



Eixo: Política social e Serviço Social.

Sub-eixo: Trabalho profissional.

O SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E NA POLÍTICA SOBRE DROGAS NA ATUALIDADE

ROSA LÚCIA PRÉDES TRINDADE¹

MARCELA MARCELINO DE SOUSA ALVES²

JISLAYNE FEITOSA DA SILVA³

HELINE CAROLINE ELOI MOURA⁴

RAFAELA GOMES CAVALCANTE MARQUES OLIVEIRA⁵

Resumo: Na busca de contribuições para o entendimento da inserção do Serviço Social em instituições que intervêm sobre demandas sociais decorrentes de problemáticas relacionadas a saúde mental e/ou uso de álcool e outras drogas, discorremos sobre os desafios históricos postos entre a relação do modelo hospitalocêntrico e as propostas substitutivas, abertas e de base comunitária que percorrem o Serviço Social. Constatamos que a inserção do Serviço Social na saúde mental se dá ainda nos moldes do hospital psiquiátrico, mas se alarga com a criação do modelo substitutivo. Contudo, observa-se que há uma escassez da produção científica nesta área, inversamente proporcional ao crescimento da presença de assistentes sociais em serviços de saúde mental e/ou serviços direcionados às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas.

Palavras-chave: Saúde Mental; Serviço Social; Política sobre drogas.

Abstract: In the search for contributions to the understanding of the insertion of Social Service in institutions that intervene on social demands arising from problems related to mental health and / or alcohol and other drug use, we discuss the historical challenges posed between the relation of the hospital-centered model and the substitute, open and community-based proposals that run through Social Work. We found that the insertion of Social Service in mental health is still in the mold of the psychiatric hospital, but is extended with the creation of the substitutive model. However, it is noted that there is a shortage of scientific production in this area, inversely proportional to the growth of the presence of social workers in mental health services and / or services directed at people who use alcohol and other drugs.

Keywords: Mental health; Social Work; Drug Policy.

1. INTRODUÇÃO

¹ Professor com formação em Serviço Social. Universidade Federal de Alagoas. E-mail: <rosapredes@uol.com.br>

² Profissional de Serviço Social. Universidade Federal de Alagoas.

³ Profissional de Serviço Social. Universidade Federal de Alagoas.

⁴ Estudante de Pós-Graduação. Universidade Federal de Alagoas.

⁵ Estudante de Graduação. Universidade Federal de Alagoas.

Nesse texto, buscamos apresentar algumas contribuições do Serviço Social em relação à Política de Saúde Mental e à Política sobre drogas. Este estudo é fruto de pesquisas realizadas pelo Grupo de Pesquisa Saúde Mental e Sociedade. Abordaremos as contradições existentes na substituição do modelo manicomial pelo modelo substitutivo de base comunitária que perpassam a inserção do Serviço Social em serviços de saúde mental e/ou para usuários de drogas. O texto discute a inserção a realidade do Brasil e algumas particularidades de Alagoas. Para aprofundar a análise, abordamos a participação do Serviço Social em serviços públicos de atenção à Saúde Mental no referido estado. Adentrando na rede privada, discorreremos sobre a inserção do Serviço Social em serviços de atenção à usuários de álcool e outras drogas. Também procuramos situar as recentes mudanças impostas pelo governo federal, numa ofensiva conservadora que retrocede conquistas históricas na reforma psiquiátrica brasileira.

2. A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL A PARTIR DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

A década de 1970 no Brasil foi marcada pela efervescência e fortalecimento de movimentos sociais pela redemocratização do país, já que desde 1964 sucederam-se vários governos federais militarizados e ditatoriais. É neste cenário que são intensificados os movimentos por uma mudança no modelo de atenção à saúde pública no país, a partir da organização de movimentos sociais que lutaram pela reforma sanitária e pela reforma psiquiátrica. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), após a promulgação da Constituição de 1988, são abertas novas possibilidades de atuação do Serviço Social na saúde mental que até aquele momento estava restrito aos hospitais psiquiátricos; desta vez a profissão é requisitada para atuar nos serviços substitutivos de saúde mental. Em contrapartida, os hospitais psiquiátricos, com o velho modelo manicomial, permanecem como campo de

atuação de assistentes sociais, embora a categoria tenha se mostrado crítica em relação a esse modelo de atenção violador de direitos.

