



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

CAMILA BIRIBIO WOERNER PEDRON

**A INSERÇÃO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NAS
COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO ESTADO DE SANTA CATARINA**

Florianópolis/SC

2019

Camila Biribio Woerner Pedron

**A INSERÇÃO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NAS
COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO ESTADO DE SANTA CATARINA**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Título de Doutor em Serviço Social.

Orientador: Prof. Dr. Hélder Boska de Moraes Sarmiento.

Florianópolis/SC

2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Pedron, Camila Biribio Woerner

A inserção profissional dos assistentes sociais nas comunidades terapêuticas de Santa Catarina / Camila Biribio Woerner Pedron; orientador, Hélder Boska de Moraes Sarmiento, 2019.

251 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Serviço Social. 2. Serviço Social. 3. Inserção Profissional. 4. Comunidade Terapêutica. I. Sarmiento, Hélder Boska de Moraes. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. III. Título.

Camila Biribio Woerner Pedron

A INSERÇÃO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NAS
COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO ESTADO DE SANTA CATARINA

O presente trabalho em nível de Doutorado em Serviço Social foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a. Miriam Thaís Guterres Dias.
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof.^a Dr.^a. Regina Célia Tamaso Mito.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Dr.^a. Rosana Sousa de Moraes Sarmento.
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de doutora em Serviço Social pelo Programa de Pós-graduação em Serviço Social do Centro Socioeconômico da Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof.^a. Dr.^a. Beatriz Augusto de Paiva
Coordenadora do Curso

Prof. Dr. Hélder Boska de Moraes Sarmento.
Orientador
Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis, 19 de agosto de 2019.

Ao meu marido Murilo.
Ao meu filho, ainda no ventre, Benjamin.
Fontes de inspiração e determinação para alcançar nossos sonhos.
Amo vocês.

AGRADECIMENTOS

Escrever os agradecimentos de um trabalho de doutorado deveria ser uma tarefa simples quando comparada a toda a construção do trabalho em si, até aqui realizada. Entretanto, não é tão simples quando percebemos toda a complexidade, relações e possibilidades que estão envoltas neste processo. Perceber quantas e quão distintas foram as situações vivenciadas e pessoas envolvidas neste caminho torna os agradecimentos uma etapa especialmente desafiadora no fechamento deste ciclo.

Afinal, como quantificamos o caminho percorrido para a construção de uma tese? Seria pelo número de páginas escritas, anos dedicados à sua construção, quilômetros rodados para a coleta dos dados, horas investidas em frente ao computador olhando o cursor piscar, xícaras de café consumidas, quantidade de créditos acadêmicos exigidos ou simplesmente pela quantidade de alterações indicadas na banca? Acredito que nenhuma dessas opções dá conta da complexidade deste processo. Entendo que sucessos e fracassos ao longo do doutorado não sejam possíveis de quantificar de forma tão simples ou palpável.

Mais que páginas, parágrafos, descobertas, dúvidas, idas e vindas, lágrimas e sorrisos, cabem muitas outras coisas dentro do processo de construção de uma tese. Especificamente, couberam nesse processo de construção muitas coisas, para além do "previsto". Nesses quatro anos e meio, quase cinco anos, de doutorado, essa tese foi compartilhada com outros tantos outros momentos especiais. Afinal, o que "cabe" dentro de uma tese de doutorado? Na minha realidade, coube um noivado, um casamento, a saída de um emprego, mudança de cidade, uma nova casa, um concurso, uma convocação, uma posse, uma gestação. Tantas novidades e possibilidades dentro de um período relativamente curto de tempo, mas que, de alguma forma, contribuíram, direta ou indiretamente, para a conclusão desta etapa exatamente da forma como se deu.

Pensando em tudo isso, optei por "quantificar" esse processo através de pessoas. Pessoas que realmente foram de importância significativa no caminho de construção deste trabalho, sendo assim, mais do que merecidamente são citadas aqui como parte fundamental e essencial desta conquista.

Agradeço, a **Deus**, em **Jesus Cristo**, pelo dom da vida e pela possibilidade de estar finalizando mais essa etapa. Reconheço que é graça Sua e possibilidade recebida, de forma imerecida. Obrigada por sempre me sustentar e carregar em todas as situações, mesmo quando eu mesma pareço duvidar que é possível. Quero ser testemunha do seu cuidado e amor.

Ao meu marido **Murilo**, parceiro mais que presente em todos os momentos da construção de seu trabalho e ainda mais importante parceiro de vida. Sou extremamente grata pela relação de cumplicidade, respeito e amor que construímos ao longo dos anos. Obrigada por embarcar comigo nessa jornada da pós-graduação, sempre me motivando e acreditando, às vezes mais do que eu, que seria possível, que eu daria conta. Obrigada pela compreensão quanto à minha ausência em tantos momentos, bem como pelas inúmeras vezes que entendeu a minha necessidade de ficar sozinha, somente eu e o

computador, utilizando "saídas estratégicas" para possibilitar que isso ocorresse. Essa conquista também é sua. Eu te amo!

Ao meu filho **Benjamin**, que ainda em meu ventre foi motivação fundamental para finalização deste trabalho. Obrigada por tudo que você já tem me ensinado até aqui. Prometo que farei o possível para finalizar essa etapa e retornar à "normalidade", ainda antes de você resolver aparecer do lado de cá. Estamos esperando ansiosamente por você. Te amamos.

Aos meus pais, **Oneide e Bertino**, por terem me proporcionado o acesso à educação em suas diversas possibilidades, sempre ressaltando que o respeito ao ser humano é o maior dos valores. Sou imensamente grata por tudo o que me foi ensinado e proporcionado. Hoje consigo visualizar com um pouco mais de clareza toda a dedicação, investimento e cuidado que dispensaram para que eu pudesse chegar até aqui. Tenho grande orgulho de ser filha de vocês. Obrigada por comemorarem essa vitória ao meu lado.

Aos meus irmãos **Bruno e Gustavo**, meus sogros **Dilma e Pedron**, minhas cunhadas **Anne, Ana, Luana**, meu cunhado **Max** e meus sobrinhos **Caio, Eloah e Laís**. Obrigada por todo o respaldo familiar recebido ao longo desse percurso. É reconfortante saber que posso contar com vocês.

Ao meu orientador **Hélder**, imprescindível na construção deste trabalho. Obrigada por acreditar nas minhas "ideias" quando cheguei em sua sala ainda como uma "desconhecida" e com uma proposta desafiadora de tema. Obrigada por acreditar na relevância dessa discussão no espaço acadêmico. Foram diversos momentos de reflexão conjunta, idas e vindas, risadas, choros e trocas sobre as mais diversas situações que extrapolaram, muitas vezes, a condição de construção desse trabalho em si. Mais que um orientador e condutor nesse processo, agradeço pelo ser humano que és e pelo exemplo de humanidade com o qual tive a oportunidade de conviver ao longo desse caminho. Não consigo encontrar outras palavras além de "Muito obrigada!".

Aos colegas, professores e equipe administrativa do **PPGSS** pelas discussões, ensinamentos, crescimento e desenvolvimento ao longo de todo o percurso. Inicialmente de forma mais intensa e presente, quase que diária, através das aulas e grupos de discussões. Ao final, de forma mais solitária, mas na certeza de que havia pessoas na mesma empreitada de construção do trabalho e, mais que isso, estavam torcendo por mim.

Aos **professores** que fizeram parte da minha banca de **qualificação**, Maria Lúcia Teixeira Garcia, Miriam Thaís Guterres Dias, Regina Célia Tamasso Miotto, Rosana Sousa de Moraes Sarmiento e Vera Maria Ribeiro Nogueira, pelas contribuições valiosas e direcionamentos teóricos e metodológicos fundamentais para o encaminhamento dessa tese. E, de maneira especial, aos **professores** que aceitaram participar de minha **banca de defesa**: Miriam Thaís Guterres Dias, Regina Célia Tamasso Miotto, Rosana Sousa de Moraes e Marisa Camargo. Obrigada por dedicarem parte do seu valioso tempo para ler e contribuir com esse trabalho.

Às **colegas de trabalho do HU/UFSC/EBSERH**, assistente sociais, residentes, estagiárias e bolsistas pelas vivências compartilhadas e apoio fornecido, especialmente naqueles momentos, que não foram poucos, em que o desânimo e o cansaço foram

gigantescos e pareciam insuperáveis. Em especial, obrigada a **Patricia** e **Tayana** por todas as longas conversas e cafés divididos. Vocês são parte dessa conquista.

As "**Nandas**" que, por tantas vezes, foram ouvidos atentos e prontos para receber meus desabaços, choros e lamentos. Obrigada pela escuta atenta ao longo desses anos e, essencialmente, por serem apoio tão presente e por me carregarem em oração ao longo desse período e de tantos outros. Vocês são verdadeiras irmãs e bênçãos de Deus na minha vida.

A **Cruz Azul no Brasil**, instituição à qual eu tenho tanto orgulho de fazer parte e poder contribuir pessoalmente e profissionalmente. Em especial na pessoa do **Rolf** e do **Egon** por toda a compreensão profissional ao longo da construção deste trabalho, conscientes e solidários com os momentos em que a minha dedicação profissional era restrita visto as exigências acadêmicas. Não tenho dúvidas que essa tese é também de relevância para o trabalho desenvolvida por essa instituição e apoio concreto para todos os desafios vivenciados diariamente.

Às **Comunidades Terapêuticas** que se disponibilizaram a participar dessa pesquisa, seja através do retorno ao e-mail enviado inicialmente e/ou ao abrirem as portas da instituição para me receber enquanto pesquisadora. Diante de um contexto tão complexo desse trabalho, abrir as portas para a realização de uma pesquisa, sem dúvida, é um ato de coragem. Sem essa abertura e confiança nada disso seria possível. De maneira especial, aos **colegas assistentes sociais** que me receberam e aceitaram me terem como "sombra" durante o processo de pesquisa. Tenham certeza de que o trabalho que vocês desenvolvem é de fundamental importância. Ainda há muitos desafios, barreiras e ajustes necessários. Reconheço o esforço e empenho diário que vocês dedicam para suas atividades.

A **CAPES** – Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior pelo apoio financeiro durante um período de tempo.

A todos aqueles que talvez não tenham o nome diretamente citado nesse espaço, mas que, sem dúvida, tiveram sua contribuição neste trabalho. Muito obrigada!

[...] aqui a gente também garante direito (P2).

[...] porque assim, o meu foco não é trabalhar com eles dentro da comunidade terapêutica, o meu foco é trabalhar com o contexto social da demanda apresentada pela dependência química (P5).

A discussão que acontece lá fora, de certa forma ela não, ela não me atinge (P4).

[...] ainda persistem várias e sérias lacunas sobre a complexidade do trabalho do assistente social na saúde mental, em diferentes equipamentos, territórios e eixos (ROSA, 2016, p. 26).

RESUMO

No atual contexto nacional, as comunidades terapêuticas têm sido instituições amplamente utilizadas para atendimento à população com transtornos decorrentes do uso do álcool e outras drogas, sendo atualmente reconhecidas pelas políticas públicas como integrantes da rede de atenção e cuidado a este público. O assistente social vem inserindo-se profissionalmente neste espaço social e ocupacional de formas diferentes e pouco estudadas. O presente trabalho tem como objeto de estudo a inserção profissional dos assistentes sociais nas comunidades terapêuticas do estado de Santa Catarina. Essa pesquisa tem por objetivo geral analisar a inserção profissional dos assistentes sociais nas comunidades terapêuticas no estado de Santa Catarina no que tange à articulação entre as atribuições institucionais e competências profissionais. Para tanto, realiza-se pesquisa descritiva, com técnicas de coleta de dados de entrevistas semiestruturadas e observação participante, aplicadas a sete profissionais que são assistentes sociais atuantes em comunidades terapêuticas de regiões do estado de Santa Catarina. O trabalho encontra-se dividido em sete capítulos/ itens. Os itens dois a cinco realizam uma revisão teórica sobre temas diretamente relacionados à pesquisa: concepções de saúde, atenção em saúde mental no Brasil, comunidade terapêutica e ação profissional. O item seis apresenta os caminhos metodológicos percorridos para o desenvolvimento da pesquisa e realiza a caracterização dos entrevistados. O item sete faz a análise dos materiais coletados ao longo do processo de pesquisa, relacionados com a revisão teórica realizada. Conclui-se que a inserção profissional do assistente social em comunidade terapêutica não tem sido efetiva no que tange à articulação entre as atribuições institucionais e competências profissionais, sendo que muitas vezes os profissionais desenvolvem ações não relacionadas às competências e atribuições do Serviço Social. Os profissionais também não indicam a incorporação das discussões sobre o trabalho das comunidades terapêuticas realizados no espaço acadêmico e político. Condições decorrentes da própria organização e estruturação histórica das CTs, desconhecimento destas com relação ao trabalho do assistente social, associadas à fragilidade de conhecimento dos próprios profissionais sobre o trabalho das comunidades terapêuticas, seus objetivos, legislações e rede de serviços relacionados.

Palavras-chave: Comunidade Terapêutica. Serviço Social. Inserção Profissional.

ABSTRACT

In the current national context, therapeutic communities have been widely institutions to serve the population with disorders resulting from alcohol use and other addictions, and are currently recognized by public policies as members of the care and attention network for this public. The social worker has been inserting himself professionally in this social and occupational space in different forms - and still little studied. The present study aims to understand the professional insertion of social workers in the therapeutic communities of the state of Santa Catarina. This research has a general object to analyze the professional insertion of social workers in the therapeutic communities in the state of Santa Catarina in relation to the articulation between the institutional attributions and professional competences. Descriptive research is performed, using data collection techniques from semi-structured interviews and participant observation, is applied to seven professionals who are social workers performing in therapeutic communities in regions of the state of Santa Catarina. The work is divided into seven chapters/ item. Items two through five present a theoretical review on topics directly related to research: conceptions of health, attention in mental health in Brazil, therapeutic community and professional action. Item six presents the methodological paths used to develop the research and performs the characterization of the interviewees. Item seven analyzes the materials collected throughout the research process, related to the theoretical revision carried out. It is concluded that the professional insertion of the social worker in a therapeutic community has not been effective in relation to the institutional attributions and professional competencies, and professionals often develop actions unrelated to the competencies and attributions of social service. The professionals also do not indicate the incorporation of the discussions on the work of therapeutic communities realized in the academic and political space. Conditions stemming from the organization and historical structuring of TCs, lack of knowledge about the work of the social worker, associated with the fragility of the professionals themselves about the work of the therapeutic communities, their objectives, legislation and related service network.

Keywords: Therapeutic Community. Social Service. Professional Insertion.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo Determinantes Sociais da Saúde – Dahlgren e Whitehead.....	46
Figura 2 – Enquadramento conceitual da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde	47
Figura 3 – Número de Leitos Psiquiátricos no Brasil	60
Figura 4 – Evolução do investimento financeiro federal no Centros de Atenção Psicossocial.....	60
Figura 5 – Distribuição das CTs em Santa Catarina.....	81
Figura 6 – Média de trabalhadores empregados e voluntários, por CT, segundo ocupação	98
Figura 7 – Média de trabalhadores por 100 vagas, segundo vínculo, para ocupações selecionadas.....	99
Figura 8 – Fonte de Financiamento das CTs brasileiras	102
Figura 9 – Distribuição por municípios das CTs vinculadas ao Reviver no ano de 2016	125
Figura 10 – Fluxograma Inclusão Sujeitos da Pesquisa	130
Figura 11 – Fases da análise de conteúdos	137

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Semelhanças metodológicas e conceituais entre o modelo da Reforma Psiquiátrica e o Movimento de Luta Antimanicomial com o das Comunidades Terapêuticas.....	90
Quadro 2 - Diferenças metodológicas e conceituais entre o modelo da Reforma Psiquiátrica e o Movimento de Luta Antimanicomial com o das Comunidades Terapêuticas.....	92

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Evolução Histórica do conceito saúde–doença.....	40
Tabela 2 – Comunidades Terapêuticas: correntes que inspiraram sua história	70
Tabela 3 – Distribuição das CTs por intervalos de ano de fundação.....	75
Tabela 4 – Distribuição das CTs por Região	80
Tabela 5 – Relação de Amostra de CTs para realização da Coleta dos Dados	128
Tabela 6 – Cronograma das Visitas	131
Tabela 7 – Caracterização dos Entrevistados	140
Tabela 8 – Resumo Principais Atividades Realizadas – Entrevistas.....	161
Tabela 9 – Resumo Diários de Campo Pesquisadora	163
Tabela 10 – Relação das Comunidades Terapêuticas Vinculadas ao Programa Reviver em 2016	239

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AA** – Alcoólicos Anônimos
- AIDS** – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- ALESC** – Assembleia Legislativa de Santa Catarina
- ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância
- CAPES** – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial
- CAPSad** – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
- CAPSi** – Centro de Atenção Psicossocial Infantil
- CERENE** – Centro de Recuperação Nova Esperança
- CFESS** – Conselho Federal de Serviço Social
- CFP** – Conselho Federal de Psicologia
- CID** – Classificação Internacional de Doenças
- CLT** – Consolidação das Leis do Trabalho
- CNDSS** – Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
- CONAD** – Conselho Nacional sobre Drogas
- CONFENACT** – Confederação Brasileira de Comunidades Terapêuticas
- CRESS** – Conselho Regional de Serviço Social
- CT** – Comunidade Terapêutica
- CTs** – Comunidades Terapêuticas
- DSM** – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
- DST** – Doenças Sexualmente Transmissíveis
- EaD** – Ensino a Distância
- FAPESC** – Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina
- FAPEU** – Fundação de Apoio à Pesquisa e Extensão Universitária
- FEBRACT** – Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas
- FENNOCT** – Federação Norte e Nordeste de Comunidades Terapêuticas
- FETEB** – Federação Evangélica de Comunidades Terapêuticas do Brasil
- FNCTC** – Federação Nacional de Comunidades Terapêuticas Católicas
- IPEA** – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
- MEUC** – Missão Evangélica União Cristã
- MJ** – Ministério da Justiça
- MROSC** – Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG – Organização Não Governamental
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PAS – Plano de Atendimento Singular
PNAD – Política Nacional sobre Drogas
PTS – Plano Terapêutico Singular
RAPS – Rede Atenção Psicossocial
RD – Redução de Danos
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada
SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SENAPRED – Secretaria de Cuidados e Prevenção às Drogas
SES/SC – Secretária de Estado da Saúde de Santa Catarina
SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SM – Salário Mínimo
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SPA – Substâncias Psicoativas.
SUS – Sistema Único de Saúde
UDESC – Universidade do Estado de Santa Catarina
UNIVALI – Universidade do Vale do Itajaí
UNOESC – Universidade do Oeste de Santa Catarina
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
UFRG – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	CONCEPÇÕES DE SAÚDE	36
2.1	DECURSO HISTÓRICO DAS CONCEPÇÕES DE SAÚDE E DOENÇA... 36	
2.2	CONCEPÇÕES DE SAÚDE CONTEMPORÂNEAS.....	41
2.3	DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E MODELO DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA DOENÇA.....	43
2.3.1	Determinantes Sociais da Saúde.....	45
2.3.2	Determinação Social da Doença	49
3	ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	53
3.1	REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	55
3.2	POLÍTICAS DE ATENÇÃO EM ÁLCOOL E DROGAS NO BRASIL	61
4	COMUNIDADE TERAPÊUTICA	66
4.1	DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO.....	66
4.2	COMUNIDADE TERAPÊUTICA NO CONTEXTO BRASILEIRO	73
4.2.1	Desenvolvimento Histórico e Regulamentação	73
4.2.2	Distribuição das CTs no Brasil e em Santa Catarina.....	79
4.2.3	Princípios e características de organização e atendimento das CTs ...	82
4.2.3.1	Institucionalização	84
4.2.3.2	Abstinência	85
4.2.4	Reforma Psiquiátrica, Luta Antimanicomial e CTs.....	86
4.2.5	Equipe Técnica.....	94
4.2.6	Financiamento das CTs e a Relação Público-Privado.....	101
4.2.6.1	Projeto Reviver	108
5	SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE	112
5.1	AÇÃO PROFISSIONAL	112
5.2	AÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE	116
6	PERCURSO METODOLÓGICO	122
6.1	SUJEITOS DA PESQUISA E AMOSTRA.....	124
6.2	CAMINHOS PERCORRIDOS NO PROCESSO DA PESQUISA.....	131
6.3	INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS	133
6.4	SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	136
6.5	CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS	139

7	ANÁLISE DAS ENTREVISTAS E OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE	149
7.1	INGRESSO DO ASSISTENTE SOCIAL NA CT E DEMANDAS LEGAIS 149	
7.2	PROCESSO DE TRABALHO E ATRIBUIÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL NA CT.....	156
7.3	SIGILO PROFISSIONAL	175
7.4	AUTONOMIA PROFISSIONAL E PODER INSTITUCIONAL	178
7.5	FORMAÇÃO PROFISSIONAL E ATUAÇÃO EM CT	187
7.6	VIVÊNCIA NA COMUNIDADE TERAPÊUTICA.....	191
7.7	CONHECIMENTOS SOBRE CT, REDE DE SERVIÇOS E LEGISLAÇÕES VINCULADAS	194
7.8	DESAFIOS E POSSIBILIDADES DO SERVIÇO SOCIAL NAS CTS	207
8	CONCLUSÕES	215
9	REFERÊNCIAS	222
10	APÊNDICES.....	238

1 INTRODUÇÃO

*“Vivendo, se aprende; mas o que se aprende, mais, é só fazer outras maiores perguntas.”
(Guimarães Rosa – “Grande Sertão”)*

Algumas perguntas parecem nos acompanhar ao longo do tempo, seja em nossa trajetória pessoal e/ou acadêmica. De alguma forma, sempre estão ali, vez ou outra se mostram de forma mais concreta, por outras vezes adormecem e possibilitam usufruir de outras inquietações. Mas não fiquemos satisfeitos com sua ausência temporária, elas voltam e surgem nos momentos mais inoportunos e fazem repensar a própria prática profissional, o posicionamento e, neste momento, essencialmente, a trajetória acadêmica.

Minhas reflexões e motivações desenroladas no presente trabalho tratam muito disso: inquietações. Acumuladas ao longo de minha trajetória acadêmica e profissional, para além de autores, acúmulo de literaturas e referenciais teóricos, foram vivências profissionais que exigiram mais respostas do que eu possuía naquele momento. Tentaremos encontrar respostas para algumas delas ao longo do desenvolvimento do trabalho; outras, tenho consciência, que ainda ficarão em aberto para outros pesquisadores que também estejam se sentindo incomodados. Afinal, parafraseando Guimarães Rosa, a vida se trata de um constante aprender e fazer “outras maiores perguntas”.

Durante a graduação em Serviço Social, realizei o estágio obrigatório em uma entidade denominada Comunidade Terapêutica – CT. Nesta instituição, desenvolvi todo o meu processo de estágio, pesquisa e trabalho de conclusão de curso. Posteriormente, permaneci na instituição já como profissional de Serviço Social. Ao assumir como profissional, percebi o quão pouco havia aprendido na graduação e durante o processo do estágio com relação à dinâmica e às especificidades da área, bem como no que concerne às lacunas que a própria graduação em Serviço Social não conseguiu sanar, sendo que muitas vezes a temática “droga” era trazida para a discussão a partir de minha própria fala e vivência de estágio. Na busca por respostas, realizei especialização na área de dependência química, cursos livres sobre o tema e posteriormente o mestrado em Saúde Coletiva, com enfoque na pesquisa sobre o processo histórico de desenvolvimento das CTs, sendo a dissertação construída intitulada “Comunidade Terapêutica: do seu histórico ao acompanhamento de adolescentes – um estudo de revisão sistemática de literatura entre 2002 – 2013” (WOERNER, 2014).

Este período me proporcionou respostas para algumas perguntas, ao mesmo tempo em que me surgiram outros questionamentos. Profissionalmente, houve inquietação da minha parte, pois a vinculação da CT a uma determinada área/política pública (saúde, assistência social, etc.) não possibilitava o direcionamento de algumas ações, concomitantemente ao fato de que posicionamentos e direcionamentos da instituição não condiziam com os direitos de participação e mobilização das pessoas em atendimento. Os aspectos confessionais e religiosos presentes na CT poderiam se tornar tão complicados para a atuação profissional como a ausência de articulação com a rede de serviços ou a indefinição de minhas funções na entidade. Associada a isso estava a realidade da minha condição de trabalhadora, vendendo minha força de trabalho e precisando me afirmar enquanto profissional naquele espaço. As trocas com os colegas de profissão que também atuam em CT ampliavam ainda mais as inquietações, pois percebia que não se tratava de uma questão isolada, decorrente do meu contexto pessoal ou formação acadêmica particular. A maioria dos profissionais padecia das mesmas ansiedades e indefinições nas instituições em que atuavam.

Este contexto me fez retornar ao ambiente acadêmico na busca por respostas. Afinal, o que faz o assistente social na CT? Seria a CT um espaço legítimo para a atuação do assistente social? Como os profissionais têm articulado todas as demandas e requisições oriundas deste contexto? Quais os principais desafios deste espaço sócio-ocupacional? Estes eram alguns entre tantos outros questionamentos que impulsionaram o desenvolvimento do presente trabalho.

Atuei por mais de seis anos na “ponta” do trabalho em CT, vivenciando diariamente as inquietações expressas anteriormente. Atualmente, minhas atividades profissionais ainda seguem vinculadas à CT, entretanto, nas atividades de assessoria e capacitação aos profissionais que atuam diretamente junto ao público-alvo¹. Entretanto, os profissionais seguem trazendo as mesmas dúvidas e questionamentos com relação à ação profissional do assistente social no espaço da CT. O presente trabalho é um esforço em construir respostas a tais inquietações, fruto destes questionamentos associado a discussões teóricas, reflexões vindas das disciplinas cursadas ao longo do doutorado e a busca pela articulação com o atual contexto, buscando compreender a atuação do assistente social neste cenário.

¹ Como atividade profissional principal, desde 2018, atuo como assistente social no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago/UFSC/EBSERH.

O assistente social é um profissional inserido na divisão sociotécnica do trabalho, atuando com as expressões da questão social² através do planejamento, gestão e operacionalização das políticas públicas em diferentes espaços ocupacionais. A profissão não está “suspensa” do contexto social, mas, assim como as demais profissões, é constantemente afetada pelas diversas alterações e impactos da estrutura societária e da conjuntura econômica, social e política, apresentando-se constantemente novos desafios para a ação profissional frente às diversas expressões da questão social. Por vezes, em meio a este movimento constante, as expressões da questão social podem vir a adquirir, conforme Iamamoto (2008), “novas roupagens”, apresentando-se a partir de outras visões, ou ainda, a partir de novas possibilidades de atendimento, gerando questionamentos e reflexões sobre a ação profissional e, conseqüentemente, a necessidade de a profissão desenvolver novos olhares e formas de intervenção frente a estas realidades. Afinal, como intervir sempre da mesma forma nessa realidade que requer novas possibilidades de atuação?

Como forma de enfrentamento das expressões da questão social, o Estado requer a força de trabalho do assistente social para a execução de políticas sociais, sendo este o órgão com maior capacidade de absorção da mão de obra do assistente social (CFESS, 2005)³. Ao mesmo tempo, é inegável que outras organizações também têm utilizado a qualificação técnica deste profissional, seja pela percepção da sua necessidade e/ou pelas exigências legais da presença do profissional em seu quadro funcional⁴. Fato é que as organizações privadas sem fins lucrativos⁵ vêm se constituindo também como campo de

² Entendem-se como expressões da questão social o “conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura” (IAMAMOTO, 1999, p. 27), definindo as diversas desigualdades sociais presentes na sociedade atual, podendo-se expressar em diversos graus de complexidade.

³ Em pesquisa realizada pelo CFESS em 2005, traçando o perfil do assistente social no Brasil, identificou-se que 78,16% dos profissionais atuam na esfera estatal, ou seja, mais de $\frac{3}{4}$ dos profissionais atuam neste espaço. Identificou-se também que 6,81% dos profissionais de serviço social atuam em instituições privadas sem fins lucrativos (CFESS, 2005).

⁴ Montaña (2009) alerta para o fato de que não devemos encarar de forma acrítica a atuação dos assistentes sociais nestes novos espaços ocupacionais como uma espécie de “compensação” pelo fechamento dos postos de trabalho no espaço público, pois a relação não é direta, visto que a inserção nestes espaços, ainda que em sua maioria financiada pelo poder público, se dá de forma precarizada, ausente de estabilidade e demais seguranças advindas da vinculação à esfera pública. Ao mesmo tempo, entendemos como fundamental aprofundar os estudos sobre a atuação profissional nestes espaços, visto que é uma condição que não se pode simplesmente ignorar.

⁵ Para fins do presente trabalho, iremos utilizar a terminologia de “organizações privadas sem fins lucrativos” para identificar Organizações Não Governamentais - ONGs, Associações, Fundações e congêneres, instituições estas oriundas de iniciativas privadas e que desenvolvem serviços/atendimento a diversos grupos, com ou sem parceria com o poder público. Definimos tais instituições/grupos como aqueles que prestam “ações desenvolvidas por organizações da sociedade civil, que assumem as *funções* de resposta as demandas sociais (antes de responsabilidades fundamentalmente do Estado), a partir de *valores* de solidariedade local, autoajuda a ajuda mútua” (MONTAÑO, 2009, p. 184, grifos do autor).

atuação do profissional de Serviço Social. Essa realidade necessita de análises e reflexões a respeito do fazer profissional em instituições com outras estruturas, forma de organização, direcionamento político, aspectos confessionais e demais perspectivas que podem vir a ser divergentes do direcionamento das políticas sociais. Entrementes, tais instituições surgem como tentativas de resposta ao vácuo de atendimento do poder público a determinados públicos e/ou situações.

Esta realidade relaciona-se com o avanço da hegemonia neoliberal, que traz consigo um discurso recorrente, no Brasil, especialmente na década de 90, que defende o movimento da diminuição do Estado, ampliação do mercado, cortes nos gastos de cunho social e filiação ao processo de globalização econômica mundial. Altera-se aqui, significativamente, o papel do Estado, que restringe sua função com relação aos serviços sociais e conseqüentemente assume um papel de *desresponsabilização* sobre estes, criando o citado vácuo no atendimento. Há uma transferência significativa dos serviços para a sociedade civil, que passa a realizar o atendimento às expressões da questão social utilizando-se de Fundações, Organizações Não Governamentais – ONGs, Associações, entre outros. Os serviços são prestados, usualmente, sob o viés da solidariedade, filantropia, assistencialismo, mútua ajuda e da prática moral (ALENCAR, 2009).

Neste contexto, entram em cena novas instituições, novas relações institucionais e diferentes perspectivas de atendimento que, necessariamente, geram novas demandas para o Serviço Social, criando mudanças em suas práticas profissionais, exigências e competências. Em paralelo, vem a necessidade de intervenção junto a questões “novas” ou sob “novas roupagens”. O desafio amplia-se para a profissão, pensando agora nestas novas demandas, dentro de outros modelos institucionais que não o Estado, levantando questões que precisam ser discutidas e, de alguma forma, reestruturadas para viabilizar o atendimento adequando ao público fim.

Montaño (2009) indica a necessidade de o Serviço Social enquanto profissão preocupar-se com questões que extrapolem as problemáticas “tradicionais” do trabalho, observando e problematizando as demandas emergentes da atualidade, possibilitando

Ainda que a literatura se utilize de terminologia como “sociedade civil organizada” e/ou “organizações do terceiro setor”, optamos por não usar tais nomenclaturas em decorrência de questões conceituais. Montaño (2007), em seu livro “Terceiro Setor e Questão Social: crítica ao padrão emergente de intervenção social”, realiza uma discussão interessante com relação à utilização do termo “terceiro setor” e como se deu sua construção e as críticas decorrentes. Ademais, ainda é importante indicar que a partir do ano de 2014 entra em vigor no Brasil o novo Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil (MROSC), logo, a legislação adota a terminologia para estas instituições de “Organizações da Sociedade Civil” (BRASIL, 2014), anteriormente indicadas como ONGs ou vinculadas ao chamado “Terceiro Setor”.

assim dar respostas às “novas roupagens” da questão social, à ocupação de novos espaços ocupacionais e produção de conhecimento teórico-científico que dê sustentação à sua atuação profissional. Neste contexto, para além das questões referentes às particularidades da prática profissional e das relações entre o público e o privado no campo político-institucional, soma-se a própria condição dos trabalhadores e usuários e suas expressões no campo das políticas sociais.

Os trabalhadores são lançados à mercê do capital. A lógica do consumo é inegavelmente presente e perversa. As necessidades de consumo são (re)criadas constantemente, possibilitando assim a constante produção e o funcionamento do capitalismo (ANTUNES, 2015). Em uma sociedade pautada pelo consumo, aqueles que não consomem são tidos como supérfluos (BEHRING, 1998). Essa população excedente se constituiu enquanto uma condição para o processo de acumulação capitalista, o que é denominado como “exército de reserva” que proporciona ao capital “um reservatório inesgotável de força de trabalho disponível” (MARX, 1985, p. 208). Essa população “sobrante”, nos termos de Castel (1998), é considerada excedente para as necessidades do capital, sendo assim submetida a condições que não lhe possibilitam nem ao menos a própria subsistência, necessitando de ações por parte do Estado para possibilitar o enfrentamento das questões sociais colocadas, como fruto dos conflitos de classe e das contradições entre proletariado e burguesia, bem como possibilitar a reprodução da força de trabalho.

Por sua vez, o Estado desenvolve políticas sociais não mais focadas no Estado de Bem-Estar Social e na condição de cidadania advinda deste. Pelo contrário, as ações têm foco mercadológico e extremamente focalizado (FALEIROS, 2006). A lógica capitalista dominante também traz consigo outras condições extremamente perversas, dentre as quais destacamos a responsabilização do sujeito pela condição na qual se encontra, o que Faleiros (2006, p. 30) apresenta como o famoso e usual “se vire”. Nesta lógica, de um modo ou de outro, a condição na qual o sujeito se encontra é vista como fruto de suas próprias escolhas e/ou da ausência de motivação para alterar a situação na qual se encontra e buscar uma inserção “melhor” na sociedade. Ignora-se o contexto, isola-se o sujeito. A responsabilização pelo seu próprio bem-estar é condição característica da proposta neoliberal e, inevitavelmente, interfere sobre a condição do sujeito de direitos e na operacionalização das políticas públicas e demais ações de enfrentamento das expressões da questão social (FALEIROS, 2014). A política pública adquire *status* de mercadoria e o usuário do serviço de consumidor; a luta se torna maior

por produtos de qualidade do que pelos direitos em si. Com base nesta conjuntura, afirma-se que novas relações institucionais, inevitavelmente, geram novas demandas.

Neste contexto, dentre as várias expressões da questão social e novas demandas colocadas para o Serviço Social, apresenta-se a população com transtornos decorrentes do uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas. Esta se constitui enquanto uma das problemáticas que cada vez mais são colocadas de forma central na sociedade e, do mesmo modo, em grande parte interpretadas pelo viés da responsabilização do sujeito por aquela condição, moralização e visão preconceituosa sobre o usuário. Nas palavras de Miotto e Nogueira, “desloca-se mais uma vez para os indivíduos a responsabilidade por estilos de vida saudáveis e, portanto, por sua própria saúde, acentuando os processos de culpabilização da vítima” (2008, p. 7).

Consequentemente, tal expressão da questão social é demanda recorrente nas intervenções profissionais do Serviço Social, em diversos espaços ocupacionais, visto suas consequências em diversos âmbitos. Todavia a população com transtornos decorrentes do uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas parece não representar uma questão de grande importância no que diz respeito à discussão teórica no âmbito acadêmico e da construção de conhecimento no Serviço Social. Exemplo claro dessa realidade pode ser observado no trabalho de Bandeira (2014). A autora apresenta dados relativos às pesquisas e produção sobre a dependência química no Serviço Social, identificando que, nos últimos dez anos, analisando todos os Programas de Pós-Graduação no Brasil, houve a produção de apenas três dissertações (0,11% do total das produções do período) e nenhuma tese que discuta o tema. Em revista científica de referência para a profissão, nos últimos dez anos, houve a publicação de apenas um artigo que faz referência à temática. Isso leva a pensar em quais os determinantes que levam o Serviço Social a não realizar tal discussão de forma recorrente.

Tais condições objetivas reforçam a preocupação de Netto (1996; 2012) a respeito da retroalimentação entre o espaço acadêmico e o fazer profissional. Ele evidencia que algumas temáticas acabam ficando relegadas a espaços não privilegiados na profissão e, consequentemente, acabam não sendo centrais em discussões importantes na construção teórica da profissão.

A questão do uso, abuso e dependência do álcool e de outras drogas é um exemplo consistente de tal condição. Ainda que as discussões não estejam afloradas no corpus teórico da profissão, a realidade não se dissipa instantaneamente pela simples ausência de visibilidade junto aos teóricos da profissão. Pelo contrário, ela exige

respostas, as quais muitas vezes não possuímos, sendo que é para questões como estas que a profissão deve estar também atenta, articulada e atualizada.

Atualmente, o uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas são compreendidos como doença, utilizando critérios e parâmetros definidos para seu diagnóstico. Tais parâmetros são definidos pela CID – Classificação Internacional de Doenças⁶ (OMS, 1993), bem como no DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Importante tal apontamento, considerando a visão de senso comum relacionada às questões moralizadoras e de preconceito vinculadas ao uso de álcool e outras drogas, usualmente acopladas a questões negativas e criminalizadoras. Definindo essa condição enquanto doença, multifacetada, de cunho biopsicossocial, é possível compreender que não se trata de um “desvio moral”, “falta de caráter”, entre tantos outros rótulos socialmente imputados a estes grupos⁷. Ao contrário, diz respeito a uma doença complexa e que exige conhecimento técnico para o atendimento a este público e suas particularidades, bem como percepção dela em suas diversas nuances. A visão estigmatizada da mesma em nada contribui no atendimento ao seu público e aos demais envolvidos.

