/ou outras drogas (Apêndice A). Após filtragem, 15 foram escolhidos para análise (Apêndice B), distribuídos entre 7 periódicos distintos e publicados entre os anos de 2004 e 2016.

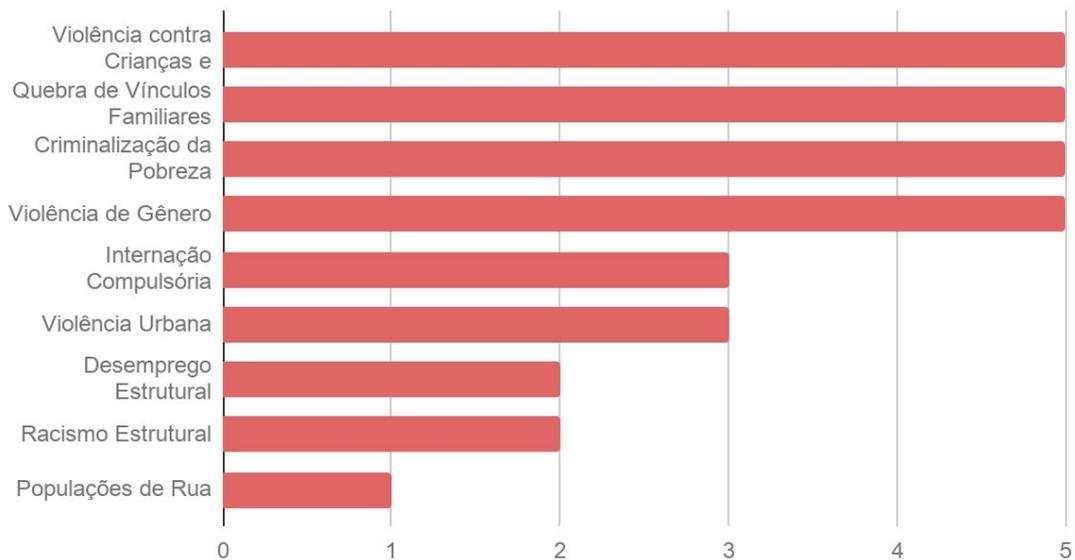
Gráfico 1: Artigos sobre drogas publicados em periódicos científicos de Serviço Social por ano. Brasil, 2018.



Fonte: Elaboração do Autor

O número de artigos é relativamente baixo, levando em conta que a pesquisa abarcou 14 publicações diferentes em um espaço de tempo de 20 anos, ou seja, a temática do consumo de drogas foi pouco explorada no âmbito de periódicos científicos pelo Serviço Social. O debate, porém, vem se intensificando na última década, visto que apenas um artigo foi publicado antes de 2010. A presença constante do consumo de drogas nas mais diversas áreas de atuação do Serviço Social, somada à intensificação do debate público e midiático do assunto podem ser vistos como fatores contribuintes ao aumento de produções na área.

Gráfico 2: Artigos sobre drogas publicados em periódicos científicos de Serviço Social por expressão da Questão Social. Brasil, 2018.



Fonte: Elaboração do Autor

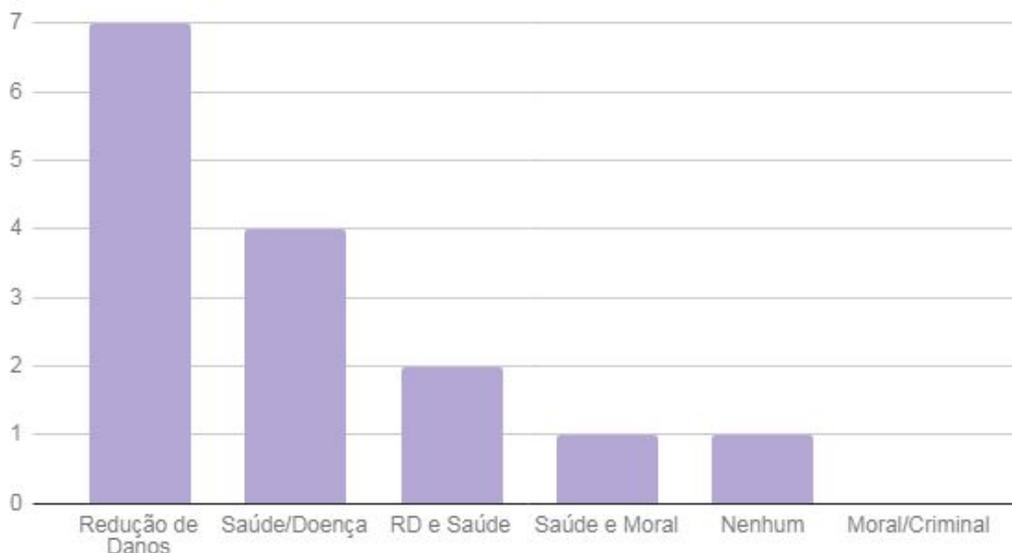
Os artigos analisados abrangem discussões e reflexões diversas sobre a área, apresentando grande articulação com variadas expressões da questão social. As relações familiares tomam espaço privilegiado, sendo recorrente articulações entre o consumo de drogas e violação dos direitos da criança e do adolescente - incluindo o abrigo de filhos de pessoas que consomem drogas e medidas socioeducativas contra jovens considerados traficantes - rompimento dos vínculos familiares e violência de gênero, ficando evidente a posição central da família nos conflitos e violências que podem surgir do consumo de drogas. A falta de políticas e serviços de saúde qualificados na atenção à saúde das pessoas que consomem drogas, o preconceito e a repressão, agravam a dificuldade dos familiares lidarem com a situação nutrem esses conflitos e violências

Também presente nessas produções estão as discussões do espaço social que a droga ocupa, das características do proibicionismo e das expressões da questão social ligadas à esta ideologia. Tomam espaço central nessa discussão a criminalização da pobreza e o racismo estrutural, além das articulações dos modelos médicos e jurídicos no controle social do consumo de drogas.