Os serviços substitutivos, ou comunitários, de saúde mental surgem no país, mesmo antes da aprovação da Lei nº 10.216/2001, financiados por prefeituras, como parte do SUS. Os principais dispositivos foram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), tendo atuação no território, visando a reinserção dos indivíduos com transtornos mentais na sociedade, contando com equipes multiprofissionais de saúde mental, com a participação de assistentes sociais (BISNETO, 2007 apud MOTA; RODRIGUES, 2016).

Silva (2008) observa que entre 1990 e 2006 houve, de fato, uma expansão desses serviços a nível nacional, passando de 12 para 1011. A participação do Serviço Social nesse campo vai se ampliar a partir de 2001 com a Lei de Reforma Psiquiátrica e, especialmente, após a Portaria nº366/2002, que regulamenta os CAPS. Esta pesquisa, ao buscar conhecer a realidade da saúde mental em Alagoas, identificou no ano de 2007 cinquenta e um assistentes sociais atuando nos 41 CAPS existentes na época no estado, cujas ações profissionais foram assim descritas:

Visita domiciliar; Trabalho com a Família; Atendimento individual e em grupo; Reunião familiar; etc. As ações profissionais mais citadas foram: Encaminhar benefícios; buscar a garantia dos direitos; promover assistência social aos usuários; e os instrumentos: oficinas, palestras, dinâmicas de grupo, pesquisa, dentre outros (SILVA, 2008, p. 116).

Assim, é possível destacar que a inserção do Serviço Social na saúde mental não é marcada por especificidades dos saberes “psi”, já que carregam a marca “social” da profissão, possibilitando a construção de ações que contribuam para viabilizar direitos dos usuários, sendo também parte do processo de reinserção social. Neste sentido, a atuação crítica do assistente social nesta política distancia-se das chamadas práticas terapêuticas ou do chamado Serviço Social Clínico, já discutido pela categoria em debates e

publicações / regulamentações do conjunto CFESS-CRESS⁶. Oliveira et al. (2012) afirmam que essas práticas vão contra o que está posto no projeto ético-político profissional, pois sua utilização desconsidera a perspectiva de totalidade na qual o indivíduo está inserido. Além disso, as autoras afirmam que o Serviço Social clínico não pode ser considerado como uma expressão do pluralismo profissional, pois pluralismo é diferente de ecletismo e a categoria profissional construiu um projeto alinhado com a perspectiva histórico-crítica. Assim, o CFESS afirma que

O pluralismo não pode significar, e não significa, em nenhuma profissão no mundo, que os/as profissionais tenham autonomia absoluta para desenvolver suas atividades profissionais sem considerar os fundamentos teóricos e ético-políticos e as normas coletivamente construídos e que regem uma profissão (CFESS, 2010).

Desta forma, os argumentos do CFESS reforçam a ideia de que as contribuições do Assistente Social são sobre as expressões da questão social, não sobre o “psi”.

Numa retrospectiva histórica, encontramos a inserção do Assistente Social nos serviços de saúde mental, de forma mais significativa no Brasil, no período ditatorial militar no país, quando a política de saúde se consolida pela privatização e a saúde mental pela hospitalização psiquiátrica e manicomial. Entretanto, a consolidação dessa participação profissional ocorre com a criação do SUS, a partir da definição da concepção ampliada de saúde, que engloba as condições “[...] de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso à serviços de saúde” (Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, Anais, 1987, p.382 apud BRAVO, 2010, p. 89).