Entretanto, a condição do uso e os transtornos decorrentes do uso e abuso de álcool e outras drogas não pode ser compreendido exclusivamente pelo viés biológico utilizando-se exclusivamente da visão biomédica para o seu atendimento. Goldberg (1994) indica a necessidade de uma reformulação sobre a doença mental, incluindo aqui

⁶ Conforme a Classificação Internacional de Doenças – CID 10, há critérios específicos para o diagnóstico da dependência química. O diagnóstico deve ser feito se três ou mais dos seguintes critérios são experimentados ou manifestados durante os últimos 12 meses no usuário da substância: 1) desejo forte ou sendo de compulsão por consumir a substância; 2) dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de início, término ou níveis de consumo; 3) estado de abstinência fisiológica, quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência característica para a substância, ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência; 4) evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas; 5) abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa: aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou tomar a substância e recuperar-se de seus efeitos; 6) persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara das consequências manifestadas nocivas, tais como dano ao fígado por consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estados de humor depressivos consequentes a períodos de consumo excessivos da substância, ou comprometimento do funcionamento cognitivo relacionado com a droga: deve-se procurar determinar se o usuário estava realmente consciente da natureza da extensão do dano (BORDIN *et al.*, 2010).

⁷ A dependência química relacionada à doença e seus aspectos derivantes podem ser considerados questões relativamente novas, estudadas somente nos dois últimos séculos. Anteriormente, a visão para com estes usuários vinculava-se a estarem possuídos por espíritos e possuírem pouca força de vontade por não conseguirem superar a condição na qual se encontram (DUARTE; MORIHISA, 2011). Todavia, atualmente, ainda que o conhecimento científico indique para a perspectiva da doença, muitas dessas visões ainda se fazem presentes.

também o uso de álcool e drogas, devendo-se observar e considerar o sujeito como um todo, relacionamentos, inserção na comunidade, moradia, vínculos familiares, condições de trabalho, entre outros, sendo necessário refletir não apenas na centralidade da doença, mas sim no contexto que a cerca.

Importante salientar a linha tênue existente entre o uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas. Figlie, Bordin e Laranjeira (2010) definem o **uso** como a utilização esporádica de algum tipo de SPA; o **abuso** como um uso que acaba por ocasionar, eventualmente, algum tipo de prejuízo; e a **dependência** encontra-se associada ao surgimento de vários problemas, bem como a ausência de controle sobre o uso. Visto por este ângulo, podemos pensar que se trata de uma realidade contínua, onde há um avanço gradativo entre as etapas. Entretanto a “passagem” de uma fase para outra não ocorre de forma linear e possui grandes variações de indivíduo para indivíduo, por vezes não sendo possível estabelecer claramente o término de uma condição e o início de outra. E, ainda, necessariamente não se faz presente em todas as situações o “avanço” para a outra condição, sendo objetivamente possível permanecer sempre na condição de usuário recreativo, por exemplo, sem apresentar um quadro de abuso ou de dependência, apontando assim a particularidade de cada situação.

Realizar a identificação da condição de dependência em si é uma tarefa de complexidade maior do que pode apresentar-se inicialmente, em especial com relação à definição do que se constitui como normalidade e “anormalidade” do uso no atual contexto social⁸ (PECHANSKY *et al.*, 2004). Entrementes, tais conceituações são de grande importância para que possamos fazer o apontamento de que nossa proposta diz respeito aos estudos e aprofundamentos com relação ao uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas⁹ e seus desdobramentos, e não as demais formas de utilização, conforme exposto anteriormente. Logo, ao fazermos referência ao uso abusivo e dependência, não estamos indicando o usuário recreativo/eventual, mas sim aqueles que podem ser classificados como abusadores e dependentes, conforme os critérios elencados

⁸ Pretende-se ao longo do desenvolvimento da tese abordar tal questão de modo mais aprofundado. Parte-se do contexto no qual a substância encontra-se inserida e qual função social da substância neste e as interlocuções que realiza. Obviamente que temos a clareza que o uso de SPA sempre existiu na história da humanidade, todavia, qual a condição hoje e suas repercussões? Qual a realidade daquele espaço e das pessoas dependentes químicas no atual contexto social e quais as condições para o desenvolvimento da dependência química? Por que a dependência química adquiriu o *status* de “anormal”?

⁹ Embora tenhamos como enfoque principal a questão do uso abusivo e dependência, há o entendimento de que as comunidades terapêuticas, eventualmente, acabam recebendo usuários em condições diferenciadas. Compreender a partir de qual perspectiva tal público ingressa na instituição – que realiza a avaliação inicial – é uma discussão que também será realizada ao longo do desenvolvimento da tese.

anteriormente e tendo considerado os reflexos e implicações disto em sua condição e daqueles que o rodeiam.

Em nível mundial, um recente relatório da ONU – Organização das Nações Unidas, publicado no ano de 2016, indica que ao menos 5% da população mundial adulta (aproximadamente 250 milhões de pessoas entre 15 e 64 anos) fez uso, no ano de 2014, de ao menos um tipo de droga. O relatório também destaca as preocupações com os crescentes transtornos decorrentes do uso das substâncias em todo o mundo (UNODC, 2016). Na mesma direção, um documento da Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, publicado em 2009, indica que 1,74% da população na mesma idade apontada anteriormente fez uso de cocaína nos últimos dozes meses, tendo como base o ano de 2004; quando se trata de maconha o número aumenta para 6,9% desta população (OPAS, 2009).

No Brasil, pesquisas indicam o aumento considerável no abuso e dependência de substâncias, lícitas e ilícitas¹⁰, entre a população, com destaque para o público mais jovem e, em especial, crescimento entre o público feminino adolescente, associado à diminuição do início da idade do uso, especialmente no que diz respeito à experimentação inicial do álcool. Outros dados que destacamos, conforme a pesquisa, é que no Brasil aproximadamente 10,48% da população masculina e 3,63% da população feminina são dependentes de álcool. Paralelamente, observa-se a diminuição do uso entre os homens e aumento entre as mulheres quando comparado tal condição aos dados coletados no ano de 2006 (LENAD, 2014).

Com relação às drogas ilícitas, destacamos o fato de que a maconha é a mais utilizada em escala mundial. A pesquisa indicou que no Brasil 3,4% dos adolescentes (470 mil pessoas) e 2,5% dos adultos (3 milhões de pessoas) fizeram uso da substância no ano de 2013. Com relação à cocaína aspirada, 1,6% dos adolescentes (226 mil pessoas) e 1,7% de adultos (2,3 milhões de pessoas) relatam uso no mesmo período. Ainda com relação ao uso no último ano, 0,2% dos adolescentes (18 mil pessoas) e 1% dos adultos (1 milhão de pessoas) relataram ter feito de uso de *crack* (cocaína fumada) ou *oxi*¹¹ (LENAD, 2014). Tal pesquisa se apresenta de grande relevância, pois, além de apresentar

¹⁰ Existem várias formas de estabelecer a diferenciação entre os tipos de drogas. Uma delas é a classificação como drogas lícitas ou ilícitas. As drogas lícitas são aquelas que possuem a comercialização legalizada, ainda que com critérios específicos para que somente determinando público, a partir de determinadas condições, tenha o acesso. Exemplos de drogas lícitas são, por exemplo, bebidas alcoólicas, tabaco e medicamentos de uso controlado, adquiridos através de receitas médicas específicas. As drogas ilícitas são aquelas cujo comércio é proibido, tais como: maconha, *crack*, cocaína, entre outras.

¹¹ Variação mais agressiva da substância *crack*.

os dados com relação à atual condição do uso e abuso de substâncias psicoativas no país, também estabelece relações com os determinantes sociais, realizando interlocuções com questões de gênero, faixa etária, condição econômica, violência física e psicológica entre outros aspectos¹².

Obviamente que todas estas condições terão reflexo e impactos distintos conforme as particularidades, assim como o contexto de cada grupo afetado. A saber, entre a população em situação de rua, por exemplo, os números expressam outra realidade. Dados estimam que, entre crianças e adolescentes em situação de rua, o uso de álcool e outras drogas é uma realidade diária para 43,8% entre o sexo masculino e 31,1% entre o sexo feminino (CARLINI, 2004)¹³. Entre o público adulto, 35,5% indicam que a situação de rua vivenciada é decorrente da problemática do abuso/dependência de álcool e/ou outras drogas, sendo que 28% indicaram já terem passado por clínicas e/ou CTs para tratamento (BRASIL, 2009a). Mais uma vez, tal indicação denota que, conforme o público e o contexto no qual o mesmo se encontra, haverá condições e impactos diferenciados para cada grupo.

Seguindo a amplitude da dependência e suas diversas nuances, as formas de tratamento e atendimento de tal público também tendem a ser extensas e variadas, como meio de permitir diversas possibilidades e tentativas de absorver as peculiaridades do público. Em paralelo, é necessário permitir ao usuário possibilidades de escolha com relação a que proposta aderir e, concomitantemente, o acolhimento de suas necessidades e distinções.

No Brasil, a legislação que regula as diretrizes gerais da Política Nacional sobre Drogas é o recente Decreto nº. 9.761 de 11 de abril de 2019, que trata da aprovação da Política Nacional sobre Drogas – PNAD (BRASIL, 2019d), em conjunto com a própria PNAD, publicada em 5 de junho de 2019 através da Lei nº. 13.840 (BRASIL, 2019e). Por sua vez, a Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011 regulamenta a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS que gere o atendimento para tal público. A RAPS prevê, entre outras ações, o atendimento as pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e

¹² Questões estas que não iremos aprofundar neste momento, mas disponíveis no documento original (LENAD, 2014).

¹³ Cabe destacar uma questão metodológica da pesquisa da LENAD (2014), expressa no relatório final da mesma no que diz respeito à sua formatação metodológica. Trata-se de uma pesquisa probabilística de cunho residencial, ou seja, reflete a situação dos brasileiros que não vivem nas ruas. Por isso, optamos por indicar, ainda que de forma limitada, a realidade da população infanto-juvenil que se encontra em situação de rua.

outras drogas e segue, de forma específica, visando aos cuidados de saúde para grupos vulneráveis (BRASIL, 2011a).

Anteriormente à recente Política Nacional sobre Drogas, que é direcionada na proposta de abstinência (BRASIL, 2019d; 2019e), as legislações possuíam como perspectiva de atendimento as bases da política de redução de danos. A Lei 10.126 (BRASIL, 2001b), também conhecida como a “Lei da Reforma Psiquiátrica”, redirecionou o modelo assistencial de saúde mental até então existente no país. As questões principais aqui elencadas diziam respeito a um novo direcionamento na política de saúde mental no Brasil, que até então possuía perversas heranças dos manicômios e das desumanidades ocorridas nestes espaços. Retira-se a centralidade do modelo hospitalocêntrico e realiza-se a implantação de redes mais comunitárias e amplas, buscando a integração gradativa dos pacientes em seu contexto comunitário e familiar.

Com relação, especialmente, ao público com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, a Portaria 3.088 (BRASIL, 2011a) institui os componentes que constituem a rede, sendo eles: i) atenção básica em saúde; ii) atenção psicossocial especializada; iii) atenção e urgência e emergência; iv) atenção residencial de caráter transitório; v) atenção hospitalar; vi) estratégias de desinstitucionalização; e vii) reabilitação psicossocial. Cada um desses componentes possui pontos de atenção específicos. Dentre estes, a Atenção Psicossocial Especializada, via os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, ou CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas¹⁴, se constitui como ponto de atenção central para o atendimento a este público, que funciona, basicamente, através do atendimento ambulatorial.

Para além da proposta dos CAPS, outro componente da RAPS, conforme citado anteriormente, é a Atenção Residencial de Caráter Transitório. Em tal componente, um dos pontos de atenção, embora pouco reconhecido efetivamente como tal, são as Comunidades Terapêuticas - CTs. As CTs estão inseridas na RAPS como uma possibilidade de atendimento em modelo residencial¹⁵ e de acolhimento voluntário. A legislação prevê que tais instituições, essencialmente privadas e sem fins lucrativos,

¹⁴ A definição pela existência/funcionamento das modalidades de CAPS (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III, CAPSi) é decorrente do quantitativo populacional do município ou região obedecendo critérios previamente estabelecidos na legislação (BRASIL, 2011a).

¹⁵ Importante salientar as CTs dizem respeito a uma modalidade de atendimento, uma forma de desenvolver o tratamento, e não, meramente, a uma estrutura física e/ou um local com algumas características específicas. Iremos discutir com maior propriedade tal questão na revisão de literatura, no tópico específico sobre Comunidade Terapêutica. A discussão teórica a respeito do que são CTs e sua metodologia de atendimento será realizada no capítulo 3.

devem funcionar de forma articulada com a atenção básica, que presta o atendimento clínico geral, e com o CAPS, que é responsável pelo encaminhamento, acompanhamento e seguimento do cuidado dos pacientes, proporcionando assim o atendimento em rede (BRASIL, 2011a).

O termo “Comunidade Terapêutica” foi utilizado oficialmente no Brasil, pela primeira vez, na Resolução da ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, nº. 101 de 2001¹⁶, que objetivava estabelecer “as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, também conhecidos como *Comunidades Terapêuticas*¹⁷” (BRASIL, 2001a, p. 1, grifo nosso).

Tais instituições surgiram no cenário brasileiro por volta das décadas de 70 e 80, fruto de iniciativas da sociedade civil em sua maioria com alguma vinculação de cunho religioso, sendo anteriores às políticas de atendimento concretas voltadas às pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de álcool ou outras drogas.

Em CENSO/mapeamento realizado entre os anos de 2011/2012 pela SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul e em parceria com federações de comunidades terapêuticas no Brasil, foram identificadas aproximadamente 2.000 (duas mil)¹⁸ entidades (BRASIL, 2016). Estima-se que 80% da população com transtornos decorrentes do abuso e dependência de álcool e outras drogas, em atendimento, encontra-se atendida em CTs (DAMAS, 2013). O número expressivo e crescente de tais instituições aponta para o fato de que embora o foco da política de atendimento à população com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas seja o atendimento ambulatorial, junto ao CAPS, as comunidades terapêuticas tornaram-se de relevantes no atendimento/tratamento e, por vezes, apresentam possibilidades de acesso mais simplificado. Como exemplo, podemos citar o plano “Crack, É Possível Vencer” que indica as CTs como uma das principais estratégias de atendimento a este público no país (BRASIL, 2012a).

¹⁶ A presente resolução foi revogada no ano de 2011, quando entrou em vigor a Resolução nº 029/2011 da ANVISA (BRASIL, 2011b), estabelecendo novos critérios/exigências para o funcionamento das Comunidades Terapêuticas. Um exercício interessante diz respeito à análise documental e comparativa entre as duas resoluções e como se pode observar uma diminuição considerável das exigências para o funcionamento de tais instituições a partir da segunda resolução.

¹⁷ Tal condição possibilita a maior compreensão sobre as nomenclaturas até então utilizadas para a identificação de tais instituições, tais como: Centro de Recuperação, Fazendas, etc. Observa-se que a nomenclatura, em grande parte, ainda segue da mesma forma em muitas instituições.

¹⁸ Cabe aqui indicar que, dada a realidade de muitas das comunidades terapêuticas (ausência de constituição legal, localização em zonas rurais/afastadas, ausência de linhas telefônicas/internet, etc.), estima-se que este número possa ser consideravelmente maior.

Diante de tal conjuntura, podemos verificar que o atendimento legalmente previsto e teoricamente organizado para ser realizado através do SUS – Sistema Único de Saúde, em equipamentos específicos para tal, é também prestado por CTs, tornando-se assim uma questão extremamente relevante e merecedora de especial atenção. Não se pode deixar de lado a relevância do fato de as CTs serem entidades privadas, sem fins lucrativos, realizando funções legalmente de responsabilidade do Estado, logo, ocupando um espaço reconhecido e legitimado por este, mesmo que contraditoriamente.

Tendo em vista o contexto aqui apresentado, compreendemos que a CT é um campo de atuação desafiador para o Serviço Social, expressando em sua constituição e metodologia de atendimento diversas contradições com relação ao direcionamento das políticas sociais atualmente colocadas. Em sua constituição, há um misto das políticas de saúde, assistência social, justiça, o que aponta, muitas vezes, por si só para um caráter de indefinição com relação aos atendimentos prestados pela instituição em si. Para além de sua indefinição com relação à área de atuação, podemos citar o fato de que muitas delas trabalham com a proposta de abstinência de qualquer substância psicoativa, exceto medicação quando assim for prescrito, o que causa um embate considerável com os serviços públicos até aqui constituídos. E, ainda, os aspectos vinculados à sua metodologia e, especialmente, à espiritualidade incorporada ao atendimento, que acabam por ocasionar grandes conflitos.

É neste contexto que a ação profissional do assistente social nas CTs se desenvolve, cercada por controvérsias e, muitas vezes, visões diversas com relação à forma de atendimento, direitos básicos e interlocução com as políticas públicas. Neste sentido, entendemos como de suma importância destacar as contradições presentes nas CTs enquanto espaço sócio-ocupacional do Serviço Social. Se o processo de trabalho do assistente social por si já é complexo e permeado por diversas determinações, quando atrelado ao contexto particular das CTs, temos um cenário ainda mais desafiador.

A discussão e pesquisa por tal temática justifica-se pela necessidade de voltarmos o olhar acadêmico para questões vinculadas à ação profissional do Serviço Social, considerando que se verificam poucos estudos sobre a prática profissional do assistente social, quando comparado aos aspectos macrosociedadeiros, éticos políticos, entre outros (MIOTO; LIMA, 2009), ao mesmo tempo contribuindo de maneira significativa com o processo de retroalimentação entre o espaço acadêmico e o espaço profissional, conforme necessidade evidenciada por Netto (2012). Trata-se do movimento concreto de trazer para o ambiente da academia as demandas, preocupações e

questionamentos dos profissionais que atuam na “ponta”. Visto que “a relevância de uma pesquisa está na sua capacidade de apreender a realidade e de servir de referência para os profissionais da categoria e de outras áreas de conhecimento, sendo assim alimentadas de práticas profissionais” (BOURGUIGNON, 2007, p. 53).

A discussão de tal temática irá, acredita-se, subsidiar a ação profissional do assistente social no espaço sócio-ocupacional da CT, possibilitando maior qualificação do atendimento aos usuários, sendo as CTs um espaço que o Serviço Social tem efetivamente ocupado, entretanto, ainda estão ausentes o aprofundamento e as reflexões teóricas necessárias. É preciso salientar que, no atendimento em CT, especificamente, além das ações propostas para o atendimento na área da saúde, o assistente social também precisa incorporar em sua ação profissional os direcionamentos de outras políticas que perpassam a instituição, as especificidades do abuso e dependência de álcool e outras drogas, bem como os próprios direcionamentos e especificidades da instituição.

Diante desta variável de demandas que são apresentadas ao assistente social recorrentemente no espaço da CT, acaba-se por buscar qualificações em outras áreas profissionais que historicamente já possuem maior conhecimento nas questões vinculadas à saúde mental. O que em si não é algo preocupante, entretanto a ausência de retorno às bases da profissão diante destes novos conhecimentos é algo que se faz necessário discutir, pois este movimento pode levar ao empobrecimento da profissão (MIOTO, LIMA, 2009). Ou seja, a busca por conhecimento em outras áreas, especificamente nos campos “psi” neste contexto, são importantes, mas devem ser refletidos em conjunto com as bases de sustentação do Serviço Social e seus direcionamentos. Neste sentido, a importância da discussão da ação profissional do assistente social em espaços sócio-ocupacionais como as CTs é inegável. A isso soma-se o fato de que se observa, na produção acadêmica do Serviço Social, certo negligenciamento com relação à discussão técnico-operativa, temendo-se retornar a antigas discussões e “prisões” do Serviço Social (GUERRA, 2012).

Em paralelo, como citado anteriormente, os transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, de forma geral, não são uma temática de grande destaque no Serviço Social (BANDEIRA, 2014). Do mesmo modo, a temática CT e os estudos decorrentes também não são expressivos. Uma busca no banco de Teses e Dissertações da CAPES – Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior, a partir da

chave de busca “comunidade terapêutica” reitera a mesma condição¹⁹, identificando-se apenas cinco trabalhos de Pós-Graduações em Serviço Social que discutiam a temática²⁰, nenhum deles discutindo o contexto da ação profissional propriamente. Logo, há necessidade de aprofundamento e maior compreensão desta questão, expressando assim a relevância científica desta pesquisa.

A discussão a respeito das CTs, sua vinculação com as políticas públicas e o debate acerca de ser uma instituição privada em grande parte financiada por recursos públicos também trazem à tona elementos importantes para o tema, no sentido de refletir sobre a atual política sobre drogas no país e a forma como ela tem respondido à realidade da dependência química e em que medida as CTs contribuem ou não com este processo.

A partir de tal conjuntura, levantaram-se diversos questionamentos. Afinal, o que faz o assistente social em uma CT? Quais são suas atribuições? Como o profissional se articula entre a missão da entidade na qual trabalha e o direcionamento das políticas públicas? E a interlocução com os aspectos confessionais e religiosos? Que tipo de capacitações tem sido realizado para qualificar este atendimento? Quais os principais impasses, limites e desafios? Como assegurar direitos e as premissas das políticas públicas dentro de uma instituição privada? Como ampliar a autonomia profissional neste contexto? Este é um espaço legítimo para a profissão? Quais são e como chegam as demandas até este profissional? O que a instituição espera de sua atuação profissional?

A partir de tais reflexões, a pergunta que direcionou o desenvolvimento de nossa pesquisa foi: **A inserção profissional dos assistentes sociais nas comunidades terapêuticas têm conseguido articular as atribuições institucionais e as competências profissionais exigidas?** Para responder a essa questão, foi elaborado o seguinte objetivo geral: **Analisar a inserção profissional dos assistentes sociais nas comunidades terapêuticas, no estado de Santa Catarina, no que tange à articulação entre as atribuições institucionais e competências profissionais.**

¹⁹ A pesquisa foi realizada no Banco de Teses e Dissertações da CAPES utilizando a chave de busca “Comunidade Terapêutica”, resultando, inicialmente, em 107 (cento e sete) trabalhos encontrados. Quando refinada a busca para os programas de Pós-Graduação em Serviço Social, restam um total de apenas 5 (cinco) trabalhos. Em nenhum destes foi identificado o objetivo na ação profissional do assistente social na instituição, mas sim análises voltadas para outros focos que não a ação profissional propriamente. A utilização da chave de busca entre aspas é proposital, como forma de filtrar resultados dentro da linha de busca específica.

²⁰ Fiestas e Ponce (2012), a partir de revisão sistemática sobre CTs, indicaram pequeno número de publicações que discutem a temática. Importante também destacar que, quando avaliamos a produção teórica sobre CTs no estado de Santa Catarina, também encontramos números não expressivos e com restrito conjunto de autores que realizam tal discussão (CARVALHO, MELO, OLIVEIRA, 2015).

Os objetivos específicos decorrentes para alcance do objetivo geral foram: a) Compreender o processo histórico da constituição das CTs enquanto um campo de trabalho do Serviço Social; b) Problematizar as atribuições institucionais demandadas aos assistentes sociais nas CTs; c) Identificar as competências profissionais desenvolvidas pelos assistentes sociais nas CTs; d) Refletir sobre o conhecimento e posicionamento dos assistentes sociais a respeito da metodologia de atendimento proposta pelas CTs, origens, formas de organização, legislação e vinculação com as políticas públicas; e) Analisar o direcionamento que a ação profissional tem tomado no espaço sócio-ocupacional das CTs a partir de sua atual condição. Trata-se de uma pesquisa descritiva, sendo que para sua realização utilizou-se das técnicas de entrevista semi-estruturada (MAY, 2004; MINAYO, 2014) e observação participante (MINAYO, 2014) para a coleta dos dados.

Para fins metodológicos e facilitar a leitura e compressão, o presente trabalho encontra-se estruturado em capítulos, cada qual apresentando uma discussão específica. Inicialmente, nos primeiros quatro capítulos, apresentamos uma discussão teórica a respeito dos principais temas que embasam nosso trabalho. No primeiro capítulo, apresentamos as distintas concepções de saúde existentes e de que forma elas se relacionam com o tema de discussão, visto que os transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas apresentam relação com as questões amplas de saúde e a forma como compreendemos a mesma. No capítulo 2, discutimos as Políticas de Atenção à Saúde Mental no Brasil, especialmente com relação ao uso de álcool e outras drogas. No capítulo 3, discutimos a questão das CTs, em termos históricos, legislações, metodologia de atendimento e como se estruturam no país. No capítulo 4, é realizada a discussão acerca da ação profissional do assistente social. No capítulo 5, apresentamos o percurso de nossa pesquisa, indicando a forma como a mesma foi realizada e os caminhos percorridos, bem como a caracterização dos entrevistados. No capítulo seguinte, subdividido em 8 tópicos para melhor compreensão do leitor, apresentamos a análise dos resultados encontrados, sendo cada subtópico um tema considerado de relevância para alcance de nosso objetivo geral. Por fim, apresentamos as considerações finais a respeito de nossa pesquisa, indicando conclusões, sugestões e indicações com relação à ação profissional do assistente social no espaço sócio-ocupacional da CT. Ademais, apresentamos as referências utilizadas e os apêndices como materiais que subsidiaram a construção do presente trabalho.

A presente pesquisa encontra-se vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, na Linha de Pesquisa: Serviço

Social, Ética e Formação Profissional. A discussão é importante para a linha de pesquisa, pois trata diretamente da prática profissional e das questões envolvidas nesta, trazendo rebatimentos diretos sobre a formação profissional. O desenvolvimento deste trabalho também se deu com apoio de bolsa de estudos, em período parcial, pela CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

2 CONCEPÇÕES DE SAÚDE

2.1 DECURSO HISTÓRICO DAS CONCEPÇÕES DE SAÚDE E DOENÇA

O movimento da busca pela compreensão dos fenômenos é inerente à humanidade, uma necessidade de dar sentido, explicações a uma determinada realidade ou condição. A interpretação do mundo e de seus acontecimentos é (re)construída constantemente a partir do contexto de cada sociedade, seu desenvolvimento histórico, formação cultural e social. Coexistem, assim, diferentes maneiras de compreensão do mesmo fenômeno, ainda que dentro do mesmo período histórico ou sociedade.

Com relação aos fenômenos que envolvem a saúde e a doença e as formas de sua compreensão, ocorre da mesma forma. Ao longo dos anos, desenvolveram-se diversas “lentes” para possibilitar a compreensão do processo de saúde, doença, adoecimento e morte. Cada momento histórico, social e cultural encontrou formas distintas para construir e apropriar-se do que é saúde, sempre vinculadas com o contexto colocado. “Essas teorias são, em última instância, expressões de determinadas maneiras de pensar o mundo e traduzem projetos filosóficos diversos, quando não antagônicos” (OLIVEIRA; EGRY, 2000, p. 10).

Anteriormente às explicações consideradas “científicas”, o pensamento sobre saúde e doença já era presente há muitos séculos. Na antiguidade, as interpretações e respostas oriundas do viés místico e religioso eram presentes em todos os contextos, fornecendo explicações para diversos fenômenos naturais e sociais, até mesmo para a divisão e condição social existente. A saúde dizia respeito à sobrevivência; e as doenças eram relacionadas com elementos externos, naturais ou sobrenaturais, como espíritos, por exemplo. O ser humano ocupava um lugar de passividade, nada podendo fazer a respeito de sua condição. A doença também era entendida como desobediência a ordens divinas, neste caso, se constituiria como um “castigo” em decorrência das indisciplinas cometidas. Representava a indicação do pecado cometido. Logo, por muitas vezes, poderia levar ao isolamento da pessoa. Por consequência, a “cura” encontrava-se relacionada com o arrependimento e a confissão do pecado, bem como vinculada à pessoa do sacerdote e à igreja como mediadora da cura (OLIVEIRA; EGRY, 2000; SCLIAR, 2007).

Na Grécia antiga, Hipócrates, considerado o pai da medicina moderna, fazia referência a quatro “humores” (fluidos) no corpo, sendo que a saúde estaria relacionada com o perfeito equilíbrio destes. A saúde era contraída através da obtenção de um modelo

de vida ideal, compreendendo assim a doença como a desorganização do ser humano, que seria, por si só, uma unidade organizada. Para a medicina hipocrática, a prática clínica e a observação foram as formas de buscar maior compreensão sobre a questão, resultado aqui umas das primeiras observações a respeito da condição do contágio (MOREIRA, 2013; OLIVEIRA; EGRY, 2000).

O médico grego Galeano, responsável pela divulgação das ideias de Hipócrates no Império Romano, segue na mesma linha, conceituando saúde como o equilíbrio existente entre as partes primárias do corpo. Galeano dividiu a saúde em “estado neutro” e “má saúde”. Tal conceito permaneceu como central na medicina oriental por mais de mil anos (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001; NORDENFELT, 2000). Neste período, os elementos externos também eram considerados relevantes sobre a saúde, com fortes influências da filosofia religiosa. Deste modo, para alcançar saúde, eram necessárias a compreensão do processo de desequilíbrio e a busca pela perfeita harmonia no corpo e com os elementos da natureza (BACKES *et al.*, 2009).

Na Idade Média, novamente há grande vinculação entre as doenças e o caráter religioso, sendo presentes os aspectos de conjunção de astros, bruxaria e, especialmente, o cristianismo. O entendimento do mundo pela religião também se fazia presente para a explicação da condição social e hierárquica presente. Neste período, a cura encontra-se relacionada com a fé da pessoa e seu relacionamento com o místico. Logo, o cuidado com os doentes era realizado em hospitais de cunho religioso, onde o objetivo principal focava-se no relacionamento da pessoa com a divindade superior e não necessariamente no cuidado com o biológico. Considera-se tal condição um retrocesso, visto o abandono da prática clínica na busca pela salvação do espírito. Entretanto, dadas as grandes epidemias que assolaram a Europa durante esse período, a busca pela origem das doenças voltou a ser uma preocupação presente (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001; MOREIRA, 2013; OLIVEIRA; EGRY, 2000).

No período do Renascimento, que defendia o pensamento antropocêntrico (homem no centro/condutor da história), não havendo mais espaço para as teorias baseadas na teologia, passou-se a abrir espaço para a ciência experimental, a observação e a busca por explicações racionais para os fenômenos da natureza. Com relação à saúde, duas constituições conflitantes são apresentadas neste período: o contágio e a constituição endêmica. A concepção do contágio é defendida pelo médico Girolamo Fracastoro em sua obra de 1530, denominada “*De Contagione*”, em que é indicado que o contágio se dá em decorrência de partículas imperceptíveis. Já Thomas Sydenham, na linha dos não

contagionistas, defendia a ideia de constituição endêmica, sendo que as epidemias eram resultado dos desequilíbrios da constituição corporal a atmosférica (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001; MOREIRA, 2013).

De tais formulações origina-se a teoria dos miasmas. Tal postulado defendia que as doenças eram advindas de microrganismos presentes no solo ou no ar, oriundos da putrefação de matéria orgânica, e que acometiam as pessoas. Ou seja, as condições sanitárias insalubres criavam uma condição tal que produziam os surtos epidêmicos. Essa explicação para a causa das doenças perdurou de forma hegemônica até a metade do século XIX (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001; MOREIRA, 2013).

No período da Revolução Industrial, cuja origem está na Europa, começa a surgir o movimento que ficaria conhecido como “Medicina Social”, sendo seus principais representantes os médicos alemães Rudolf Ludwig Karl Virchow e Salomon Neumann. Verificou-se que algumas mudanças na forma como as pessoas viviam (jornada de trabalho, alimentação suficiente, trabalho em locais salubres, residir próximo ao local de trabalho, etc.) impactavam de forma significativa em sua saúde. Esse movimento foi hegemônico na Europa entre 1830 e 1870, sofrendo declínios consideráveis posteriormente (VERDI, 2016).

Na metade do século XIX, com o aparecimento da bacteriologia e microbiologia, desenvolve-se a concepção de que, para cada doença, haveria um agente etiológico. Logo, ele poderia ser combatido também com agentes químicos. Houve avanços significativos neste período, em grande parte decorrentes da descoberta de curas para doenças infecciosas, bem como o desenvolvimento das vacinas. Dois grandes nomes são representativos para este período. São eles: Louis Pasteur, referência na área da microbiologia, e Robert Koch, que fez a relação dos micróbios com as doenças (MOREIRA, 2013; OLIVEIRA; EGRY, 2000; SCILAR, 2007; WESTPHAL, 2007).

Entretanto, novamente aqui se observa um retorno à vertente causal, em detrimento de uma compreensão mais totalizadora, focando-se essencialmente na condição biológica. Em consequência, o tratamento terapêutico excluía causas sociais relacionadas, em vista da supremacia colocada sobre o biológico. Neste período, a compreensão de saúde como ausência de doença passa a ser fortemente presente, concepção de base do atual modelo biomédico (MOREIRA, 2013; OLIVEIRA; EGRY, 2000).

Já no século XX, o aumento das doenças crônico-degenerativas, a diminuição das doenças infecto-parasitárias e as explicações focadas unicamente em agentes

etiológicos causadores acabam não conseguindo mais dar respostas a todas as questões, buscando-se novas soluções. Aliado a este contexto, observa-se o desenvolvimento da informática, bem como o desenvolvimento de grandes estudos. Com o progresso da ciência e da medicina, avanços tecnológicos diversos e ampliação da informação, começa-se a tomar consciência dos determinantes externos sobre a saúde e, especialmente, o modo como o comportamento do ser humano pode acarretar influências sobre a saúde. Isso é entendido, atualmente, como multicausalidade, em contraponto às insuficiências da teoria da unicausalidade. Também se consideram aqui os fatores psíquicos operantes na relação saúde–doença e desenvolve-se a visão de ser humano enquanto biopsicossocial, embora estes aspectos sejam interpretados a partir de um olhar de fragmentação e não de relação entre eles (BACKES, 2007; GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001; MOREIRA, 2013; SCLiar, 2007).

A proposta da multicausalidade reconhece a presença de diversos elementos que implicam a ocorrência de doenças. Fato esse não significa, ainda que a proposta da multicausalidade seja hegemônica no século XX, que exista apenas uma linha de pensamento dentro dessa proposta. A forma como os fatores se relacionam, a existência ou não de hierarquia entre eles, a consideração de um aspecto e não de outros, todas essas peculiaridades acabaram por constituir a construção de três modelos de multicausalidade: são eles o Modelo da Balança, Modelo da Causalidade e o Modelo Ecológico²¹. O último é o mais divulgado, de autoria de Leavell e Clark, através da proposta da história natural da doença em 1976, também conhecido como “modelo processual”. Neste modelo, há três elementos centrais (ambiente, hospedeiro e agente) que se relacionam e interagem. A doença seria o resultado do desequilíbrio entre estes três elementos (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001; MOREIRA, 2013).

Ainda que este modelo possibilite a organização do cuidado e a proposição de ações de prevenção em seus diversos níveis, a grande crítica encontra-se no fato de que este faz uma redução do ser humano a uma condição unicamente animal, natural, hierarquizando os processos de igual forma, negando as relações que o ser humano estabelece com a natureza e com os outros seres humanos, colocando tais relações dentro de um plano a-histórico e desvinculado das questões de tempo. A redução do homem a essa condição natural permite que ele seja “classificado segundo critérios naturais, tais

²¹Para maiores informações e aprofundamento a respeito destes três modelos, sugerimos a leitura do Capítulo 1 de “Concepções sobre a Saúde e a Doença”, de autoria de Paulo Roberto Gutierrez e Hermann Iark Oberdieck (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001).

como idade, sexo e raça; produz uma ruptura entre o sujeito social e seus produtos, obscurecendo a origem social da produção cultural” (BARATA, 1990, p. 6).

A tabela 1, abaixo, extraída de Verdi *et al.* (2016, p. 17), apresenta, de forma sucinta e didática, as informações apresentadas anteriormente com relação à evolução histórica do conceito de saúde–doença ao longo destes principais momentos históricos.

Tabela 1 – Evolução Histórica do conceito saúde–doença

Na Antiguidade	A doença era atribuída a causas externas cuja explicação estava em fatores sobrenaturais, para posteriormente vincular-se ao caráter religioso, envolvendo a igreja como local e os sacerdotes como mediadores da cura.
Na Grécia Antiga	Surge a Teoria Hipocrática, que centrava a causa das doenças nos fatores externos ambientais (clima, geografia, alimentação, trabalho excessivo).
Na Idade Média	Sob forte influência do cristianismo, a doença toma sentido místico e religioso (castigo), sendo a cura buscada em poderes miraculosos (reliquias, amuletos, água benta, exorcismo).
No Período do Renascimento	Surge a Teoria Miasmática, cuja explicação da doença estava nas partículas invisíveis, os miasmas.
Na Revolução Industrial	Surge, também, a Teoria Social da Medicina com alguns revolucionários, como Virchow e Neumann, que buscavam a explicação da doença nas condições de vida e de trabalho.
No Século XIX	A partir das descobertas bacteriológicas, o conceito de saúde muda novamente, agora centrando a procura da causa em um agente causal de origem bacteriológica.
No Século XX	A insuficiência da Teoria Unicausal da doença abre espaço para a formulação de explicações multicausais, de caráter biológico e a-histórico, numa concepção reducionista do social.

Fonte: Verdi *et al.*, 2016, p. 17.

A compreensão do processo do desenvolvimento do pensamento a respeito de saúde–doença ao longo da história possibilita percebermos como tais concepções sofrem alterações significativas ao longo dos anos, interferindo diretamente na forma de se pensar e realizar o cuidado em saúde, necessariamente trazendo implicações nas atuais concepções de saúde vigentes, bem como na prática dos profissionais de saúde em diversos espaços sócio-ocupacionais.

2.2 CONCEPÇÕES DE SAÚDE CONTEMPORÂNEAS

Não é possível afirmar que na atualidade exista consenso em relação à concepção de saúde. Pelo contrário, estão presentes diferentes modelos conceituais, ou seja, formas distintas de pensar a saúde. Battistella (2007) indica que, no debate atual sobre saúde, há três concepções vigentes que necessitam ser visualizadas²². Seriam elas: a) a saúde como ausência de doença; b) a saúde como bem-estar; c) a saúde como um valor social.