Algumas articulações importantes entre o consumo de drogas e outros fenômenos sociais se mostraram ausentes do universo pesquisado, como a internação compulsória e a

população em situação de rua. A internação compulsória é um fenômeno persistente na saúde mental e o tratamento compulsório à usuários de drogas foi presenciado cotidianamente na Unidade de Desintoxicação do Hospital Psiquiátrico São Pedro. Já o consumo de drogas e a situação de rua são realidades muito íntimas já que, de um lado, o preconceito e falta de políticas públicas efetivas às pessoas com problemas relacionados ao consumo, acaba por tornar a rua uma única via de sobrevivência e, por outro lado, as populações de rua tem na droga uma ferramenta de sobrevivência dentro de um ciclo de violências diárias.

Gráfico 3: Artigos sobre drogas publicados em periódicos científicos de Serviço Social por modelo de políticas públicas. Brasil, 2018.



Fonte: Elaboração do Autor

Uma análise dos artigos sob a ótica dos modelos médico, moral ou de Redução de Danos, revela a maioria destes defendem uma perspectiva de Redução de Danos, defendendo a intervenção do Serviço Social nas consequências do consumo e não no consumo em si, centralizando os direitos dos usuários de forma integral e superando o paradigma da abstinência. A influência do modelo médico, porém, ainda é muito presente, visto que muitos artigos se utilizam de definições da Organização Mundial da Saúde (OMS) ou do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM) para reconhecer o espaço social da droga e do seu consumo. Algumas produções se preocupam principalmente em situar o consumo das drogas em uma perspectiva biológica e epidemiológica, não discutindo as causas

deste usos e toda a rede complexa social em que as drogas se encontram. É relevante notar que diversos artigos utilizam de conceitos médicos mesmo ao defender a Redução de Danos, revelando a dificuldade de superar a centralidade da medicina dentro da saúde. Por mais que alguns artigos trazem uma visão limitada do consumo de drogas, reduzindo o fenômeno a uma questão individual, nenhum pode ser considerado alinhado completamente ao modelo moral/judicial.

Os artigos que se comprometeram com a análise das estruturas sociais e históricas do consumo de drogas, foram aqueles ligados à Redução de Danos, evidenciando a ligação entre essa estratégia e a apreensão crítica da realidade. A visão geral dos artigos é da denúncia do proibicionismo e da “guerra às drogas” enquanto criações ideológicas da burguesia, do posicionamento do Serviço Social enquanto profissão capaz de intervir criticamente nas realidades do consumo de drogas e do reconhecimento da Redução de Danos e da descriminalização enquanto estratégias de efetivação do Projeto Ético-Político na área.

De modo geral, o universo de produções se mostra crítico, defendendo a Redução de Danos e a superação do proibicionismo, ideias conservadoras, porém, ainda se fazem presentes na presença da medicina como base teórica. No geral o saldo é positivo, mas ainda pequeno: é necessário um grande avanço nas discussões realizadas e a ampliação dos debates para todos setores da profissão.

Ao discorrer sobre o trabalho das/os assistentes sociais, os artigos apontam para algumas linhas de reflexão: estratégias pontuais no trabalho como o acompanhamento social, cuidado na confecção de laudos e a intervenção voltada para a emancipação do usuário, estratégias de inserção em diferentes políticas como o trabalho do Serviço Social na educação e um aprofundamento da assistência social na discussão de drogas, estratégias de áreas políticas de lutas e de desenvolvimento de conhecimento científico e, finalmente, estratégias de preparo profissional, como o cumprimento dos parâmetros do trabalho da assistente social na saúde, a quebra de preconceitos e o trabalho direcionado ao projeto ético-político e a consciência crítica.

Essas diferentes formas de se pensar estratégias de atuação revelam as complexas dimensões em que se inserem os profissionais que trabalham com o consumo de drogas. É necessário planejar e executar ações muito além da prática cotidiana, visando uma real

transformação e orientação política para que este problema seja enfrentado de frente e não como componente secundário de outras expressões da questão social.

Para além dos periódicos científicos, uma breve pesquisa de produções acadêmicas do Serviço Social no Catálogo de Teses & Dissertações da CAPES, sem delimitação temporal, revela 29 teses de doutorado e 143 dissertações de mestrado que contêm a palavra “drogas” no título, assunto ou resumo. A mais antiga dessas publicações data de 1998 e, assim como nos artigos de periódicos, o número de produções vem crescendo recentemente: metade dos achados foram publicados entre 2010 e 2018 e um terço entre 2015 e 2018. É importante ressaltar que o alto número de resultados se dá pelo fato de o fenômeno do consumo de drogas ser transversal à diversas áreas de atuação do Serviço Social, ou seja, muitos desses artigos falam sobre drogas de maneira circunstancial, não tendo o assunto como tema de análise.

A mesma pesquisa com o termo “Redução de Danos” retorna resultados muito menores: apenas 14 dissertações de mestrado e 10 teses de doutorado, sendo que 6 foram publicadas antes de 2009, 8 entre 2009 e 2010 e 10 entre 2011 e 2018. Mesmo que a discussão do consumo de drogas venha crescendo dentre a produção acadêmica do Serviço Social, o debate centrado na Redução de Danos se revela ainda tímido, mesmo com o aumento de produções no final da década passada.

O consumo de drogas e as expressões da questão social transversais à área, estão presentes no cotidiano do Serviço Social, construindo desafios e demandando um trabalho crítico e fundamentado no Projeto Ético-Político. A discussão da temática na formação profissional e na produção científica, se mostra ainda pequena, distante da dimensão da demanda. Os últimos anos, porém, se mostraram muito produtivos, com o aumento de artigos, dissertações e teses na área, a publicação de livros inovadores que articulam o trabalho das/os assistentes sociais na temática e a realização de seminários e eventos para discutir o consumo de drogas.