Sendo assim, quando no início da década de 1990 os serviços substitutivos começam a ser implantados no país, os assistentes sociais são

⁶ O CFESS em 2010 publica a resolução nº 569 que veda as práticas terapêuticas no exercício profissional do assistente social. O Conselho afirma que “ao vedar sua [da terapia] realização no exercício profissional do assistente social a Resolução evidencia tão somente que a realização das terapias requer conhecimento especializado e que este, por não se constituir matéria do Serviço Social, não integra sua formação básica. A realização de terapias, portanto, não pode ser considerada competência e atribuições profissionais do(a) assistente social.” (CFESS, 2010).

mais demandados por esses serviços do que por aqueles que usam a internação, ampliando-se o mercado de trabalho para a categoria na saúde mental. Robaina (2010, p. 345) aponta que nos serviços substitutivos os assistentes sociais têm uma vasta possibilidade de atuação, podendo contribuir com o projeto ético-político da Reforma Psiquiátrica, que visa a “uma sociedade igualitária, que comporte as diferenças”. Sendo assim, há possibilidades de atuação junto às famílias dos usuários, discutindo o conceito de família existente, como se constituem as famílias dos usuários dos serviços. Além disso, pode trabalhar de maneira ampla com a noção de território, explorando aquele espaço geopolítico no sentido de desvendar “[...] as tradições culturais locais, lideranças comunitárias, equipamentos comunitários, relações de vizinhança, intervenções no imaginário social sobre a loucura, entre outros” (ROBAINA, 2010, p. 347).

Ademais, há a possibilidade de realização de atividades de geração de renda e trabalho, discutindo-se as relações de trabalho, os valores de uso e troca de produtos das oficinas, entre outras. Ainda há a atuação do assistente social no campo do controle social, sendo necessária a articulação com instâncias organizativas da saúde, além da problematização da organização local, estimulando os familiares e usuárias a participarem da gestão (ROBAINA, 2010). São inúmeras as contribuições de assistentes sociais no campo da saúde mental. Sendo este um campo de contradições, um campo de interesses, há uma divisão dentro da própria profissão em relação ao modo de atuação. Reafirmamos que a atuação do assistente social na saúde mental dá-se sobre as expressões da questão social, contribuindo para uma abordagem mais ampla, para além das importantes dimensões da psique humana.

No tópico a seguir, abordaremos questões mais recentes sobre a inserção do Serviço Social na Saúde mental, com a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em 2011 e com as alterações da política sobre drogas.

3. O SERVIÇO SOCIAL NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSIAL (RAPS)⁷ E NA REDE PRIVADA⁸ DE ATENÇÃO A USUÁRIOS COM PROBLEMAS DECORRENTES DO USO DE DROGAS EM ALAGOAS

Nas investigações sobre saúde mental em Alagoas, desde 2012, procurou-se situar a realidade da rede de atenção psicossocial vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), e foi identificado que, além da busca pela consolidação da RAPS, tem ocorrido investimentos públicos numa rede paralela à rede do SUS, especialmente com serviços de atenção às pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas. O contexto atual de desmonte do SUS tem impactado de forma direta na Política de Saúde Mental e na Política sobre drogas. Com os ideais neoliberais que focalizam políticas e privatizam serviços, vemos uma onda privatizante nestas duas políticas, com transferências diretas de recursos do SUS para Clínicas e Comunidades Terapêuticas. Esse processo tem impactado no mercado de trabalho do Serviço Social, pois há contratação de assistentes sociais em ambas as redes, conforme mostraremos a seguir.

No âmbito da RAPS, predomina a atuação de assistentes sociais nos CAPS e, nos últimos anos, tem-se observado um crescimento desse mercado de trabalho no interior do estado de Alagoas, pois em Maceió o processo de expansão tem recebido muitos impedimentos dos que querem impedir o avanço da reforma psiquiátrica (ALVES et al., 2017). Sobre a atuação desses profissionais nos CAPS⁹, o grupo de pesquisa realizou pesquisa por amostragem

⁷ No dia 23 de dezembro de 2011 é promulgada a portaria nº 3.088, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) que tem como principais objetivos: ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011a).

⁸ Trata-se da Rede Acolhe, composta por com entidades privadas, conforme explicaremos mais adiante.