A primeira delas, **saúde como ausência de doença**, é um dos modelos que apresentam maior centralidade e aceitação dentro da sociedade, também intitulado como modelo biomédico. Grandemente aceita no contexto do que chamamos de “senso comum”, ainda que não possa ser considerado um pensamento exclusivo deste espaço, também embasa diversas pesquisas e formas de fazer saúde (BATTISTELLA, 2007). Este modelo encontra-se fortemente vinculado com a visão de alguns filósofos como Descartes, Galileu e Newton, baseado na concepção do corpo separado da mente. Logo, o cuidado encontra-se centrado, exclusivamente, na “reparação do problema”, utilizando-se para tal de fármacos, exames, processos cirúrgicos, vacinas, medicina altamente especializada, todos estes elementos centrados na figura médica, havendo uma grande valorização do chamado “complexo médico- industrial” (MOREIRA, 2013; VERDI *et al.*, 2016).

Essa proposta, também denominada de “saúde negativa” ou “definição de saúde negativa”, tem como premissa, em grande parte, os pensamentos e a proposta desenvolvida pelo filósofo americano Christopher Boorse: a “saúde como ausência de doença”. Logo, saúde seria o oposto de doença. Nesta perspectiva, as ações são centradas no cuidado do indivíduo isoladamente, desconsiderando fatores psicossociais ou do ambiente, visando ao controle sobre a doença e o retorno à condição de “normalidade” do sujeito. Há o predomínio do biológico sobre os aspectos sociais e psíquicos, sendo que muitas vezes os dois últimos nem mesmo são considerados (ALMEIDA FILHO; JUCÁ, 2002; BACKES, 2007).

A saúde seria então “medida” através, basicamente, de índices de morbimortalidade e associada a condições de vida “satisfatórias”. Trata-se de uma visão

²² Carlos Batistella apresenta uma discussão mais aprofundada a respeito das três concepções de saúde vigentes atualmente. Desta forma, sugere-se a leitura de seu artigo “Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde”, disponível no livro de Angélica Fonseca Ferreira intitulado “O Território e o Processo Saúde – Doença”, de 2007.

“reducionista” a respeito da saúde, em que a questão central é o biológico, excluindo-se os demais aspectos. A classificação é dicotômica: saudável ou doente, sendo para isso utilizados apenas elementos objetivos de funcionamento orgânico/biológico. O foco é na doença propriamente instalada e não em ações de promoção ou de prevenção (PRATTA; SANTOS, 2009; VERDI *et al.*, 2016). “O modelo biomédico nega a saúde pública, a saúde mental e as ciências sociais, bem como não considera científicos e válidos outros modelos de saúde” (VERDI *et al.*, 2016, p. 18).

A segunda concepção apresentada, **saúde como bem-estar**, é um conceito que se encontra diretamente vinculado com a criação da Organização Mundial de Saúde, que, em seu documento de constituição no ano de 1948, apresenta a saúde como “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (BATTISTELA, 2007). Tal definição é uma tentativa de superar as concepções negativas de saúde, conforme apontado anteriormente. E há de reconhecer os avanços dessa concepção no que tange à valorização das ações de promoção à saúde (MOREIRA, 2013). Entretanto, tal concepção de saúde é alvo de diversas críticas em decorrência de ser um ideal considerado inatingível, bem como o fato de possibilitar intervenções abusivas do Estado com objetivo de manutenção e alcance de tal ideal (BATTISTELA, 2007). Ainda é preciso pensar na relação com o caráter ideológico desse conceito e que este “em verdade, não rompe com a visão de saúde enquanto regularidade anátomo-funcional, como capacidade para o trabalho” (MOREIRA, 2013, p. 40). Logo, ele é alvo de diversas críticas e questionamentos.

Por fim, a terceira concepção apresentada, **saúde como valor social**, também indicado por Battistela (2007) como “conceito ampliado”. No Brasil, este conceito começa a ser construído em paralelo com o movimento de Reforma Sanitária e período de redemocratização do país, concomitantemente a movimentos políticos e sociais na América Latina nas décadas de 70 e 80. Neste contexto, a partir das discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em contraponto, especialmente, ao modelo biomédico, fortemente combatido neste período, a saúde passa a ser compreendida na condição de direito, correlacionando condições necessárias à vida humana, como alimentação, habitação, meio ambiente, emprego, renda, liberdade, acesso aos serviços, entre outros, indicando aspectos muitas vezes negligenciados nas concepções de saúde mais focadas em questões individuais. Tal proposta irá se aproximar das construções da vertente de determinação social da doença (BATTISTELA, 2007; MOREIRA, 2013) – vertente esta que veremos com maiores detalhes a seguir.

Battistela (2007) destaca as três concepções aqui apresentadas dada a representatividade das mesmas. Entretanto, há ainda outras concepções a respeito do processo saúde–doença, tais como a concepção ecossistêmica, que indica a proposta de relacionar as condições de saúde com o meio ambiente; a teoria ecossocial, que se propõe a condição de incorporação: “o organismo incorpora o social e produz padrões de saúde e doença” (MOREIRA, 2013, p. 44); a proposta dos determinantes sociais da saúde, que iremos aprofundar a seguir. Há ainda também propostas que são fundamentadas sob o paradigma da complexidade e que objetivam observar e dar lugar aos determinantes sociais sem que resulte em determinismos²³, entre outras perspectivas.

Diante de distintas propostas de pensar a saúde, cabe termos a clareza de que tais concepções não se apresentam desprendidas de intencionalidades. Pelo contrário, constituem-se, para além de “simples” vertentes teóricas, como pensamentos e construções sobre o mundo, vinculadas a contextos históricos e lógicas diferentes de visualizar determinados contextos e intervir, direta ou indiretamente, nestes. A seguir, iremos aprofundar a discussão a respeito do modelo de Determinantes Sociais da Saúde e da Determinação Social da Doença.

2.3 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E MODELO DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA DOENÇA

A discussão a respeito das relações que se estabelecem entre a sociedade, sua organização, e as condições de saúde dos indivíduos é alvo de discussão de autores diversos, assim como foi brevemente indicado anteriormente. Essa afirmação expressa que as condições sociais da população passam a ser consideradas, com maior relevância, no que tange as suas implicações na saúde. Entretanto, não é possível afirmar a existência de um consenso com relação as formas sobre as quais as condições sociais implicam nas condições de saúde, havendo divergências dentro das abordagens. Logo, há formas distintas de entendimento com relação as formas como as condições sociais afetam o processo saúde–doença dos indivíduos.

É importante indicar alguns momentos históricos para que seja possível, brevemente, compreender a importância atribuída ao social no contexto da saúde, nos

²³ Márcia Chaves Moreira, em sua dissertação de Mestrado intitulada “Determinação Social da Saúde: Fundamento Teórico – Conceitual da Reforma Sanitária Brasileira” (2013), apresenta com maior aprofundamento essas demais concepções de saúde–doença aqui brevemente elencadas.

últimos anos, e sua influência na organização dos cuidados em saúde. Um dos fatos centrais com relação à discussão dos determinantes sociais da saúde é o denominado “Relatório Lalonde”, apresentado em 1974, pelo então ministro da saúde do Canadá, Marc Lalonde, considerando um marco na introdução da temática (WESTPHHAL, 2007). O documento apresenta elementos importantes, especialmente para atuação no campo da saúde pública. Os elementos centrais citados por Lalonde são a biologia humana, meio ambiente, moradia, local de trabalho, estilo de vida e a organização da assistência à saúde. Logo, os serviços de atenção à saúde que muitas vezes são vistos como os principais requisitos para ser saudável, são apenas um dos componentes do campo da saúde e não o mais importante, se é que podemos definir que há uma hierarquia de importância entre estes fatores (SCLIAR, 2007).

Em 1978, a Conferência de Alma – Ata, ocorreu a partir do lema “Saúde para Todos no ano 2000”. Na ocasião, as discussões tinham como alvo a consideração das questões econômicas e sociais, visando as iniquidades em saúde. Aqui, o foco dizia respeito ao contexto da saúde enquanto direito, melhoria no acesso e cooperação entre os serviços (MOREIRA, 2013; SCLIAR, 2007).

Na América Latina e no Brasil, a discussão de correlação entre saúde e o social começa a surgir na década de 70, por intermédio do campo da Saúde Coletiva, sendo o conceito da Determinação Social da Doença um dos seus principais pilares teóricos. Sua lógica de estruturação contesta a lógica capitalista e suas repercussões no campo da saúde, bem como a proposta centrada no biológico. Esse campo é responsável por diversos pensadores e militante da Reforma Sanitária brasileira (MOREIRA, 2013).

O relatório final da XIII Conferência Nacional de Saúde traz em seu texto a concepção de “determinação social”. Entretanto, dada a ausência de avanços teóricos nessa discussão, bem como avanço do neoliberalismo, o conceito de determinação não é mais visto com centralidade, retornando, uma década depois, na perspectiva dos determinantes sociais da saúde (PAIM, 2008).

No Brasil, no ano de 2006, é instituída a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS (CNDSS, 2008). A partir de diversos estudos, a CNDSS definiu por adotar, dentre distintas leituras dos Determinantes Sociais da Saúde, o modelo proposto por Dahlgren e Whitehead (1991).

Diante de tais indicações iniciais, cabe discutirmos de forma mais aprofundada a despeito do enfoque dos Determinantes Sociais da Saúde e da teoria da Determinação

Social da Doença, buscando compreender quais são as particularidades de cada uma dessas formas de compreensão.

2.3.1 Determinantes Sociais da Saúde

Inicialmente é importante indicar que os Determinantes Sociais da Saúde são compreendidos como um “enfoque” e não como uma “teoria”, pelo fato de não se identificar uma teoria de sustentação para tal, mas uma determinada forma de direcionar o olhar, por isso a denominação de “enfoque”. É necessário indicar que, a partir da visão dos determinantes sociais da saúde, há distintas propostas/linhas de pensamento que buscam estabelecer relação entre as condições de vida e de saúde das populações (MOREIRA, 2013).

Uma destas propostas de compreensão dos Determinantes Sociais da Saúde é o modelo proposto por Dahlgren e Whitehead (1991). Tal modelo apresenta os seguintes determinantes sociais de saúde, dispostos na forma que segue: na camada central, o estilo de vida dos indivíduos que é composto por idade, sexo, fatores hereditários; na camada seguinte as redes sociais e comunitárias; em seguida as condições de vida e de trabalho, camada esta que é composta pela produção agrícola e de alimentos, educação, ambiente de trabalho, desemprego, água e esgoto, serviços sociais e de saúde e habitação; na camada externa encontram-se as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais. E, a partir das associações destes, derivam suas implicações na condição de saúde dos indivíduos. Abaixo, a Figura 1 é didaticamente representativa desta compreensão:

Figura 1 – Modelo Determinantes Sociais da Saúde – Dahlgren e Whitehead

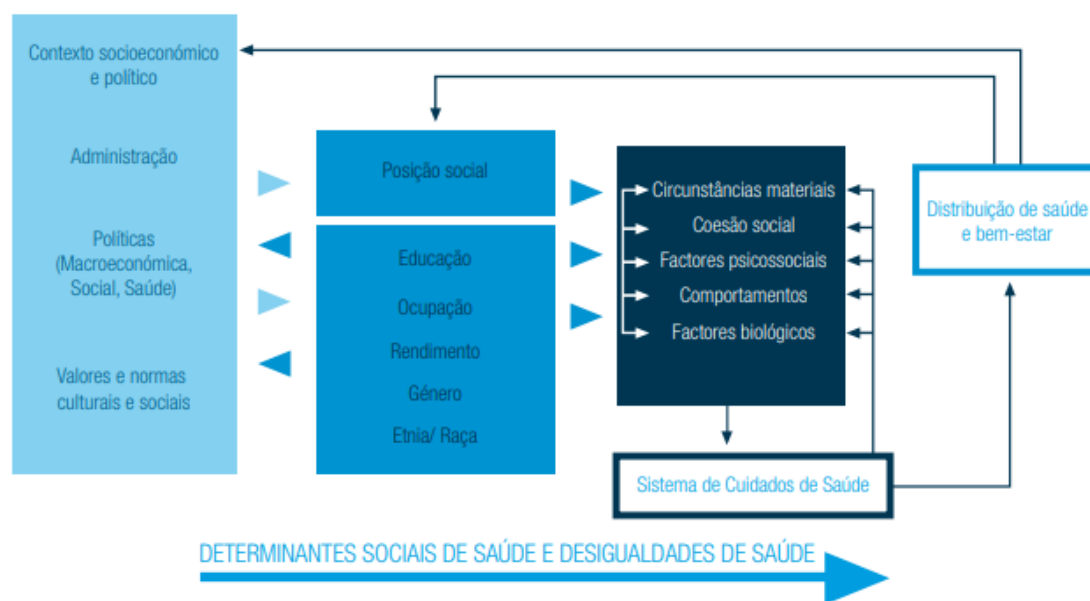


Fonte: Dahlgren e Whitehead, 1991.

Como citado anteriormente, este modelo foi adotado pela Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2008).

Outra proposta de compreensão dos Determinantes Sociais da Saúde é a apresentada pelo OMS – Organização Mundial da Saúde, publicada no ano de 2008, intitulado “Redução das Desigualdades no Período de uma Geração – igualdade na saúde através da ação nos seus determinantes sociais” (OMS, 2010). O documento utiliza, para fins de representação, adaptação do modelo de Solar e Irwin, 2007, conforme segue expresso na Figura 2:

Figura 2 – Enquadramento conceitual da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde



Fonte: OMS, 2010.

Embora o documento da OMS apresente este modelo como base estrutural para sua discussão e sugestões sobre a questão, ele não apresenta explicações conceituais sobre as mesmas. Observando o esquema, é possível verificar que há uma estrutura macroeconômica, política e de valores culturais e sociais – e que esta produz influência sobre as questões de posição social, educação, rendimento, entre outros, que, por sua vez, irá implicar sobre as condições mais concretas e, posteriormente, nas condições de saúde propriamente.

Moreira (2013), em sua dissertação de mestrado intitulada “Determinação Social da Saúde: Fundamento Teórico – Conceitual da Reforma Sanitária Brasileira”, realiza, justamente, discussões com relação aos Determinantes Sociais de Saúde a partir da análise destes dois documentos de grande relevância: o relatório da OMS, publicado no ano de 2008, intitulado “Redução das Desigualdades no Período de uma Geração – igualdade na saúde através da ação nos seus determinantes sociais” (OMS, 2010) e o documento da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2008), intitulado “As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil”. Documentos estes utilizados como parâmetros e diretrizes para o desenvolvimento de políticas públicas no campo da saúde, tanto no mundo quanto na esfera nacional, respectivamente.

A partir de sua análise, a autora identifica que ambos os documentos, declaradamente, reconhecem a relação entre as condições de saúde e a organização do

contexto social, tanto no que tange aos processos biológicos como psíquicos. Entretanto, tal relação não é apresentada de forma clara, ou seja, como tais aspectos, efetivamente, se relacionam e trazem suas implicações, assinalando que há a impressão de uma relação mecânica, de causa-efeito, o que remete a um determinismo: “Constata-se que não há correspondência com a noção de determinação adotada pela epidemiologia crítica latino-americana e a saúde coletiva brasileira” (MOREIRA, 2013, p. 100).

A autora segue argumentando com relação à análise destes documentos representativos:

Nos dois documentos em questão, não se encontram leituras mais esclarecedoras sobre processos mais amplos que verdadeiramente produzem os chamados determinantes sociais e a desigualdade de forma geral e, inclusive, na saúde. Ainda que em algumas passagens mencionem processos econômicos e sociais, quando falam do neoliberalismo e da globalização, por exemplo, não chegam a tecer grandes considerações, restringindo-se a citar históricos processos de exploração em prol de interesses de grupos restritos e dos malefícios do neoliberalismo (MOREIRA, 2013, p. 102).

Ademais, é realizada a indicação de que as questões estruturais, como políticas públicas, organização política e acordos financeiros injustos, em nível global, prejudicam as condições macros de saúde. Entretanto, o foco é colocado nas políticas públicas apresentadas e como estas são operacionalizadas, não no modo de produção em si.

É possível afirmar que os documentos reconhecem a necessidade de uma sociedade com condições mais justas do que atualmente. Entretanto, continua sendo uma sociedade dentro da lógica do capitalismo, sem pretensões de uma nova forma de organização dos moldes atuais, que poderia apontar para uma superação da condição atual.

Rocha e David (2015, p. 133) indicam limitações com relação ao enfoque dos Determinantes Sociais da Saúde, sendo um desses fatores limitadores à

ausência das categorias definidoras do conjunto e de sua lógica (acumulação, propriedade, relações sociais), dos determinantes estruturais, além da ênfase sobre as políticas e a governança. Outro ponto é a versão linear dos componentes das classes sociais (educação, trabalho/ocupação) e sua tendência para a valorização da dimensão econômica na definição de estratos sociais, tal como se observa nas análises acerca de emergência de uma nova classe média no Brasil, com base apenas em indicadores de consumo. Em relação aos determinantes intermediários, não fica claro quais são as circunstâncias materiais envolvidas, e se correspondem ao nível de produção individual ou ao social.

A partir de tais observações, é possível verificar que a concepção de Determinantes Sociais da Saúde apresenta uma visão que pouco, ou quase nada, incorpora aspectos importantes como a estrutura de classe, associada a uma visão do “social” de forma frágil e não suficiente para analisar o contexto atual e suas complexidades, em consequência, não implicando em consequências políticas e práticas satisfatórias. Neste contexto, o fato preocupante, e a grande crítica, “reside no potencial de esvaziamento de conteúdo revolucionário do conceito de determinação social [...] pondera-se, assim, o risco da esterilização do mesmo através desse reducionismo” (MOREIRA, 2013, p. 115).

2.3.2 Determinação Social da Doença

O modelo da Determinação Social da Doença apresenta uma nova concepção com relação ao processo saúde–doença, uma nova forma de compreender este fenômeno, apresentando um distanciamento considerável com relação ao enfoque dos Determinantes Sociais da Saúde (GARBOIS; SODRÉ; DALBELL-ARAUJO, 2017). Em termos históricos, tal concepção teve origem a partir do movimento denominado “medicina social”, com berço na Europa no século XIX, com influências específicas oriundas da França, Alemanha e Inglaterra (ROCHA; DAVID, 2015; VERDI *et al.*, 2016).

Com o advento da medicina social, três princípios são incorporados ao discurso sanitário, são eles: a) a saúde das pessoas passa a ser algo de interesse da sociedade, sendo esta também responsável pelo seu cuidado; b) é necessário estudar cientificamente as condições econômicas e sociais que também influenciam no processo de saúde–doença; c) o cuidado em saúde envolve tanto questões médicas como sociais (ROCHA; DAVID, 2015).

Neste contexto, a partir dos princípios acima, o médico Rudolf Ludwig Karl Virchow realiza a afirmação de que a forma como pessoas vivem afeta diretamente suas condições de adoecimento e de morte. Exemplo claro disso foi o fato de Virchow realizar o enfrentamento de uma epidemia de febre tifoide a partir de ações que não tinham relação com o uso de antibióticos ou do conhecimento das bases dessas doenças. Os enfrentamentos realizados diziam respeito, por exemplo, à diminuição da carga horária de trabalho, ventilação do local de trabalho, aumento de salário para maiores condições objetivas de acesso à comida, entre outras ações nesta perspectiva (VERDI *et al.*, 2016).

Anos depois, a discussão foi retomada por Henry Sigerist, 1942, e Georges Canguilhem, 1943 – 1968. Entretanto, as discussões não causaram grandes mudanças no

modelo unicausal predominante. Sigerist afirmava que para se promover saúde era necessário ter condições de vida para tal, o que envolveria, necessariamente, as condições de trabalho, descanso, lazer, educação, etc. Necessita-se, desta forma, muito mais do que a figura médica, mas também de outros profissionais e instituições para promover a saúde. Ocorre que as mudanças propostas ficaram muito restritas à área das ciências sociais, causando pouco impacto no modelo unicausal predominante (VERDI *et al.*, 2016).

É possível assim verificar que o modelo da Determinação Social da Doença não diz respeito a uma proposta “nova”, entretanto, dados os avanços do enfoque biomédico e a hegemonia da proposta biológica, focada no orgânico, tal perspectiva não foi tão fortemente incorporada. Ela passou a ser estudada na América Latina na década de 1970, constituindo-se a partir da crítica a epidemiologia tradicional, funcionalista norte-americana, entendida como a serviço da ordem capitalista em decorrência de ser utilizada como argumento científico (MOREIRA, 2013). Logo, este modelo da Determinação Social da Doença foi de grande importância para a formação da epidemiologia social na América Latina (ROCHA; DAVID, 2015).

O epidemiologista Jaime Breilh é um dos principais autores²⁴ de tal abordagem, criticando a proposta centrada no positivismo. Ele “propõe um novo método, ancorado no materialismo histórico e dialético” (MOREIRA, 2013, p. 70). Breilh afirma o materialismo histórico dialético como a possibilidade teórica de interpretação e leitura dos fenômenos de saúde relacionados às questões sociais. Sérgio Arouca, outro autor de referência na área, trata de enfatizar as relações de trabalho e sua vinculação com o processo saúde–doença (GARBOIS; SODRÉ; DALBELL-ARAUJO, 2017). Os teóricos de tal abordagem passam a ter uma visão crítica sobre o processo saúde–doença, compreendendo o orgânico e o social enquanto uma unidade.

No Brasil, o modelo da determinação social da saúde constituiu-se com base teoria científica da Reforma Sanitária Brasileira, ainda que posteriormente não tenha se confirmado como proposta hegemônica (FLEURY, 2009; MOREIRA, 2013; ROCHA; DAVID, 2015). Este movimento foi extremamente questionador no sentido de contestar a prática médica que se apresentava como insuficiente para as demandas em saúde apresentadas pela coletividade. Pode ser apontado como o momento em que ocorre uma nova leitura da saúde pública, com o ingresso do pensamento social no contexto da saúde (GARBOIS; SODRÉ; DALBELL-ARAUJO, 2017).

²⁴ Outros autores de referência desta teoria são Edmundo Granda, Cecília Donnangelo, Sérgio Arouca e Asa Cristina Laurell.

Verdi *et al.* (2016, p. 16) conceituam a Determinação Social da Doença como “Um novo entendimento do processo saúde–doença que é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza por meio do processo de trabalho em determinado momento histórico e em determinadas relações sociais de produção”. Diante de tal conceituação, é possível identificar que se trata de uma compreensão mais abrangente do que o enfoque apresentado pelos Determinantes Sociais da Saúde exposto anteriormente.

A compreensão a respeito da Determinação Social da Doença não se dá de forma determinista, havendo a presença do movimento dialético, partindo da premissa de que não é possível uma real compreensão do processo saúde–doença sem reconhecer as condições da realidade e apreensão da relação estabelecida entre elas. Trata-se de um processo social, em constante movimento, constituído de distintos determinantes (MOREIRA, 2013).

Nesta proposta é indispensável compreender e considerar a forma como a sociedade está organizada, como se estrutura seu processo de produção e como, por consequência, se estruturam as classes sociais. É fundamental situar a sociedade em questão, onde o trabalho se desenvolve, estágio de organização das forças produtivas, reconhecendo a dimensão histórica nos processos biológicos (MOREIRA, 2013).

Extrapolando o enfoque dos Determinantes Sociais da Saúde, o modelo da Determinação Social da Doença estabelece outras formas de articulação e relação entre os processos. Moreira (2013, p. 72 – 73) apresenta essas informações de forma interessante:

Nesta abordagem, a interpretação do processo saúde – doença se dá articulada aos processos gerais da sociedade e sua relação recíproca com processos particulares. Há o reconhecimento de distintas dimensões que compõem o real, sujeitas às suas leis, porém não separadas, mas dialeticamente relacionadas. É possível compreender que a determinação social se explica através da inter-relação entre as distintas dimensões constitutivas do processo, e que para entendê-lo é preciso uma forma de estudo que considere o todo presente nas partes que, por sua vez, ainda que tenham sua própria história, esta somente se dá dentro do movimento do todo. O contrário – ou seja, as análises restritas ao âmbito fenomênico, como é o caso da epidemiologia convencional que utiliza em seus estudos apenas o nível empírico-descritivo dos aspectos observáveis e quantificáveis – resulta em formas parciais de conhecimento da realidade. Uma interpretação mais integral do processo requer a ultrapassagem do aparente para que se chegue à essência do fenômeno. Para tanto, a noção de totalidade e das mediações entre o geral, o particular e o singular é condição imprescindível.

A discussão concentra-se em um campo mais amplo no qual são produzidos e reproduzidos os processos de saúde–doença, buscando estabelecer mediações entre a

totalidade social e a realidade segmentada, no plano da consciência. Considera-se o coletivo, a partir do contexto histórico e social, visando compreender a relação entre o biológico e o social, a partir da abrangência da coletividade. Para além de analisar variáveis dentro de uma determinada estrutura, objetiva-se examinar as mediações dinâmicas estabelecidas dentro dos processos sociais (ROCHA; DAVID, 2015).

No cuidado em saúde, especificamente, não se nega a atenção individual ao sujeito, quando ele dela necessita, mas ela é contextualizada nas relações com os cidadãos (VERDI *et al.*, 2016), uma vez que “o caráter social do processo saúde–doença manifesta-se empiricamente mais claro a nível da coletividade que do indivíduo” (LAURELL, 1982, p. 11). O objeto de estudo não é mais o indivíduo, mas o coletivo, especificamente, o processo de saúde–doença da coletividade, visto que a dimensão coletiva e sua organização é responsável pelo processo de adoecimento (GARBOIS; SODRÉ; DALBELL-ARAUJO, 2017).

Considerando a necessidade de que as discussões em saúde abranjam a coletividade, não apenas as questões individuais, compreendendo a importância do processo histórico, da forma de organização da sociedade e do modo de produção estabelecido, e o movimento de como tais fatores estabelecem relações com o processo de saúde–doença da coletividade, definimos por estabelecer como referência para o desenvolvimento do presente trabalho a concepção de saúde compreendida a partir da Determinação Social da Doença.

3 ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A discussão a respeito do processo de atenção e políticas públicas em saúde mental no Brasil pode ser classificada como recente, ganhando representatividade e espaço a partir do processo da reforma psiquiátrica brasileira. Nos registros daqueles que relatam a forma de organização e costumes do Brasil colonial, não é possível identificar, de forma concreta, a referência aos “loucos” naquele período. A não referência destes não é sinônimo de sua ausência, mas traz o indicativo de que, seguindo a lógica global, o destino dos loucos na época alterava-se conforme seu “comportamento” e condição social. Loucos ricos possivelmente eram mantidos em suas casas, reclusos, distantes do olhar da sociedade, e mesmo contidos, quando se fazia necessário. Aos loucos pobres, restava a possibilidade de vagar de lugar em lugar em busca de alguma benesse, quando “mansos”, ou então recolhidos em cadeias se apresentassem comportamento agressivo (FOSCACHES, 2017; RESENDE, 2001).

Nesse período, não há indicativos de prisões com números expressivos de loucos. Tampouco as Santas Casas, principais referências de atendimento em saúde na época, especialmente para os mais pobres, já existentes desde o século XVI, não registram o atendimento aos loucos da época. Ao que parece, por motivos distintos e pela própria organização da estrutura colonial da época, a condição da loucura ficou silenciada no Brasil por este período, sendo mais um “problema” de ordem privada do que pública. No século XVIII²⁵, os “ociosos, arruaceiros e perturbadores da ordem”, passaram a ser considerados como um entrave para o desenvolvimento econômico, especialmente nos grandes centros (FOSCACHES, 2017; RESENDE, 2001; SILVA, BARROS, OLIVEIRA, 2002).

A proposta de remoção e reeducação dos loucos era considerada a mais adequada para o período. Neste contexto, em 1852, é fundado pelo então imperador Dom Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro, um hospício que recebeu seu próprio nome. Posteriormente, em 1890, é criada Assistência Médico-Legal aos Alienados, de caráter asilar e de administração pública. Os primeiros hospícios brasileiros foram também caracterizados

²⁵ Heitor Resende, no capítulo intitulado “Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica” do livro “Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil”, realiza uma análise histórica importante sobre como a loucura, dentro desse período histórico de trezentos anos, passou de sua condição de invisibilidade para a condição de perturbação da ordem social, assim, desencadeando propostas de atuação com vistas à “manutenção da ordem social”.

pela ausência do saber médico, visto sua instalação antes mesmo da psiquiatria se constituir no país, sendo o cuidado gerido basicamente por leigos sem um direcionamento técnico. Estas ações não podem ser consideradas de uma Política de Saúde Mental, mas sim de uma lógica de “saneamento” (BORGES; BAPTISTA, 2008; FOSCACHES, 2017; RESENDE, 2001; SILVA, BARROS, OLIVEIRA, 2002).

Ademais, Resende (2001, p. 36) indica que o histórico de atenção à saúde mental no Brasil, neste período inicial “não passa de uma monótona sucessão de volteios em torno desse tema central [...], exaustiva citação de datas e decretos de criações de instituições”. Logo, nos primeiros cem anos dessa fase inicial, não se identificam muitas alterações significativas de cunho qualitativo no atendimento a este público.

Na década de 50, a situação dos hospícios brasileiros toma proporções caóticas, havendo registros de instituições que sozinhas abrigavam mais de 14 mil “doentes”. Associa-se a superlotação às condições insalubres dos espaços, má qualificação de pessoal, maus-tratos e lentidão no processo de atualização às transformações da prática psiquiátrica em si e da compreensão limitada das transformações da própria realidade brasileira (FOSCACHES, 2017; RESENDE, 2001).

A década de 60 é considerada representativa na história da saúde mental no Brasil, pois neste período a classe trabalhadora passou a ser atendida pela psiquiatria, sendo que somente em 1964 esta área do saber adquiriu o *status* de prática assistencial de massa. O que antes era destinado exclusivamente para os “indigentes” passou a ser destinado para outros grupos da população. Essa condição se dá, especialmente, pela lógica de privatização do governo militar, que passou a estabelecer convênios com instituições psiquiátricas, via políticas previdenciárias, desenvolvendo assim uma espécie de “mercado da loucura”. O aumento das internações psiquiátricas de 14.000 em 1965 para 30.000 em 1970 indica o êxito da proposta (FOSCACHES, 2017; RESENDE, 2001).

A maciça contratação de leitos psiquiátricos em hospitais privados, associada a uma restrita rede de atendimento ambulatorial, proporcionou aumento significativo no número de internações. O controle no tempo de internação e permanência nessas instituições era praticamente inexistente, sendo que as práticas em pouco corroboraram o proposto pela psiquiatria no período (RESENDE, 2001). Também se verifica aqui uma mudança no público atendido nesses espaços, com aumentos de pacientes alcoolistas e neuróticos. Não há estudos que possibilitem uma compreensão definitiva a respeito dessa condição, “pode-se apenas especular que, sob o elástico rótulo da neurose ou outra

categoria nosológica igualmente imprecisa, se escondam problemas sociais diversos, que têm no asilo a única solução possível” (RESENDE, 2001, p. 62).

Neste contexto, passam a existir diversas críticas e manifestações com relação a esse modelo de atendimento, com indicativos de que se tornará um modelo crônico e dispendioso. Ainda na década de 1960, surgem debates com relação à necessidade de alterações no atendimento em saúde mental, especialmente em decorrência das mudanças oriundas da forma de atendimento na Europa, como a psiquiatria comunitária e preventiva, ampliação dos serviços humanitários e o desenvolvimento das *comunidades terapêuticas*²⁶ (BORGES; BAPTISTA, 2008). Impulsionados por essa leitura, na década de 1970, passam a existir diversas intervenções e propostas que visavam ao desenvolvimento de outra lógica de atendimento a este público. Esse processo iria se consolidar na então denominada Reforma Psiquiátrica Brasileira.

3.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Seria extremamente pretencioso de nossa parte se propor a fazer, neste momento, uma análise extensa e acurada com relação ao processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, especialmente dada a amplitude e complexidade da temática²⁷, o que, por si só, já se configura um foco complexo para a discussão. Entretanto, considerando nossa temática central, entendemos ser de grande importância compreender alguns dos elementos centrais do processo da reforma psiquiátrica no Brasil, quais seus pressupostos, objetivos e a forma como se desenvolveu. Deste modo, é possível realizar uma interface mais clara com o trabalho desenvolvido atualmente pelas CTs, quais relações foram estabelecidas, influências atuais e os pontos convergentes ou não.

A reforma psiquiátrica brasileira buscou estabelecer novas respostas e metodologias de atendimentos voltadas para as pessoas em sofrimento psíquico. De modo geral, a “loucura”, em suas diversas expressões, sempre foi um problema social, em

²⁶ O contexto histórico do desenvolvimento das comunidades terapêuticas na Europa e sua relação com o processo de mudanças no cuidado em saúde mental em nível mundial será um tema que iremos desenvolver de forma mais aprofundada no capítulo 3. Destacamos o cuidado de realizar as devidas considerações com relação à metodologia das CTs neste contexto e suas distinções com relação às CTs, foco do presente trabalho, discussão que faremos posteriormente, no desenvolvimento do presente.

²⁷ Para maior aprofundamento na temática da Reforma Psiquiátrica Brasileira, sugerimos a leitura dos trabalhos de Paulo Amarante, livro intitulado “Loucos pela Vida – A trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira”, com segunda edição publicada no ano de 2010, e o livro “Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil”, publicado em 2001, de autoria de Silverio de Almeida Tundis e Nilson do Rosário Costa.

diversos contextos e momentos históricos, exigindo uma resposta social a esta questão. Historicamente, no país, como visto anteriormente, as repostas mais comuns se baseavam na segregação destas pessoas, sendo desprovidas das mínimas condições de cuidado e tornando-se invisíveis para os demais (PERRONE, 2015; TENÓRIO, 2002).

Como visto anteriormente, o país passava por um forte processo de privatização do atendimento à saúde, especialmente para o público em sofrimento mental. A internação em instituições psiquiátricas asilares era a proposta de atendimento utilizada, sendo que este atendimento, em sua maioria, era prestado em instituições privadas, financiadas pelo setor público. A proposta asilar e hospitalocêntrica, até então predominante, era criticada, especialmente, pelos trabalhadores da saúde mental, movimentos de usuários e familiares, por se mostrar pouco resolutiva, cronicante, além do que, em termos financeiros, extremamente dispendiosa.

Na década de 1970, o mundo estava vivenciando um colapso econômico, decorrente da crise do petróleo, o que, necessariamente, também implicou uma necessidade de redução de gastos no país, gastos estes igualmente relacionados com as internações psiquiátricas. Coincidentemente, ou não, o fim do *milagre econômico* e as críticas ao regime militar proporcionaram maior representatividade às discussões de cunho social e espaço para outras possibilidades de atendimento.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica teve início na década de 1970, impulsionada especialmente pelas discussões do movimento da Reforma Sanitária, latente neste momento, tornando-se um movimento sociopolítico dentro do contexto da saúde pública brasileira (FOSCACHES, 2017; PESSÔA, 2012; SILVA, BARROS, OLIVEIRA, 2002).

A Reforma Psiquiátrica tem como um dos seus principais marcos a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM, em 1978, sendo que o “Manifesto de Bauru”, documento considerado a fundação do movimento, é redigido em 1987 em ocasião do II Congresso do MTSM. Em conjunto com o movimento dos trabalhadores da área, as reivindicações de outros grupos também passam a ganhar força, como os movimentos dos familiares e dos usuários. Para além das questões vinculadas à saúde, todo o processo possuía também um viés político e de participação popular, proporcionando que novos atores sociais se constituíssem e ocupassem os espaços públicos (BRAVO, 2008; PERRONE, 2015; TENÓRIO, 2002).

Esta articulação ocorre em meio ao enfrentamento ao Estado autoritário, sendo que suas principais exigências estavam centradas na reivindicação da cidadania do “louco”, ou seja, a afirmação dos direitos do doente mental e de sua cidadania. A estrutura

disponibilizada no período para o atendimento a este público sofreu duras críticas, especialmente pela proposta hospitalocêntrica, centrada no hospital sem vinculação com a comunidade, e segregadora, pois mantinha essa população separada dos demais. O movimento buscava a elaboração de propostas alternativas para a reformulação do sistema de saúde nacional, buscando romper com o binômio reclusão/exclusão. Mais que isso, não somente um processo de melhoria da condição colocada, mas da criação de um novo sistema, uma nova lógica de atendimento, criando novos espaços sociais para as pessoas em sofrimento mental: desconstruir a lógica do atendimento até então prestado às pessoas em sofrimento mental, bem como a estrutura das instituições (PERRONE, 2015; TENÓRIO, 2002).

Para além disso, também se propunha o processo de transformação da própria forma como a sociedade lidava com a doença mental. A proposta centrava-se no fato de que o doente pudesse ser cuidado na sua própria comunidade e não ser isolado em grandes complexos hospitalares. Trata-se aqui do que atualmente é denominado processo de desinstitucionalização, sob o lema de “Por uma Sociedade sem Manicômios”. Para Tenório (2002, p. 35), as reivindicações advindas da Reforma Psiquiátrica “estabelecem um novo horizonte de ação: não apenas as macros reformas, mas a preocupação com o ‘ato da saúde’, que envolve profissional e cliente; não apenas as instituições psiquiátricas, mas a cultura, o cotidiano, as mentalidades”.

Considerando tais pressupostos, tornou-se indispensável a necessidade de reconstruir uma relação diferente com a “loucura”, não mais simplesmente retirando este público do convívio social, mas, justamente, integrando-o na comunidade, assim substituindo “uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou ‘territorial’, esta é a tarefa da reforma psiquiátrica” (TENÓRIO, 2002, p. 35), partindo da compreensão de que a doença mental não se limita a uma questão meramente sintomática e/ou biológica, mas encontra-se também relacionada com toda a realidade e estrutura social, sua forma de organização e produção, relacionamentos e questões objetivas do sujeito. Com isso, busca-se o deslocamento do foco da doença para a pessoa em sofrimento (GOLDBERG, 1994). Nesta nova proposta, é necessária uma perspectiva inovadora com relação ao doente mental e oferecer a ele uma nova atitude que o possibilite viver em sociedade, usufruindo dos serviços de saúde e do apoio da comunidade de seu território, especialmente.