A experiência de formação revela essa realidade, por um lado o consumo de drogas não apareceu nos planos de ensino das disciplinas obrigatórias. Por outro, as disciplinas eletivas e a liberdade, presenciada em toda graduação, de pesquisar e estudar a área por conta

própria permitiram uma real aproximação com a temática e a crítica ao modelo vivenciado diariamente no estágio obrigatório, denunciando o proibicionismo e buscando alternativas.

O Projeto Ético-Político do Serviço Social nos desafia a desvendar a realidade e criar e lutar por alternativas que visem uma sociedade mais justa, livre de opressões e a emancipação da classe trabalhadora. Na área do consumo de drogas na saúde, isso significa trabalhar de forma que reconheça as pessoas para além das substâncias que consomem, ouvindo e desvendando suas reais demandas e as expressões da questão social presentes, buscando todas alternativas, para além da abstinência. Significa também a criação e gestão de políticas públicas de Redução de Danos, que visem a população usuária não como criminosos ou dependentes, mas como cidadãos de direito e que buscam cuidado, que deve ser priorizado em instituições públicas, evitando a precarização advinda das parcerias com a iniciativa privada. É necessária a defesa dos projetos aliados ao PEP, lutando pela continuidade da Reforma Sanitária e os preceitos da Saúde Coletiva, defendendo a RAPS e a luta antimanicomial e se posicionando contra o Proibicionismo e suas inúmeras articulações. Por fim é essencial que esse conhecimento e posições sejam transmitidas na formação profissional, para que, independente da política de inserção, todas e todos assistentes sociais tenham uma posição crítica e propositiva acerca do consumo de drogas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O consumo de drogas enquanto fenômeno da sociedade capitalista e ponto de intersecção de expressões da questão social, traz inúmeros desafios para as políticas públicas e os profissionais que nelas atuam. Dentro das políticas de saúde o tipo de atenção destinada às pessoas afetadas por esse consumo toma centralidade e as/os assistente sociais se deparam com a necessidade de apreender criticamente essa realidade e se posicionar diante equipe e usuários. A articulação da área do consumo de drogas com o Projeto Ético-Político é, então, fundamental para entender o papel da profissão nestes espaços.

A política de saúde é, desde o final do século passado, campo de disputas de diferentes projetos, ligados a diferentes classes sociais. De um lado o projeto da Reforma Sanitária continua representando a luta dos trabalhadores e usuários das políticas de saúde, buscando a intensificação do SUS enquanto sistema universal e integral, além da consolidação da Saúde Coletiva. O projeto privatista mantém seus ataques cotidianos ao SUS, buscando sua erradicação em prol de uma saúde ligada ao mercado, aos grupos hospitalares e planos de saúde. Finalmente, o projeto de flexibilização busca a manutenção de um SUS precarizado e dependente de parcerias público-privadas, garantindo o mínimo possível à toda população, mas deixando a cargo do mercado os atendimentos especializados e de qualidade.

Dentro da saúde mental a disputa entre esses projetos intensificam sua dimensão de exclusão social e moralidade, buscando manter os “alienados” fora dos espaços de convívio público e trancafiados. A Reforma Psiquiátrica, mesmo com suas conquistas legislativas, luta contra a lógica manicomial que, atualmente tem as pessoas que consomem drogas como inimigos sociais e doentes a serem curados através da internação compulsória.

O consumo de drogas é visualizado de maneiras divergentes nos espaços ocupados e/ou de disputa desses projetos: se a Saúde Coletiva e a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial buscam oferecer saúde de maneira ampliada tratando as reais necessidades da população usuária, os outros projetos buscam os procedimentos mais lucrativos e excludentes, normalmente internações de longa permanência e centradas em substâncias farmacológicas. Para o Serviço Social, estas demandas chegam, também, de maneiras diferentes dependentes da instituição de inserção. É de extrema importância que as/os assistentes sociais reconheçam os projetos em disputa e as suas expressões no local de trabalho, se posicionando a favor dos

projetos que realmente efetivam o projeto profissional e societário em consonância com a classe trabalhadora.

Dentro destas disputas ideológicas podem ser identificadas inúmeras forças políticas e linhas de pensamentos, nas mais diferentes áreas sociais. Dentro do tema do consumo de drogas, fica evidente a presença forte do Proibicionismo nas articulações manicomiais e privatistas. Fruto de interesses econômicos, esta ideologia se espalhou pelo ocidente no século XX, se tornando lógica hegemônica e produzindo efeitos nefastos: o narcotráfico como mercado ilegal extremamente lucrativo, a intensificação da criminalização da pobreza e do racismo estrutural e a repressão e controle sistemático de pessoas que consomem drogas, principalmente daquelas advindas da classe trabalhadora. Por outro lado, movimentos antiproibicionistas estão cada vez ganhando mais forças buscando não só a despenalização ou descriminalização das drogas, mas políticas públicas efetivas na intervenção com pessoas que consomem essas substâncias, como visto na Holanda, Portugal e Uruguai.

No Brasil, a Redução de Danos, vem, lentamente, se fazendo presente nas políticas sociais, principalmente pelo reconhecimento da intensificação do fenômeno do consumo de drogas e da ineficácia das políticas proibicionistas em enfrentar os problemas presentes na área. Por outro lado, como visto no estágio no HPSP, a crescente articulação de instituições públicas com comunidades terapêuticas privadas reforçam a lógica manicomial da exclusão e do isolamento, criando um ciclo de internações que visam unicamente a abstinência, muitas vezes impossível ou indesejada pelo usuário.

É urgente para as/os assistentes sociais inseridas/os nas políticas de saúde a apreensão da luta antiproibicionista e a importância da Redução de Danos como estratégia de trabalho. Além disso é necessário a superação, dentro desta estratégia, da lógica pragmática, entendendo seu potencial de real transformação social e de defesa dos interesses dos/as trabalhadores/as.