⁹ Sendo este o principal dispositivo da RAPS no Estado. Os CAPS são dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial e foram implantados nacionalmente a partir de 2002 com a Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro. Os CAPS podem ser: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS

sobre essa realidade nos anos de 2013 a 2016¹⁰, através da qual está pudemos identificar que as assistentes sociais informaram ao CRESS que atuam com pessoas em sofrimento psíquico e/ou pessoas usuárias de drogas, por vezes chamadas também de dependentes químicos. Em todos os CAPS, o Serviço Social está subordinado à coordenação do serviço; as principais ações profissionais são as seguintes: atendimento à população usuária (a mais citada), trabalho em grupo, acompanhamento das famílias, visitas domiciliares, acolhimento, realização de grupos terapêuticos, planejamento, coordenação de políticas, avaliação social e orientações sociais.

Nos chamados Consultórios na Rua¹¹, identificou-se, em 2014, que há quatro assistentes sociais trabalhando nesse espaço, no entanto apenas uma é concursada pela Prefeitura de Maceió e três são contratadas pela CLT. As profissionais tinham como população atendida moradores em situação de rua e dependentes químicos e como principais ações foram destacadas: atendimento ao usuário, orientações, atividades socioeducativas, encaminhamentos, articulação com a rede etc. Conforme pudemos identificar nos dados coletados no CRESS Alagoas, as assistentes sociais não identificam a sua atuação como sendo da área da saúde mental.

Tomando-se essa pequena amostra da atuação de assistentes sociais nos CAPS e nos Consultórios na Rua, destacam-se alguns pontos sobre as atribuições profissionais, comparando-se, também, com pesquisas de Silva (2008) e de Moura (2014). A primeira é a permanência de atribuições encontradas em outras áreas de atuação, com exceção da atuação nos chamados grupos terapêuticos, o que nos remete ao debate sobre o caráter

infantil, CAPSad II e CAPSad III; estes são os dispositivos da RAPS que mais se inserem Assistentes Sociais. (BRASIL, 2002)

¹⁰ Através de pesquisa documental nos registros de fiscalização do Conselho Regional de Serviço Social (CRESS-16ª região) de assistentes sociais nos CAPS no interior de Alagoas no período de 2013 a 2016, (cinco CAPS em 2013, dois em 2014, quatro em 2015 e dois em 2016).

¹¹ A estratégia Consultório na Rua foi instituída pela Política Nacional de Atenção Básica, em 2011, e visa ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde. São chamados de Consultório na Rua as equipes multiprofissionais que lidam com os problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua *in loco*, utilizando-se das estratégias de Redução de Danos.

social da atuação de assistentes sociais na política de saúde mental, pois os dados mais recentes permitem visualizar que as atribuições profissionais não se especificam para saúde mental.

A seguir, situamos a Política de Drogas no Brasil e continuamos a discutir a atuação de assistente social na rede privada de atenção a usuários de crack, álcool e outras drogas, na realidade de Alagoas.

A Política de Drogas no Brasil é permeada por contradições: de um lado, há a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUAD) do Ministério da Saúde, defendida pelo movimento de Reforma Psiquiátrica, preconizando o tratamento em ambiente comunitário, devendo a internação ser utilizada como último recurso, tendo o tratamento como base a política de Redução de Danos. Do outro lado, há a Política Nacional sobre Drogas (PNAD), vinculada ao Ministério da Justiça, que acaba por colaborar com a repressão de usuários de drogas ilícitas.

Em 2008 o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) alertava para uma epidemia de crack no país, tendo em vista um pretense crescimento de usuários da droga no país, o que foi potencializado pela mídia comercial, criando-se um pânico social em torno disso. Neste sentido, o governo federal cria uma política direcionada a esses usuários, quando em 2010 é lançado o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. “O referido Plano visava o desenvolvimento de ações integradas para a prevenção ao uso de drogas, tratamento, reinserção e enfrentamento do tráfico em sociedade com os Estados, Distrito Federal, Municípios e Sociedade Civil” (SILVA; ALVES, 2017, p.49). É a partir desse plano que as chamadas Comunidades Terapêuticas (CT) começam a crescer e receber mais financiamento público. Tratam-se de entidades privadas, definidas como sem fins lucrativos. As internações nessas entidades são voluntárias e podem durar até 12 meses. O tratamento nessas instituições, em sua maioria religiosas, é baseado na laborterapia (terapia do trabalho) e na convivência entre os pares. “Além disso, essas entidades visam a abstinência no tratamento, em

contraposição ao tratamento baseado na Redução de Danos, proposto pela PAIUAD” (SILVA, ALVES, 2017, p. 51).