Em meio a esse movimento, é fundamental que se contextualizassem os ideais da reforma sanitária, a materialização da Constituição Federal, em 1988, e a consolidação do SUS – Sistema Único de Saúde, através das Leis nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90 (BRASIL, 1990a; 1990b). Contexto esse fundamental para os avanços e conquistas da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Outro marco relevante desse período é o projeto de Lei nº. 3657/1989 (BRASIL, 1989a), proposto pelo então deputado Paulo Delgado, que visava possibilitar maiores condições e humanização ao portador do transtorno mental, tratando “sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e [que] regulamentava a internação psiquiátrica compulsória” (BORGES; BAPTISTA, 2008, p. 457).

Diante das exigências deste movimento, foi possível observar vários progressos alcançados. Dentre tantos, destacamos a movimentação para a criação de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva a proposta até então existente; mudança do foco do atendimento do sistema hospitalar para o ambulatorial, vinculado com a questão da territorialidade da pessoa atendida; fiscalização do fechamento gradativo dos hospitais psiquiátricos e a disponibilização de leitos em hospitais gerais, diminuindo o tempo de permanência e a questão dos estigmas e rótulos vinculados a este público, sendo as internações de longo prazo substituídas, gradativamente, pelos atendimentos ambulatoriais; ou a internação somente uma alternativa quando da impossibilidade/não obtenção de resultados satisfatórios no atendimento ambulatorial; e ainda a ampliação das possibilidades de participação e representatividade deste público; entre outros avanços.

A promulgação da Lei nº. 10.216 em seis de abril de 2011, que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental” (BRASIL, 2001b), reconhecida popularmente como a “Lei de Saúde Mental”, e sua regulamentação em 2002, foi um dos principais marcos e um avanço histórico com relação à assistência da população em sofrimento mental.

Os principais avanços oriundos desta legislação dizem respeito à proteção e aos direitos das pessoas acometidas com transtornos mentais, sendo estes direitos, conforme a legislação (BRASIL, 2001b):

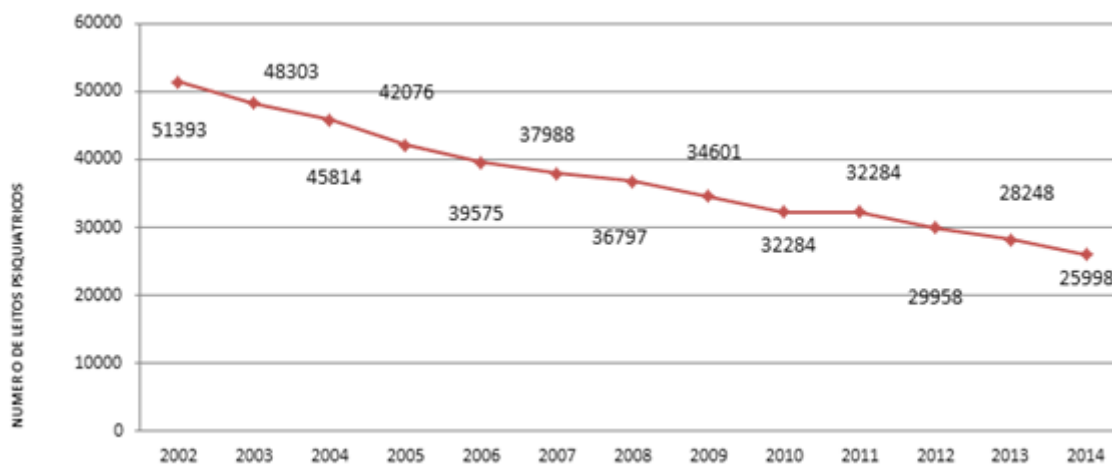
- I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

- 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.

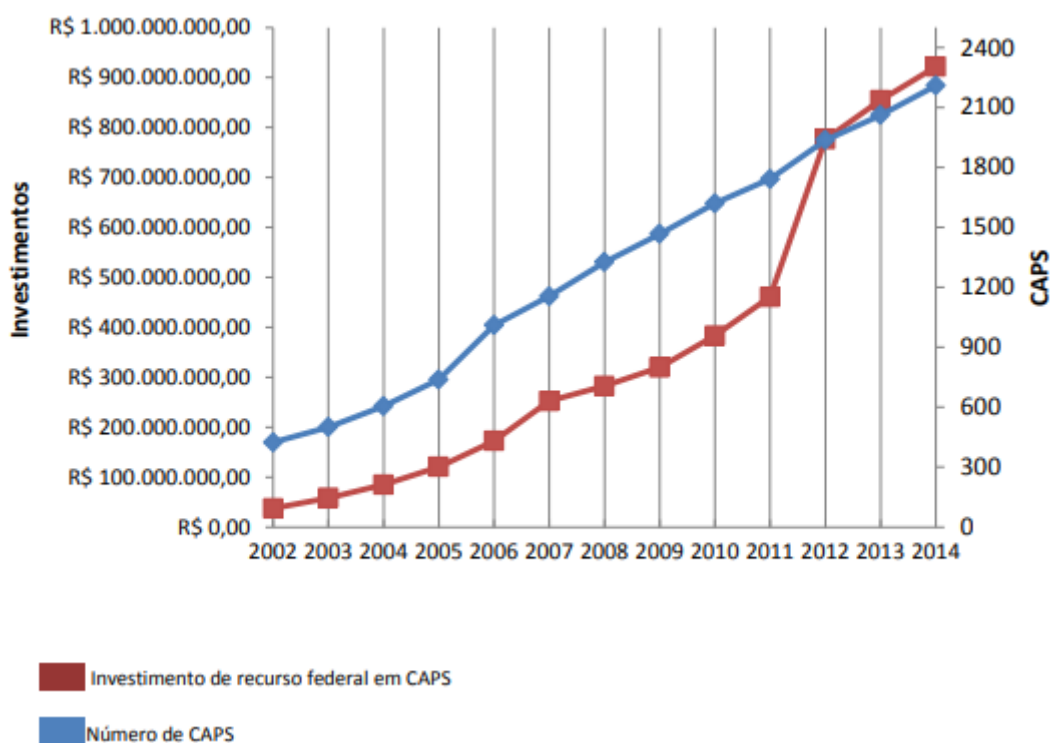
A legislação também determina a política de saúde mental e que o cuidado dessa população é de responsabilidade do Estado, em parceria com a sociedade e familiares. As internações são classificadas em três modalidades: voluntárias, involuntárias e compulsórias, sendo que estas são consideradas como um recurso que somente será utilizado quando todos os demais recursos, extra-hospitalares, tiverem se mostrado insuficientes, devendo o andamento dos mesmos ser acompanhado de maneira regular, como forma de evitar a institucionalização (BRASIL, 2001b).

A partir de tal legislação, destacamos o desenvolvimento de novas regulamentações para os CAPS, criação e revitalização de diversas portarias que possibilitaram a regulamentação dos serviços substitutivos em saúde mental, propostas de atenção à saúde mental na atenção básica, criação dos CAPSi, para atendimento de crianças e adolescentes, e CAPSad para o atendimento as questões vinculadas ao uso/abuso de álcool e outras drogas, com foco na proposta de redução de danos, entre outras ações.

Dados quantitativos a respeito dos impactos diretos da reforma psiquiátrica e o novo modelo de atenção em saúde mental no Brasil podem ser verificados a partir dos dois gráficos abaixo. A figura 3 representa o gráfico de diminuição na oferta dos leitos psiquiátricos disponibilizados ao longo dos anos. Em contrapartida, a figura 4 apresenta a ampliação no número de CAPS no território brasileiro e o investimento financeiro federal neste serviço no mesmo período de tempo.

Figura 3 – Número de Leitos Psiquiátricos no Brasil

Fonte: Zemuner (2015).

Figura 4 – Evolução do investimento financeiro federal no Centros de Atenção Psicossocial

Fonte: Brasil – Ministério da Saúde (2015a).

A visualização das figuras acima possibilita realizar, facilmente, uma análise mais ampla com relação a essa mudança de perspectiva na forma de atendimento no Brasil nos últimos anos. Há um claro investimento, em nível federal, na proposta de atendimento

oferecida pelo CAPS como substitutiva à proposta de internação, até então hegemônica. Em outras palavras, em linhas gerais, observa-se uma mudança de perspectiva com relação à atenção em saúde mental, em suas diversas ênfases, inclusive, no que tange ao atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e abuso de álcool e outras drogas.

3.2 POLÍTICAS DE ATENÇÃO EM ÁLCOOL E DROGAS NO BRASIL

Os transtornos relacionados à condição do uso de álcool e outras drogas são considerados questões vinculadas à saúde mental. Neste sentido, o atendimento a este público também foi impactado de maneira significativa pelas mudanças oriundas do processo da reforma psiquiátrica brasileira e pelas legislações decorrentes.

Até o ano de 1998, o Brasil não contava com uma política nacional estabelecida com relação à oferta de demanda, controle das drogas, prevenção e atenção aos usuários de SPA. Até aquele momento, as legislações apresentavam um caráter de cunho mais punitivo, de controle e repressão, sendo pouco direcionadas para o aspecto do cuidado em saúde a essa população. As primeiras iniciativas brasileiras mais concretas podem ser verificadas após a realização da XX Assembleia Geral das Nações Unidas, realizada em Nova York, na qual o governo brasileiro se comprometeu com as medidas propostas no evento através de uma nova agenda internacional. Como resultado, foi criada a SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas²⁸, na ocasião vinculada à Casa Militar da Presidência da República e atualmente vinculada ao MJ – Ministério da Justiça²⁹ (DUARTE, 2010). Atualmente algumas áreas de atenção ao álcool e drogas passaram a ser vinculadas à

²⁸ Posteriormente, seguindo o movimento da alteração de nomenclaturas em nível mundial, a SENAD passou a ser denominada Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

²⁹ Destacamos o fato que desde sua criação a Secretaria Nacional responsável pelos assuntos relacionados à questão das drogas vinculava-se à “Casa Militar da Presidência” e então atual Ministério da Justiça. A forma como essas vinculações e associações se estabelecem pode ser considerada um indicativo importante sobre como a questão das drogas é visualizada, ou seja, no campo da justiça e da “legalidade”, havendo convênios voltados para o atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, que são vinculadas a essa mesma secretaria (SANTOS, 2018a). Dada a recente mudança no governo federal, o Decreto 9.674, de 2 de janeiro de 2019, determina que alguns eixos das políticas sobre drogas passarão a ser áreas de competência do Ministério da Cidadania. São estas áreas: a) educação, informação e capacitação para a ação efetiva para a redução do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas; b) realização de campanhas de prevenção do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas; c) implantação e implementação de rede integrada para pessoas com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas; d) avaliação e acompanhamento de tratamentos e iniciativas terapêuticas; e) redução das consequências sociais e de saúde decorrentes do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas; e f) manutenção e atualização do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (BRASIL, 2019a).

recém-criada SENAPRED – Secretaria de Cuidados e Prevenção às Drogas, vinculada ao Ministério da Cidadania (BRASIL, 2019a).

Encabeçada pela SENAD, em 2002, é instituída a PNAD – Política Nacional Antidrogas. Em 2004, através de seminários específicos, fóruns regionais e estaduais, foram realizadas ações de realinhamento e atualização da política que, em 2005, passou a se chamar PNAD – Política Nacional sobre Drogas, assim seguindo as tendências internacionais, substituindo o termo “anti” por “sobre” (DUARTE, 2010).

De forma mais representativa, constituindo um marco de atualização de legislações e normativas até então obsoletas e descontextualizadas, no ano de 2006, foi aprovada a Lei nº. 11.343/2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD (BRASIL, 2006), que ficou popularmente conhecido como “Lei de Drogas”. A nova legislação deixou o país em voga no cenário mundial ao “prescrever medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, em consonância com a atual política sobre drogas” (DUARTE, 2010, p. 73). Outro destaque desta legislação é diferenciação clara que faz entre o usuário e o traficante, passando a considerar suas condições distintas, deste modo, também a forma como são compreendidos dentro da legislação.

Outra legislação de grande relevância e representativa para essa temática é a Portaria nº. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que “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” (BRASIL, 2011a). A legislação foi um marco na atenção em saúde mental no Brasil justamente pelas delimitações e organização da forma de atendimento, com objetivo de promover e ampliar o acesso da população aos serviços, bem como realizar a integração entre os pontos de atenção da rede.

Os pontos de atenção estabelecidos pela RAPS – Rede de Atenção Psicossocial são: os CAPS, em suas diversas modalidades; o SRT – Serviço Residencial Terapêutico; Unidades de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil); Enfermarias Especializadas em Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico; Hospital-Dia; Atenção Básica (Unidade Básica de Saúde, Centro de Convivência, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas); Urgência e Emergência (Unidade de

Pronto Atendimento e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência); Comunidades Terapêuticas; Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental³⁰ (BRASIL, 2011a).

A partir desses pontos de atenção, que Vieira Filho e Nóbrega (2004) denominam como “estruturas celulares de atendimento”, a proposta é que a rede trabalhe de forma articulada, evitando que o atendimento ao usuário se torne fragmentado, necessitando para tal de um processo de eficácia na relação entre todos os pontos de atenção da RAPS. Diante dessa proposta, “o novo sistema de redes institucionais deveria assim funcionar como um circuito integrado de serviços de saúde mental, com as funções terapêuticas e socioassistencial dominantes” (VIEIRA FILHO; NÓBREGA, 2004, p. 375).

Sem restringir a importância dos demais serviços, os CAPS desenvolvem papel central nessa articulação, com relação ao processo de acompanhamento e matriciamento dos usuários de serviços, em todos os níveis de complexidade. Muito além do mero processo de referência e contrarreferência entre os níveis de complexidades, objetiva-se que a comunicação seja facilitada entre os serviços, com foco ao melhor atendimento ao usuário. Sempre que possível, o atendimento no território deve ser respeitado e valorizado, bem como a horizontalização no atendimento e no modo de estabelecimento das hierarquias com os usuários e dentro da equipe do próprio serviço. A proposta é priorizar o atendimento no ambiente comunitário com ações extra-hospitalares, sendo a internação um recurso somente quando as demais ações não atingirem o êxito esperado (QUINDERÁ; JORGE; FRACO, 2014; VIEIRA FILHO; NÓBREGA, 2004).

Ademais, no que tange à forma de organização e lógica de atendimento das políticas de álcool e drogas no país, para além das questões estruturais dos serviços ofertados, é importante que também sejam observadas as mudanças com relação ao direcionamento adotado. Inicialmente as ações voltadas ao público com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas se constituíam na lógica da proposta de “guerra às drogas”, pautadas na abstinência do usuário. A partir da década de 90, estratégias como a de Redução de Danos (RD) passam a aparecer com maior presença nas discussões (MACHADO; BOARINI, 2013; PASSOS; SOUZA, 2011).

Santos, Soares e Campos (2010, 2012) indicam que é possível verificar distintas compreensões a respeito da RD, que variam conforme a maneira como a proposta foi

³⁰ Ao leitor com interesse de maior aprofundamento, destacamos que a legislação apresenta de forma sucinta os objetivos e organização de cada serviço, bem como os parâmetros necessários para a implementação (BRASIL, 2011a).

incorporada por distintos saberes, atores e contextos. A proposta apresentada pela Organização Mundial de Saúde – OMS é da RD enquanto “uma estratégia de auxílio ao usuário na redução do consumo de drogas que pode contribuir para uma possível interrupção do seu uso” (ADADE, MONTEIRO, 2013, p. 3). Na mesma linha, Machado e Boarini (2013, p. 858) referem-se à RD como uma maneira de “abordar o usuário de drogas, descentrando o foco do problema da erradicação e da abstinência e privilegiando o direito à saúde de todos e o respeito à liberdade individual daquele que não deseja ou não consegue interromper o uso da droga”.

A estratégia de RD é trazida a cena, inicialmente, em decorrência da epidemia da AIDS, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, ao redor do mundo, situação também existente no Brasil. A expansão dos casos de AIDS para além do considerado “grupo de risco” (usuários de cocaína, homossexuais e hemofílicos) acarretou uma nova compreensão, agora baseada em “comportamentos de risco”, resultando em estratégias de prevenção para todos aqueles que, de alguma forma, desenvolviam comportamentos de risco para o contágio do vírus. As estratégias adotadas incluíam ações de orientação, aconselhamento, testagem, incentivo a práticas de sexo mais seguras, além de ações voltadas especialmente para os usuários de drogas injetáveis, que assumiam comportamentos de risco pelo compartilhar das seringas (MACHADO; BOARINI, 2013).

Inicialmente voltada exclusivamente para os programas de atendimento de DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, no ano de 2003, a proposta da RD é incorporada pelo Ministério da Saúde através da política deste ministério para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2003). Em conjunto com a proposta da atenção psicossocial, a RD foi adotada como direcionamento do cuidado em saúde aos usuários de álcool e outras drogas, orientando assim as intervenções a serem realizadas na RAPS (SOUZA, 2018b; PASSOS; SOUZA, 2011). “Isso significa, entre outras coisas, que a abstinência deixa de ser uma condição para o ingresso no tratamento, ou seu único fim, tornando-se uma possibilidade no horizonte dos pacientes” (SOUZA, 2018b, p. 26). Para além desse direcionamento de redução de danos, a proposta também aponta a alteração da visão com relação ao usuário e sua condição de sujeito de direitos, embora essa visão nem sempre seja verificada de forma efetiva nos serviços (SOUZA, 2018b; PASSOS; SOUZA, 2011).

Em resumo, a proposta adotada pelo Brasil para atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e drogas, até então, seria pautada na concepção

de RD através de serviços de base comunitária, utilizando a internação como recurso para situações muito específicas. Considerando assim, por um lado, a inclusão das CTs dentro da RAPS (BRASIL, 2011a) e, por outro, a proposta de abstinência adotada por estas (SOUZA, 2018b), sendo assim, em descompasso com a lógica da RD adotada pela RAPS, estaríamos diante de questões extremamente polêmicas. A partir disso, no capítulo 3, nos propomos a realizar a discussão das divergências e eventuais convergências dessas relações e seus impactos frente ao atendimento das pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Ocorre que é necessário indicar uma mudança recente neste cenário. Em 11 de abril de 2019, por intermédio do Decreto nº. 9.761 (BRASIL, 2019d) e, especialmente, pela Lei nº. 13.840 de 5 de junho de 2019 (BRASIL, 2019e), é aprovada a Política Nacional sobre Drogas, que altera a proposta do atendimento até então pautada na lógica da RD, sendo agora o novo alvo da PNAD a proposta da abstinência. Neste ponto, esta legislação em si, em um primeiro olhar, estaria compactuando com as ações de abstinência propostas pelas CTs. Entretanto, temos plena compreensão de que não se trata de uma discussão tão simples, mas sim com diversos desdobramentos e interesses envolvidos, obviamente, trazendo reflexos diretos e indiretos para os serviços e para os usuários destes. Ainda que a PNAD traga alterações significativas no que tange aos princípios do seu atendimento, não significa que os serviços, públicos ou privados, irão se “ajustar” a essa nova lógica de forma imediata ou acrítica. Ao contrário, acreditamos que ainda será uma questão que irá levantar uma série de debates e discussões em diversos espaços da sociedade, ampliando e acalorando ainda mais as discussões e contradições a respeito do atendimento das CTs. Ademais, visto que tais legislações são extremamente recentes, a tarefa de uma análise mais ampla sobre seus impactos ainda carece de maior aprofundamento sobre tal, bem como de material teórico para essa análise.

4 COMUNIDADE TERAPÊUTICA

4.1 DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO

O tratamento da saúde mental no mundo, ao longo da história, constitui-se em desafios diversos e divergentes. Diferentes propostas foram apresentadas e “testadas”, buscando-se possibilitar o atendimento a este público. Historicamente, em diversas sociedades, verifica-se que o atendimento proposto era baseado essencialmente na reclusão deste público como forma de “esconder” os mesmos do convívio social e dos “incômodos” oriundos de tal condição. Na busca por alternativas, podemos destacar, por exemplo, a decisão de Phillipe Pinel, em 1792, na França, que liberou seus pacientes para a busca por uma proposta mais humanitária de tratamento. No mesmo período, na Inglaterra, também há registros de mudanças na forma de atendimento a este público, com foco em um atendimento mais humanitário e menos excludente (ADAMS, 2009; WHITELEY, 2004).

Entretanto, nosso maior destaque e interesse para o tema discutido no presente trabalho se dá durante o período compreendido entre as duas guerras mundiais e o desenvolvimento de uma série de experimentos, de estruturas residenciais, voltadas para o atendimento terapêutico da saúde mental. Ainda que diversas instituições passassem a desenvolver o atendimento com base em diferentes perspectivas, o fundamento central encontra-se dentro da psiquiatria, que percebe que as relações democráticas ofereciam resultados muito mais positivos do que o tratamento autoritário, alterando-se também a perspectiva centrada no indivíduo exclusivamente e ampliando-se para trabalhos grupais e convivência entre os pares. Essas novas propostas são então denominadas de “Comunidades Terapêuticas” (MILLS; HARRINSON, 2007).

Nestas CTs, também denominadas de “primitivas”, as propostas mais concretas com relação a estas instituições surgem no período de 1939 a 1950, concentradas no Reino Unido. A nova perspectiva é direcionada por psiquiatras, psicólogos sociais e psicanalistas, que realizavam o atendimento em hospitais psiquiátricos para soldados com traumas psiquiátricos e psicoses decorrentes da guerra. As questões centrais propostas se baseavam na possibilidade de romper com *status* hierárquico, rígido e tradicional dos hospitais militares, associado à humanização do atendimento e à busca por novas possibilidades de assistência, considerando que o contexto da guerra acabou por colocar pessoas com pensamentos e perspectivas diversas no mesmo espaço (ADAMS, 2009;

FUSSINGER, 2011; KENNARD, 2004; VANDEVELDE *et al.*, 2004; WHITELEY, 2004).

Percebeu-se que as práticas individuais, focadas exclusivamente no sujeito, não respondiam de maneira adequada aos conflitos e necessidades tão peculiares daqueles que retornavam da guerra. Em sua maioria, as novas propostas de atendimento iniciam-se através de espaços experimentais dentro destes hospitais psiquiátricos, utilizando-se da aprendizagem social, convivência entre os pacientes, melhoria na qualidade do relacionamento e cooperação entre funcionários e pacientes. Destes hospitais, dois se destacam como referências: o Hospital Northfield, em Birmingham, e o Hospital Mill Hill, em Londres (ADAMS, 2009; FUSSINGER, 2011; KENNARD, 2004; VANDEVELDE *et al.*, 2004; WHITELEY, 2004).

Não é possível definir com precisão o surgimento das CTs de forma isolada, mas é necessário compreender os vários momentos históricos e a forma como diversas propostas foram se complementando, alterando-se e agregando outros modelos já existentes. Leon (2012) indica que tal proposta de atendimento, com foco na humanização, já é antiga; o que ocorre com o advento das CTs no período pós-guerra é oficialização de tal proposta.

É possível identificar diversas lacunas e dificuldades nos estudos das CTs, fato observado desde o momento inicial de tal modalidade de atendimento, realizar definições com relação à conceituação das instituições e metodologia de atendimento, o que acabou por desencadear uma série de trabalhos que se autodenominavam enquanto CT sem uma definição de formatação específica (FUSSINGER, 2011; MILLS; HARRINSON, 2007). Assim, também é limitada a possibilidade de avaliação da forma como tais trabalhos vêm sendo desenvolvidos, constituindo-se em conceito de difícil definição, ou seja, que, ao longo dos anos, tem se alterado consideravelmente (ADAMS, 2009; FUSSINGER, 2011; KENNARD, 2004, LEON, 2012).

As conceituações de CTs primitivas apresentavam como princípio a humanização no atendimento oferecido, utilizando-se da diversificação das atividades ofertadas, achatamento da hierarquia entre pacientes e profissionais, redução das práticas de confinamento, maior convívio com os familiares e ligações com o mundo externo e consolidação da autonomia através da promoção de um ambiente seguro e protegido, possibilitando a saudável convivência entre os pares (FUSSINGER, 2011; MILLS; HARRINSON, 2007; WHITELEY, 2004). As CTs surgem com a proposta principal de desligar-se da visão tradicional hospitalar do paciente enquanto “passivo” no processo,

procurando inserir elementos de assunção de responsabilidade e funções mais ativas para as pessoas em atendimento (ADAMS, 2009; FUSSINGER, 2011, LEON, 2012).

A partir das leituras sobre as CTs primitivas, é possível identificar quatro princípios que se destacam como fundamentais para a constituição de uma CT. São eles: a **democratização, permissividade, confronto com a realidade e comunitarismo**. Necessário observar que tais princípios não são curativos em si, mas se constituem elementos que possibilitam a “mudança” da pessoa em atendimento.

O primeiro elemento, a **democratização**, diz respeito à forma como se desenvolvem as relações dentro do espaço da CT. A proposta é que se estabeleçam relações democráticas entre pacientes e funcionários de forma que todos possam expressar sua opinião livremente, retirando a condição de passividade do paciente, mas que este torne-se sujeito ativo no processo, objetivando assim tornar as relações mais humanas. Da mesma forma, busca-se também a equiparação entre todas as categorias profissionais que trabalham na CT (FUSSINGER, 2011; WHITELEY, 2004).

Neste aspecto, uma das questões centrais propostas pelo psiquiatra Maxwell Jones (1972), coordenador do Hospital Mill Hill no período de implementação das CTs, foi a realização de reuniões diárias com todos os pacientes e funcionários, como forma de partilhar as decisões, organizar a rotina do dia e discutir outras questões pertinentes. A democratização também diz respeito à divisão das tarefas e corresponsabilidades: observou-se que, nas primeiras CTs, os pacientes com maior interação e nível de responsabilidade obtinham melhores resultados de tratamento. Geralmente ocorria que os pacientes com maior tempo de atendimento auxiliavam os recém-chegados (FUSSINGER, 2011).

A **permissividade**, na maioria das vezes, é interpretada de forma equivocada, entendida como a total ausência de regras. Entretanto, a permissividade encontra-se relacionada com a possibilidade de os pacientes expressarem livremente seus sentimentos, encorajando estes a expor suas falas e necessidades, possibilitando a livre comunicação entre todos. Assim, objetiva-se maior assunção de responsabilidades e desenvolvimento da autonomia, com menor supervisão da equipe. A permissividade exige maiores níveis de tolerância de todos os envolvidos (FUSSINGER, 2011; JONES, 1972; MILLS; HARRINSON, 2007; WHITELEY, 2004).

O **confronto com a realidade** é traduzido como o retorno da equipe e dos demais membros do grupo sobre como um determinado comportamento afetou o grupo ou a algum indivíduo em particular. A proposta é que se tenha *feedbacks* contínuos a

respeito do seu comportamento e quais as possibilidades e necessidades de mudanças, caso sejam necessárias. Já utilizados anteriormente, mas com maior presença especialmente na década de 70, muitas CTs trabalhavam com “Grupos de Confronto”. Os grupos de confronto se caracterizam, basicamente, pelo estímulo ao “intenso confronto mútuo de todos os participantes do grupo, com o objetivo de o grupo produzir ‘verdadeiros’ e reais sentimentos entre todos os membros, desprovidos de quaisquer mecanismos de defesa” (SOMMER, 2011, p. 140). Ao longo dos anos, em algumas CTs, observou-se que a utilização de técnicas menos “agressivas” de confronto com a realidade se apresentavam mais eficazes (FUSSINGER, 2011; VANDEVELDE *et al.*, 2004; WHITELEY, 2004).

O quarto e último elemento central citado é o **comunitarismo**, presente no próprio nome da proposta de atendimento. A comunicação livre, a interação constante, as divisões de tarefa proporcionariam o sentimento de pertença e de corresponsabilidade, possibilitando assim a criação de uma comunidade. Serviria como uma possibilidade de “treinamento” das habilidades sociais e a busca pelo desenvolvimento de vínculos saudáveis (KENNARD, 2004; MILLS; HARRINSON, 2007).

Observando os elementos apresentados, é possível verificar a tentativa de diferenciação das CTs primitivas com os demais modelos de atendimento disponíveis no período, no que diz respeito à forma como todos os componentes são utilizados para o aprendizado diário e as situações corriqueiras são utilizadas em prol do atendimento, sendo sua própria organização seu principal instrumento terapêutico. Um dos destaques para elucidar tal questão seria a condição do que atualmente denominamos de “convivência entre os pares”. Este elemento tinha como pressuposto que os então pacientes pudessem interagir dentro da CT, sendo que essa convivência é compreendida como um instrumento terapêutico, do seu próprio processo de cuidado como do seu semelhante. Assim como também se almejava que as questões “corriqueiras” das CTs, que, em alguma medida, pudessem auxiliar no processo de atendimento e cuidado dos pacientes.

Como vimos, as CTs surgem inicialmente para o atendimento de soldados com transtornos psiquiátricos com traumas decorrentes da vivência de guerra. As CTs voltadas para o atendimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso e abuso de álcool e outras drogas surgem, posteriormente, como uma das alternativas ao tratamento hospitalar (VANDEVELDE *et al.*, 2004). As CTs contemporâneas possuem elementos próximos com os preconizados pelas CTs primitivas. Podemos citar como exemplo

alguns indicativos da condição da convivência entre os pares, confronto com a realidade e da democratização. Entretanto não é possível afirmar com precisão qual a dimensão de tal herança, considerando uma série de outras influências recebidas no decorrer dos anos, observando-se lacunas de tempo, bem como a diluição de sua proposta inicial ao longo dos anos (LEON, 2012; SANTOS, 2018a; SOMMER, 2011).

Importante destacar que as CTs voltadas para o atendimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas começam a desenhar-se efetivamente a partir dos anos de 1960 (RIBEIRO, 2010), sendo diretamente influenciadas também por outros modelos e perspectivas, que iniciam seu desenvolvimento anteriormente. Oriunda, inicialmente, deste contexto europeu, a proposta de CT, quando direcionada para o público usuário de álcool e outras drogas, acaba incorporando influências de outras propostas, especialmente da América do Norte.

Serrano, Alano e Lemos (2015, p. 84) realizam a sistematização de alguns destes modelos e influências na tabela 2, dividindo em quatro correntes principais que influenciaram as CTs voltadas para o atendimento do público usuário de álcool e outras drogas. Neste contexto, estas CTs passam a incorporar outros elementos para além, unicamente, das referências oriundas da proposta de Maxwell Jones e dos hospitais psiquiátricos/comunidades terapêuticas primitivas.

Tabela 2 – Comunidades Terapêuticas: correntes que inspiraram sua história

Época	Modelo	Funcionamento
1796, Samuel Tuke, Inglaterra.	Tratamento Moral	“Tratamento não físico”, a partir de diálogos, atividades laborativas dirigidas ao convívio cotidiano.
1935, Grupos de AA nos EUA, Universidade de Oxford.	Vivência comunitária para manter a abstinência	Utiliza-se a vida comunitária como método para ultrapassar os problemas advindos do abuso de álcool e outras drogas. Frequentemente se utiliza o método dos 12 passos.
1942, Hospital Holly – Moore, em Northfield, Inglaterra.	Comunidades Britânicas de Wilfred Bion e Maxwell Jones	O conceito de ambiente terapêutico incluía um processo contínuo de aprendizado social, visando à reinserção pela educação.
1953, Maxwell Jones, Inglaterra.	Crítica aos macros asilos	Desinstitucionalização dos moradores crônicos dos hospitais asilares obsoletos.

Fonte: SERRANO, ALANO, LEMOS, 2015.

O **Tratamento Moral**, oriundo dos primórdios da psiquiatria europeia, é proposto em 1796 por Samuel Tuke, visando ao tratamento não físico, constituído a partir de reflexões e diálogos, compreendendo que a partir deste processo as pessoas poderiam realizar mudanças significativas em seus hábitos e comportamentos. A proposta baseava-se em não utilizar o medo como instrumento de controle, mas considerar as ações corriqueiras como forma de auxiliar os pacientes no desenvolvimento de seu autocontrole e desenvolvimento de novas habilidades (SERRANO, ALANO, LEMOS, 2015). Tuke apresentou a proposta, ainda bastante presente nos dias atuais, de que as ações de reinserção e reabilitação das pessoas deveriam incorporar a ideia de realização de algum tipo de atividade laborativa (RAAD; MAKARI, 2010).

A segunda influência apresentada, o grupo/movimento **Oxford**, tinha como base o cuidado mútuo entre os pares, reparação dos danos, trabalho ético e renascimento espiritual. O movimento foi criado por Frank Buchman, no ano de 1921 (DAMAS, 2013; LARANJEIRA, 2010; LEON, 2012). O movimento agregava pessoas que valorizavam a convivência e compreendiam a vida comunitária como uma possibilidade de reorganizar seus comportamentos e superar problemas como, por exemplo, o uso de álcool e outras drogas (SERRANO, ALANO, LEMOS, 2015).

Este grupo foi precursor do movimento bem-sucedido das salas dos **Alcoólicos Anônimos – AA**, fundado em 1935, e acabou por fazer com que muitas CTs incorporassem seus elementos ao seu processo de atendimento, que ficou conhecido como método Minnesota. Esse modelo incorpora, em maior ou menor grau, a proposta dos “Doze passos” e das “Doze Tradições”³¹. Tal método também teve início nos Estados Unidos em meio a uma crise financeira nos espaços psiquiátricos, acarretando diminuição de profissionais. Neste contexto, alguns manicômios passaram a chamar pessoas dos grupos de AA para exercer as funções de conselheiros para outras pessoas com problemas de uso abusivo de álcool. Neste modelo, quando aplicado à CT, sua proposta geralmente inicia de forma fechada com aberturas gradativas, com atividades focadas nas terapias de grupo, palestras, leituras e reuniões do AA. Os princípios básicos dizem respeito à reparação do dano e crença no poder superior (SERRANO, ALANO, LEMOS, 2015).

³¹ Para maiores informações a respeito da proposta do AA, sugerimos a leitura de suas principais bibliografias, que servem como base para o desenvolvimento de suas atividades. ALCOÓLICOS ANÔNIMOS. Os Doze Passos. Centro de Distribuição de Literatura AA para o Brasil. São Paulo, 1991 (originalmente publicado em 1939).

As influências oriundas dos **hospitais britânicos**, já apresentadas anteriormente, vão ao encontro do proposto pelo movimento de **Críticas aos Macroasilos**, realizada por Maxwell Jones, que defendia que os moradores de asilos fossem desinstitucionalizados e que retornassem ao convívio familiar e social (SERRANO, ALANO, LEMOS, 2015).

Além destas influências sistematizadas na tabela acima, também é possível citar as influências advindas da instituição Synanon fundada, no ano de 1958, por Charles Dederich, na Califórnia, Estados Unidos, que é um modelo desenvolvido para usuários de álcool e outras drogas como uma alternativa ao atendimento hospitalar. Possui como princípios as atividades de trabalho, aconselhamento, confronto e disciplina, ao mesmo tempo em que também incorpora elementos dos doze passos. Dederich recebia em seu apartamento privado até quinze pessoas com problemas com álcool e outras drogas, funcionando assim um modelo de atendimento residencial (DAMAS, 2013; LARANJEIRA, 2010; LEON, 2012; SOMMER, 2011).

Entretanto não é possível realizar afirmação concreta de quais modelos, dos citados anteriormente, tiveram maior ou menor influência no desenvolvimento das CTs, podendo haver variações consideráveis de uma instituição para outra. Muitas vezes, algumas instituições se distanciaram consideravelmente da proposta das CTs originais e/ou incorporam alguns elementos de forma parcial (RIBEIRO, 2010; SANTOS, 2018a). Fato é que até hoje há consideráveis dificuldades para a definição e pactuação sobre o uso da terminologia “comunidade terapêutica”, o que poderia ser um indicativo das questões que explicitaram diferenças e divergências atuais.

A partir destas influências, as CTs voltadas para o atendimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas passam a se desenvolver. Atualmente, as CTs contemporâneas, em sua maioria quase que absoluta, segue no atendimento a este público (RIBEIRO, 2010; SANTOS, 2018a).

Ao longo do tempo, com ingresso de novas categorias profissionais, as CTs passaram a utilizar novas técnicas e formas de atendimento, como instrumentos motivacionais, técnicas de psicodrama, grupos de encontros e diagnósticos mais precisos (SOMMER, 2011). A partir da década de 70, as famílias passam a ser agregadas ao processo de atendimento e reconhecida a sua importância. Na década de 90, especialmente na América do Norte, as CTs passam a atender, de forma mais sistemática, públicos mais específicos, como adolescentes e população em situação de rua na condição de uso de álcool e outras drogas (BROEKAERT *et al.*, 2004).

Em meio a este contexto, as CTs voltadas para o atendimento a este público em específico atualmente estão presentes em mais de 60 países (FRACASSO; LANDRE, 2012), inclusive no Brasil, onde sua existência, vinculação com as políticas públicas e metodologia de atendimento é envolta por diversos questionamentos, ainda carecendo de maiores discussões e reflexões. Seguindo a mesma lógica das CTs em nível mundial, Santos (2018a, p. 11), ao realizar discussões com relação ao processo de desenvolvimento e atual condição das CTs brasileiras, diz que “as CTs da segunda metade do século XX guardam poucas semelhanças com esse modelo [CTs brasileiras atuais]”. Iremos ampliar essa discussão um pouco adiante, mesmo assim, julgamos importante, brevemente, apresentar este resgate histórico das CTs primitivas como forma de maior compreensão, ademais, pela sua relação com o processo embrionário da Reforma Psiquiátrica Brasileira (BORGES; BAPTISTA, 2008).