Reconhecendo as ligações entre o Projeto Ético-Político do Serviço Social, a Saúde Coletiva e a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, fica evidente a necessidade da profissão analisar sua posição ético-política na questão do consumo de drogas, atualmente muito presente nas políticas de saúde. A reflexão acerca da legislação que regulamenta a profissão e do Código de Ética não deixam dúvidas acerca da necessidade de rompimento com a lógica proibicionista no trabalho do Serviço Social. Não é possível criar uma sociedade livre de

injustiças e desigualdades de classe e sociais através de políticas de repressão e controle moral, que criam uma guerra fajuta que persegue os inimigos da - e gera lucro à - burguesia. A saúde, enquanto política social central na intervenção no consumo de drogas se vê como campo de disputa para os assistentes sociais, apresentando inúmeras possibilidades de efetivação do PEP através da luta antiproibicionista e da transformação da realidade e políticas repressoras.

Para que esse trabalho realmente se efetive é fundamental a reflexão acerca destas disputas e das relações destas com o Serviço Social já na formação profissional. As diretrizes curriculares da ABEPSS são uma importante base para como trabalhar a questão nos espaços formativos, mas é necessário a ampliação do debate na graduação, visto a centralidade do assunto na sociedade contemporânea e a grande carga de senso comum e mistificações que cercam o consumo de drogas.

A distância percebida na formação profissional com a área reflete na baixa produção científica, tanto de artigos quanto de teses e dissertações, do Serviço Social na área, ainda mais quando se trata de reflexões acerca da Redução de Danos. A intensificação das expressões da questão social ligadas ao consumo de drogas e o crescente interesse midiático e popular no assunto, alimentados pelo discurso falso de epidemia aumentam a demanda de trabalhar com o consumo de drogas para inúmeros trabalhadores do Serviço Social, sendo necessário, assim, maior reflexão da profissão dentro da área, para que as relações ético-políticas sejam explicitadas e respostas, cada vez melhores, à essas demandas possam ser pensadas.

O Serviço Social, porém, vem intensificando o debate nos últimos anos, como visto na realização do “I Seminário Nacional Serviço Social, Saúde Mental e Drogas: Políticas Públicas e Direitos Humanos” em 2017 e do “1º Seminário Trabalho do/a Assistente Social na Política sobre Drogas e Saúde Mental em 2018”. Além da publicação dos livros “Serviço Social, Saúde Mental e Drogas”, de diversos autores e “Psicoativos (drogas) e Serviço Social: Uma Crítica ao Proibicionismo” de Cristina Brites. Esses novos espaços e publicações devem ser celebrados e ampliados, para que o Serviço Social cada vez mais ocupe espaço de transformação e luta política antiproibicionista.

Para além da atuação do Serviço Social, é importante reconhecer o trabalho de Redução de Danos que vem sendo realizado em diversos espaços no país. No Rio Grande do

Sul temos redutores de danos trabalhando diariamente e diretamente com pessoas que consomem drogas, atendendo suas demandas de formas alternativas ao cuidado biologizante tradicional das instituições de saúde. O Sanatório Partenon e o Ambulatório de Dermatologia Sanitária, ambos em Porto Alegre, utilizam a Redução de Danos como estratégia no trabalho com doenças infectológicas, atuando também, de maneira direta ou indireta, no consumo de drogas.

No âmbito de educação permanente temos o trabalho da Rede Multicêntrica da UFRGS, que oferece cursos e intervenções com profissionais que trabalham com o consumo de drogas, ampliando a perspectiva da Redução de Danos. Temos também os espaços e produções da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP), que discutem e trazem aos profissionais da saúde essas estratégias.

Finalmente, a ocupação de espaços políticos, tanto em conselhos e na gestão pública quanto em movimentos sociais é fundamental para a efetivação da Redução de Danos e o antiproibicionismo. Trago atenção para o Fórum Estadual de Redução de Danos (FERD) criado em Porto Alegre e com núcleos em outras cidades do estado, que vem articulando diversos trabalhadores, usuários e militantes em defesa de uma saúde e de políticas de drogas mais justas e que abandonem suas raízes proibicionistas.

Para além desses espaços formais é fundamental reconhecer o trabalho de inúmeros profissionais no Brasil que, conscientes disso, ou não, trabalham de uma maneira inovadora e transformativa com o consumo de drogas, rompendo as limitações da abstinência e resistindo contra a repressão e o moralismo. Entre estes, muitas/os assistentes sociais que trabalham de acordo com o Projeto Ético-Político.

As perspectivas para a classe trabalhadora do país, com a eleição de Jair Bolsonaro, são sombrias. Seu projeto político representa a precarização das políticas sociais e o governo para o mercado e para os setores conservadores. Na área do consumo de drogas isso representa o fortalecimento do Proibicionismo, a intensificação da “guerra às drogas” e a centralidade das comunidades terapêuticas, ficando qualquer perspectiva transformadora em segundo plano. É urgente então que o Serviço Social resista contra estas medidas, ampliando o debate na área através de eventos temáticos, publicações de livros, artigos, dissertações e teses, fortaleça alianças com grupos alinhados ao PEP, à Reforma Sanitária, à Saúde coletiva e à Reforma Psiquiátrica, ocupe espaços deliberativos e de gestão, enfrentando políticas

repressoras e, principalmente, se reconheça sempre como classe trabalhadora e defenda os interesses desta, afinal, só a luta muda a vida.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEPSS. **Diretrizes Curriculares da ABEPSS.** Disponível em: <<http://www.abepss.org.br/diretrizes-curriculares-da-abepss-10>>. Acesso em: 8 nov. 2018.

ABEPSS (Rio de Janeiro). **DIRETRIZES GERAIS PARA O CURSO DE SERVIÇO SOCIAL.** 1996. Disponível em: <http://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento_201603311138166377210.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2018.

ACSELRAD, Gilberta. Apresentação. In: TOROSSIAN, Sandra Djambolakdjian; TORRES, Samantha; KVELLER, Daniel Boianovsky (Org.). **Descriminalização do Cuidado: Políticas, Cenários e Experiências em Redução de Danos.** Porto Alegre: Rede Multicêntrica, 2017. p. 11-16.