O crescimento de Comunidades Terapêuticas por todo o país já vinha sendo tema de discussão entre algumas categorias profissionais. O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) já havia se posicionado em 2014, afirmando que o tratamento de usuário de drogas deve ser realizado no âmbito dos serviços ofertados pelo SUS “[...]através dos CAPS, dos Hospitais Gerais e do Consultório na Rua, como previsto na Lei nº 10.216/2001 e nos documentos finais da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2010, e na XIV Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2011” (CFESS, 2014 apud SILVA; ALVES, 2017, p. 54). Além disso, o CFESS acrescenta que essas entidades não recorrem à estratégia de Redução de Danos, trabalhando na perspectiva de abstinência. A entidade considera que seguir os pressupostos da lei 10216/2001 “representa um instrumento democrático que se submeteu ao processo legislativo para ser aprovado e, segundo, porque representa uma luta histórica da sociedade, que culminou com uma profunda reforma na estrutura psiquiátrica brasileira” (CFESS, 2014, p.1). Ademais, a entidade preocupa-se com as frouxas exigências sobre a necessidade de equipes técnicas nessas comunidades.

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) também já havia se manifestado contra as Comunidades Terapêuticas em 2015, afirmando que essas entidades se guiam por princípios que vão contra os pressupostos que orientam as políticas públicas, como pôde ser comprovado em inspeções que detectaram a violação de direitos humanos constatada em 2011 em 68 Comunidades Terapêuticas avaliadas no país. Desta forma, observamos que a crítica a essas instituições recai sobre seu distanciamento em relação aos princípios tanto da Reforma Sanitária como da Reforma Psiquiátrica, bem como à garantia de direitos humanos.

Mais recentemente, na trilha da onda conservadora, e porque não dizer reacionária, que assola o país, ilustrada pelo golpe político institucional que deu início ao governo federal de Michel Temer, ocorrem mudanças consideráveis na

Política de saúde mental e na Política sobre drogas. Em dezembro de 2017 o Ministério da Saúde divulgou uma minuta que modifica a Política de saúde mental, mantendo leitos em hospitais psiquiátricos, prevendo a ampliação de recursos para as Comunidades Terapêuticas e limitando a oferta de serviços extra-hospitalares. Pedro Delgado afirma que se trata de um desmonte da Reforma Psiquiátrica, privilegiando-se o atendimento hospitalar (MACHADO, 2017).

Sobre esta minuta, o CFESS se manifestou afirmando que

Desde 2015, a política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas vem sendo ameaçada. Naquele ano, foi nomeado, como coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde, o psiquiatra que anteriormente fora diretor da Clínica Dr. Eiras, situada em Paracambi (RJ), um dos maiores hospícios do Brasil. A luta e a união de trabalhadores/as, usuários/as e familiares fizeram com que o governo recuasse da nomeação. Todavia, essa ameaça ainda não se esgotou, pois continuam as ações no sentido do desmonte da política de saúde mental.

Novamente o governo ilegítimo de Michel Temer, que tem sistematicamente destruído direitos da população brasileira, ameaça alterar a lógica da política de saúde mental, propondo mudanças substantivas na forma de financiamento, bem como expandindo os hospitais psiquiátricos em detrimento da ampliação dos serviços substitutivos. (CFESS, 2017).

Desta maneira, há significativas alterações na política de saúde mental, o que vem sendo motivo de críticas e disputas de interesses ideológicos e econômicos.

Já no dia 28 de fevereiro do corrente ano, o Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD) aprovou resolução apresentada pelo Ministro do Desenvolvimento Social, Osmar Terra, que privilegia grupos de ajuda mútua e Comunidades Terapêuticas no cuidado dos usuários de drogas. Com isso, a lógica da abstinência se sobreporá à de redução de danos. Desta forma, a questão das drogas é reforçada como uma questão de segurança pública, é criminalizada e distanciada de seus aspectos de saúde (MACHADO, 2018).