Além disso, destacamos que, a partir das leituras até aqui realizadas, é possível verificar que o processo de sistematizar a história das CTs é bastante complexo e apresenta lacunas e/ou ambiguidades (LEON, 2012). Em pesquisa já previamente realizada pela autora, em momentos anteriores, verificou-se essa mesma condição. É possível que o desenvolvimento das CTs tenha ocorrido a partir de distintas influências, dentre elas, as citadas anteriormente, bem como em momentos e localizações diferentes, dessa forma, tornando-se impossível “contar” uma única história (WOERNER, 2014). Ao que parece, trata-se de “várias histórias” que se encontram e desencontram. Condição essa que é possível visualizar quando falamos sobre as CTs no Brasil, a seguir, bem como na análise dos resultados de nossa pesquisa.

4.2 COMUNIDADE TERAPÊUTICA NO CONTEXTO BRASILEIRO

4.2.1 Desenvolvimento Histórico e Regulamentação

As CTs chegam ao Brasil por volta da década de 1970, inicialmente nos estados de São Paulo, Minas Gerais, Goiás e Rio Grande do Sul, frutos de iniciativas de vinculação religiosa, especialmente de movimentos advindos da igreja católica e evangélica, posteriormente espalhando-se para outras regiões do país (FRACASSO; LANDRE, 2012; SANTOS, 2018a; TENÓRIO, 2012).

Em Santa Catarina, o registro da primeira CT é oriundo do “Movimento Porta Aberta”, vinculado à Igreja Católica, em 1980, no município de Florianópolis. Seguiram-

se o Desafio Jovem, em Criciúma, no ano de 1985, iniciativa da Igreja Evangélica Assembleia de Deus; e ainda o Centro de Recuperação Nova Esperança – CERENE, criado em 1989, na cidade de Blumenau, através de MEUC – Missão Evangélica União Cristã (SERRANO, ALANO, LEMOS, 2015).

Todas essas ações iniciais, claramente acabaram assumindo o atendimento de grande número de pessoas que não foram assistidas, por diversos motivos, pelas políticas públicas disponibilizadas pelo Estado. Neste período, como citado anteriormente, as políticas de atenção a este público eram praticamente inexistentes. Logo, a “lacuna na saúde pública em relação à assistência aos usuários de drogas favoreceu a expansão das comunidades terapêuticas” (MACHADO; BOARINI, 2013, p. 584).

Assim, essencialmente as igrejas, com foco “salvacionista”, acabam por priorizar tais ações antes mesmo de qualquer estratégia estatal bem estabelecida de atendimento a este público. Embora as CTs primitivas não possuíssem esse cunho “salvacionista” e de vinculação religiosa, o fato de algumas igrejas brasileiras absorverem tal demanda acaba por fornecer outra conotação ao atendimento, que em grande parte dessas instituições ainda se mantém até os dias atuais com o viés assistencialista e de benemerência (DAMAS 2013).

Não muito diferente é a condição atual de criação e existência de tais instituições, fruto de organizações religiosas e “nascendo” de forma paralela às políticas públicas. As CTs, no Brasil, surgem à margem de ações e programas públicos que no período estavam sendo pensados/implementados de forma muito lenta, quando considerada a realidade das drogas que se apresentava de modo crescente (COSTA, 2009; RIBEIRO, MINAYO, 2015). Embora já tenhamos os movimentos iniciais de construção do SUS, ações embrionárias da luta antimanicomial, essas iniciativas não ocorriam no mesmo ritmo que o contexto social exigia respostas, evidenciando assim algumas lacunas significativas no atendimento a este público.

Ainda que as CTs brasileiras tenham seu início na década de 70, a ampliação da oferta de tais serviços ocorre sobretudo nos anos 2000 (DAMAS 2013), obviamente não desassociados do aumento na oferta e uso de álcool e outras drogas, diversificação do público usuário e alterações significativas nas substâncias de uso. A partir de dados coletados pelo IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, é possível verificar que as CTs apresentam seu maior crescimento nas décadas recentes, como pode ser visto na tabela 3, abaixo:

Tabela 3 – Distribuição das CTs por intervalos de ano de fundação

Ano de Fundação	Número
1966 a 1985	108
1986 a 1995	300
1996 a 2005	796
2006 a 2015	746
Total	1950

Fonte: Adaptado de IPEA (2017).

Durante período considerável de tempo da existência e realização de atendimento pelas CTs no Brasil, uma das questões centrais que perpassam a realidade brasileira diz respeito às limitações no que tange à regulação de tais instituições. Até o ano de 2001, são ausentes quaisquer mecanismos de fiscalização e regulamentação: o que se observa é um movimento desenfreado e desestruturado de uma série de instituições se autodenominando “comunidades terapêuticas” e prestando, em muitas vezes, “desserviços”³² à população atendida.

Ainda que as CTs estejam presentes no país realizando atendimentos desde a década de 70, a primeira regulamentação específica para essas instituições é datada do ano de 2001 através da Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº. 101/2001 da ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2001), que institui requisitos mínimos para o funcionamento das instituições, inclusive com relação ao espaço físico e equipe técnica mínima. Tal normativa foi substituída pela RDC 029/2011 (BRASIL, 2011b), também da ANVISA. Uma análise extremamente superficial entre as duas regulamentações já indica que diversos requisitos exigidos em 2001 deixaram de existir em 2011, inclusive o estabelecimento de uma equipe técnica mínima para o funcionamento da instituição, sendo somente necessário a indicação de um responsável técnico de nível superior, de qualquer área, questão que iremos nos aprofundar posteriormente. Sem dúvida, as exigências legais da legislação de 2011 são muito mais brandas quando comparadas às de 2001, talvez uma tentativa às avessas de “regularizar” um maior número de CTs às exigências legais.

³² Fazemos referências aqui a instituições que se utilizam da nomenclatura CT para indicar a forma de atendimento que realizam. Entretanto, tais instituições não observam os requisitos mínimos instituídos em lei para realizar o atendimento do público-alvo, ou ainda, utilizam-se de formas de violência e maus-tratos nos atendimentos que realizam, uso inadequado dos recursos públicos, entre outros. Esta é uma realidade presente ainda hoje. Ocorre aqui, em decorrência, uma generalização das CTs como um todo, a partir das práticas irregulares de um determinado grupo de instituições.

No ano de 2006, por ocasião da Lei 11.343 (BRASIL, 2006), as CTs oficialmente passam a integrar a rede pública voltada para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Neste momento, tornam-se elegíveis para o recebimento de financiamento público, embora muitas instituições anteriormente já possuíssem parcerias firmadas com a esfera municipal e estadual. O financiamento de vagas para atendimento em CTs, com recursos federais, teve seu início no ano de 2011, como uma das ações dentro da proposto do plano “*Crack, É Possível Vencer*” (SANTOS, 2018a).

Até o ano de 2015, a regulamentação da ANVISA (BRASIL, 2011b) era a única legislação, de abrangência nacional, que apresentava o delineamento com relação à forma de funcionamento, regulamentação e fiscalização das CTs. Ainda que alguns estados, municípios e até mesmo alguns convênios, pontualmente, apresentassem requisitos mais específicos para o funcionamento das CTs, nenhum destes critérios ou exigências seriam passíveis de generalização no que diz respeito à fiscalização e qualidade do atendimento aos usuários do serviço.

No ano de 2015, foi instituída uma legislação de nível nacional para regulamentação das CTs através da Resolução do CONAD – Conselho Nacional sobre Drogas, nº. 01/2015, de 19 de agosto de 2015, publicada no Diário Oficial da União em 28 de agosto de 2015, que “Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas” (BRASIL, 2015b), popularmente denominado como “Marco Regulatório das Comunidades Terapêuticas”.

Tal regulamentação surge enquanto fruto do movimento articulado das próprias CTs, representadas por suas federações e associações³³, em busca de legitimidade, regulamentação e reconhecimento do trabalho já desenvolvido há décadas. Não seria novidade indicar aqui os diversos entraves encontrados ao longo do processo e a resistência de movimentos da sociedade civil e de algumas categorias profissionais com relação a tal forma de atendimento. Destacam-se os militantes da luta antimanicomial,

³³ As federações e associações que participaram do processo de construção e aprovação do Marco Regulatório das Comunidades Terapêuticas são as que seguem: FENNOCT – Federação Norte e Nordeste de Comunidades Terapêuticas; FEBRACT – Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas; FETEB – Federação Evangélica de Comunidades Terapêuticas do Brasil; FNCTC – Federação Nacional de Comunidades Terapêuticas Católicas e Cruz Azul no Brasil, reunidas sob a CONFENACT – Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas (CRUZ AZUL NO BRASIL, 2017).

reforma sanitária e psiquiátrica, bem como representações de conselhos profissionais, tais como o CFESS – Conselho Federal de Serviço Social e CFP – Conselho Federal de Psicologia.

As discussões se encontram direcionadas para a questão de que as CTs, em sua totalidade, estariam na contramão das premissas defendidas pelo movimento da Luta Antimanicomial, Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Redução de Danos, atrelado ao fato de que o usuário deverá ser atendido na rede disponibilizada pelo SUS e não por serviços complementares, além disso, como já indicado em momentos anteriores, por ser um serviço prestado por instituições privadas, em muitos casos, financiada com recursos públicos. Ademais, também havia questionamentos com relação à fragilidade da própria resolução, que apresentava diversas lacunas, como, por exemplo, a não indicação de quais órgãos públicos que ficariam responsáveis pela fiscalização das CTs.

Acontece que, em agosto de 2016, quando o Marco Regulatório complementaria um ano e finalizaria o prazo de adaptação para as CTs à nova legislação e consequentes fiscalizações, o Ministério Público Federal de São Paulo suspendeu, em caráter liminar, o Marco Regulatório das CTs. A decisão apoiava-se na premissa que as CTs não poderiam ser regulamentadas pelo CONAD pelo fato de serem um serviço de saúde, devendo, dessa forma, ser regulamentadas, exclusivamente, pelo Ministério da Saúde (SANTOS, 2018a).

Em 19 de junho de 2018, a liminar de suspensão do Marco Regulatório das CTs foi revogada pelo Tribunal Federal da 3ª Região, São Paulo, retornando assim a possuir validade. Dessa forma, atualmente, as duas legislações que regem o funcionamento das CTs em nível nacional são a RDC 029/2011 (BRASIL, 2011b) e a Resolução do CONAD 01/2015 (BRASIL, 2015b), ambas ainda apresentando diversas fragilidades e sendo genéricas em diversos aspectos. As fragilidades dizem respeito, especialmente, à ausência de definição de equipe mínima e sua qualificação para o atendimento, indefinição com relação à formação da figura do responsável técnico pela instituição, à ausência de definições com relação ao processo de fiscalização destas instituições, entre outros aspectos.

Ainda que com estas questões, o fato é que, a partir de tais regulamentações, as CTs se constituirão como mais uma possibilidade concreta de atendimento, de forma complementar e não substitutiva, aos serviços disponibilizados pelo SUS. Entretanto, na realidade brasileira, as CTs seguem na condição de instituições “à margem” de regulamentações mais precisas e concretas, bem como melhor definição de sua vinculação com relação às políticas públicas, tornando essa relação muito frágil e

individualizada com cada instituição. É comum a condição de diversas formas de convênio que tais instituições estabelecem, ora com a política de assistência social, ora com a de saúde ou mesmo vinculadas ao poder judiciário, sem critérios claramente delineados.

Ainda que, segundo a RAPS (BRASIL, 2011a), as CTs sejam pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial, ou seja, vinculadas à Política de Saúde, dentro dos serviços, não há consenso com relação a isso. O próprio Marco Regulatório apresenta uma definição diferente. Conforme o documento, as CTs se conceituam como “não [sendo] estabelecimentos de saúde, *mas de interesse e apoio das políticas públicas de cuidados, atenção, tratamento, proteção, promoção e reinserção social;*” (BRASIL, 2015b, grifo nosso).

Atualmente, através do Programa do Governo Federal “Crack, É Possível Vencer” (BRASIL, 2012a), as CTs também podem ser financiadas através do Ministério da Justiça, sendo que no ano de 2013 foram destinados, via Governo Federal, cerca de 100 milhões de reais para as CTs em todo o país (SOUZA, 2017). Diante de tal realidade, é possível perceber que o tema é tratado até mesmo como questão de “justiça”, o que por si só já poderia tornar-se objeto de diversas discussões e gerador de estigmas e questionamentos.

Há outros instrumentos jurídicos importantes que estão proporcionando maior representatividade para o trabalho das CTs. Instrumentos estes que foram implementados recentemente, para ser mais preciso, no ano de 2019. A Portaria nº. 562, de 19 de março de 2019, “Cria o Plano de Fiscalização e Monitoramento de Comunidade Terapêutica no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas”. Este documento realiza indicações com relação à forma como deve ser feita a fiscalização das CTs, bem como o que deve ser fiscalizado (BRASIL, 2019b). Um avanço considerável se consideradas as normativas anteriores que não traziam indicações concretas com relação à fiscalização e ao monitoramento do atendimento realizado pelas CTs.

Outra portaria que merece destaque é a nº. 563, de 19 de março de 2019, que “Cria o cadastro de credenciamento das comunidades terapêuticas e das entidades de prevenção, apoio, mútua ajuda, atendimento psicossocial e ressocialização de dependentes do álcool e outras drogas e seus familiares”. O objetivo desta portaria é, justamente, realizar o cadastramento das CTs do país a partir de regras e procedimentos específicos (BRASIL, 2019c). Espera-se que desta forma haja um mapeamento mais

eficiente com relação às CTs existentes, visando diminuir as dificuldades de quantificação destas instituições, como veremos no item a seguir.

Destacamos ainda a PNAD, que trouxe uma nova perspectiva a respeito das CTs, incluindo estas, efetivamente, dentro da rede de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas (BRASIL, 2019d; 2019e). Os impactos efetivos de tais legislações para o atendimento das CTs ainda não podem ser avaliados de forma concreta, visto o quão recente são, cabendo realização de análises posteriores.

Ainda que presentes no país desde a década de 70, as CTs se apresentam como instituições com diversas questões a serem debatidas, especialmente no que tange ao seu “espaço” dentro das políticas públicas, vinculação com os demais serviços, metodologia de atendimento e financiamento público.

4.2.2 Distribuição das CTs no Brasil e em Santa Catarina

O Centro de Pesquisas em Álcool e outras Drogas do Hospital das Clínicas de Porto Alegre e o Laboratório de Geoprocessamento do Centro de Ecologia da UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, no ano de 2011, em parceria com a SENAD, iniciaram o desenvolvimento do CENSO das CTs brasileiras³⁴. Foram identificadas, na ocasião, 2.000 (duas mil) CTs no país (BRASIL, 2016). A partir desses dados, o IPEA (2017) desenvolveu uma pesquisa com maior aprofundamento, visando a informações sobre um número maior de elementos destas instituições. É importante frisar que o próprio IPEA relata que nem sempre foi possível o contato com todas as CTs e, eventualmente, houve o recebimento de informações incompletas, o que pode implicar em pequenas inconsistências com relação aos quantitativos do número total de CTs apresentados a seguir.

³⁴ Em 19/07/2019, conforme notícia publicada no site do Ministério da Cidadania, foi disponibilizado pelo Governo Federal um mapa virtual das CTs brasileiras. Tal mapa apresenta "todas as comunidades terapêuticas cadastradas junto ao governo federal. O serviço, que está disponível no site do Ministério da Cidadania, oferece, além do georreferenciamento, informações como nome, *e-mail* de contato, número de vagas e recursos públicos aportados na unidade" (BRASIL, 2019f). Cabe indicar que neste serviço há um total de 537 (quinhentos e trinta e sete) CTs. Não há indicações no *site* de como tais CTs foram cadastradas e/ou a partir de quais critérios. O mapa virtual encontra-se disponível no endereço eletrônico <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/app-sagi/geosagi/localizacao_equipamentos_tipo.php?tipo=comunidades_terapeuticas&rcr=1> (BRASIL, 2019g).

Diante desse quantitativo expressivo de aproximadamente 2.000 CTs, é importante salientar que a sua distribuição não ocorre de forma proporcional pelo território nacional, conforme é possível verificar na tabela 4, abaixo:

Tabela 4 – Distribuição das CTs por Região

Região	Número	%
Norte	139	7,37%
Nordeste	330	17,06%
Sudeste	812	41,77%
Sul	510	25,57%
Centro-Oeste	172	8,23%
Total	1963	100%

Fonte: Adaptado de IPEA (2017).

Existe a maior concentração de CTs nas regiões Sudeste (41,77%) e Sul (25,57%); a seguir as regiões Nordeste (17,06%), Centro-Oeste (8,23%) e a região Norte (7,37%) com menor representatividade destas instituições. Evidencia-se, desta forma, a distribuição irregular pelo país.

Estima-se que, distribuídas entre as CTs brasileiras, exista a oferta de 83.600 (oitenta e três mil e seiscentas vagas). Destas, 80,79% para o público masculino, 4,38% para o público feminino e 14,83% em instituições com vagas para ambos os sexos, indicando uma oferta muito maior de vagas para o público masculino do que para o feminino (IPEA, 2017). Entretanto, ao considerar as vagas femininas somadas às vagas para ambos os sexos, se, supostamente, ocupadas todas por mulheres, teríamos um percentual de 19,21% de vagas femininas. Considerando uma pesquisa de Bastos e Bertoni (2014), que indica que nas cenas de uso de drogas a presença de homens é de 80% e 20% de mulheres, a distribuição destas vagas pode ser considerada adequada, ao menos, a um primeiro olhar.

Com relação à distribuição das CTs em Santa Catarina, verificou-se a existência de 120 (cento e vinte) CTs no estado, o que representa 6,01% do total das instituições do país. Santa Catarina é o quinto estado brasileiro com maior número de CTs, atrás apenas dos estados de São Paulo (420), Minas Gerais (275), Rio Grande do Sul (234) e Paraná (156). Lembrando que Santa Catarina é o 11º estado mais populoso do país (IBGE, 2019). Em contrapartida, Roraima e Amapá possuem apenas 7 (sete) CTs cada (IPEA, 2017).

Considerando o processo dinâmico de aberturas de novas CTs, bem como a última relação que foi possível acessar com informações a respeito da localização das CTs³⁵ no estado, identificou-se na ocasião que Santa Catarina possuía 105 (cento e cinco) CTs (BRASIL, 2016), conforme distribuição territorial expressa na Figura 5. Ainda que com quantitativos divergentes do último levantamento do IPEA, optamos por apresentar essa figura para fins de verificar a distribuição geográfica das CTs no estado, o que consideramos um dado importante.

Figura 5 – Distribuição das CTs em Santa Catarina



Fonte: Adaptado de Censo das Comunidades Terapêuticas no Brasil – SENAD – Ministério da Justiça (2016).

Verifica-se que as CTs apresentam concentração significativa na parte litorânea da capital e na região do Vale do Itajaí, com grande escassez na região oeste do estado.

³⁵ O relatório do IPEA (2017) apresenta o quantitativo de CTs por estado, mas não se refere às cidades de localização de cada instituição. Neste sentido, optamos pela utilização das informações obtidas, na ocasião, pelo CENSO das CTs (BRASIL, 2016).

4.2.3 Princípios e características de organização e atendimento das CTs

Em decorrência da própria forma como as CTs se constituíram no Brasil, como discutido anteriormente, definir uma metodologia única de atendimento utilizada por essas instituições é uma tarefa impossível. Especialmente pelo fato de que muitas instituições se “autodenominam” CTs e atuam sob as mais distintas diretrizes de funcionamento. Ainda assim, mesmo as CTs que cumprem os requisitos mínimos estabelecidos pelas legislações também apresentam metodologias de atendimento distintas entre si, somando-se a isso os detalhes cotidianos da realidade institucional. Conforme Natalino (2018, p. 37), “Na falta de informações mais gerais e sistemáticas sobre esses espaços, há dificuldade do campo de separar o particular do geral, de distinguir o que é tendência do que é idiosincrasia”.

Iremos apresentar aqui as **características gerais**, de organização e atendimento, que podem ser apontadas como presentes em grande parte das CTs brasileiras. Com maior ênfase, no decorrer do texto, iremos destacar os pontos considerados mais polêmicos no atendimento prestado pelas CTs: a **institucionalização**, a **proposta de abstinência e espiritualidade/vinculação religiosa**.

Inicialmente é importante destacar que uma das questões principais é o fato de que as CTs são instituições de caráter residencial³⁶ transitório (LEMOS, SERRANO, SOUZA, 2017), trabalhando assim com uma proposta de atendimento/acolhimento voluntário, conforme preconizado pela legislação (BRASIL, 2011b; 2015b). Ou seja, para que a pessoa seja atendida na instituição, necessariamente, ela precisa estar de acordo em permanecer em atendimento, bem como podendo optar por seu desligamento a qualquer momento sem sofrer nenhuma forma de contenção, seja física, psicológica ou medicamentosa. Instituições que realizam o atendimento de forma involuntária/compulsória não podem ser classificadas como CTs. Estas deveriam, por sua vez, ser classificadas como clínicas de internação involuntária, estando sujeitas a outras formas de regulamentação e fiscalização³⁷.

³⁶Ainda que não seja nosso foco principal de discussão é importante destacar a discussão existente dentro do campo da Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica Brasileira a respeito da condição de “residência”. Residência, neste contexto, compreendida como local de moradia, pertencimento e referência para o sujeito. O fato das CTs indicarem realizar o atendimento de saúde a partir de um modelo residencial, abre espaço para uma série de reflexões e discussões sobre essa situação. Essa é uma discussão que cabe ser aprofundada. Para leituras importantes sobre a temática sugerimos o autor Benedito Saraceno.

³⁷ Conforme preconizado na Lei 13.840 (BRASIL, 2019e) que indica que são vedadas as internações involuntárias em CTs.

Dentro da proposta de atendimento e sua forma de organização, as CTs possuem como um dos seus elementos centrais o “relacionamento/convivência entre os pares”, ou seja, a convivência é condição essencial (LEON, 2012). Inclusive, aspecto este integrante da própria legislação que trata das CTs, como característica de tais instituições (BRASIL, 2015b). Essa convivência, para além da relação entre os acolhidos³⁸ em atendimento, também se estende para todos aqueles que frequentam/interagem no espaço da CT, como profissionais, voluntários, familiares, entre outros (LEON, 2012). Iremos ampliar essa discussão quando falarmos sobre a equipe técnica das CTs.

Com relação à sua metodologia de atendimento, as CTs brasileiras, em sua maioria, se baseiam no que é denominado de “tripé” *disciplina – trabalho – espiritualidade*. Ainda que de forma paralela, ao longo dos últimos anos, esse tripé, em algumas CTs, também tem incorporado saberes e recursos da área médica (SANTOS, 2018a; SOUZA, NUNES, SANTOS, 2018).

As atividades desenvolvidas a partir desse tripé podem variar consideravelmente entre as instituições, bem como o enfoque dado a cada uma delas. A **disciplina** se traduz em rotinas e horários estruturados para os “acolhidos”. Também se configura em atividades obrigatórias, atividades proibidas e sanções (NATALINO, 2018). A disciplina teria como objetivo, dentre outros, a organização da rotina, como acordar em determinando horário, cumprir as obrigações propostas, administrar o tempo, dentre outros pontos (LEON, 2012).

Com relação ao **trabalho**, os “acolhidos” auxiliam nas atividades de manutenção, limpeza, organização e manutenção da instituição, denominadas “atividades práticas inclusivas”, previstas no Marco Regulatório das CTs (BRASIL, 2015b). Importante frisar que essas atividades, em sua base, possuem um caráter específico, objetivo delimitado e forma para serem executadas. Entretanto, não raro, muitas instituições utilizam o discurso das “atividades práticas” como forma de punição e controle sobre os acolhidos; ou ainda como a principal mão de obra dentro da instituição sem nenhum caráter terapêutico presente (SOUZA, NUNES, SANTOS, 2018).

Ainda com relação ao tripé, no aspecto da **espiritualidade**/vinculação confessional ou religiosa, destacam-se as atividades de reflexão, oração, leituras e demais práticas de espiritualidade, considerando que 83% das CTs brasileiras se autodeclaram vinculadas a alguma orientação religiosa (IPEA, 2017). Logo, não raro, a CT incorpora,

³⁸ Terminologia utilizada para denominar as pessoas em atendimento na CT.

em suas atividades, práticas profissionais semelhantes às da instituição de origem, que, muitas vezes, inclusive fazem a vez de mantenedoras e/ou parceiras das CTs. Entretanto busca-se que tal direcionamento das instituições não seja impeditivo para o ingresso do atendimento de pessoas com quaisquer outros direcionamentos contrários.

As legislações brasileiras que regem o atendimento em CT indicam a possibilidade de serem oferecidas atividades de cunho espiritual, entretanto, tais ações não devem se constituir enquanto obrigatórias, mas sim opcionais aos acolhidos (BRASIL, 2011b). No mesmo sentido, a resolução 01/2015 do CONAD (BRASIL, 2015, p. 7) indica a possibilidade de atividades complementares com vista ao desenvolvimento da espiritualidade, definindo tais atividades como aquelas que “buscam o autoconhecimento e o desenvolvimento interior, a partir da visão holística do ser humano, podendo ser parte do método de recuperação, objetivando o fortalecimento de valores fundamentais para a vida social e pessoal”.

A grande questão é que em 54,8% das CTs a participação nas atividades de cunho religioso/espiritual se constitui obrigatória e não opcional (IPEA, 2017). As críticas com relação a este quesito se apoiam na prática de instituições que atuam de forma extremista e autoritária, desconsiderando as indicações das legislações pertinentes, associada à falta de fiscalização eficaz e sistemática, utilizando-se do espaço da CT, exclusivamente, com o cunho de disseminação das crenças religiosas ao mesmo tempo em que os demais fatores do atendimento são negligenciados. As atividades de espiritualidade, em suas diversas possibilidades, podem ser integradas à proposta de atendimento, porém, de forma moderada e respeitando as crenças de cada acolhido, bem como seu desejo de participação ou não daquela atividade.

Ainda com relação a condição da espiritualidade/ vinculação religiosa é importante frisar que essa condição também apresenta respaldos importantes no processo de inserção e ação profissional dos assistentes sociais nas CTs, embora não tenha sido foco direito de nossas discussões no presente.

4.2.3.1 Institucionalização

Outro fator bastante debatido com relação à metodologia de atendimento das CTs diz respeito ao período de atendimento que, geralmente, engloba períodos mais extensos, entre 6 (seis) e 12 (meses), com variações entre as instituições (RIBEIRO, 2010; SANTOS, 2018a). A questão do tempo de atendimento é um dos aspectos que geram

diversos embates e contestações, entendida por alguns como um processo de **institucionalização**, o que poderia remeter aos atendimentos asilares que eram prestados anteriormente ao processo da reforma psiquiátrica brasileira. Neste sentido, caminha de forma avessa à proposta da reforma psiquiátrica que defende a proposta do atendimento/tratamento em ambiente comunitário (TENÓRIO, 2002).

Entre outros motivos, as CTs defendem o atendimento por um período mais prolongado de tempo em decorrência de seu público ser constituído por pessoas em maior condição de vulnerabilidade familiar e social, por vezes, necessitando se afastar do ambiente de sua residência, até mesmo por questões de segurança. Ou seja, para além da questão central vinculada ao uso de álcool e outras drogas, seriam verificadas demais questões de vulnerabilidade do indivíduo. Neste contexto, há a necessidade de prazo mais extenso de atendimento defendido pelas CTs. Entretanto, não identificamos referenciais teóricos, por parte das CTs, que dão sustentação para essa condição em específico, ou seja, que justifiquem essa condição de permanência por períodos mais longos.

Durante todo o período de atendimento, além de receber visitas dos familiares, o acolhido também realiza visitas sistemáticas à sua casa/comunidade como forma de possibilitar o processo de reinserção social. Novamente, uma prática que não pode ser generalizada, visto haver instituições que realizam a restrição de visitas e saídas como formas de punição e de controle. Esse controle é tão intenso que apenas 35% das CTs permitem que o acolhido receba visitas desde o início do atendimento; as demais estipulam prazos mínimos para a realização das visitas. Além disso, algumas CTs também utilizam a restrição de visitas e contatos com os familiares como uma sanção punitiva frente a algum comportamento “inadequado” (NATALINO, 2018).

Em decorrência da questão do tempo, atrelado às propostas de isolamento social, medidas de controle e disciplina, bem como a outros aspectos do atendimento, não raramente, as CTs são comparadas às “instituições disciplinares” de Foucault (SOUZA, NUNES, SANTOS, 2018) e às “instituições totais” de Goffmann (NATALINO, 2018).

4.2.3.2 Abstinência

Outra questão não menos polêmica e alvo de críticas como as demais até aqui expostas diz respeito à proposta de atendimento das CTs centrada na condição da **abstinência**. Abstinência aqui relacionada a qualquer tipo de substância, lícita ou ilícita, exceto medicações devidamente prescritas e o uso de tabaco, que é permitido, de forma

limitada, em algumas instituições. Este se constitui como um dos grandes entraves nas questões de articulação com a rede, especialmente dentro da política de saúde mental, em decorrência de que a supracitada política no Brasil, até abril/2019 (BRASIL, 2019d; 2019e), baseava-se na proposta de redução de danos e não na abstinência (BRASIL, 2003).

Isto é: não há como negar que são propostas que percorrem caminhos diferentes e que, por vezes, irão entrar em conflito e trazer prejuízos aos usuários, embora a proposta da redução de danos não se oponha à abstinência. A crítica realizada consiste no fato de que a proposta de abstinência não é abrangente e, sendo condição para acesso da pessoa à CT, não lhe permite condição de escolha de forma efetiva. A centralidade da discussão e das críticas é quando a abstinência se constitui uma condição prévia para o acesso ao atendimento (SANTOS, 2018a).

4.2.4 Reforma Psiquiátrica, Luta Antimanicomial e CTs

Como verificamos nos tópicos explorados até aqui, especificamente com relação à metodologia de atendimento das CTs, é possível identificar que há pontos centrais que perpassam as discussões presentes na sociedade a respeito do atendimento prestado pelas CTs e sua relação com a reforma psiquiátrica e o movimento antimanicomial.

Diante deste contexto, permeado por diversos embates, críticas, conflitos e posições divergentes, é importante frisar que os transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas se constituem uma questão multifacetada e complexa, com diversos elementos e variáveis envolvidas em seu processo de atendimento. Há diversos graus e estágios que devem ser considerados e associados às características das pessoas, ao contexto social e à gravidade de sua situação (BRASIL, 2015c; FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2010).

Nem todas as situações são iguais, nem todos se adaptam e/ou necessitam do mesmo modelo e estratégia de atendimento. Há aqueles que são auxiliados por intervenções breves enquanto outros necessitam de intervenções de longo prazo, com maior frequência ou intensidade. Dentro de tal lógica, temos o entendimento que se devem possibilitar diferentes formas de atendimento que possibilitem nuances diversas de acolhimento para públicos distintos em condições heterogêneas. Justamente por essa singularidade de cada indivíduo que instrumentos como, por exemplo, o PAS – Plano de Atendimento Singular e o PTS – Plano Terapêutico Singular são necessários e exigidos

(BRASIL, 2011b; 2015b; 2015c). Esses instrumentos têm como objetivo, justamente, pensar o atendimento de cada sujeito de forma individual, a partir de suas necessidades e não das imposições e/ou orientações do serviço exclusivamente.

A partir de tal compreensão, entendemos que as CTs se constituem como *uma* das possibilidades de atendimento ao público com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Ou seja, um dos serviços e possibilidade de atendimento preconizado dentro da RAPS (BRASIL, 2011a), usualmente devendo ser associada a outras propostas, quer dizer, não atuando – ou não deveria atuar – isoladamente, mas em articulação com a rede de serviços como um todo, o que não ocorre com frequência.

Dentre outras possibilidades existentes, podemos citar o atendimento ambulatorial, internação em hospital geral com leitos psiquiátricos, uso de psicotrópicos, grupos de mútua ajuda, hospital-dia, psicoterapias individuais ou em grupo, práticas integrativas e complementares, entre outros. Logo, entendemos que não há como padronizar qual a melhor forma de atendimento para cada situação, mas é importante perceber que possuímos diversas possibilidades, com enfoques distintos, conforme a necessidade individual de cada indivíduo (SERRANO, ALANO, LEMOS, 2015).

Por sua vez, a CT não irá ser o serviço indicado para todo o público com problemas decorrentes do uso e/ou abuso de álcool e outras drogas. “As CTs são um tipo de porta de acolhida para problemas muito específicos, que muitas vezes não cabem em outros serviços” (SERRANO, ALANO, LEMOS, 2015, p. 87). De certa forma, parece que as CTs acabam por ocupar “lacunas” deixadas pelos serviços públicos. Ocupariam um “vácuo” entre o antigo e desumano atendimento manicomial e a proposta ambulatorial dos CAPS, ao qual nem todos aderem. Trata-se de um atendimento em longo prazo, vinculado a um caráter residencial temporário. Segundo Serrano, Alano e Lemos (2015, p. 83):

Elas abrangem uma área alternativa ou substitutiva aos manicômios, não coberta pelos centros de atenção psicossocial. Não prestam serviços médicos como sua função principal ou necessária. Atuam, porém, na área de prevenção terciária, modificando estilos de vida, através da vivência grupal transitória.

Trata-se de um serviço com características voltadas para um grupo específico, dentro de uma proposta com nível complexo de atendimento, classificada, conforme

indicando anteriormente, como prevenção terciária³⁹. Ao mesmo tempo, a definição deste “grupo específico” por si só já se constitui uma dificuldade. Necessariamente, implica compreender a necessidade de cada sujeito e quais as possibilidades de intervenção a partir disso, verificando assim qual o serviço que mais se adequa àquela situação. Entretanto, a dificuldade de compreender a necessidade de cada sujeito é algo complexo não somente para as CTs, mas também para os serviços que realizam o encaminhamento, ou não, dos usuários. Dadas essas questões, justamente, há dificuldades no fluxo de encaminhamentos, considerando a ausência de compreensão com relação ao público atendido ou ainda, em alguns momentos, parece haver até mesmo uma “disputa” pelos usuários entre os serviços.

Em meio a este contexto, não é possível ignorar o embate existente entre o processo de Reforma Psiquiátrica, sua consolidação do ponto de vista jurídico e institucional e, concomitantemente, a realidade do avanço no atendimento prestado pelas CTs no país, sendo que os militantes do movimento da Reforma Psiquiátrica indicam que as CTs seriam, justamente, o retorno às práticas combatidas por eles, ou seja, o retorno aos “manicômios”. O ponto central é que estes dois processos, em um primeiro momento totalmente opostos, de alguma forma, coexistem dentro do mesmo contexto social, o que já se configura extremamente contraditório e gerador de conflitos.

Como vimos, são diversas as questões polêmicas que perpassam a proposta metodológica e de atendimento destas instituições que, em alguns momentos, parecem estar percorrendo uma lógica contrária à defendida a partir do movimento da reforma psiquiátrica, embora Silva (2013) e Perrone (2014), estudando as bases da Reforma Psiquiátrica brasileira, indiquem que as CTs brasileiras apresentariam elementos que não estariam, necessariamente, na “contramão” da Reforma Psiquiátrica. Pelo contrário, alguns destes elementos estariam, justamente, fortalecendo alguns dos conceitos básicos propostos pela reforma.

Os quadros 1 e 2, abaixo, elaboradas por Perrone (2014), apresentam, respectivamente, as semelhanças e diferenças metodológicas e conceituais entre o modelo

³⁹ A prevenção primária é entendida como um conjunto de ações que tem como foco remover e/ou minimizar causas e fatores de risco de uma determinada doença e/ou condição, por sua vez, a prevenção secundária é voltada para um problema de saúde que encontra-se em um estado inicial, vislumbrando possibilidade de diagnóstico e tratamento mais efetivos (GELBCK; PADILHA, 2004). A prevenção terciária é “[...] o cuidado fornecido para minimizar os efeitos dos problemas de saúde e evitar complicações em longo prazo. Ou seja, engloba a manutenção da saúde, apesar da doença e a incapacidade instalada, envolvendo desta forma, a prevenção de um declínio de saúde posterior” (GELBCK; PADILHA, 2004, p. 273).

da Reforma Psiquiátrica e o Movimento de Luta Antimanicomial com o das Comunidades Terapêuticas.

Quadro 1 - Semelhanças metodológicas e conceituais entre o modelo da Reforma Psiquiátrica e o Movimento de Luta Antimanicomial com o das Comunidades Terapêuticas

Conceitos básicos	Reforma Psiquiátrica e Movimento de Luta Antimanicomial	Comunidade Terapêutica
Rede de serviços	CAPS, residências terapêuticas, hospital-dia, NASF, consultórios de rua, etc.	Atividades extramuros com foco na ressocialização, grupos de apoio, hospital-dia (modelo ambulatorial).
Desinstitucionalização	Eliminar as consequências da vida institucional, como: violência, miséria, isolamento, falta de dignidade, injustiça e ampliação da enfermidade institucional (BRASIL, 2011b).	Postura anti-antiterapêutica (Rodrigué, 1965). Solucionar agentes antiterapêuticos, patógenos, tais como a privação sensorial e social, próprio das instituições totais em geral e do asilo clássico em particular.
Superação do paradigma da clínica	“Tratar o doente, e não a doença” (TENORIO, 2012) num ambiente social e não apenas no consultório.	“Não é a droga, mas a pessoa inteira, o problema a ser tratado” (LEON, 2012). O ambiente de tratamento é a CT, um ambiente social.
Ampliação do conceito de saúde / Melhora na qualidade de vida	Melhora nas condições gerais de vida, não somente na remoção dos sintomas (COSTA-ROSA, LUIZIO, YASUI, 2001).	A recuperação envolve “reabilitação”, o que seria restabelecer o funcionamento das habilidades e valores saudáveis, assim como resgatar a saúde física e emocional. Em outras palavras, retomar um estilo de vida saudável (NIDA, 2011).
Modelo psicossocial	Os engajamentos subjetivo e sociocultural são indissociáveis da definição de saúde mental (COSTA-ROSA, LUIZIO, YASUI, 2001).	Considerar as relações interpessoais como o principal agente de modificações de comportamento no dependente (LEON, 2012).
Horizontalização das relações	Mudança nas relações paciente-paciente e paciente-equipe de saúde, com maior participação de todas as partes.	A ideia primeira da CT seria o ambiente democrático, de mobilidade social, no qual a autoridade seria uma prerrogativa do grupo como um todo e não de um ou alguns membros do mesmo (JONES, 1972).