ARAUJO, Raquel Coelho Correa de; DUARTE, Marco José de Oliveira. Criminologia crítica, drogas e saúde mental: integrando os saberes. In: DUARTE, Marco José de Oliveira; PASSOS, Rachel Gouveia; GOMES, Tathiana Meyre da Silva (Org.). **SERVIÇO SOCIAL, SAÚDE MENTAL E DROGAS.** Rio de Janeiro: Papel Social, 2017. p. 277-298.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni. **Genealogia do Conceito de Periculosidade. Responsabilidades: revista interdisciplinar do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário - PAI-PJ.-** Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2011.

BEHRING Elaine Rossetti. **Fundamentos de Política Social.** Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. Cortez Editora, 2006.

BRASIL. **Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão.** - 10ª. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2012].

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. Ministério Público Federal. **RELATÓRIO DA INSPEÇÃO NACIONAL EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS - 2017.** Brasília, 2017.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília 1990, DF.

BRASIL. **Lei nº 8.662, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília 1993, DF.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Lei que dispõe sobre a proteção e os**

direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília 2001, DF.

BRASIL. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília 2006, DF..

BRASIL. Crack, é possível vencer. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/publicacoes/artigos.>> Acesso em: 26 jun. 2018. 2017.

BRASIL. Projeto de Lei PL 3657/1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>> . Acesso em: 07 ago. 2018.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. Ministério Público Federal. RELATÓRIO DA INSPEÇÃO NACIONAL EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS. Brasília, 2017.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 02 jul. 2018

BRASIL Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília, 2012.

BRASIL A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: 2003.

BRASIL. Plano Plurianual 2016–2019. Brasília, 2015.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política Social no Brasil. 2006. Disponível em <<http://www.poteresocial.com.br/site/wp-content/uploads/2017/08/1.5-Pol%C3%ADtica-de-Sa%C3%BAde-no-Brasil-Maria-In%C3%AAs-Souza-Bravo.pdf>>; Acesso em 05 jul. 2018

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. 2006. Disponível em <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-3.pdf>; Acesso em 10 jul. 2018

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, p.9-23, jan. 2018.

BRITES, Cristina Maria. **Psicoativos (drogas) e Serviço Social: uma crítica ao proibicionismo**. São Paulo: Cortez, 2018

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrini. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, Abril. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25, out. 2018

CFESS (Brasil). **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, 2010.

CFESS (Brasil). **o estigma do uso de drogas**. Brasília, 2016.

CFESS (Brasil). **RELATÓRIO DE FISCALIZAÇÃO: SERVIÇO SOCIAL E A INSERÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL**. Brasília, 2018.

COE, Neilanza Micas; DUARTE, Marco José de Oliveira. A construção do campo da atenção psicossocial na Política Pública de Saúde Mental no Brasil: rupturas, tessituras e capturas. In: DUARTE, Marco José de Oliveira; PASSOS, Rachel Gouveia; GOMES, Tathiana Meyre da Silva (Org.). **SERVIÇO SOCIAL, SAÚDE MENTAL E DROGAS**. Rio de Janeiro: Papel Social, 2017. p. 79-100.

CONTE, Marta et al. **REDUÇÃO DE DANOS E SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DA ATENÇÃO BÁSICA**. 2004. Disponível em: <http://crprs.org.br/upload/files_publications/arquivo27.pdf>. Acesso em: 10 out. 2018.

CONTE, Marta; PLEIN, Fátima de Barros; SILVEIRA, Marília. Educação permanente e humanização no campo da saúde coletiva voltada às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. In: TOROSSIAN, Sandra Djambolakdjian; TORRES, Samantha; KVELLER, Daniel Boianovsky (Org.). **Descriminalização do Cuidado: Políticas, Cenários e Experiências em Redução de Danos**.. Porto Alegre: Rede Multicêntrica, 2017. p. 91-110.

DIAS, Míriam Thais Guterres. **MANICÔMIOS - SUA CRÍTICA E POSSIBILIDADE DE SUPERAÇÃO**. 1997 In Saúde Mental: transpondo as fronteiras hospitalares. Porto Alegre: Dacasa, 1997.

DIAS, Míriam Thais Guterres; **História e reflexão sobre as políticas de saúde mental no Brasil e no Rio Grande do Sul**. 2012. Estudos e Pesquisas em Psicologia (online). Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812012000300019>. Acesso em 12, set. 2018.

DIAS, Míriam Thais Guterres. **A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E OS DIREITOS DOS PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL: UMA ANÁLISE A PARTIR DO SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO MORADA SÃO PEDRO.** 2007. 293 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Serviço Social, Puc-rs, Porto Alegre, 2007.

DIAS, Míriam Thais Guterres. Direito à moradia e desinstitucionalização em saúde mental. In: DUARTE, Marco José de Oliveira; PASSOS, Rachel Gouveia; GOMES, Tathiana Meyre da Silva (Org.). **SERVIÇO SOCIAL, SAÚDE MENTAL E DROGAS.** Rio de Janeiro: Papel Social, 2017. p. 103-124.

DURIGUETTO, Maria Lúcia. Criminalização das classes subalternas no espaço urbano e ações profissionais do Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade**, Juiz de Fora, n. 128, p.104-122, jan. 2017.

FERNANDES, Rosa Maria Castilhos et al. **O PERFIL E A INCIDÊNCIA DO TERCEIRO SETOR NAS POLÍTICAS PÚBLICAS.** Revista Políticas Públicas (São Luís). v16. 2012

FRAYZE-PEREIRA, João A.. **O QUE É A LOUCURA.** São Paulo: Editora Brasiliense, 1984

GOMES, Tathiana Meyre da Silva. Reflexões sobre o processo de implementação da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas no Brasil neoliberal. In: DUARTE, Marco José de Oliveira; PASSOS, Rachel Gouveia; GOMES, Tathiana Meyre da Silva (Org.). **SERVIÇO SOCIAL, SAÚDE MENTAL E DROGAS.** Rio de Janeiro: Papel Social, 2017. p. 51-66.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda; MONKEN, Maurício. **TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE.** 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

GOULART, Daniela Cristina Soares et al. **Apoio intersetorial às famílias de dependentes de álcool e outras drogas.** Sociedade em Debate, Pelotas, v. 19, n. 2, p.152-173, jul. 2013.