A representante do CFESS no CONAD afirma que se trata de um retrocesso na Política sobre drogas. Esta resolução fortalece as Comunidades

Terapêuticas em detrimento de toda a rede substitutiva (RODRIGUES, 2018). O CFP se posicionou contra a aprovação desta resolução e afirma que

A deturpação das informações científicas sobre a Política de Redução de Danos que embasou a aprovação da resolução é tamanha que o ministro Osmar Terra chegou a afirmar que a abstinência é proibida no Brasil, e que as drogas legalizadas no país, o que não se comprova. Ao contrário, a perspectiva da redução de danos (RD) busca promover ações para minimizar qualquer dano de natureza biológica, psicossocial e econômica dos usuários de substâncias psicoativas sem condicionar o fato à abstinência. O abandono do uso de drogas é até um propósito desejável da redução de danos, entretanto, reconhece que não deve e não pode condicionar a atenção à pessoa que usa drogas à exigência de algo que, naquele momento, ela não sente necessidade ou não consegue realizar. (CFP, 2018).

Vemos, desta forma, que as decisões unilaterais têm privilegiado grupos específicos, como àqueles responsáveis pelos hospitais psiquiátricos e Comunidades Terapêuticas. Direitos já conquistados estão sendo desmontados. Há um retorno da perspectiva de higienização, da segregação do usuário de drogas e das pessoas com transtornos mentais. Diante dessa conjuntura, torna-se necessário que os movimentos específicos da saúde mental se articulem com os movimentos em defesa do SUS público e estatal, visto que o que acontece com a Política de Saúde Mental é um desdobramento do desmonte da Política de Saúde.

O cenário apresentado aparece como favorável ao surgimento de instituições segregadoras, constituindo-se numa estruturada rede privada de atenção aos usuários de crack, álcool e outras drogas, formada por clínicas de internação involuntária e, em Alagoas, pelas chamadas Comunidades Acolhedoras, financiadas por recursos públicos federais e estaduais, a contratação de assistentes sociais na área da saúde mental e da política sobre drogas tem sido impactada.

No grupo de pesquisa, foi realizado levantamento sobre a inserção de assistentes sociais neste novo espaço de atuação, com a participação de discentes do programa de iniciação científica PIBIC, através de pesquisa documental nos registros de fiscalização do CRESS AL aos assistentes sociais

que atuam em Comunidades Acolhedoras e clínicas de internação involuntária¹² constituindo-se uma amostragem de sete profissionais. Encontrou-se um perfil de as assistentes sociais recém-formadas (uma em 2010, 3 em 2011, uma em 2012 e duas foram formadas em 2014), todas egressas em instituições particulares, sendo 3 na modalidade EAD. Das sete profissionais, três têm pós-graduação e quatro, não. Sobre as condições de trabalho: duas profissionais trabalham 30 horas semanais, quatro, 20 horas semanais, e uma não respondeu; os salários são muito baixos, sendo uma com até dois salários mínimos, quatro com até três salários mínimos; uma informou ao CRESS que recebia ajuda de custo e uma não respondeu. Sendo profissionais trabalhadoras de serviços privados, na amostra não se encontrou servidora pública efetiva, apenas uma com contrato regido pela CLT, 4 com contratos precários, uma era voluntária e uma com remuneração, mas sem contrato formalizado.

Também pudemos observar que a inserção do Serviço Social nas instituições da rede privada de saúde mental é algo relativamente novo, pois nas 7 instituições o Serviço Social só foi inserido de 2000 em diante. Sobre as condições éticas e técnicas para o exercício profissional, o CRESS registrou nas fiscalizações que em três instituições o espaço não era compatível com o sigilo profissional e em quatro instituições o espaço se mostrava compatível. No entanto, em uma das quatro instituições que apresentavam o espaço compatível com o sigilo, foi notado que era necessário um melhor espaço físico para o atendimento; em outra instituição que também tinha o espaço compatível com o sigilo profissional, foi notado que falta a identificação da sala do Serviço Social, e em uma terceira foi observado que a sala é compartilhada, ocupada em dias diferentes.