Controle social compartilhado	O paciente e os familiares teriam prerrogativas semelhantes e equivalentes às da equipe de saúde para poder gerir cada fase do tratamento.	Todos os membros podem fazer-se responsáveis pelo grupo e pela instituição, independentemente das suas características pessoais (JONES, 1972).
Reapropriação da identidade	O que está em jogo é a reapropriação do sujeito; do sentido e da motivação humana; reapropriação da capacidade de forjar sua própria identidade (LÜCHAMANN; RODRIGUES, 2007).	O que deve ser tratado é a pessoa como ser social e psicológico; ou seja, deve ser tratado o modo como o dependente se comporta, pensa, sente, administra suas emoções e frustrações, suas culpas e tristezas, a sua comunicação com o mundo externo e o interno (LEON, 2012).
Singularização	Tratar o doente mental de acordo com as suas características e necessidades pessoais, fugindo da lógica asilar capitalista de massificação (TENORIO, 2012).	“É, ao se esforçar para satisfazer as expectativas de participação da comunidade, que os residentes perseguem suas metas individuais de socialização e crescimento psicológico” (LEON, 2012).
Ressocialização	Retorno do doente mental à sociedade e à família, de acordo com as reais possibilidades de cada caso, buscando desenvolver diversos dispositivos externos que se adaptem a cada necessidade.	Um dos principais avanços das CTs contemporâneas, para De Leon (LEON, 2012), é “a passagem [...] de uma comunidade alternativa para dependentes químicos excluídos que presumivelmente não tinham condições de viver em sociedade a uma instituição de serviços de atenção [...] que prepara os indivíduos para a reintegração à sociedade mais ampla”.
Participação dos familiares	Participação ativa na fundação do movimento, assim como na gestão das políticas públicas.	Participação fundamental da família no tratamento e na gestão do mesmo através de acompanhamento individual ou de participação em diversos Grupos de Apoio.

Fonte: Adaptado de Perrone (2014)⁴⁰.

⁴⁰ As tabelas foram retratadas na íntegra conforme trabalho de Perrone (2014). As adaptações realizadas dizem respeito à forma de apresentação das referências apresentadas por Perrone, que, no artigo original, apresenta as mesmas com notas de rodapé em ordem sequencial, por exigência da revista, e que adaptamos para padronização no presente trabalho.

Quadro 2 - Diferenças metodológicas e conceituais entre o modelo da Reforma Psiquiátrica e o Movimento de Luta Antimanicomial com o das Comunidades Terapêuticas

Conceitos básicos	Reforma Psiquiátrica e Movimento de Luta Antimanicomial	Comunidade Terapêutica
Desospitalização	Atendimento ao doente fora do ambiente hospitalar, através dos dispositivos da rede de serviços.	Regime residencial, embora existam modelos de CT ambulatorial.
Tratamentos de curta duração	Nos casos de internação, tempo máximo de 90 dias.	Tratamentos a partir de 6 meses de duração, embora existam projetos de diminuição do tempo mínimo de tratamento.

Fonte: Adaptado de Perrone (2014).

Como vimos, Perrone (2014) apresenta onze “conceitos básicos” que ele compreende como semelhanças metodológicas e conceituais entre a proposta de atendimento das CTs e da Reforma Psiquiátrica e Movimento Antimanicomial. O autor indica que, diferentemente do que é apresentado, os dois modelos possuem sim características e princípios semelhantes, ao menos teoricamente.

Ocorre que não podemos nos apropriar de tal reflexão de maneira acrítica. Ainda que conceitualmente e teoricamente as CTs apresentem bases conceituais e direcionamentos interessantes e próximos ao proposto pela Reforma Psiquiátrica brasileira, em alguns momentos, parece-nos haver uma discrepância quando estes conceitos básicos são “transportados” para a realidade, para as ações diárias de tais instituições. Como já vimos, as CTs, por diferentes motivos, acabam tendo direcionamentos heterogêneos, em alguns momentos sendo até mesmo difícil conceituar algumas CTs. Em paralelo, também já citado anteriormente, há uma quantidade relativa de instituições que utilizam a terminologia “comunidade terapêutica” e se identificam como tal, mesmo sem desenvolver o que, conceitualmente, seria o trabalho, de fato, de uma CT.

Acreditamos que essas duas questões são centrais para a compreensão das discrepâncias entre aquilo que, em grande parte, é verificado na realidade do atendimento das CTs brasileiras e as questões teóricas apresentadas por Perrone (2014), sendo possível indagar se as CTs brasileiras, ou a maioria delas, se afastaram significativamente de suas bases teóricas ao ponto de não serem mais reconhecidas como tal. É possível que esse afastamento possa ser resultado, em parte, da grande proliferação destas instituições nas últimas décadas, bem como da ausência de ações de regulamentação e fiscalização efetiva e sistemática por parte do Estado.

Seguindo, na tabela 6, Perrone (2014) indica as evidentes diferenças metodológicas e conceituais entre a proposta de atendimento das CTs e da Reforma Psiquiátrica e Movimento Antimanicomial, que seriam os conceitos desospitalização e tratamentos de curta duração, bem distintos das duas propostas. E, por vezes, são as questões que causam maior controvérsia e polêmica. Estes conceitos vinculam-se diretamente com a discussão a respeito da institucionalização, já realizada anteriormente.

A partir dos dados apresentados nas tabelas 5 e 6, seria possível realizar outras reflexões a respeito destas relações e a forma como elas se têm apresentando em nossa realidade. Entretanto, pela complexidade do assunto, que já foi alvo exclusivo de outros

trabalhos acadêmicos⁴¹, e não sendo este o nosso objeto de estudo, não iremos nos aprofundar no mesmo neste momento. Cabe destacar que os embates e contradições brevemente aqui apresentados, sem dúvida, irão interferir diretamente sobre a ação profissional dos assistentes sociais nas CTs, permeando suas práticas e posicionamentos. Ao longo do desenvolvimento deste trabalho, iremos aprofundar essa discussão e sua vinculação com o assistente social dentro do espaço sócio-ocupacional das CTs.

4.2.5 Equipe Técnica

Aos discutirmos a atuação da equipe técnica de uma CT, inicialmente, destacamos uma característica bastante peculiar da atuação profissional neste espaço sócio-ocupacional. De Leon (2012), ao discorrer sobre os profissionais que atuam nas CTs, em suas diversas especialidades, para além das atribuições técnicas que lhes são exigidas, refere-se a outras especificidades. Segundo o autor, esses profissionais trabalham de forma que desenvolvam suas tarefas em prol de uma atuação que abarca a CT de forma geral. Os diversos funcionários incorporam funções distintas, tais como facilitadores/guias, conselheiros e gerentes comunitários, de modo que todas essas funções se inter-relacionam e, somadas às atribuições específicas de cada profissão, representem a rotina dos profissionais. Ou seja, além da questão vinculada à profissão e suas atribuições, também “tornam-se” membros da comunidade e referência para os acolhidos.

Essa perspectiva é decorrente da proposta das CTs primitivas que, justamente, trazem consigo a indicação da necessidade de criação de um ambiente comunitário, onde a “convivência entre os pares” é elemento central para o processo de cuidado. Inclusive a ferramenta de “convivência entre os pares” ocupa local de destaque na atual legislação brasileira sobre CT (BRASIL, 2011b; 2015b). Nesta perspectiva, os funcionários e voluntários serviriam como “modelo” para as pessoas em atendimento há mais tempo, enquanto estas, por sua vez, serviriam como modelo para as pessoas em atendimento há menos tempo (KENNARD, 2004; MILLS; HARRINSON, 2007).

⁴¹ Para maior aprofundamento da temática da relação das CTs com a Reforma Psiquiátrica e Sanitária, sugerimos a leitura da dissertação de mestrado de Maika Arno Roeder da Silva (2013), intitulada “Comunidade Terapêutica: na mão ou na contramão das reformas sanitárias e psiquiátricas?”. Neste trabalho, a autora se dedica, exclusivamente, a fazer essa análise a respeito dos pontos de convergência e divergências entre as CTs e os princípios da Reforma Psiquiátrica e Sanitária.

A lógica da “convivência em comunidade” é uma realidade presente. Diversas CTs possuem, dentro do próprio espaço da instituição, casas onde os funcionários e/ou voluntários residem com suas famílias, passando assim a viver a lógica da instituição de forma ininterrupta. Antecipando, cabe apontar que, dos profissionais assistentes sociais que entrevistamos para a presente pesquisa, dois deles residem dentro da instituição com suas famílias. Obviamente que tal condição irá afetar, de algum modo, a carga horária desses profissionais e a forma como se relacionam com suas atribuições profissionais. Iremos ampliar essa discussão posteriormente a partir da análise dos dados coletados na pesquisa.

Retornando às questões da equipe técnica propriamente, De Leon (2012) indica que as CTs voltadas ao atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e abuso de álcool e outras drogas, em suas constituições iniciais, eram basicamente organizadas e coordenadas por pessoas que passaram pelo processo de atendimento na CT e que ali permaneceram para auxiliar aqueles que vieram após estas últimas. Tal realidade foi também presente nas CTs brasileiras em seu período inicial, especialmente nas décadas de 70, 80 e 90, associada, neste contexto, ao apoio de membros de instituições religiosas com que eram vinculadas. Com o passar dos anos, em decorrência de exigências legais e a necessidade de maior profissionalização, as instituições começaram a integrar profissionais especializados em seus quadros. Este processo ainda se encontra em curso e desenvolve-se de forma gradativa, especialmente em decorrência das condições financeiras limitadas das instituições.

A ampliação do número de profissionais especializados não significa, necessariamente, a diminuição daqueles que já atuavam nas CTs anteriormente a esse processo de profissionalização. Loeck (2018), a partir de pesquisa realizada pelo IPEA, identifica, em termos de constituição de profissionais, o que denomina de modelos “híbridos”: verificou que as equipes das CTs são constituídas pela mescla de profissionais de formações universitárias distintas e pessoas com vinculações religiosas, contratadas pela instituição ou voluntárias.

Neste sentido, não seria possível situar as CTs entre dois modelos distintos, instituições totalmente técnico-científicas ou instituições totalmente voltadas a um discurso religioso-espiritual. Por isso a terminologia “híbridas”. Ainda conforme Loeck (2018, p. 83), há a declaração de que “Entendo que é mais adequado compreender o universo dessas entidades, ao menos no Brasil, como uma multiplicidade de configurações empíricas que deslizam entre esses dois tipos”.

Essa particularidade se soma a outra questão característica nas CTs, observada desde o momento inicial destas instituições, que é a presença de pessoas que já passaram por um período de atendimento em CT (RIBEIRO, 2010) e agora trabalham, de forma voluntária ou não, na instituição, geralmente, em atividades tidas como mais operacionais e que, teoricamente, exigem menor capacitação profissional. Podemos citar, por exemplo as atividades de monitoria, que são realizadas por profissional com essa denominação.

Embora o papel do monitor ainda seja pouco estudado⁴², fato é que, “na realidade brasileira, dificilmente encontraremos uma CT que não possua a figura do monitor, desenvolvendo e assumindo as mais diversificadas funções e responsabilidades” (PEDRON *et al.*, 2017, p. 135). A grande presença de monitores, média de 5,2 por CT, pode ser justificada por serem profissionais com custo de contratação mais acessível na comparação com outros profissionais, visto que, em sua maioria, há ausência de qualificação profissional. Ademais, o fato de estas pessoas, em sua maioria, já terem passado pelo processo de atendimento e estarem em abstinência é considerado como um “exemplo positivo” a ser seguido pelos demais (IPEA, 2017).

A presença de pessoas que passaram pelo atendimento e seguem na instituição realizando atividades de trabalho, de forma contratada ou como voluntários, é observada de forma muito frequente em 35% das CTs brasileiras. O que demonstra que a permanência na CT, após o fim do atendimento, se configura como um “destino social” de representatividade considerável (NATALINO, 2018).

Outro ponto importante diz respeito às legislações, em nível nacional, que direcionam o trabalho das CTs, visto que estas, como já citado anteriormente, apresentam delimitações bastante genéricas com relação ao funcionamento dessas comunidades terapêuticas. Essas delimitações genéricas – e por vezes imprecisas – também são observadas em comparação ao direcionamento da equipe técnica necessária/requerida para o desenvolvimento de suas atividades.

A RDC 029 (BRASIL, 2011b) indica, na sessão 2, no seu artigo nono, com relação à gestão de pessoal que “As instituições devem manter recursos humanos em período integral, em número compatível com as atividades desenvolvidas”. Todavia não há indicativos de quais profissionais são necessários e qual seria este quantitativo

⁴² Para maiores informações a respeito da figura do monitor no contexto das CTs brasileiras, sugerimos a leitura do artigo “Monitores: aspectos conceituais e realidade”, de autoria de Pedron *et al.* (2017). Artigo integrante do livro intitulado “Comunidade Terapêutica: Inovação e Perspectivas”, de organização de SOUZA *et al.* (2018).

“compatível” indicado. Na mesma perspectiva, o Marco Regulatório das CTs (BRASIL, 2015, p. 3) também deixa a questão em aberto. No Capítulo II, indica que é de responsabilidade da instituição “XXIV – manter equipe multidisciplinar com formação condizente com as atividades oferecidas no Programa de Acolhimento e para o pleno funcionamento da entidade, sobre responsabilidade de um profissional de nível superior legalmente habilitado”.

Ambas as legislações indicam a necessidade de que cada instituição possua um responsável técnico, sendo este necessariamente um profissional de nível superior, e outro responsável técnico disponível quando da ausência do primeiro. Entretanto, não há nenhum tipo de indicação de qual a área de formação profissional, assim abrindo possibilidades de que qualquer profissional de nível superior possa assumir a função de responsável técnico de uma CT. Paralelamente também não há o indicativo de outros profissionais que sejam necessários para o atendimento, ficando a critério de cada instituição a composição de sua equipe a partir dos profissionais que compreendem como mais adequados – ou financeiramente viáveis – de serem contratados.

O estado do Rio Grande do Sul é o único no Brasil que possui uma legislação própria que indica o número mínimo de profissionais que a instituição deve possuir, conforme o quantitativo de pessoas em acolhimento, bem como indica de forma expressa que o responsável técnico deve ter formação superior na área da saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2013), todavia, não se trata de uma legislação que possibilite sua generalização para os demais entes federados. O estado de Santa Catarina não possui tais legislações, ficando submetido exclusivamente às legislações nacionais.

A inexistência de regulamentação, em nível nacional, com relação à equipe técnica mínima gera diversos impasses e contradições. Muitas vezes, as exigências de alguns convênios/parcerias condicionam a contratação de alguns profissionais específicos e com maior qualificação para o atendimento. Em muitos casos, as CTs firmam parcerias com a rede pública para ter acesso ao atendimento de determinado tipo de profissional. Tal quadro é resultado da própria ausência de legislação específica sobre o assunto, bem como as condições financeiras limitadas das instituições. Fato esse que, obviamente, gera grandes questionamento com relação à qualidade do serviço fornecido as pessoas atendidas nestas instituições.

De forma geral, a equipe técnica de uma CT conta, ou poderia contar, com diversos profissionais, sendo sua presença, na maioria dos casos, condicionada às condições financeiras objetivas da instituição. Podem-se encontrar assistentes sociais,

psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermeiros, técnico de enfermagem, conselheiros, educadores, médicos, monitores, teólogos, professores, entre outros profissionais. Além destes profissionais, ainda há um número considerável de pessoas que atuam de forma voluntária nas CTs, em distintas funções operacionais e administrativas, além de parcerias estabelecidas com o poder público que possibilitam as visitas/atendimentos de técnicos nas CTs.

A nota técnica do IPEA (2017) a respeito do perfil das CTs no Brasil apresenta informações de grande importância com relação à constituição de trabalhadores nas CTs. Na apresentação dos dados, conforme podemos verificar na Figura 6, é realizada a separação por grupos profissionais, conforme a sua atuação principal nas CTs (Grupo 1 – trabalhadores de nível superior; Grupo 2 – trabalhadores voltados ao cuidado e à organização da CT, sem formação superior necessariamente; Grupo 3 – trabalhadores de atividades complementares), forma de vinculação (funcionário ou voluntário), bem como pelo número de vagas/porte da CT.

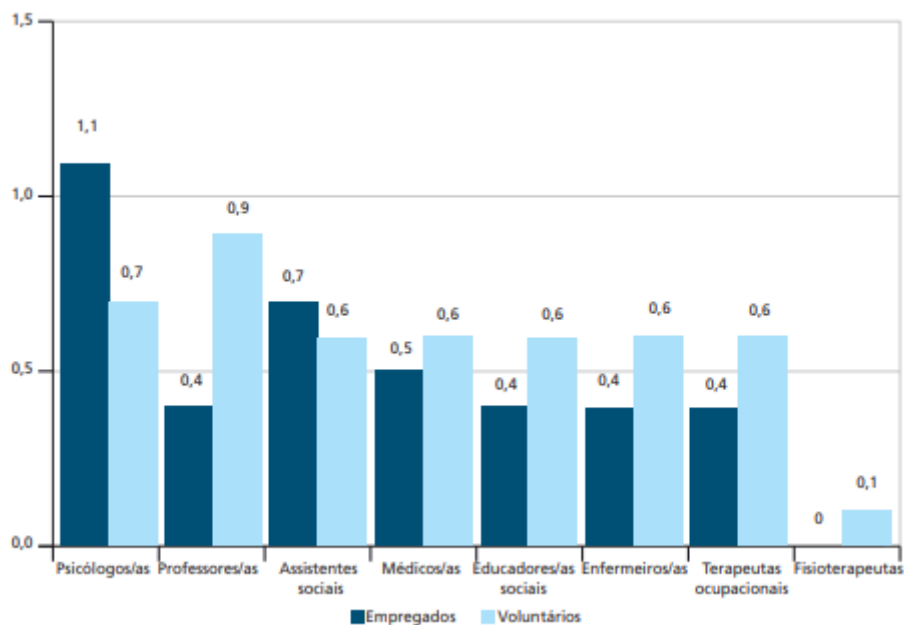
Figura 6 – Média de trabalhadores empregados e voluntários, por CT, segundo ocupação

NÚMERO DE VAGAS		0-30		31-70		71-300		TOTAL	
NÚMERO DE CTS		383		129		221		1.950	
TRABALHADORES		EMP	VOL	EMP	VOL	EMP	VOL	EMP	VOL
Grupo I	Médicos/as	0,4	0,7	0,5	0,6	0,9	0,7	0,5	0,6
	Enfermeiros/as	0,2	0,5	0,5	0,6	1,2	0,8	0,4	0,6
	Psicólogos/as	0,9	0,7	1,1	0,7	2,0	1,2	1,1	0,7
	Assistentes sociais	0,5	0,7	0,8	0,4	1,4	0,9	0,7	0,6
	Terapeutas ocupacionais	0,3	0,6	0,4	0,6	1,1	0,4	0,4	0,6
	Fisioterapeutas	0,0	0,1	0,0	0,1	0,2	0,3	0,0	0,1
	Professores/as	0,1	0,8	0,3	0,8	2,2	1,6	0,4	0,9
	Educadores/as sociais	0,5	0,7	0,3	0,5	0,3	0,5	0,4	0,6
Grupo II	Monitores/as	2,2	1,8	2,5	3,4	5,2	4,1	2,5	2,7
	Coordenadores/as	1,2	1,2	1,6	1,5	2,7	2,4	1,5	1,5
	Pessoal administrativo	1,6	2,4	2,1	1,7	4,1	4,3	2,1	2,3
	Pessoal de limpeza e manutenção	0,9	2,1	0,7	4,0	2,3	3,3	1,0	3,0
	Pessoal de cozinha	0,9	1,4	0,7	2,3	2,0	2,0	0,9	1,8
	Sacerdotes	0,3	1,7	0,4	1,9	0,7	2,5	0,4	1,9
Grupo III	Pessoal em atividades agrícolas e pecuárias	0,2	1,0	0,3	0,9	0,8	1,8	0,3	1,1
	Porteiros/as	0,1	0,1	0,1	0,2	0,5	0,6	0,1	0,2
	Seguranças	0,2	0,1	0,4	0,1	1,3	0,1	0,4	0,1
Média de trabalhadores por CT		8,1	13,1	9,5	15,5	19,7	18,0	9,9	14,6

Fonte: IPEA (2017, p. 28).

De forma complementar à figura 6, a figura 7 apresenta o número médio de profissionais para cada 100 vagas em CT, realizando a diferenciação destes profissionais conforme sua vinculação à instituição, profissional contratado ou voluntário.

Figura 7 – Média de trabalhadores por 100 vagas, segundo vínculo, para ocupações selecionadas



Fonte: IPEA (2018, p. 28).

A partir da exposição destas informações, pensando em média de profissionais para cada 100 vagas, é possível verificar que dentro do Grupo I – profissionais de nível superior, os que aparecem de forma mais frequentemente dentro da CT são os psicólogos, 1,8 (1,1 contratados e 0,7 voluntários) profissional para cada 100 vagas. Seguem-se os assistentes sociais e professores, ambos com a média 1,3 profissional por 100 vagas. Entre os assistentes sociais, o dado de 1,3 profissional é dividido entre 0,7 contratados e 0,6 voluntários. Entre os professores, diferentemente dos psicólogos e assistentes sociais, apresenta-se um maior número de profissionais voluntários (0,9) do que de contratados (0,4). Os médicos, que ocupam a quarta posição, com média 1,1 profissionais para cada 100 vagas, também apresentam maior número de profissionais voluntários (0,6) do que contratados (0,5) (IPEA, 2017).

É importante frisar que a pesquisa (IPEA, 2017) não faz indicações com relação à carga horária dos profissionais que são indicados como presentes na equipe técnica. Com relação à atuação do assistente social em si, um relatório do CFESS (2018) indica que a carga horária majoritária dos assistentes sociais em CTs é de 30 horas semanais.

Não encontramos essa informação para as demais profissões. Destacamos a questão da carga horária e sua relevância, pois, obviamente, as atividades desenvolvidas por um profissional que permanece na CT por trinta horas semanais em muito diferem de um profissional que cumpre uma carga de 10 horas semanais, por exemplo. Entendemos que a ampliação das pesquisas, para além da existência ou não do profissional, mas também incluindo a carga horária deste, é de suma relevância para possibilitar a realização de análises mais abrangentes.

Entretanto, os dados apresentados nos possibilitam verificar, claramente, que os profissionais do Grupo II – trabalhadores voltados ao cuidado e à organização da CT, sem formação superior necessariamente, são quantitativamente muito mais representativos do que os profissionais dos demais grupos. Fato que reforça a grande presença de monitores, provavelmente, realizando funções diversas nas CTs, muitas das quais deveriam ser realizadas por outros profissionais com qualificação específica para tal.

Com relação aos profissionais do Grupo 1 – trabalhadores de nível superior, como visto, a maior representatividade é dos profissionais de Psicologia e Serviço Social. Essa realidade causa um estranhamento, pois verifica-se uma discrepância, no mínimo, interessante. Por um lado, verifica-se o engajamento destes profissionais nestes espaços e, por outro, o movimento do CFESS – Conselho Federal de Serviço Social e do CFP – Conselho Federal de Psicologia, que expressam seus posicionamentos contrários ao financiamento federal das CTs (CFESS, 2018; IPEA, 2017). Fato é que tanto a Psicologia como o Serviço Social têm encontrado nas CTs “amplo espaço de atuação por meio de postos de trabalho remunerado” (IPEA, 2017, p. 29).

Especificamente com relação à atuação do assistente social nas CTs, dado todo o contexto até aqui apresentado, entendemos ainda que seja um profissional de nível superior, em termos quantitativos, de destaque dentro da equipe profissional, mas possui um número insuficiente para o atendimento adequado deste público: a média de 1,3 profissional por 100 vagas não pode ser considerada como suficiente frente ao trabalho a ser executado. Ademais, ainda precisamos considerar que nessa média temos número importante de assistentes sociais (0,6) que desenvolvem suas atividades de forma voluntária, o que pode implicar carga horária reduzida.

Não há dúvidas com relação a como este contexto instável acaba por afetar diretamente a atuação do profissional de Serviço Social neste espaço, considerando os diferentes desafios e contradições já listados ao longo deste trabalho. Em paralelo, conforme também já destacado anteriormente, há poucos registros e reflexões teóricas

sobre a atuação do Serviço Social em CTs. Novamente, torna-se um desafio para a profissão e existe necessidade de discussão a respeito disso.

4.2.6 Financiamento das CTs e a Relação Público-Privado

Outro ponto que ainda merece destaque ao se tratar das CTs no contexto brasileiro diz respeito à forma de **financiamento** destas instituições. Em grande parte, elas recebem recursos públicos para seu funcionamento, podendo ser total ou parcial.

No Brasil, em sua absoluta maioria, as CTs se constituem legalmente enquanto entidades de cunho privado, sem fins lucrativos, por muitas vezes oriundas de iniciativas vinculadas a instituições de cunho religioso. O IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística –, em estudo realizado sobre “As Fundações Privadas e Associações Sem Fins Lucrativos no Brasil⁴³” (2010, p. 13), define estas instituições com base em cinco critérios que devem ser preenchidos simultaneamente pela entidade:

- (a) privadas, não integrantes, portanto, do aparelho de Estado;
- (b) sem fins lucrativos, isto é, organizações que não distribuem eventuais excedentes entre os proprietários ou diretores e que não possuem como razão primeira de existência a geração de lucros – podendo até gerá-los, desde que aplicados nas atividades fins;
- (c) institucionalizadas, isto é, legalmente constituídas;
- (d) autoadministradas ou capazes de gerenciar suas próprias atividades; e
- (e) voluntárias, na medida em que podem ser constituídas livremente por qualquer grupo de pessoas, isto é, a atividade de associação ou de fundação da entidade é livremente decidida pelos sócios ou fundadores.

Conforme o mesmo documento, no ano de 2010, identificou-se no país um total de 290.692 fundações privadas e associações sem fins lucrativos, representando um total de 5,2% de todas as instituições públicas e privadas do país, observável crescimento significativo no período de 2006 a 2010. Destas, 3.897 caracterizam-se como “outros serviços de saúde” (excluindo-se os hospitais) e 30.414 como de “assistência social” (IBGE, 2010). Destacamos estas duas categorias considerando que as CTs irão se vincular, necessariamente, a uma destas duas classificações.

Neste contexto complexo das CT enquanto instituições de caráter privado, sem fins lucrativos, com vinculação com as políticas públicas e realizando o atendimento ao público final através da prestação de serviços e financiamento público, entendemos como

⁴³ Conforme já indicado anteriormente as então denominadas ONGs ou Fundações privadas e associações sem fins lucrativos passam a ser denominadas “Organizações da Sociedade da Civil” conforme preconizado em legislação (BRASIL, 2014).

fundamental compreender os encadeamentos existentes neste contexto e quais seus determinantes e repercussões, especialmente no que tange à questão de financiamento público para instituições de caráter privado.

Em pesquisa realizada pelo IPEA (2018), a figura 8 indica as fontes de financiamento/recursos das CTs brasileiras. Os dados são apresentados em porcentagem (%) sendo que a mesma CT pode indicar o recebimento de recursos de diversas fontes de financiamento. O percentual apresentado diz respeito às CTs que recebem algum tipo de recurso daquela fonte indicada.

Figura 8 – Fonte de Financiamento das CTs brasileiras

FONTES DE FINANCIAMENTO	%
Doações de pessoas que apoiam a causa	75,4
Contribuições voluntárias dos/as acolhidos/as ou suas famílias	66,6
Doações de igrejas e demais instituições religiosas	63,5
Pagamento dos acolhidos	46
Recursos próprios dos dirigentes da CT	44,7
Levantamento de fundos, através de festas, bingos ou sorteios	42
Financiamento do governo municipal	41,1
Doações de entidades privadas nacionais	33,9
Produção e venda de produtos feitos na CT	32,4
Financiamento do governo estadual	27,8
Financiamento do governo federal	24,1
Doações de entidades privadas internacionais	6,1

Fonte: IPEA (2018, p. 28).

É possível verificar que 41,1% das CTs possuem financiamento por parte do governo municipal; 27,8% do governo estadual; e 24,1% do governo federal. Ou seja, o financiamento das CTs por parte do poder público é uma realidade, o que é um ponto de conflito, visto que os opositores da proposta das CTs defendem que o atendimento a este público deve ser realizado no âmbito do SUS, sendo que o recurso destinado às CTs poderia ser revertido para a ampliação e qualificação do atendimento no SUS.

O financiamento dos serviços privados a partir de recurso público causa uma série de discussões. Entendemos como importante ampliar um pouco essa discussão, visto que essa questão, sem dúvida, atravessa a realidade das CTs no Brasil, bem como parte dos embates com os quais se encontra vinculada.

Uma das questões iniciais a serem esclarecidas diz respeito ao fato de que o “público” e o “privado” não se constituem enquanto esferas duais, opostas, como frequentemente são apresentadas. Não se trata de duas esferas distintas, impenetráveis e que se encontram em constante combate/oposição, conforme defendido por Bobbio

(1987). O autor defende uma clara distinção entre Estado e Sociedade Civil como sendo oposições.

Sarmiento (1997, p. 77) contextualiza essa condição de outra maneira, demonstrando que tal oposição entre o público e o privado não é algo tão claramente delimitado como proposto por Bobbio. “Pelo fato de que na sociedade brasileira, por exemplo, umas das grandes dificuldades sentidas é o fato de não conseguirmos identificar as separações [...], o serviço tem financiamento público ou privado? Tem atendimento público, mas é mantido com recurso privado?”. Ou seja, não há uma clareza com relação ao público e ao privado, especialmente no contexto brasileiro, logo, observa-se que o público e o privado não são esferas dicotômicas, mas que as mesmas se relacionam e interagem em um movimento constante. Sendo assim, a diferenciação do que é “público” e do que é “privado” vai muito além da simples separação entre Estado e Sociedade Civil.

Outra questão importante seria salientar que não é possível falar da relação público e privado sem considerarmos a constituição da sociedade e da propriedade privada. Embora Marx não discuta a esfera pública, diretamente, é fundamental o reconhecimento da importância atribuída por ele sobre a propriedade privada e suas influências diretas sobre a forma de organização da sociedade e quais implicações oriundas disto (SARMENTO, 1997).

Habermas (2003) realiza discussões importantes no que diz respeito à relação público x privado. O autor destaca que a categoria da esfera pública se encontra diretamente relacionada ao contexto da sociedade burguesa, ou seja, dentro de um determinado contexto histórico, categoria típica de uma época. Para o autor, o surgimento de uma esfera pública significaria um espaço onde os interesses seriam debatidos/discutidos, interesses estes oriundos da esfera privada. Ocorre que, com a expansão das relações econômicas, surge a “esfera social”, tornando necessárias novas formas de autoridades administrativas.

Em decorrência disso, as intervenções do poder público no processo de trocas das pessoas privadas intermediam impulsos que, mediatamente, se originam de sua própria esfera. O intervencionismo se origina de uma tradução de tais conflitos de interesses, que não podem mais ser desencadeados apenas dentro da esfera privada, para o âmbito político. Assim, a longo prazo, o intervencionismo estatal na esfera social corresponde também a transferências de competências públicas para entidades privadas. E à ampliação da autoridade pública a setores privados também está ligado o processo correlato de uma substituição de poder público por poder social. Somente esta dialética de uma socialização do Estado que se impõe, simultaneamente com a estatização progressiva da sociedade, é que pouco a pouco destrói a base da esfera pública burguesa: a separação entre Estado e sociedade. Entre ambos e, ao mesmo

tempo, a partir de ambos, surge uma esfera social repolitizada, que escapa à distinção entre “público” e “privado”. Ela também dissolve aquela parte específica do setor privado em que as pessoas privadas reunidas num público regulam entre si as questões gerais de seu intercâmbio, ou seja, a esfera pública em sua configuração liberal. A decomposição da esfera pública, que é demonstrada na alteração de suas funções políticas, está fundada na mudança estrutural das relações entre esfera pública e setor privado (HABERMAS, 2003, p. 170 – 171).

Diante de tais colocações, Habermas aponta o fato de que o intervencionismo do público no privado é tal que não é possível delimitar de forma clara os limites de cada âmbito, ou seja, o espaço exato ocupado por cada esfera. Ora, são ambas se relacionando de forma recorrente constituindo a si mesmas e a outra, considerando a grande intervenção da esfera pública no setor privado e o contrário também sendo verdadeiro. Diante disso, Habermas realiza o questionamento se realmente há uma esfera “puramente” pública.

Essa “nova esfera”, nem pública nem privada, por alguns autores, é denominada de “terceiro setor”, que diz respeito a instituições privadas realizando serviços até então executados pelo Estado, ou seja, de ordem pública. Montañó (2007) apresenta reflexões interessantes com relação ao desenvolvimento do chamado “terceiro setor”, expondo que tal terminologia é utilizada de forma recorrente e sem muito cuidado no que concerne às suas repercussões.

Dentro desta lógica de “setores”, há um processo de isolamento e um recorte do contexto social em esferas, a saber: o primeiro setor seria o Estado, o segundo setor o mercado e o terceiro setor a sociedade civil. “Como se o ‘político’ pertencesse à esfera estatal, o ‘econômico’ ao âmbito do mercado e o ‘social’ remetesse somente à sociedade” (MONTAÑO, 2007, p. 53). Observa-se um processo de separação, ruptura e enquadramento de cada “setor” em seu espaço. Há uma separação clara e quase que intransponível entre estes setores, como se fosse impossível qualquer forma de diálogo e articulação entre eles. “É que falar de ‘primeiro’, ‘segundo’ e ‘terceiro’ setores tem o efeito político e ideológico de segmentar a totalidade social (desmontando as articulações realmente existentes entre Estado, sociedade civil e mercado, mutuamente ligados)” (MONTAÑO, 2007, p. 135, grifos do autor). Observa-se assim o que o autor denomina tal processo de “tripartite da realidade social”.

Com base em tal separação, pode-se observar que o terceiro setor teria como função dar respostas às lacunas deixadas diante da relação público x privado. O público identifica-se unicamente com o Estado e o privado remete-se ao mercado, sendo que o

primeiro se encontra em crise e o segundo preocupa-se exclusivamente com o lucro. Por conseguinte, quem poderia dar resposta às questões sociais? “O terceiro setor seria a articulação/intersecção materializada entre ambos os setores: o ‘público, porém privado’, a atividade pública desenvolvida pelo setor privado [...] e/ou a suposta superação da dualidade público/privado e da equiparação público/estatal” (MONTAÑO, 2007, p. 54).

Este “novo setor” teria como foco dar as respostas que o Estado não poderia mais fornecer e o mercado não se interessa em responder. Esse setor “público, porém, privado” resolveria as questões enfrentadas, absorvendo cada vez mais os problemas oriundos da questão social. O Estado sendo o primeiro setor, o mercado o segundo setor, o terceiro setor passaria a desempenhar as funções públicas a partir das iniciativas privadas. Usualmente, a terminologia “terceiro setor” é relacionada às fundações comunitárias, associações, ONGs – Organizações Não Governamentais, atualmente identificadas como Organizações da Sociedade Civil (BRASIL, 2014), compreendendo este como um “setor” desconexo e separado dos demais setores, entretanto, articulando o público e o privado. Montañó (2007) também aponta outras debilidades com relação ao conceito “terceiro setor”, por exemplo, o fato de ser muito vago com relação às instituições/organizações que comporta, não conceituando de forma clara tal aspecto e ainda dando margem para uma série de possibilidades, o que, segundo o autor, não auxilia no processo claro de compreensão.

A realidade do crescimento e responsabilização da esfera do “terceiro setor” é uma condição inegável no contexto brasileiro. Desde a década de 80 e 90, é possível perceber o surgimento de novos atores na cena das políticas e tomada de espaços organizados, neste contexto, especialmente voltado para a organização dos espaços de controle social e participação política. Os discursos com relação à importância da participação e à ocupação dos mais diversos espaços ganham força e dão nova cara às lutas sociais e aos caminhos tomados via ações coletivas. No processo que culminou na Constituição Federal de 1988, a participação ganha novos contornos, como possibilidade de enfrentamento às formas centralizadoras e autoritárias até então vivenciadas (RAICHELIS, 1998).

Os movimentos sociais, na busca por espaços de representatividade e controle social, e as ONGs atuaram de forma articulada, desenvolvendo estratégias de enfrentamento/negação da situação e exigindo mudanças e posicionamentos por parte do Estado, em um processo de resistência e pressão. Entretanto, nos anos 90, observa-se uma mudança no posicionamento de tais instituições, trabalhando mais no viés de parcerias e

articulações com o Estado (MONTAÑO, 2007). É possível verificar que tal movimento não ocorreu de forma isolada, mas encontra-se diretamente relacionado com a desregulamentação do papel do Estado que passa a transferir suas responsabilidades para grupos organizados, utilizando-se do discurso da realização de parcerias. As CTs, ainda que aparentemente não participassem de forma ativa desse processo, acabaram absorvidas por essa lógica, especialmente pelos caminhos que tomaram na sociedade e seu crescimento nas últimas décadas, visto o repasse de recurso público para seu financiamento e atendimento.

Neste contexto, as ONGs e outras entidades organizadas sob diversas estruturas são convocadas pelo Estado para o estabelecimento de parcerias. Através de tais parcerias, estas instituições atendem o público-alvo das mais distintas políticas públicas. Ocorre que, devido à estrutura e organização das instituições e até mesmo ao modo como tais parcerias são firmadas, o atendimento ocorre, muitas vezes, de maneira focalizada, compensatória e desarticulada. “No entanto, a questão de fundo parece envolver a própria identidade das ONGs que, a partir de seu crescimento e maior visibilidade pública, colocam em cena a heterogeneidade de concepções ideológico-políticas e de práticas sociais que as orientam” (RAICHELIS, 1998, p. 79). Condição essa fortemente presente na realidade das CTs.