HEIDRICH, Andréa Valente. Balanço da reforma psiquiátrica antimanicomial brasileira. In: DUARTE, Marco José de Oliveira; PASSOS, Rachel Gouveia; GOMES, Tathiana Meyre da Silva (Org.). **SERVIÇO SOCIAL, SAÚDE MENTAL E DROGAS.** Rio de Janeiro: Papel Social, 2017. p. 67-78.

HOSPITAIS ESTADUAIS. **Hospital Psiquiátrico São Pedro.** Disponível em: <<https://hospitaisestaduais.blogspot.com/p/hpsp.html>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **As Dimensões Ético-políticas e Teórico-metodológicas no Serviço Social Contemporâneo**. 2004. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-2.pdf>. Acesso em: 25 out. 2018

JUNIOR, Osvaldo Gradella. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: (RE)AFIRMAÇÃO DA EXCLUSÃO. **Psicologia & Sociedade**, São Paulo, v. 14, p.87-102, jan. 2012.

LEAL, Fabiola Xavier et al. **Política Sobre Drogas no Estado do Espírito Santo: consolidando retrocessos**. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 15. 2016

LIMA, Rita de Cássia Cavalcante. **O PROBLEMA DAS DROGAS NO BRASIL: REVISÃO LEGISLATIVA NACIONAL**. Libertas, Juiz de Fora, v. 10, n. 1, p.102-123, 2010.

LIMA, Rita de Cássia Cavalcante. A rede assistencial aos usuários de álcool e outras drogas no Brasil e em Portugal: notas comparativas In: DUARTE, Marco José de Oliveira; PASSOS, Rachel Gouveia; GOMES, Tathiana Meyre da Silva (Org.). **SERVIÇO SOCIAL, SAÚDE MENTAL E DROGAS**. Rio de Janeiro: Papel Social, 2017. p. 233-248.

MANGINI, Fernanda Nunes da Rosa; MIOTO, Regina Célia Tamaso. **A interdisciplinaridade na sua interface com o mundo do trabalho**. Rev. katálysis, Florianópolis , v. 12, n. 2, p. 207-215, Dez. 2009

MARLATT, G. Alan. **Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco**; trad. Daniel Bueno - Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

MARX, Karl. **O Capital: crítica da economia política**. São Paulo: Boitempo, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências**. Brasília, DF, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA No 131, DE 26 DE JANEIRO DE 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF, 2012

MIOTO, Regina Célia. **Família, trabalho com famílias e Serviço Social**. Serviço Social em Revista, Londrina, v. 12, n. 2, p.163-176, jan. 2010.

MIOTO, Regina Celia Tamaso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional**. Rev. katálysis, Florianópolis , v. 16, n. spe, p. 61-71, 2013 .

MOREIRA, Márcia Adriana Dias Meirelles et al. **Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura.** *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 20, n. 10, p.3231-3242, out. 2015. FapUNIFESP

MOTA, Ana Elizabete. **Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento Histórico e Tendências Recentes.** 2006. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-2.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2018.

NETTO, José Paulo. **A construção do projeto ético-político do Serviço Social frente à crise contemporânea.** In: CFESS/ABEPSS; CEAD/UnB (Org.). *Crise contemporânea, questão social e Serviço Social. Capacitação em Serviço Social e política social.* Brasília: CEAD/UnB, 1999.

NUNES, Everardo Duarte. **SAÚDE COLETIVA: UMA HISTÓRIA RECENTE DE UM PASSADO REMOTO.** In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al (Org.). **TRATADO DE SAÚDE COLETIVA.** São Paulo: Hucited Editora, 2006. p. 19-10.

PAIM, Jairnilson, et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** Salvador, The Lancet, 2011.

PORTO, Kelly; PASSOS, Rachel Gouveia. **O uso de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes: a experiência de um acolhimento institucional no município do Rio de Janeiro.** *O Social em Questão*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 35, p.171-192, 2016.

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; JORGE, Maria Salette Bessa e FRANCO, Túlio Batista. **Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental?.** *Physis*. 2014, vol.24, n.1

ROCHA, Andréa Pires. **Proibicionismo e a criminalização de adolescentes pobres por tráfico de drogas.** *Serviço Social e Sociedade*. 2013, n.115, p.561-580.

SANTOS, Tatiane Valéria Cardoso dos; SILVA, Letícia Batista; MACHADO, Thiago de Oliveira. **A influência dos determinantes sociais no trabalho do assistente social na saúde.** *Libertas*, Juiz de Fora, v. 16, n. 1, p.117-130, Janeiro 2016.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei nº 9.716, de 07 de agosto de 1992. Dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias, e dá outras providências.** Porto Alegre, RS, 1992.

SOARES, Cassia Baldini. **Consumo contemporâneo de drogas e juventude: a construção do objeto da perspectiva da saúde coletiva.** 2007. Tese (Livre Docência em Saúde Coletiva) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SPOSATI, Aldaíza. **Pesquisa e produção de conhecimento no campo do Serviço Social.** *Rev. katálysis*, Florianópolis, v. 10, n. spe, p. 15-25, 2007

TEIXEIRA, Joaquina Barata. BRAZ, Marcelo. **O projeto ético-político do Serviço Social. Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília, CFESS/ABEPSS, 2009.