Ainda como parte da pesquisa sobre a inserção dos assistentes sociais nessa rede privada, buscamos informações sobre a categoria profissional na

¹² Foram utilizados os documentos dos anos de 2013 a 2015 (até junho): em 2014, 3 Comunidades e uma clínica; em 2015, foram 2 Comunidades Acolhedoras e uma clínica. Importante destacar que o CFESS divulgou recentemente levantamento nacional sobre o Serviço Social em CTs, com a colaboração da fiscalização do CRESS de todo Brasil. O documento foi divulgado aos CRESS e apresentando no Seminário sobre o trabalho de assistentes sociais na Política sobre Drogas e Saúde Mental, realizado pelo CFESS em maio 2018.

secretaria do governo estadual que coordena a rede privada: Secretaria de Prevenção à Violência (SEPREV). Em 2015, o CRESS encontrou na chamada Rede Acolhe sete assistentes sociais, sendo que duas ficam responsáveis pela triagem, quatro ficam no projeto Anjos da Paz e uma fica responsável pela capacitação das profissionais que irão atuar nas Comunidades Acolhedoras. No momento da fiscalização, estavam presentes 5 assistentes sociais, três formadas em instituições privadas (2010 e 2011) e duas em universidade pública (2012); todas com remuneração de até três salários mínimos, contratadas e com carga horária de 30h semanais. As profissionais identificam que os usuários estão em situação de vulnerabilidade social; elas realizam abordagem individual na triagem e também interdisciplinar com a equipe. Informaram ao CRESS as seguintes ações profissionais: prevenção, socialização de informações, entrevistas e capacitação dos profissionais; identificam que há necessidade de contratação de mais assistentes sociais devido ao aumento da demanda da população. O CRESS encontrou na secretaria condições compatíveis com o sigilo profissional.

Diante do que foi colhido na pesquisa, é possível afirmarmos que a precarização do trabalho profissional está presente tanto nas instituições públicas como nas privadas, em alguns casos de forma mais clara e em outros mais velada. Ainda podemos afirmar que o repasse dos recursos públicos para as instituições privadas tem sido mais frequente, apesar de não coincidir com o que preconiza a política de saúde mental, enquanto a rede pública de atenção psicossocial está sucateada, necessitando de materiais de consumo, recursos humanos, entre outros.

Estes e outros fatores são determinantes para a expansão ou ruína dos modelos de atenção aos usuários da saúde mental, a medida em que o governo prioriza um ou outro modelo, a tendência é que o modelo que se expandi se torne o prioritário para o atendimento dos usuários. É por isso que lutamos pela expansão e pelo fortalecimento dos serviços abertos e de base comunitária como principal tratamento para os usuários e pelo acesso destes aos seus direitos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os avanços nos cuidados à saúde mental com a lei 10.216/2001 são incontestes. Foram criados serviços comunitários com a pretensão de substituir os hospitais psiquiátricos, no entanto, vemos que esses serviços vêm sofrendo com o desmonte do SUS e com estratégias privatizantes.

O modelo manicomial tem sobrevivido não só pela permanência de hospitais psiquiátricos, mas também pelo incentivo da política sobre drogas a instituições e serviços filantrópicos e privados, como as comunidades terapêuticas e clínicas involuntárias. As alterações legais na Política de Saúde Mental e na Política sobre Drogas significam retrocessos em relação aos direitos conquistados anteriormente numa luta por um cuidado de base comunitária.

A Rede de Atenção Psicossocial em Maceió, assim como em todo o país, tem encontrado dificuldades para sua consolidação e ampliação, principalmente em decorrência da ampliação da rede privada e do financiamento desta com recursos que seriam da rede pública. Assim, consideramos de extrema importância a efetivação do proposto na Política Nacional de Saúde Mental no que se refere a atenção aos usuários: a priorização do modelo psicossocial, de base comunitária e que considera o indivíduo em sua totalidade.