A questão central aqui colocada diz respeito ao fato que “na perspectiva da totalidade, a parceria público-privada não atinge a igualdade de direitos, apenas ameniza uma situação pontual” (PRAZERES, 2001, p. 114). Compreendemos a afirmação da autora no sentido de que o repasse da execução das políticas públicas para entidades privadas sem fins lucrativos acaba por fragilizar e segmentar as ações, vinculando os usuários às instituições e não à política pública de forma geral, mediante a possibilidade da não mais identificação do serviço/atendimento enquanto direito, mas desenvolvido por outra instituição que não o Estado. Tal questão de fato necessita de um olhar atento que observe sob qual lógica os atendimentos estão sendo realizados. Concomitantemente, é importante que o mesmo olhar seja dirigido aos serviços executados pelo próprio Estado, visto que o fato de ser executado por este não é garantia que a ação também não seja realizada de forma apenas pontual e compensatória.

Em complemento: “O que na realidade está em jogo não é o âmbito das organizações, mas modalidade, fundamentos e responsabilidades inerentes à intervenção e respostas para a questão social” (MONTAÑO, 2007, p. 185). Ou seja, a questão central discutida diz respeito à forma como estamos organizando as respostas às demandas

sociais, sob qual perspectiva têm sido executadas as ações. A discussão não se restringe às parcerias compactuadas, em si, mas às obrigações do Estado com relação à execução das políticas pública, à garantia dos direitos e ao papel do privado enquanto participante do processo e sujeito que possibilita dar visibilidade às demandas sociais.

A “dança das cadeiras” entre o público e o privado, em conjunto com outros determinantes, acaba por contribuir consideravelmente no processo de retirada da responsabilidade do Estado, utilizando a autorresponsabilização do sujeito e exigindo posturas de solidariedade e apoio da comunidade próxima. As responsabilidades por sua condição são imputadas sobre este, desconexas das questões objetivas.

Todavia, seria ingênuo de nossa parte afirmar que o processo de responsabilização do indivíduo e de culpabilização do mesmo por sua condição seja uma característica única e exclusivamente presente nos serviços e atendimentos desenvolvidos em entidades do “terceiro setor”. Não haveria também indícios de tal postura nos serviços públicos? Afirmar que tal condição é exclusiva dos atendimentos em determinadas instituições e em outras não seria reafirmar, mais uma vez, que o público e o privado são esferas totalmente distintas e que em nenhum momento se relacionam.

Fato é que as questões colocadas não são tão simples. Posicionamentos que supervalorizam um lado e rechaçam totalmente o outro são passíveis de cair na “armadilha” de ter um olhar restrito e não identificar os próprios limitadores da posição que defende e ater-se a questões não centrais. Nesta lógica, discordamos do posicionamento de Montaño (2007) quando critica o terceiro setor e todas suas ações. Para tal crítica, utilizamo-nos dos mesmos argumentos do autor, concordando que o “terceiro setor” é integrado ao sistema, ou seja, articula-se constantemente com todos os espaços e não se encontra excluído; ou em posição acima ou abaixo dos demais. Uma proposta simplista focada exclusivamente em sua extinção seria reduzir suas contribuições.

Em outro momento, fazemos eco com a fala de Montaño (2007, p. 186), quando indica que o debate deve sair do mero embate das instituições e “transitar para o fundamento da real novidade: *o debate sobre a função social de respostas às refrações da ‘questão social’, suas modalidades, fundamentos e responsabilidades*” (grifos do autor). Posicionar-se em uma infértil luta entre o “certo” e o “errado” não contribui com a discussão das questões centrais. Até mesmo porque, como vimos, não é possível simplesmente tomar partido, pois não se trata de algo dicotômico, mas há um entrelaçamento recorrente entre as questões e campos de atuação. Afinal, “o público não

vem a ser exclusividade do Estado e, ao mesmo tempo, o privado não é exclusivo da sociedade civil” (PRAZERES, 2001, p. 115).

Trata-se de diversos interesses que oscilam constantemente conforme as condições colocadas, interferindo diretamente sobre a organização das instituições, direcionamento das políticas públicas e, conseqüentemente, no atendimento aos usuários.

4.2.6.1 Projeto Reviver

Como um dos exemplos concretos da forma como se articulam as parcerias entre o público e o privado no âmbito das CTs, em Santa Catarina, apontamos para a realidade do Projeto Reviver. Conforme já indicamos em momentos anteriores, uma das formas da manutenção das CTs se dá através do estabelecimento de parcerias e convênios, em diversos níveis, como forma de custear o atendimento dos usuários do serviço. O Projeto Reviver é um dos exemplos destas parcerias.

Entendemos como importante incluir sessão específica sobre o mesmo considerando sua representatividade no estado de Santa Catarina, direta vinculação com a temática e pelo fato de que os assistentes sociais atuantes nas CTs vinculadas ao projeto, no ano de 2016, constituíram a base de nossa amostra para o desenvolvimento da presente pesquisa.

O projeto trata de uma iniciativa do Governo Estadual de Santa Catarina, também intitulado como “Projeto de Inovação na Atenção aos Dependentes de Substâncias Psicoativas no Estado Santa Catarina”, denominado também de “Projeto Reviver”. O pano de fundo para realização deste projeto diz respeito à realidade observada que o estado de Santa Catarina possuía um número considerável de CTs, entretanto, grande parte delas com restrita capacidade técnica e/ou recursos humanos qualificados. Inicialmente, para além da proposta de financiamento das CT, se tinha como objetivo o auxílio técnico a estas instituições (SANTOS, 2015).

Esta proposta surge, essencialmente, após a instalação da Frente Parlamentar, em 2011, transformada, em 11/04/2013, na “Comissão Permanente de Combate e Prevenção às Drogas”⁴⁴. Na ocasião, foi realizado o mapeamento da condição do estado catarinense com relação às drogas (tráfico, consumo, tratamento, prevenção). Neste

⁴⁴ A Comissão Permanente de Combate e Prevenção às Drogas é uma das comissões permanentes da Assembleia Legislativa de Santa Catarina – ALESC, sendo atualmente presidida pelo deputado estadual Ismael dos Santos. A comissão tem como objetivo acompanhar, realizar mapeamento, acompanhamento e posição de ações na área de álcool e outras drogas no estado de Santa Catarina (ALESC, 2019).

processo, verificou-se o papel efetivo das CTs no atendimento aos dependentes químicos, ao mesmo tempo, muitas destas instituições atuando sem nenhum, ou pouco, embasamento científico e técnico. Foi identificada a necessidade de capacitação e de financiamento de tais instituições. Entretanto, com o dilema de que elas não estavam vinculadas, diretamente, à política de saúde ou de assistência social (SANTOS, 2015).

A partir desse movimento político, a proposta efetivamente passou a tomar forma em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC, Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC e Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, através de projeto vinculado à Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina – FAPESC e Fundação de Apoio à Pesquisa e Extensão Universitária – FAPEU, sendo simultaneamente um projeto de pesquisa, capacitação e financiamento de vagas em CTs. O projeto de cooperação, realizado em parceria com o governo do estado de Santa Catarina e com as instituições acima citadas, possui como finalidades

acolher dependentes de substâncias psicoativas, avaliar as dinâmicas de funcionamento de tais instituições, sistemas de conhecimento em processo de inovação compartilhada, construir diretrizes para a institucionalização das CTs no estado de Santa Catarina (SOUZA; SCARDUELLI, 2015, p. 22).

Seu lançamento oficial foi realizado em 27 de agosto de 2013 pelo Governo do Estado de Santa Catarina, possibilitando, posteriormente, a abertura de edital para a chamada e consolidação de parcerias com CTs do estado (SANTOS, 2015). Além do financiamento das vagas, o projeto também é constituído por outros eixos centrais, sendo eles: cadastro das comunidades terapêuticas, sistema de informação, modelo de acreditação e monitoramento das CTs e produção de jogos eletrônicos voltados para a dependência de substâncias psicoativas. Para além do acolhimento em si, possui como objetivo aprimorar o atendimento em CT, buscando a qualificação da estrutura jurídica, organizacional e da equipe técnica. As medidas objetivam maior profissionalização das instituições com vistas à melhoria do atendimento aos acolhidos, bem como enquadramento nas legislações vigentes (SOUZA, 2015).

Com relação ao quantitativo de instituições contempladas, indica-se que “Foram 70 (setenta) CTs inseridas no período de janeiro de 2014 a abril de 2015, com um total de 2.742 [duas mil setecentos e quarenta e duas] pessoas acolhidas” (SOUZA, 2015, p. 35). O primeiro edital previa critérios específicos que a entidade deveria cumprir para

possibilitar a pactuação da parceria, sendo tais critérios mantidos nos editais posteriores. Paralelamente, há a previsão de visitas técnicas recorrentes nas CTs conveniadas com objetivo de avaliar o andamento as atividades desenvolvidas. Em decorrência das visitas técnicas realizadas, critérios do edital e não cumprimento de requisitos legais e de prestação de contas pelas instituições ao longo do período da existência do projeto, houve a inclusão e exclusão de entidades (SOUZA, 2015).

No ano de 2016, houve um total de 80 (oitenta) entidades conveniadas. Sendo que cada instituição possui um total de até 10 (dez) vagas financiadas, totalizando 800 (oitocentas) vagas mensais para acolhidos. Os valores que a instituição recebe por acolhido são os que seguem: R\$ 1.000,00 (mil reais) por adulto (masculino ou feminino); R\$ 1.500,00 (mil e quinhentos reais) por adolescente (masculino ou feminino) e R\$ 1.500,00 (mil e quinhentos reais) por mulher gestante ou lactante acolhida na instituição, pagos proporcionalmente aos dias efetivamente ocupados pelo acolhido.

O financiamento de tal projeto foi realizado através de recursos oriundos do Fundo Social do estado, utilizando-se da parceria e cooperação com o FAPEU/FAPESC. A primeira etapa, iniciada em 26/11/2013 e com previsão de término em 31/12/2015, sob projeto nº. 1742013, contava com o orçamento de R\$ 11.930.420,00 (onze milhões, novecentos e trinta mil e quatrocentos e vinte reais). A segunda etapa, vinculada ao projeto nº. 0412015, iniciada em 17/07/2015 até 30/05/2017, teve orçamento previsto para o período de execução das atividades de R\$ 7.920.000,00 (sete milhões, novecentos e vinte mil reais)⁴⁵.

Além do financiamento das vagas de atendimento propriamente, o projeto também possuía como objetivo o desenvolvimento de tecnologias para a qualificação do atendimento e pesquisas correlacionadas, visitas e orientação técnicas e capacitações. Como fruto dos projetos, podemos citar a edição, impressão e divulgação de dois livros: “Comunidades Terapêuticas: Cenário de Inovação em Santa Catarina” (SOUZA; SCARDUELLI, 2015) e “Comunidades Terapêuticas: Inovação e Perspectivas” (SOUZA *et al.*, 2017a). Além disso, o desenvolvimento do projeto também possibilitou o desenvolvimento de tecnologias, tais como⁴⁶: Sistema de gerenciamento de Comunidades

⁴⁵ As prestações de contas de ambos os projetos podem ser visualizadas no *site* Transparência da FAPEU, inserindo o número de cada projeto no endereço: http://www.fapeu.com.br/index4.php?id_conteudo=3

⁴⁶ Maiores informações e detalhes a respeito destas tecnologias encontram-se disponíveis no capítulo intitulado “O projeto de inovação e as tecnologias produzidas”, no livro “Comunidades Terapêuticas: Inovação e Perspectivas”, de autoria de Maria de Lourdes de Souza e colaboradores (SOUZA *et al.*, 2017b).

Terapêuticas (SG – COT©), Observatório Analítico CTSC©, Biometria Facial (BIO – COT©) e Acreditação Online (ACREDIT-COT©) (SOUZA *et al.*, 2017b).

No ano de 2017, houve iniciativas no sentido de institucionalizar o projeto, sendo que toda a sua execução e planejamento foram designados para a SES/SC – Secretária de Estado da Saúde de Santa Catarina, que ficou responsável por todo o processo de contratação, monitoramento e fiscalização das CTs. Em 24/02/2017, foi lançado o edital nº. 439/2017 de Chamada Pública para as CTs (SES, 2017), visando realizar a seleção para posterior pactuação e contratação dos serviços destas instituições. O orçamento previsto para execução das ações no ano de 2017 foi de 8,7 milhões (GADOTTI, 2017), também com recursos oriundos do Fundo Social. Todas as tecnologias produzidas pelo Projeto Reviver, indicadas no parágrafo anterior, foram disponibilizadas na íntegra à SES, ficando a seu critério a utilização ou não destas.

5 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE

5.1 AÇÃO PROFISSIONAL

Conforme apresentado até o momento, o presente trabalho busca realizar reflexões sobre a inserção profissional do assistente social no espaço sócio-ocupacional das CTs, espaço este inserido dentro do campo das políticas de saúde (BRASIL, 2011b; 2015b). Um dos aspectos de grande relevância para a inserção diz respeito a condição da ação profissional, propriamente. Logo, para que seja possível alcançar os objetivos propostos no presente, entendemos que é de grande importância, inicialmente, contextualizar a categoria “**ação profissional**”, possibilitando assim maior aproximação e compreensão dos nossos objetivos anteriormente apresentados. Após realizar a discussão a respeito da ação profissional do assistente social de forma ampla, iremos focalizar a discussão da ação profissional no campo da saúde e dentro das CTs especificamente.

O debate sobre a ação profissional, de forma geral, é de grande importância, assim como desafiador. Tal discussão não se desvincula, ao menos não deveria, de questões maiores institucionais e societárias/estruturais, posto que a ação profissional não se limita a intervenções e/ou planejamentos pontuais desarticulados de outras questões e de leituras macros.

Define-se ação profissional como:

conjunto de procedimentos, atos, atividades pertinentes a uma determinada profissão e realizadas por sujeitos/profissionais de forma responsável, consciente. Portanto, contém tanto uma dimensão operativa quanto uma dimensão ética, e expressa no momento em que se realiza o processo de apropriação que os profissionais fazem dos fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos da profissão em determinado momento histórico. São as ações profissionais que colocam em movimento no âmbito da realidade social, determinados projetos de profissão. Estes, por sua vez, implicam diferentes concepções de homem, de sociedade e relações sociais (MIOTO, 2001 *apud* LIMA, 2004, p. 61).

As ações profissionais são ações conscientes, pensadas e planejadas para alcançar um determinado objetivo, são elas que possibilitam o movimento e a dar concretude às intervenções dos profissionais. Entretanto, não se limitam unicamente à questão operativa em si, no ato e/ou na ação realizada para alcançar determinado objetivo, há também uma dimensão ético-política da profissão que irá incidir sobre

determinados direcionamentos. Estas ações não se desvinculam das visões de mundo de cada profissional, ou seja, não são isentas do peso decorrente de valores éticos e políticos. Miotto e Nogueira (2008, p. 9) ampliam esta discussão apontando que as ações profissionais:

se estruturam sustentadas no conhecimento da realidade e dos sujeitos para as quais são destinadas, na definição de objetivos, considerando o espaço dentro do qual se realiza na escolha de abordagens adequadas para aproximar-se dos sujeitos destinatários da ação e compatíveis com os objetivos. Finalmente implica na escolha de instrumentos adequados às abordagens definidas e também de recursos auxiliares para a sua implementação. Todo esse processo se opera com base no planejamento, na documentação e num apurado senso investigativo. Parte-se da premissa que toda a ação profissional se constrói como processo, não existindo *a priori*, pois é parte integrante do processo histórico, estando em jogo distintos determinantes sociais.

Trata-se de um processo de construção recorrente e não da mera replicação de ações anteriormente desenhadas e/ou construído exclusivamente pelo assistente social. É necessário à observação de vários elementos que então irão proporcionar a definição da abordagem mais adequada a ser utilizada. Tais definições devem ocorrer com base no sujeito atendido, suas demandas, condições objetivas e seus variáveis contextos e não somente com base nas escolas aleatórias do profissional ou na rotina institucional e suas determinações.

Para tanto, também se faz necessária, no desenvolvimento da ação profissional, a perspectiva da dimensão teórica e metodológica que nos “capacita para operar a passagem das características singulares de uma situação que se manifesta no cotidiano profissional do assistente social para uma interpretação à luz da universalidade da teoria e o retorno a elas” (GUERRA, 2017, p. 63). Desta forma, a partir das relações estabelecidas, torna-se possível realizar as interlocuções entre a prática profissional e os fundamentos teóricos que a sustentam. Ademais, no exercício de suas competências e atribuições que a dimensão técnico operativa da profissão se expressa, é necessário um arcabouço de saberes teóricos para a utilização dos instrumentais no exercício da ação profissional, de forma que estes sejam adequados aos objetivos finalísticos (GUERRA, 2017).

Logo, a ação profissional do assistente social diz respeito a uma complexidade de distintos e inesperados fatores, tais como: “os tipos de demandas que requerem modalidades operativas flexíveis e personalizadas; a quantidade e multidimensionalidade dos problemas sociais dos quais sempre emergem novas demandas e necessidades; a

multiplicidade de contextos institucionais” (MIOTO; LIMA, 2009, p. 27). A respeito desta complexidade, Baptista (2009, p. 17) afirma que ação profissional “por um lado, expressa determinado tipo de intervenção no âmbito das práticas sociais; por outro, resulta de uma especialização do trabalho *coletivo* no contexto da sociedade, determinada pela *divisão sociotécnica do trabalho*” [grifos da autora]. Neste sentido, trata-se de “um processo complexo, desencadeado em um espaço social limitado, que, no entanto, estabelece relações estruturais com outros espaços de diferentes amplitudes” (BAPTISTA, 2009, p. 17).

Entretanto, não se pode considerar tal complexidade – bem como as especificidades da profissão e a constante necessidade de repensar as ações profissionais – como algo prejudicial. Pelo contrário: este contato direto com o usuário e a articulação junto a suas demandas permitem à profissão um campo maior de possibilidades para a ação profissional e de apresentar novas propostas que rompam com o até então estabelecido. A fluidez na profissão com relação ao “que é” e “o que faz”, muitas vezes observada sob um viés negativo, “pode ser reorientada no sentido de ampliação de seu campo de autonomia, de acordo com a concepção social do agente sobre a prática” (IAMAMOTO; CARVALHO, 1982, p. 81).

Assim a profissão encontra-se em recorrente processo de desenvolver sua ação profissional de forma articulada com a dimensão macrossocietária, as demandas oriundas dos usuários e os aspectos objetivos da instituição a qual se encontram vinculados. Em conjunto, são necessários novos esforços para responder às novas demandas e às exigências do mercado, sendo necessária a construção de novas competências e articulação com o momento histórico e as necessidades concretas dos usuários (NETTO, 2012). O que pode ser considerada uma condição positiva e fértil, se bem aproveitada, para o desenvolvimento do Serviço Social em distintos espaços.

Entretanto, como indicado, a ação profissional não se dá de forma desarticulada de outras questões. Como, por exemplo, não se podem negar as especificidades de cada espaço sócio-ocupacional e como estas particularidades interferem na ação profissional do assistente social. O código de ética, o projeto profissional, os valores e o espaço sócio-ocupacional são definidos por Mioto e Lima (2009) como elementos condicionantes da profissão. Ao mesmo tempo, há elementos estruturantes, ou seja, aqueles que dão sustentabilidade à ação profissional, seriam eles o conhecimento/investigação, planejamento, documentação e os instrumentos técnicos operativos. Ainda que o espaço

sócio-ocupacional seja entendido como um elemento condicionante da profissão, é importante perceber que ele não é determinante.

É inegável que a estrutura institucional com a qual o profissional encontra-se vinculado lhe impõe alguns limites na atuação profissional e, de certo modo, realiza alguns direcionamentos com relação a determinadas ações, não se tratando assim de um ambiente neutro. Há de se possuir a clareza de que o assistente social também se constitui enquanto profissional e está submetido à condição de assalariado, passando por uma relação “livre” de “compra e venda de sua força de trabalho” (BAPTISTA, 2009), envolto em um “jogo de forças”, o que acaba por lhe ocasionar algumas limitações, especialmente no contexto da ampliação dos vínculos de trabalhos cada vez mais precarizados.

Iamamoto (2009) expressa de forma clara essa tensão do assistente social enquanto um profissional dotado de capacidade de projeção, articulação e de liberdade para agir teleologicamente, isto é, em prol de um determinado fim, ao mesmo tempo em que este se encontra submetido ao poder do empregador na condição de trabalhador assalariado. Logo, suas ações são também determinadas por condições externas a si, neste caso, as instituições, suas expectativas com relação à ação do profissional e suas estruturas.

Ao mesmo tempo, a condição da existência do profissional de Serviço Social na instituição também acaba por realizar alguns tensionamentos que podem vir a acarretar alterações na organização institucional. Mioto e Nogueira (2008, p. 16) afirmam que “ações profissionais e institucionais caminham juntas, embora não se confundam, pois têm naturezas distintas, porém complementares”.

O caráter institucional coloca um relativo limite ao recorte do objeto da ação profissional, na apreensão das demandas e definição dos objetivos, condicionando, ainda, os resultados do trabalho. Por sua vez, as ações profissionais moldam comportamentos institucionais em uma relação dialética, assimétrica e determinada pelo jogo de interesses e forças condensadas em espaços sócio-ocupacionais. Para articular de forma saudável a relação instituição/desempenho profissional, é preciso reconhecer a dinâmica societária, os atores em confronto, suas intenções e seus projetos e os protagonistas emergentes.

É requisitado ao assistente social considerável capacidade de articulação e negociação para que a realização de suas ações possa ultrapassar as barreiras institucionais estabelecidas e que atendam às demandas dos usuários efetivamente. Articular estas questões é um desafio diário ao profissional. Propor ações que de fato

tragam as exigências, de ambos os lados, para a discussão, de forma que seja possível realizar alterações concretas na ação profissional e acarretem a melhoria do atendimento ao público-alvo são objetivos que não devem ser subjugados.

Em paralelo, também é importante frisar que cada espaço sócio-ocupacional requisita conhecimentos sobre temáticas específicas vinculadas ao serviço que presta e aos usuários que atende. Conhecimentos estes que, em sua maioria, extrapolam os conteúdos vivenciados na formação acadêmica, exigindo-se assim a capacitação específica por parte do profissional. Entretanto, é preciso tomar o cuidado de não entender que as particularidades de cada espaço sócio-ocupacional irão exigir uma ação profissional totalmente particular para aquele contexto. Se assim fosse, cairíamos em uma armadilha perigosa de segmentação e “superespecializações” do fazer profissional, como se houvesse uma ação profissional própria de total especificidade para cada espaço sócio-ocupacional. Não se pode desconsiderar que, ao mesmo tempo em que é condicionada pelo espaço sócio-ocupacional, nossa ação profissional também é genérica. Ou seja, há elementos estruturantes que são comuns à ação profissional do assistente social mesmo que em campos de atuação distintos.

5.2 AÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE

As possibilidades e espaços para a atuação do Serviço Social são amplos, articulando-se entre a esfera pública e privada e perpassando as mais diversas políticas: assistência social, educação, previdência social, habitação, saúde, entre outros. Cada campo de atuação e/ou política pública traz consigo algumas particularidades que devem ser observadas na ação profissional e que trazem implicações sobre estas. Neste sentido, optou-se por realizar uma subdivisão dentro do capítulo de forma a trabalhar, especificamente, a condição da ação profissional do assistente social no campo da saúde.

As CTs, ainda que majoritariamente vinculadas ao campo da saúde, se articulam, recorrentemente, com as políticas de assistência social, saúde, acesso à justiça e as políticas sobre drogas como um todo, sendo que sua amplitude se dá, justamente, pela forma como a dependência química se apresenta. Entretanto, em decorrência da legislação ter esse entendimento (BRASIL 2011b; 2015b), bem como de sua maior aproximação com o campo da saúde, entendemos importante realizar uma breve explanação a respeito da ação profissional do assistente social no campo da saúde, especialmente no campo da saúde mental, onde se encontra vinculada a questão do uso e

abuso de substâncias psicoativas. Assim, posteriormente, pode-se refletir sobre a ação profissional do assistente social neste espaço.

O campo da saúde, historicamente, constitui-se como um campo de atuação do Serviço Social. No Brasil, até a década de 80, a atuação do Serviço Social nestes espaços encontrava-se centrada nos atendimentos individuais e focalizados. Na década de 80, em paralelo, é possível verificar os desdobramentos do processo de reconceitualização pelo qual a profissão passava, bem como o movimento de democratização do país e da Reforma Sanitária (BRAVO, 1996), embora estes dois movimentos não tenham ocorrido, necessariamente, de forma articulada (CFESS, 2010).

Diante de tal contexto histórico, as décadas de 1990 e 2000 apresentam maior participação dos assistentes sociais na saúde e nos debates em torno da temática saúde. Com o advento do SUS, as ações dos assistentes sociais na saúde se ampliam, incorporando os princípios do SUS, voltando-se para discussões coletivas, espaços de participação, acesso democrático às informações e aos serviços de saúde, planejamento e monitoramento (KRÜGER, 2010). Por sua vez, na contramão dos princípios do SUS, o projeto privatista neoliberal⁴⁷ requer a ação do profissional para o desenvolvimento de atividades focadas no indivíduo, de cunho fiscalizatório e seleção dos usuários em planos de saúde e atuação psicossocial através do aconselhamento focado no sujeito (CFESS, 2010).

Na saúde mental, especificamente, a entrada do assistente social no contexto brasileiro ocorre a partir dos anos 60, impulsionados pelo aumento no número de instituições, especialmente privadas, voltadas para o atendimento do público da saúde mental. Em grande parte, estes profissionais foram empregados em hospitais, entretanto, mantinham-se desenvolvendo práticas higienistas e restritivas. Com o advento da reforma psiquiátrica no final da década de 80, ampliam-se o espaço e a procura pelo profissional de Serviço Social neste contexto, especialmente no trabalho com famílias e nos CAPS, buscando romper com os aspectos exclusivamente individual e “psi” do cuidado em saúde mental (PESSÔA *et al.*, 2012).

⁴⁷ Bravo (2017) apresenta o Projeto Privatista Neoliberal a partir de sua base de Estado Mínimo, premissas de parcerias e privatizações, tendo como estratégias de ação a refilantropização e como temas centrais: a crise financeira, dicotomia entre universalização e focalização, déficit público e diminuição dos gastos sociais.

Em linhas gerais, o Serviço Social vem construindo gradativamente um acervo teórico na área da saúde mental⁴⁸, embora ainda restrito, estando em processo de maturação e procurando cada vez mais consolidar-se neste espaço (ROSA, 2016). Enquanto profissão, estamos nos apropriando de uma visão crítica desta área, embora ainda tenhamos uma produção teórica muito pequena e muito que ainda avançar: “ainda persistem várias e sérias lacunas sobre a complexidade do trabalho do assistente social na saúde mental, em diferentes equipamentos, territórios e eixos” (ROSA, 2016, p. 26).

Na atuação do profissional de Serviço Social na área da saúde de forma geral, assim como nas outras áreas, há especificidades e questões que necessitam um olhar direcionado para aquele contexto. Frente a tal realidade, o CFESS – Conselho Federal de Serviço Social (2010) elaborou o documento intitulado “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, buscando contribuir com as reflexões e históricas solicitações da categoria profissional com relação à sua atuação neste campo profissional. Este documento permite aos profissionais compreender o direcionamento da categoria com relação à atuação profissional nos serviços de saúde, suas particularidades e desafios.

O documento do CFESS (2010) expressa que as atividades do profissional na área da saúde podem ser classificadas em quatro categorias principais: a) atendimento direto aos usuários (subdivido em ações socioassistenciais, ações de articulação com a equipe de saúde e ações socioeducativas); b) mobilização, participação e controle social; c) investigação, planejamento e gestão; d) assessoria, qualificação e formação profissional. A atuação subdividida dentro destas categorias não ocorre de forma isolada, mas sim em constante articulação entre elas, sendo a separação proposta especialmente para fins didáticos.

Mioto e Nogueira (2008) propõe uma classificação semelhante com relação à atuação do assistente social no campo da saúde, ainda que com algumas alterações quando comparado ao documento do CFESS. São três eixos gerais propostos, sendo eles: **a) processos político-organizativos; b) processo de planejamento e gestão; e c) processos socioassistenciais.** A articulação entre estes processos possibilitará o desenvolvimento da integralidade no atendimento. Iremos nos ater de forma mais específica em cada eixo a seguir.

⁴⁸ Rosa (2016), em seu livro intitulado “Atenção Psicossocial e Serviço Social”, no capítulo 1, apresenta o “Estado da Arte” com relação à produção do Serviço Social brasileiro sobre a Saúde Mental.

Os processos político-organizativos são classificados como as ações que possibilitam a articulação, mobilização e organização em prol da ampliação, discussão e efetivação de direitos dos usuários atendidos naquele espaço. Nos mais diversos serviços, vinculados à política de saúde, é possível a realização de discussões e conscientização com os usuários visando sua inserção efetiva nos espaços participativos e perceber a importância de sua participação nestes contextos. Almeja-se que dessa forma possa ocorrer a instrumentalização destes com relação às suas demandas, da comunidade e/ou do espaço de saúde articuladas com o contexto macro no qual estão inseridos. Condições estas, muitas vezes, desconhecidas pelos usuários (MIOTO; NOGUEIRA, 2008).

Os processos de planejamento e gestão estão relacionados com as ações em nível de gestão e planejamento dos serviços da instituição e das ações profissionais daquele espaço, de forma geral. Incluem-se nesta classificação as ações voltadas para relações interinstitucionais e o diálogo entre os diferentes serviços, como a criação de protocolos e rotinas, sendo voltadas não somente ao Serviço Social, mas para todo o quadro de profissionais vinculados. Em conjunto, neste grupo, podemos encontrar as ações de capacitação dos recursos humanos, bem como a avaliação, planejamento e gestão dos serviços e da equipe. Destacamos neste contexto a importância de realização de pesquisas, planejamentos e monitoramentos de forma recorrente, visando à melhoria do serviço e consequente atendimento às demandas dos usuários (MIOTO; NOGUEIRA, 2008).

Por fim, **os processos socioassistenciais** são identificados como as ações profissionais voltadas diretamente para o atendimento às demandas do usuário do serviço de saúde, em seus diversos níveis. Dizem respeito às ações de atendimento aos usuários com relação às suas demandas, visando não apenas a simples resposta da questão, mas a possibilitar a construção de conscientização, participação e desenvolvimento de autonomia do usuário atendido. Nesta classificação, Mioto e Nogueira (2008) propõem a subdivisão de quatro categorias. São elas: a) *ações periciais*: com foco na elaboração de relatórios e pareceres com vistas a dar retorno e/ou subsidiar algum tipo de decisão vinculada ao acesso a serviços, equipamentos, entre outros; b) *ações socioemergenciais*: retorno a demandas urgentes, trazida pelo usuário, e que carecem de uma resposta imediata; c) *ações socioterapêuticas*: visam proporcionar apoio ao indivíduo, grupos e familiares em momentos críticos vinculados a situações de morte, acidentes, entre outros. Destacam-se estas ações especialmente vinculadas ao atendimento em saúde mental e seus desdobramentos; d) *ações socioeducativas*: em sua maioria desenvolvidas em

formato de grupo, buscam proporcionar a reflexão sobre temas de interesse para o público, diálogo e a troca de informações entre estes.

Essa classificação, proposta por Miotto e Nogueira (2008), servirá como base para o desenvolvimento posterior de nossa análise.

Todas estas ações não ocorrem de forma isolada e irão sofrer alterações conforme o contexto e serviço de saúde em que o profissional irá desenvolver sua ação profissional. Não se trata de ações, em sua maioria, desenvolvidas de forma exclusiva pelo assistente social, mas que são – ou deveriam ser – articuladas com toda a equipe profissional. A classificação apresentada se dá como forma de possibilitar maior compreensão sobre cada uma das ações, entretanto, majoritariamente, estas ocorrem de forma dinâmica e concomitante.

Da mesma forma, no campo da saúde, os processos de trabalho não ocorrem de forma isolada, mas a necessidade de articulação é cada vez mais presente, seja entre os próprios profissionais como entre as instituições. Possibilita-se assim a construção da intersetorialidade, que visa superar a separação entre as áreas do conhecimento e realizar processos de saúde de fato efetivos e embasados sob os princípios da universalidade e visando a integralidade em saúde, direcionando o trabalho em rede e a vinculação com o território (MIOTTO; NOGUEIRA, 2008).

A atuação do assistente social na saúde tem papel fundamental para a construção da integralidade em saúde, segundo Miotto e Nogueira (2008, p. 6):

Uma integralidade entendida como princípio dotado de vários sentidos que consistem tanto na abordagem do indivíduo na sua totalidade como parte de um contexto social, econômico, histórico e político, quanto na organização de práticas de saúde que integram ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Além de garantir acesso aos diferentes níveis de complexidade da atenção em saúde, oferece respostas ao conjunto de necessidades de saúde de uma população e não unicamente a um recorte de problemas.

As ações profissionais do assistente social no campo da saúde, para além de tudo o que já foi apresentado aqui, não podem deixar de observar o contexto em sua totalidade, verificando os aspectos vinculados às questões de ordem econômica, política e social. Considerando as questões práticas do contexto do usuário em atendimento associado aos seus direitos, cabendo ao profissional o desenvolvimento de ações objetivando a promoção da cidadania, ampliação no acesso a informações com relação aos direitos da população atendida, integração e fortalecimento entre os serviços e mobilização e participação social.

Não se trata de uma tarefa fácil, especialmente pela forma como o sistema de saúde se encontra organizado, seus vários níveis de atenção e articulação com as demais políticas públicas, sendo necessária, cada vez mais, a capacidade de planejamento, gestão e interlocução entre os profissionais e os serviços, visando o atendimento em sua integralidade, além da observação da disputa existente entre os projetos societários (privatista e de reforma sanitária) em confronto e suas repercussões na assistência em saúde e a lógica da articulação entre o público e o privado.

Ainda dentro do atendimento em saúde, especificamente no contexto do atendimento às pessoas com transtornos decorrentes do uso e abuso de álcool e outras drogas, o Serviço Social cada vez mais tem legitimado o espaço da profissão. Ribeiro (2010, p. 599), ao discorrer sobre a equipe técnica no atendimento à dependência química de forma geral, destaca a importância do assistente social, bem como a mudança nas atribuições da profissão juntamente a este público ao longo do tempo:

Cada vez mais o assistente social ocupa posições-chave dentro do tratamento da dependência química. Frequentemente caricaturado como o encarregado da distribuição dos passes de ônibus e da cesta básica, sua atuação contemporânea vem suplementando em muito tal concepção. O *assistente social não especializado*, que atua na rede primária, hospitais gerais e empresas, pode ser capacitado para o diagnóstico, motivação e encaminhamento do dependente. Já o *assistente social especialista* está particularmente envolvido em equipes nas quais há questões relacionadas à infância e família. Além de coordenar as responsabilidades e os recursos sociais destinados aos dependentes químicos, em alguns países, o assistente social é responsável pelo gerenciamento dos recursos de atenção comunitários, bem como pela coordenação de equipes especializadas de prevenção e atendimento [grifos do autor].

No atendimento à dependência química de forma geral, o Serviço Social vem consolidando-se enquanto uma profissão com importantes contribuições, especialmente os profissionais que buscam conhecimento específico a respeito desta área. Já no campo das CTs, a forma como o assistente social tem atuado neste espaço é uma discussão que faremos ao longo desta pesquisa.

6 PERCURSO METODOLÓGICO

As reflexões e os conhecimentos científicos se constroem através da interlocução entre a realidade empírica e as teorias. Para tanto, é necessário um método, uma abordagem que possibilite ao pesquisador “perguntar” à realidade suas inquietações e interpretar as “respostas” recebidas desta. Considerando a estrutura proposta para a presente pesquisa e os objetivos a serem alcançados, a mesma foi desenvolvida a partir da perspectiva da pesquisa **qualitativa**.

A pesquisa qualitativa possui como uma de suas características principais o fato de que suas preocupações estão centradas em questões mais particulares, que não podem ser quantificadas e extrapoladas para outra realidade, ou seja, não passíveis de generalização: “nas abordagens qualitativas, o foco é posto na compreensão da intensidade vivencial dos fatos e das relações humanas, ao passo que os estudos quantitativos se dedicam a conhecer e a explicar a magnitude dos fenômenos” (MINAYO, 2014, p. 268). Tais distinções não definem menor ou maior importância de uma ou de outra abordagem. Não se trata de uma “disputa” qualitativa *versus* quantitativo para definir qual perspectiva é a mais “científica”. Trata-se, entretanto, de olhares diferentes com objetivos distintos, oportunamente, sob a mesma realidade, possibilitando assim a complementariedade entre ambas. Embora nem sempre tal relação seja convergente⁴⁹.

A pesquisa qualitativa possibilita ao pesquisador ir além do relato de suas descobertas, constituindo-se enquanto uma prática infinitamente criativa e interpretativa, com foco na construção de suas interpretações (DENZIN; LINCOLN, 2006). A escolha pela utilização desse desenho de pesquisa ocorre devido às particularidades do objeto do presente trabalho, embasadas na compreensão de que a abordagem quantitativa não seria suficiente, ainda que necessária em alguns momentos, para a compreensão do complexo universo a ser pesquisado: “a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas” (MINAYO, 1994, p. 22). Nas palavras de Denzin e Lincoln (2006, p. 23), a pesquisa qualitativa “implica uma ênfase sobre as qualidades das entidades e sobre os processos e os significados que não são examinados ou medidos

⁴⁹ Minayo (2014) realiza tal discussão com maior propriedade no capítulo 3 de seu livro intitulado “O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde”.

experimentalmente. [...] realçam o *modo* como a experiência social é criada e adquire significado” [grifo do autor].