TEIXEIRA, Mirna Barros; RAMOA, Marise de Leão; ENGSTROM, Elyne and RIBEIRO, José Mendes. **Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016**. Ciênc. saúde coletiva. 2017, vol.22, n.5

TENÓRIO, Fernando.: **A Reforma Psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito**. História, Ciências, Saúde Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Contribuições recíprocas entre o serviço social brasileiro e o campo da saúde mental, e a análise crítica da reforma psiquiátrica no contexto neoliberal. In: DUARTE, Marco José de Oliveira; PASSOS, Rachel Gouveia; GOMES, Tathiana Meyre da Silva (Org.). **SERVIÇO SOCIAL, SAÚDE MENTAL E DROGAS**. Rio de Janeiro: Papel Social, 2017. p. 29-50.

WOERNER, Camila Biribio. **Serviço Social e Saúde Mental: atuação do assistente social em comunidade terapêutica**. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 14. 2015

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira and CRUZ, Murilo Galvão Amancio. **O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970**. Interface (Botucatu). 2018, vol.22, n.66, pp.721-731

APÊNDICE A: ARTIGOS IDENTIFICADOS NA PESQUISA DA PRODUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA TEMÁTICA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM PERIÓDICOS CIENTÍFICOS

Tabela 1: Artigos sistematizados por periódico e termo pesquisado.

Revista: Textos e Contextos				
Termo: Droga(s)			Resultados Únicos: 3	
Título	Autores	Edição	Link	Palavras Chaves
Política sobre Drogas no estado do Espírito Santo: consolidando retrocessos	Fabiola Xavier Leal	15 N 2 2016	http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/21550/15287	Política da Saúde; Política de Drogas; Rede de Serviços.
Estudo de fenômenos vinculados ao tráfico de drogas: caminhos metodológicos percorridos por pesquisadores	Andréa Pires Rocha	5 N 2 2006	http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/7285/5244	Tráfico de drogas. Metodologia científica. Violência urbana.
Termo: Álcool			Resultados Únicos: 1	
Título	Autores	Edição	Link	Palavras Chaves
Alcoolismo Feminino: início do beber alcoólico e busca por tratamento	Dilma Fatima Assis, Norida Teotônio de Castro	9 N 2 2010	http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/7260/5795	alcoolismo; mulheres; início do beber; tratamento
Termo: Dependência Química			Resultados Únicos: 1	
Título	Autores	Edição	Link	Palavras Chaves
Serviço Social e Saúde Mental: atuação do assistente social em comunidade	Camila Biribio Woerner	14 n 1 2015	http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/18155/133	Serviço Social. Saúde Mental. Transtornos Relacionados ao uso de

terapêutica			17	Substâncias. Comunidade Terapêutica.
Revista: Serviço Social & Sociedade				
Termo: Droga(s)			Resultados Únicos: 2	
Título	Autores	Edição	Link	Palavras Chaves
Proibicionismo e a criminalização de adolescentes pobres por tráfico de drogas	Andréa Pires Rocha	115 2015	http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282013000300009&script=sci_abstract&tlng=pt	Proibicionismo. Adolescentes. Tráfico de drogas. Criminalização da pobreza. ECA. Lei Antidrogas (Sisnad).
A política de descriminalização de drogas em Portugal	Vera Lúcia Martins	113 2015	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282013000200007&lng=pt&nrm=iso	Drogas lícitas. Drogas ilícitas. Legalização das drogas. Descriminalização das drogas.
Revista: Social em Questão				
Termo: Droga(s)			Resultados Únicos: 4	
Título	Autores	Edição	Link	Palavras Chaves
O uso de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes: a experiência de um acolhimento institucional no município do Rio de Janeiro	Kelly Porto e Rachel Gouveia Passos	35 2016	http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=459&query=simple&search_by_authortname=all&search_by_field=tax&search_by_k	Políticas Públicas; Criança e Adolescente; Drogas.

			eywords=any&search_by_priority=all&search_by_section=all&search_by_state=all&search_text_options=all&sid=49&text=droga	
Capitalismo contemporâneo, crise e política social: impactos na política de saúde mental, crack, álcool e outras drogas	Tathiana Gomes	34 2015	http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=440&query=simple&search_by_authormname=all&search_by_field=tax&search_by_keywords=any&search_by_priority=all&search_by_section=all&search_by_state=all&search_text_options=all&sid=48&text=droga	Crise; Capitalismo; Política social; Reforma psiquiátrica.
Adolescentes, consumo de drogas e violência: práticas sociais de jovens – representações de educadores em contexto escolar	Denise Bomtempo Birche de Carvalho e Eleuza Rodrigues Paixão	11 2008	http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=298&query=simple&search_by_authormname=all&search_by_field=tax&search_by_keywords=any&search_by_priority=all&search_by_section=all&search_by_state=all&search_text_options=all	Capitalismo contemporâneo, crise e política social: impactos na política de saúde mental, crack, álcool e outras drogas

			&sid=36&text=droga	
Termo: Crack			Resultados Únicos: 2	
Título	Autores	Edição	Link	Palavras Chaves
Cenário econômico, social e psicossocial no Brasil recente, e a crescente difusão do crack: balanço e perspectivas de ação	Eduardo Mourão Vasconcelos	28 2012	http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=81&query=simple&search_by_authorname=all&search_by_field=tax&search_by_keywords=any&search_by_priority=all&search_by_section=all&search_by_state=all&search_text_options=all&sid=18&text=crack	Análise da conjuntura; Neoliberalismo; Saúde mental; Violência; Crack
Revista: Emancipação				
Termo: Droga(s)			Resultados Únicos: 1	
Título	Autores	Edição	Link	Palavras Chaves
As políticas públicas sobre drogas no município de Ponta Grossa	Edna Maria Siqueira Santos	V8 N 2 2008	http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/124/122	Políticas públicas. Drogas. Prevenção. Representação social.
Termo: Álcool			Resultados Únicos: 2	
Título	Autores	Edição	Link	Palavras Chaves
Alcoolismo E Violência Em Família: Fugindo Das Armadilhas Da	Daniella Borges Ribeiro, Edinete Maria Rosa, Maria Lúcia Teixeira	V6 N 1 2006	http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/78/76	família, violência, políticas públicas.