Durante a pesquisa conseguimos constatar que o Serviço Social tem atuado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em consonância com o projeto de Reforma Psiquiátrica, mas também continua participando do modelo manicomial, especialmente pelas novas contratações na rede privada que trabalha com internações. Portanto, contradições históricas continuam desafiando uma atuação profissional coerente com os princípios do Código de Ética da profissão, baseada na defesa intransigente da liberdade e dos direitos humanos, numa perspectiva emancipatória.

REFERÊNCIAS

- ALVES, M. M. de S. et al. *Serviço Social e Saúde Mental: inserção histórica e desafios atuais no contexto das relações público x privado em Alagoas*. In: TRINDADE, R. L. P. (org). *Saúde Mental e Sociedade: reflexões a partir do Serviço Social*. Maceió: EDUFAL, 2017.
- BISNETO, J. A. O Serviço Social na Saúde Mental, In: *Serviço Social e Saúde Mental: uma Análise Institucional da Prática*. Cortez, 2011
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.
- BRASIL. *Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que institui os CAPS*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF.
- BRAVO, Maria Inês Souza. *Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2010.
- CONSELHO FEDERAL DE PSIOLOGIA (CFP). *Os retrocessos da Política de Drogas no Brasil*. Brasília: CFP, 2018. Disponível em: < <https://site.cfp.org.br/os-retrocessos-da-politica-de-drogas-no-brasil/>> Acesso em: 04 mai. 2018.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). *Mudanças na Política de Saúde Mental: mais uma ameaça do governo ilegítimo*. Brasília: CFESS, 2017. Disponível em: < <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1439>> Acesso em: 04 mai. 2018.
- _____. *Nota sobre a regulamentação das Comunidades Terapêuticas: contribuições do CFESS para o debate*. CFESS: Brasília, 2014. Disponível em: < <http://www.cfess.org.br/arquivos/comunidade-terapeutica-2014timbradocfess.pdf>> Acesso em: 04 mai. 2018.
- _____. *Serviço Social e Reflexões Críticas sobre Práticas Terapêuticas*. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/doc_CFESS_Terapias_e_SS_2010.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2018.
- MACHADO, K. *‘É um pacote de medidas que desconstrói a Reforma Psiquiátrica’*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2017. Disponível em: < <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/e-um-pacote-de-medidas-que-desconstrui-a-reforma-psiquiatica>> Acesso em: 04 mai. 2018.

_____. *De volta ao passado*. Rio de Janeiro: APSJV/FIOCRUZ, 2018.
Disponível em: < <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/de-volta-ao-passado>> Acesso em: 04 mai. 2018.

MOTA, M. de L.; RODRIGUES, C. M. B. Serviço Social e saúde mental: um estudo sobre a prática profissional. *Revista SER Social*, v. 18, n. 39, p. 652-671. Brasília, jul.-dez./2016.

OLIVEIRA, A. C. de. et al. As “Práticas Terapêuticas” ou “Serviço Social Clínico”: uma retomada das ideias conservadoras na profissão. *Cadernos de Graduação – Ciências Humanas e Sociais Fits*, v.1, n.1, p. 23-30. Maceió, 2012.

ROBAINA, C. M. V. *O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental*. Serviço Social & Sociedade, n. 102, p. 339-351, abr./jun., 2010.

RODRIGUES, A. *Conad aprova resolução que pode mudar políticas de combate às drogas*. Brasília: Agência Brasil, 2018. Disponível em: < <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2018-03/conad-aprova-resolucao-que-pode-mudar-politicas-de-combate-drogas>> Acesso em: 04 mai. 2018.

SILVA, D. M. B. da. *A participação do Serviço Social na implantação do novo modelo de atenção em saúde mental: estudo sobre a atuação dos assistentes sociais nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Alagoas*. Maceió, 2008. 96 p. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Alagoas.

SILVA, J. F. da; ALVES, M. M. de S. *Reforma Psiquiátrica no Brasil, Atenção Psicossocial e Equipe Profissional em Saúde Mental*. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social). Faculdade de Serviço Social. Universidade Federal de Alagoas – Campus A.C. Simões. Maceió, 2017.