Simplificação	Garcia			
Política Pública De Redução E Oferta Do Álcool-estudo De Caso De Barra De São Francisco (Es)	Daniella Borges Ribeiro, Edinete Maria Rosa, Maria Lúcia Teixeira Garcia	V7 N 2 2007	http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/102/100	Política pública; política pública para o álcool; análise de políticas públicas.
Revista: Sociedade em Debate				
Termo: Droga(s)			Resultados Únicos: 4	
Título	Autores	Edição	Link	Palavras Chaves
Apoio intersetorial às famílias de dependentes de álcool e outras drogas	Daniela Cristina Soares Goulart, Ana Cristina Nassif Soares, Ana Regina Machado, Wes Shera	19 N 2 2013	http://revistas.ucpel.edu.br/index.php/rsd/article/view/958/740	Álcool e Drogas; Dependência; Famílias; Redes de Apoio; Políticas Públicas
O Serviço Social e a temática droga	Mirian Cátia Vieira Basílio-Denadai, Maria Lúcia Teixeira Garcia	22 N 1 2016	http://revistas.ucpel.edu.br/index.php/rsd/article/view/1383/911	droga, serviço social, produção teórica.
Revista: Libertas				
Termo: Droga(s)			Resultados Únicos: 2	
Título	Autores	Edição	Link	Palavras Chaves
Perfil de mães usuárias de drogas em situação de perda da guarda dos filhos em Vitória / ES	Maria Lúcia Teixeira Garcia, Leila Marchezi Tavares Menandro, Rafaela Soares da Silva Ulian	V16 N 1 2016	https://libertas.ufjf.emnuvens.com.br/libertas/article/view/2994/2326	mães; drogas; tratamento.

O Problema das Drogas no Brasil: Revisão Legislativa Nacional	Rita de Cássia Cavalcante Lima	V10 N 1 2010	https://libertas.ufjf.emnuvens.com.br/libertas/article/view/1864/1313	drogas; revisão legislativa; proibicionismo
Revista: Serviço Social em Revista				
Termo: Droga(s)			Resultados Únicos: 1	
Título	Autores	Edição	Link	Palavras Chaves
Reinserção social no âmbito do SISNAD: especificidades dos Grupos de “Anônimos”	Eliane Ganev	v17 n 2 2015	http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/20569/17690	Drug Policies, Social Reintegration, Anonymous Groups, Twelve Steps, Territoriality
Termo: Dependência Química			Resultados Únicos: 1	
Título	Autores	Edição	Link	Palavras Chaves
A centralidade da família nos serviços de atendimento de pacientes com transtornos mentais e dependentes químicos	Daniela Abreu Amaral, Claudete Marlene Fries Bressan	v17 n 2 2015	http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/21807/17689	Família. Tratamento; Trabalho com grupos; Atuação profissional
Revista: Serviço Social e Saúde				
Termo: Droga(s)			Resultados Únicos: 7	
Título	Autores	Edição	Link	Palavras Chaves
Reinserção social: processo que implica continuidade e cooperação	Eliane Ganev, Wagner de Lorence Lima	10 n 1 2011	https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/1380/1370	Reinserção social. Dependência de drogas. Políticas públicas sobre drogas. Saúde pública

A questão do “consumo de drogas”: contribuições para o debate	Diego de Oliveira Souza	11 n 2 2012	https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8635213/3019	Alienação social. Capitalismo. Abuso de drogas. Marxismo
Representações de profissionais da saúde e assistência social sobre a intersetorialidade e na área de álcool e outras drogas	Ingrid de Assis Camilo Cabral, Carla Dalbosco	16 n 2 2017	https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8639495/7068	Intersetorialidade. Drogas. Políticas públicas. Seguridade social.
Representações em torno da dependência de drogas entre futuros professores: estudo de caso	Eliane Ganev	12 n 2 2013	https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8639495/7068	Serviço social em saúde e educação. Drogadição. Representações sociais. Formação docente
Termo: Álcool			Resultados Únicos: 3	
Título	Autores	Edição	Link	Palavras Chaves
Mulheres e álcool: uma questão de gênero	Dária Sirqueira Matsumoto	12 n 2 2013	https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8639497/7070	Álcool. Mulheres. Gênero. Questão social

Fonte: Elaboração do autor

APÊNDICE B: ARTIGOS FILTRADOS E JUSTIFICATIVA

Tabela 2: Artigos filtrados e motivo.

Artigo	Motivo
Estudo de fenômenos vinculados ao tráfico de drogas: caminhos metodológicos percorridos por pesquisadores	Análise da metodologia de pesquisas na área, não discute teoria ou prática.
Capitalismo contemporâneo, crise e política social: impactos na política de saúde mental, crack, álcool e outras drogas	Discorre sobre a saúde mental no geral, sem discutir as particularidades da temática de álcool e outras drogas.
Cenário econômico, social e psicossocial no Brasil recente, e a crescente difusão do crack: balanço e perspectivas de ação	Autor é vinculado ao curso de Serviço Social, mas não é profissional da área.
As políticas públicas sobre drogas no município de Ponta Grossa	Relato de experiência que não pretende discutir a área teoricamente ou politicamente.
Política Pública de Redução e Oferta do Álcool-estudo de Caso de Barra de São Francisco (Es)	Relato de experiência que não pretende discutir a área teoricamente ou politicamente.
Alcoolismo e Violência em Família: Fugindo das Armadilhas da Simplificação	Artigo sobre violência doméstica, tendo a discussão acerca do álcool como secundária.
A centralidade da família nos serviços de atendimento de pacientes com transtornos mentais e dependentes químicos	Discorre sobre a saúde mental no geral, sem discutir as particularidades da temática de álcool e outras drogas.
Representações de profissionais da saúde e assistência social sobre a intersetorialidade na área de álcool e outras drogas	Pesquisa de campo que não analisa os discursos dos profissionais de forma teórica e política
Representações em torno da dependência de drogas entre futuros professores: estudo de caso	Pesquisa de campo que não analisa os discursos dos profissionais de forma teórica e política

Fonte: Elaboração do autor