Com relação aos fins/objetivos da presente pesquisa, conforme classificação proposta por Gil (2008), trata-se de uma **pesquisa descritiva**, que nos possibilita descrever as características de determinada população ou fenômeno, sendo que a interferência do pesquisador sobre o fenômeno é mínima e os fatos são observados em seu *habitat* natural, tendo como objetivo observar, registrar e analisar os dados. Geralmente esta modalidade de pesquisa é mais utilizada quando a preocupação dos pesquisadores se correlaciona com atuações práticas, o que seria nossa proposta de estudo. Buscando alcançar tais objetivos, no que diz respeito aos procedimentos técnicos, iremos nos utilizar da **pesquisa de campo**, utilizando-se de fontes primárias diversas, aquelas que ainda não foram analisadas/sistematizadas anteriormente, com objetivo de compreender e fornecer explicações para determinada realidade estudada (GIL, 2008).

Entendemos que a utilização desta proposta de pesquisa contribuiu significativamente para o alcance dos objetivos propostos e como possibilidade de apresentar resultados efetivos e interação concreta com pesquisados e seus contextos, bem como tornando possíveis as respostas e reflexões a questões concretas aos sujeitos da pesquisa e não exclusivamente de interesse do pesquisador⁵⁰.

A utilização da pesquisa descritiva em conjunto com a pesquisa de campo viabilizou a observação da realidade da ação profissional do assistente social diretamente em seu espaço sócio-ocupacional. Desta forma, através da observação e registro das informações de maior relevância para o desenvolvimento do estudo, conhece-se *in loco* o espaço de atuação profissional do assistente social, realizando a descrição de seu processo de trabalho e instituição vinculada.

Assim, compreendemos que há um retorno ao público-alvo com relação às atividades realizadas e não apenas a mera “extração” de suas informações, ausente qualquer forma de contribuição para este. Neste sentido, firmamos o compromisso ético e profissional de manter os participantes da pesquisa conscientes e informados durante

⁵⁰ Greenwood e Levin (2006) realizam reflexões relevantes sobre as relações estabelecidas entre universidade e sociedade, partindo do princípio que a pesquisa possui como objetivo-fim contribuir para a melhoria do convívio/relações sociais em suas diversas formas/possibilidades. Quando isso não ocorre, desvirtua-se o caráter socialmente construído dos objetivos estabelecidos a respeito da importância da pesquisa e, conseqüentemente, da condição da universidade neste contexto, como “detentora” do conhecimento. Justifica-se assim a necessidade da realização de estudos e reflexões que de fato sejam de interesse, contribuam e estejam ao alcance da categoria profissional. Acrescenta-se o fato de que, após a finalização do presente trabalho, já estão previstos momentos para possibilitar o retorno dos resultados obtidos para os sujeitos de pesquisa de forma a contribuir com seu processo de trabalho.

todo o processo, bem como a publicação da pesquisa ao seu término e posterior apresentação dos resultados por meio impresso e organização de seminários com tal objetivo (BRASIL, 2012b).

Outro fator importante para o desenvolvimento da pesquisa qualitativa diz respeito aos métodos/instrumentos para a realização da coleta de dados, que veremos a seguir, bem como a realização da interpretação e análise dos materiais coletados, associados ao arcabouço teórico de sustentação, destacando-se a prudência e responsabilidade com que tal processo deve ser desenvolvido, para muito além da mera transcrição de falas e/ou observações. “A tarefa do pesquisador não se resume a deixar o campo levando pilhas de matérias empíricas e então redigir facilmente suas descobertas. As interpretações qualitativas são construídas” (DENZIN; LINCOLN, 2006, p. 37).

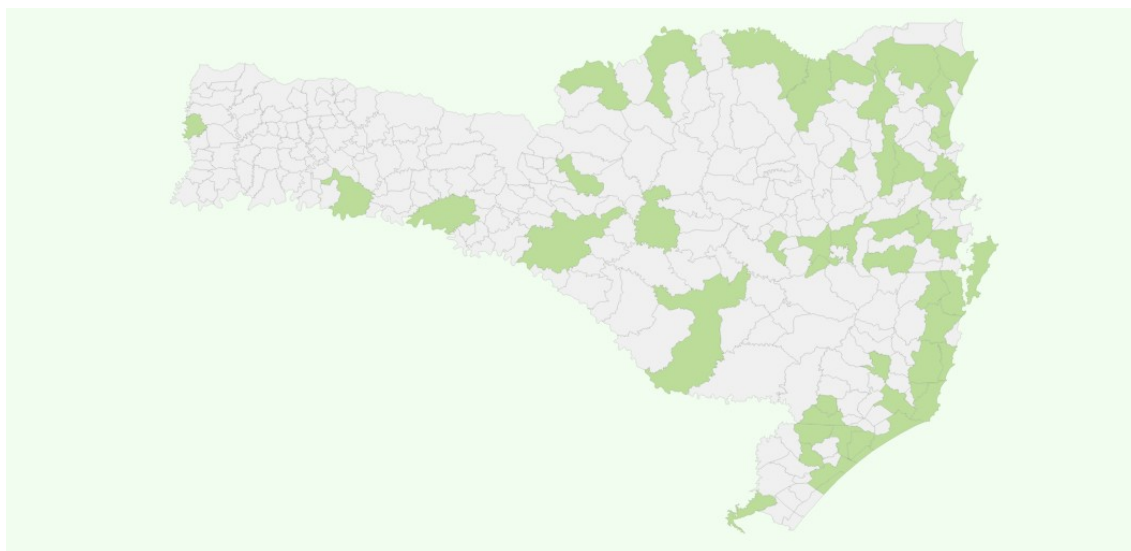
6.1 SUJEITOS DA PESQUISA E AMOSTRA

Conforme Censo das CTs (BRASIL, 2016) realizado no ano de 2011/2012, no estado de Santa Catarina, havia um total de 105 (cento e cinco) CTs. A partir deste total, com vistas à maior limitação das instituições a serem abrangidas na pesquisa, somente as CTs vinculadas ao Projeto Reviver fizeram parte da amostra. Instituições estas que no ano de 2016 totalizavam 80 (oitenta) CTs⁵¹ (REVIVER, 2016).

A distribuição destas CTs, por cidade, pode ser visualizada na figura 9, abaixo, sendo representado na cor verde escura os municípios que possuíam CTs vinculados ao Reviver no ano de 2016.

⁵¹Informação obtida através do observatório eletrônico, alocado dentro do *site* do projeto. Disponível em <http://reviver.repensul.ufsc.br/mapa> (REVIVER, 2016).

Figura 9 – Distribuição por municípios das CTs vinculadas ao Reviver no ano de 2016



Legenda: Verde Escuro – municípios que possuem CTs vinculados ao Reviver no ano de 2016.
Fonte: Reviver/Repensul (2016)⁵².

Definiu-se por integrar à pesquisa somente as CTs com vinculação ao Projeto Reviver, visto que, para a pactuação com este projeto, na ocasião, havia critérios específicos, estabelecidos a partir de exigências legais, para a vinculação e estabelecimento de parcerias com as comunidades terapêuticas (FAPEU, 2014). Com base nisso, compreendemos que as instituições já previamente selecionadas e conveniadas pelo projeto possuem os requisitos básicos para serem consideradas comunidades terapêuticas, bem como constituição jurídica formal e equipe técnica estabelecida⁵³.

Entendemos que, com a utilização de tais critérios, incluímos em nossa pesquisa, inicialmente, instituições minimamente organizadas, excluindo-se assim instituições e/ou entidades que indicam realizar o atendimento de CT, mas que atuam sob outros moldes e/ou que não possuem estrutura mínima de atendimento. Além do que, há a necessidade de um mínimo direcionamento, considerando o quantitativo de tais instituições no estado.

A partir da prévia seleção destas 80 instituições, nos meses de setembro e outubro de 2016, realizamos o envio de mensagens eletrônicas⁵⁴ para todas elas, com a

⁵² Disponível em <<http://reviver.repensul.ufsc.br/mapa>>.

⁵³ Requisitos específicos e exigências para ingresso no Projeto Reviver, em sua primeira etapa, podem ser verificados no Edital de Chamamento Público nº. 005/2014/FAPEU (2014), o que possibilita uma melhor compreensão a respeito dos critérios para habilitação das CTs. Disponível em <http://www.fapeu.com.br/docs/EDITAL%20DE%20CHAMAMENTO%20PUBLICO%20NO.%20NO.%200052014-%20FAPEU%20-%20PROGRAMA%20REVIVER.pdf>

⁵⁴ O e-mail enviado encontra-se no Apêndice A do presente trabalho.

seguinte pergunta: **“A Comunidade Terapêutica possui o profissional de Serviço Social em seu quadro funcional?”**.

Inicialmente obtivemos o retorno de 39 (trinta e nove) CTs. Após aproximadamente 20 dias, enviamos um novo *e-mail* para as CTs que não haviam retornado o primeiro contato, recebendo então o retorno de mais 13 (treze) CTs. Ao final, obtivemos o retorno efetivo de 52 (cinquenta e duas) CTs e 28 (vinte e oito) CTs que não retornaram o contato.

A partir destas informações iniciais, chegamos aos seguintes dados: das 80 (oitenta) CTs conveniadas com o Projeto Reviver, no ano de 2016, considerando aquelas que obtivemos retorno, **40 (quarenta) delas possuem profissional de Serviço Social em seu quadro funcional**, excluindo-se 2 (duas) instituições que possuem profissional de Serviço Social que atuam de forma voluntária.

A distribuição das CTs vinculadas ao REVIVER por região do estado e indicando a existência ou não do profissional de Serviço Social encontra-se no Apêndice B.

A partir da informação da existência de 40 (quarenta) CTs com assistente social em seu quadro funcional, passamos a realizar a delimitação de nossa amostra. Considerando que a pesquisa se desenhou a partir de uma perspectiva qualitativa, utilizamos a amostra **não probabilística**. Tal amostra não exige a utilização de um número exato de participantes, mas ela deve ser caracterizada como uma amostra representativa do grupo pesquisado. Dentro da amostra não probabilística, utilizamos a **amostra intencional**, também denominada de **amostra por julgamento**, onde podemos definir intencionalmente nossa amostra a partir de critérios predeterminados (GIL, 2008).

Os critérios estabelecidos para amostra intencional foram: abrangência de todas as regiões do estado de Santa Catarina, conforme será apresentado posteriormente, e experiência do profissional por tempo igual ou maior a seis meses de atuação em comunidade terapêutica. A partir da observância destes dois critérios iniciais, sendo ainda necessário maior delimitação, selecionamos os sujeitos que entendemos como sendo melhores fontes de informações, conforme previsto dentro da amostra intencional (GIL, 2008). Considerando o envolvimento da pesquisadora com a temática e conhecimento de grande parte dos profissionais atuantes nas CTs, optamos por selecionar para a pesquisa profissionais que pudessem contribuir de maneira mais significativa com a pesquisa, tendo em vista seu conhecimento e experiência profissional. Ou seja, profissionais com maior período de atuação em CT, seja na função de assistente social ou não e/ou que

fossem participantes ativos das discussões e atividades desenvolvidas sobre a temática. Essas informações foram levantadas a partir do próprio conhecimento da pesquisadora que frequenta os espaços de discussão a respeito da temática.

Para fins de organização e desenvolvimento de suas atividades, o projeto Reviver (2016) realizou a divisão do estado de Santa Catarina em 9 (nove) regiões, a saber: Vale do Itajaí, Sul, Grande Florianópolis, Serra, Planalto Norte, Nordeste, Meio Oeste, Grande Oeste e Foz do Rio Itajaí-Açu. Mesmo em detrimento de outras formas de organização⁵⁵, utilizamos tal divisão geográfica como base para a realização de nossa pesquisa e indicação das amostras.

O acesso às CTs e aos profissionais de Serviço Social que nestas CTs atuam aconteceu, inicialmente, através do contato telefônico e via mensagem eletrônica, explicitando os objetivos da pesquisa e solicitando a participação da instituição e do profissional no estudo. Alguns profissionais necessitaram realizar solicitação prévia para a coordenação/direção da instituição e outros de imediato já aceitaram fazer parte da pesquisa. Diante da concordância, foi assinado por parte de ambos os lados envolvidos um TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

Considerando tais critérios e contato prévio já realizado com as instituições e profissionais, os assistentes sociais que constituíram amostra da pesquisa encontram-se distribuídos conforme segue na tabela 5:

⁵⁵ Há outras formas de divisão geográfica do estado de Santa Catarina em regiões. Por exemplo, a FECAM – Federação Catarinense de Municípios, utilizando-se da proposta de Mesorregiões, apresenta a divisão do estado de Santa Catarina em 6 regiões: Serrana, Sul Catarinense, Grande Florianópolis, Vale do Itajaí, Norte Catarinense e Oeste Catarinense (FECAM, 2017).

Tabela 5 – Relação de Amostra de CTs para realização da Coleta dos Dados

	Instituição	Sigla do Profissional⁵⁶	Região	Público Atendido
1	CT 1	Pn	Foz do Rio Itajaí-Açu	Adulto Masculino
2	CT 2	Pn	Grande Florianópolis	Adulto Masculino e Feminino
3	CT 3	Pn	Nordeste	Adulto Masculino
4	CT 4	Pn	Planalto Norte	Adulto e Adolescente Masculino
5	CT 5	Pn e Pn	Serra	Adulto e Adolescente Masculino
6	CT 6	Pn	Vale do Itajaí	Adulto e Adolescente Masculino
7	Não realizado	-	Meio Oeste	
8	Não realizado	-	Grande Oeste	
9	Não realizado	-	Sul	

Fonte: Elaboração da autora (2017).

A coleta de dados não foi realizada nas regiões Meio Oeste, Grande Oeste e Sul. Justifica-se tal fato da seguinte forma: na região Grande Oeste, identificou-se somente uma CT com profissional de Serviço Social, profissional este que na ocasião do contato havia recentemente iniciado na atividade. Desta forma, não atendia ao requisito de estar, pelo menos, há seis meses na função. Na região Meio Oeste, a pesquisadora se deslocou até a instituição e quando chegou na mesma o profissional não pode participar da pesquisa em decorrência de situação de óbito na família, não sendo possível remarcar posteriormente. Na região Sul, foi realizado contato com todas as CTs que possuíam assistente social em seu quadro, sendo que nenhuma delas acenou positivamente à possibilidade de receber a pesquisadora, sendo que muitas delas ficaram de dar retorno

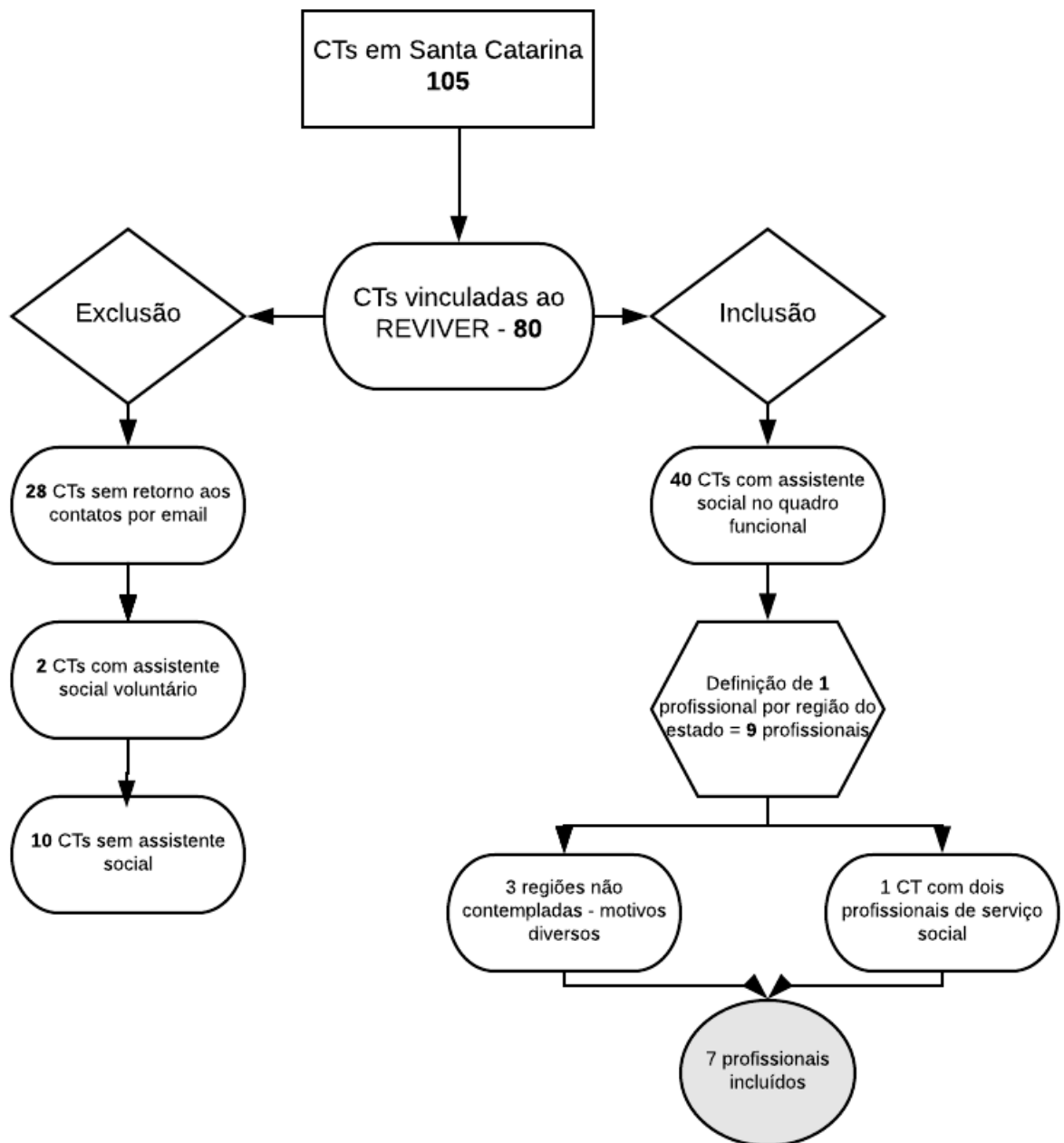
⁵⁶ No decorrer do trabalho, iremos utilizar as siglas de P1 a P7. Nesta tabela, em específico, iremos utilizar a nomenclatura “Pn” para todos os entrevistados, de forma a evitar a identificação dos mesmo por intermédio de sua região de atuação.

para agendamento e não o fizeram, mesmo após diversas tentativas de contato. Destacamos que, em pesquisa desenvolvida pelo IPEA, que também tinha como objetivo visitas ao espaço das CTs, os pesquisadores obtiveram dificuldades para ingressarem em algumas CTs (SANTOS, 2018a).

Além disso, outro destaque que realizamos é com relação ao fato de que a CT da região da Serra possui dois profissionais de Serviço Social. Neste contexto, incorporamos ambos como sujeitos de nossa pesquisa. Ainda, a CT da região Foz do Rio Itajaí-Açu estava em processo de transição de profissional, fato este que não foi comunicado com antecedência. Realizamos assim a observação participante com o profissional que havia recentemente ingressado na instituição, entretanto, a entrevista foi realizada com a profissional que estava por cerca de uma semana em gozo de auxílio-maternidade, em sua residência.

A partir de tal realidade, nossa amostra ficou constituída por **7 profissionais**. Abaixo apresentamos Fluxograma de Inclusão Sujeitos da Pesquisa, Figura 10, para melhor elucidação da forma como foi constituído nossos sujeitos da pesquisa e amostra, após todo o percurso metodológico apresentado até aqui.

Figura 10 – Fluxograma Inclusão Sujeitos da Pesquisa



Fonte: Elaboração da autora (2018).

6.2 CAMINHOS PERCORRIDOS NO PROCESSO DA PESQUISA

Após contato telefônico e/ou via *e-mail* com os profissionais das CTs e realizado o agendamento das visitas, teve início a pesquisa de campo efetivamente, sendo que os custos com deslocamentos, hospedagem e alimentação foram absorvidos integralmente pela pesquisadora. Neste sentido, procurou-se privilegiar que as CTs em regiões próximas fossem visitadas na mesma viagem, como forma de possibilitar redução nos valores utilizados. Conforme já apontado anteriormente, algumas regiões do estado, inicialmente previstas, não foram contempladas, conforme motivos também já expostos. No que tange ao cronograma das atividades/visitas, as mesmas foram adequadas às agendas e possibilidades de cada profissional, especialmente considerando o horário de trabalho de cada um deles. A distribuição foi realizada conforme tabela 6:

Tabela 6 – Cronograma das Visitas

	Sigla do Profissional⁵⁷	Região	Data da Visita	Observações
1	Pn	Foz do Rio Itajaí-Açu	19 e 20/07/2017	
2	Pn	Grande Florianópolis	6 e 7/07/2017	
3	Pn	Nordeste	23 e 24/08/2017	Período da manhã
4	Pn	Planalto Norte	23 e 24/08/2017	Período da tarde
5	Pn e Pn	Serra	16 e 17/08/2017	
6	Pn	Vale do Itajaí	31/08 e 01/09/2017	

Fonte: Elaboração da autora (2019).

Em todas as CTs em que estivemos, para fins da coleta de dados, fomos recebidos de forma muito tranquila; em nenhum momento observamos alterações na rotina e/ou no atendimento aos acolhidos em decorrência da presença da pesquisadora. De modo geral, observamos que os profissionais e os dirigentes das CTs se mostraram, de algum modo, privilegiados por terem sido selecionados para a realização da pesquisa. Ao chegar na CT, o assistente social responsável nos apresentava para equipe e também o espaço físico da CT. O fato de a pesquisadora já ter atuado profissionalmente em CT, bem como em espaços de capacitação para profissionais de CT, auxiliou

⁵⁷ No decorrer do trabalho, iremos utilizar as siglas de P1 a P7. Nesta tabela, em específico, iremos utilizar a nomenclatura “Pn” para todos os entrevistados, de forma a evitar a identificação dos mesmo por intermédio de sua região de atuação.

consideravelmente para a realização da pesquisa no sentido de conhecer, ainda que minimamente, o fluxo e o processo de atendimento e funcionamento da CT.

Participamos de todas as atividades as quais os profissionais tinham como organização para aqueles dias, sempre solicitando a autorização dos demais envolvidos, sendo estes acolhidos e/ou outros profissionais. Sempre que possível, também participamos dos momentos de convívio dos acolhidos, especialmente, participando em conjunto das refeições, possibilitando também um espaço de convivência com estes, bem como elucidar dúvidas com relação ao papel da pesquisadora naquele espaço. Em uma das CTs, foi oferecido pernoitar no próprio espaço da instituição, logo, possibilitando maior tempo de convivência com os acolhidos, ainda que este não fosse um objetivo explícito para a presente pesquisa.

Um ponto bastante peculiar de todo o processo diz respeito ao fato de que ao mesmo tempo em que realizamos a pesquisa, seja na observação participante ou na entrevista, os profissionais também visualizam este momento como uma possibilidade de troca e de aprendizado. Houve diversos questionamentos, por partes dos assistentes sociais e demais profissionais, com relação a questões atuais sobre legislação das CTs, metodologias de atendimento, espaços de disponibilização de informações a respeito do trabalho do assistente social neste espaço, entre outros aspectos. Questões estas que indicam a necessidade de maior capacitação e espaço de troca para estes profissionais que, de algum modo, não se sentem acolhidos e/ou ouvidos em outros espaços e, até mesmo, com diversos questionamentos sobre a própria ação profissional e suas especificidades no contexto das CTs.

A realização das entrevistas com os profissionais foi organizada de forma a ser efetivada sempre ao final do processo de observação, desta forma, era possível possibilitar maior articulação entre a fala do profissional e a realidade vivenciada naqueles dias de observação, o que privilegiou tanto o profissional como a pesquisadora. O espaço das entrevistas, assim como outros momentos, também possibilitou ao assistente social um espaço para sanar dúvidas, indicação de dificuldades, avanços e retrocessos no processo de trabalho.

A partir da realidade trazida pelos assistentes sociais entrevistados, foi possível identificar a demanda de um espaço para troca e busca de informações para estes profissionais. A partir de tal identificação, foi efetivada a organização e realização do 1º Encontro de Assistentes Sociais que atuam em Comunidade Terapêutica, realizado em outubro de 2017, pela Cruz Azul no Brasil, na cidade de Blumenau – SC. Essa atividade

possibilitou maior troca entre os ASs atuantes em CTs, bem como uma ação importante para iniciar e demonstrar a necessidade eminente sobre o debate do contexto da ação profissional do assistente social neste espaço sócio-ocupacional.

6.3 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A partir da definição de nossa amostra com sete profissionais, foram aplicados dois instrumentos de coletas de dados, já previamente determinados: entrevistas semiestruturadas e observação participante.

As **entrevistas semiestruturadas** possuem como objetivo possibilitar maior aprofundamento, diálogo e liberdade na relação entre o pesquisador e o entrevistado. Parte-se de um roteiro pré-estabelecido que contemple os objetivos centrais da pesquisa, mas também é possível conduzir a pesquisa para além das questões previamente traçadas. Coube à entrevistadora a percepção da necessidade de maior aprofundamento em determinados pontos da entrevista ou dar seguimento ao roteiro (MAY, 2004; MINAYO, 2014). Utilizaram-se questões que indicassem respostas mais abertas, com o intuito de proporcionar aos entrevistados maiores possibilidades de reflexão e articulação de sua fala com seu processo de trabalho. Eventualmente, ao longo do processo das entrevistas foram realizados “desvios” e/ou ampliações de questões que inicialmente não foram previstas, possibilidade essa, presente dentro da metodologia da entrevista semiestruturada.

Com a realização das entrevistas, objetivou-se a obtenção de informações mais específicas com relação à ação profissional do assistente social no contexto da CT, desafios, possibilidades, articulação entre as atribuições profissionais e demandas da instituição, entre outros aspectos que se demonstrassem relevantes. No decorrer da mesma, também foi possível esclarecer questões que eventualmente possam não ter ficado claras durante a realização da observação participante. As entrevistas foram realizadas no local de trabalho do profissional em data e horário previamente acordados. O roteiro utilizado para a realização encontra-se no Apêndice D.

As sete entrevistas realizadas foram transcritas na íntegra pela própria pesquisadora, com objetivo de possibilitar a construção de categorias e a posterior análise.

Constitui-se assim o **corpus** para a análise, que, pelo seu volume, não estará anexado em sua íntegra a este trabalho⁵⁸.

Em complemento das entrevistas semiestruturadas, também se utilizou da proposta da **observação participante**, que é considerada de grande importância na realização da pesquisa de campo. Justamente por este motivo, alguns teóricos a entendem não como uma técnica utilizada, mas como um método em si mesma (MINAYO, 2014). Esta posição, da observação enquanto método, não foi a adotada.

A proposta é que os sujeitos da pesquisa sejam observados a partir de sua realidade concreta, em seu ambiente, possibilitando que a pesquisa seja realizada não a partir da dedução de uma determinada realidade, mas observando a forma como essa se constitui e se transforma. Segundo May (2004, p. 174; 176) “o método encoraja os pesquisadores a mergulharem nas atividades do dia a dia das pessoas as quais eles tentam entender. [...] Porque as pessoas agem e dão sentido ao seu mundo se apropriando dos significados a partir do seu ambiente”. Espera-se com isso que o pesquisador seja capaz de não impor o “seu mundo” sobre o pesquisado, mas que compreenda o mundo dele.

A observação participante é um processo no qual o investigador estabelece relacionamentos com o objetivo de obter maior aproximação da condição estudada. Corroborando, May (2014, p. 202) indica que “a observação participante diz respeito ao engajamento na cena social, experienciando e procurando entendê-la e explicá-la”.

A observação é uma das formas mais recorrentes utilizadas pelo ser humano para compreender aquilo que se encontra à sua volta, o que poderia nos levar, à primeira vista, a compreender a proposta da observação participante como algo simplista, que se restringe a olhar, escutar e fazer o registro de todos estes acontecimentos. Entretanto, a proposta vai muito além desse primeiro olhar. Trata-se de auscultar a realidade a partir de um olhar teórico, atento e perspicaz. Ocorre que muitas vezes tal técnica não é utilizada da forma adequada e com o rigor metodológico necessário, podendo ser minimizada aos simples registros de emoções e olhares subjetivos (QUEIROZ *et al.*, 2007).

Em tal modalidade de observação, segundo May (2004), o pesquisador poderá assumir três possíveis papéis e consequentes formas para a condução da pesquisa. Seriam estes papéis: a) *participante completo*, que teria basicamente sua função de pesquisador oculta a todo o grupo; b) *participante como observador*: neste, todos do grupo sabem de

⁵⁸ Ainda que os depoimentos sejam relevantes, foi preciso fazer uma seleção, uma escolha dos trechos e falas a serem destacados, pois, como advertido anteriormente, o volume de informações transpassa o escopo deste presente trabalho.

sua condição e intenções naquele espaço, utilizando-se de um tempo maior de convívio, buscando formar uma série de relacionamentos com os sujeitos, onde não se busca agir como um membro do grupo; c) *observador como participante*, que seria mais um contato sem utilizar-se, a longo prazo, dos benefícios do tempo e do relacionamento estabelecido.

Em complemento, Minayo (1994) aponta que, na utilização da técnica de observação, é possível criar uma postura de *participação plena*, objetivando o envolvimento por completo em todas as situações e com o grupo; ou o *distanciamento total* do grupo, tendo como prioridade somente a observação. Minayo (2016) ainda indica que há quatro formas do pesquisador se inserir, enquanto observador, em uma realidade: **a) participante-total; b) participante-como-observador; c) observador-como-participante; e d) observador-total**. Conforme a autora, tais formas de observação somente podem ser compreendidas de forma separada para fins de análise, mas que, durante a pesquisa, em algum momento, elas acabam por se mesclar.

Por questões de tempo para o desenvolvimento da pesquisa, bem como com o intuito de realizar a observação em mais de uma CT, optamos pela utilização da variação do *observador como/enquanto participante*, que “corresponde a uma estratégia complementar às entrevistas, sendo que essa observação se dá de forma rápida e superficial” (MINAYO, 1994, p. 60). Esta técnica de observação “costuma ser utilizada, frequentemente, como estratégia complementar ao uso das entrevistas, nas relações com os atores, em momentos considerados importantes para efeitos da pesquisa. Trata-se de um modo de observação quase formal, em curto espaço de tempo” (MINAYO, 1994, p. 60). A utilização de tal variação da técnica de observação, ainda que traga as limitações reconhecidas, nos proporcionou a compreensão da forma como as atividades são desenvolvidas na CT, com maiores subsídios para análise das entrevistas e demais informações apreendidas ao longo do processo.

Ainda com relação às observações, destacamos que os registros advindos da realização das observações são elementos centrais para a tônica do desenvolvimento e posterior análise dos dados. Conforme os autores recomendam, utilizamos a técnica do registro através da utilização dos “diários de campo” (MAY, 2004; MINAYO, 1994; 2014) para que o relato dos registros seja constante, de forma que o pesquisador não venha a depender exclusivamente de sua memória. Durante o processo de observação, em paralelo, foram sendo realizados os registros pela pesquisadora. A síntese dos diários de campo construídos pela pesquisadora será apresentada no capítulo 7, quando iremos discutir sobre a análise do material.

Os elementos centrais para o registro possuem grande flexibilidade, considerando os objetivos propostos pelo pesquisador. Entretanto, deve-se atentar de maneira especial para o tempo, o lugar, a linguagem (não somente falada, mas também a linguagem corporal, dentre as quais expressões faciais e corporais), a intimidade e interlocução estabelecida com o grupo e, finalmente, o consenso social/do grupo, sobre determinadas situações e condições dadas no espaço (MAY, 2004).

Para a efetivação na utilização de tal técnica de observação, acompanhamos *in loco* o desenvolvimento das atividades do profissional de Serviço Social na CT pelo período de 1 (um) a 2 (dois) dias, em data previamente agendada com o mesmo e com a instituição. Durante o período proposto, utilizamos o diário de campo para efetivação do registro das ações desenvolvidas pelo profissional. Objetivou-se verificar *in loco* a forma como ocorre o desenvolvimento da ação profissional do assistente social e a forma como se articula com a rotina da instituição, atendimento aos usuários, interlocução com os dirigentes e demais membros da equipe técnica, e ainda articulação com a rede de serviços. O Apêndice D apresenta roteiro detalhado das questões verificadas durante o processo de observação participante, bem como sua vinculação com nossos objetivos.

Após a realização da observação participante, realizamos a sistematização das informações/impressões coletadas, de forma a, juntamente com a transcrição das entrevistas semiestruturadas, também se constituir o **corpus** para análise.

6.4 SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Seguindo as etapas propostas para o processo investigativo, cabe definir algumas questões com relação à forma de interpretação dos dados obtidos através da realização das entrevistas e da observação participante. Para realização da sistematização e análise dos dados coletados, utilizamos, como referência, **Análise de Conteúdo**, através de apropriação de suas indicações e proposições como forma de orientação e apoio auxiliar em nossa análise, porém, sem a utilizar integralmente.

A técnica da análise de conteúdo foi proposta por Laurence Bardin, então professora de Psicologia da Universidade de Paris (BARDIN, 2011). Segundo a autora (2011, p. 47), a análise de conteúdo se configura como

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativo ou não) que permitam a interferência de

conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis indeferidas) destas mensagens.

Nesta proposta, o pesquisador busca compreender características que estão por “trás” dos fragmentos apresentados na comunicação. Trata-se de uma “tarefa dupla” por parte do pesquisador: compreender a mensagem na condição de receptor e, ainda, buscar compreender as demais significações ali apresentadas (CÂMARA, 2013). Essa proposta “destina-se a classificar e categorizar qualquer tipo de conteúdo, reduzindo suas características a elementos-chave, de modo que sejam comparáveis a uma série de outros elementos” (CARLOMAGNO; ROCHA, 2016, p. 175), sendo esta técnica aplicada para a interpretação de documentos, biografias, resultados de observações, entrevistas, entre outros (MINAYO, 2014).

A análise de conteúdo prevê três fases para sua realização: 1) **pré-análise**; 2) **exploração do material**; e 3) **tratamento dos resultados: inferência e interpretação**. A figura 11, abaixo, ilustra as três etapas presentes na análise de conteúdo.

Figura 11 – Fases da análise de conteúdos



Fonte: Adaptado de Bardin (2011).

Na primeira fase, **pré-análise**, efetivamos a organização do material coletado. Inicialmente, foi realizada a “leitura flutuante”, caracterizada como um primeiro contato com o conteúdo. A seguir, a codificação dos dados, que se trata da definição dos índices ou de categorias, que foram organizados sob a forma de temas, indicadores ou “unidades de registro” (MINAYO, 2014). Aquelas temas que, com maior frequência, se repetem foram recortados “do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidades de codificação para registros dos dados” (BARDIN, 2011, p. 100), constituindo-se assim o **corpus**. Ainda nesta fase, foram estabelecidas ou

reformuladas as primeira hipóteses e objetivos que permearam o desenvolvimento das próximas etapas (BARDIN, 2011; CÂMARA, 2013).

Na fase seguinte, **exploração do material**, o objetivo foi alcançar o núcleo para a compreensão do texto. Neste processo, “o investigador busca encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado” (MINAYO, 2014, p. 317), numa espécie de “operação classificatória”. Foram então delimitadas as “unidades de registros” (temas), que posteriormente foram classificadas, agregadas e analisadas a partir de categorias empíricas ou teóricas (MINAYO, 2014). Cabe destacar que “tema” diz respeito a uma afirmação vinculada a um determinado assunto comportando “um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, de uma frase, de um resumo” (MINAYO, 2014, p. 315).

Na próxima e última etapa, **tratamento dos resultados: inferência e interpretação**, a partir do quadro teórico inicial, foram realizadas as interpretações e interferências observadas, buscando que os resultados “brutos” se tornem significativos, indo além do conteúdo inicialmente encontrado. O objetivo aqui é ir além das superficialidades das afirmações, buscando a profundidade e o significado expresso através dos enunciados (CÂMARA, 2013).

Conforme a proposição para operacionalização da análise de conteúdo, realizamos o agrupamento dos temas no formato de quadros matriciais, como sugerido por Câmara (2013). Os quadros, apresentados no Apêndice F, exibem exemplos de unidades de registro relacionadas a cada temática definida. Tais unidades de registro, temas, serão discutidas no subcapítulo 6.6. Os temas/unidades de registro foram definidos considerando as questões/unidades de contexto que se mostraram de forma mais representativa na leitura das entrevistas e dos diários de campo provenientes da observação participante.

Assim, foi possível realizar aproximações, identificação de sincronias, associações entre o material coletado (entrevistas e observação participante) e os pressupostos teóricos previamente elencados, possibilitando chegar a explicações e/ou compreensões mais amplas, desencadeando a ampliação do debate sobre a temática. Destacamos ainda a importância da interlocução entre os dados obtidos nas entrevistas e nas observações participantes, em vista da condição de completude proporcionada. Foi possível observar aproximações, ou não, com relação à rotina do profissional na

instituição e as falas trazidas durante a entrevista, sem perder de vista o problema central para o desenvolvimento do presente.

6.5 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

A caracterização dos profissionais entrevistados é uma etapa importante do processo de pesquisa, pois permite identificar características similares ou não deste público, possibilitando compreender de forma mais adequada de qual “local” falam e como suas condições particulares e especificidades podem vir a ter influência em seu processo de trabalho e, conseqüentemente, nos dados obtidos através da observação participante e das entrevistas realizadas.

A tabela 7, abaixo, apresenta a relação dos 7 (sete) profissionais entrevistados, acrescida de características pessoais e profissionais que julgamos importante destacar neste momento.

Tabela 7 – Caracterização dos Entrevistados

Entrevistado	Tempo de Formação	Tempo atuação em CT	Especializações	Carga Horária Semanal	Dias e Horários de Atuação	Trabalha em outra instituição?	Há outra AS na CT?	Estagiário	Atribuição Principal	Observação
P1 (Feminino)	2 anos Modalidade EaD.	1 ano e meio.	Não.	30 horas.	Segunda a sexta das 13h – 17h. Segunda no grupo de apoio noturno.	Não.	Não.	Não.	Administrativo e documentação.	No período da pesquisa, estava gozando de licença-maternidade. Ainda não sabia se iria retornar ou não para a CT.
P2 (Feminino)	11 anos na Modalidade Presencial.	6 anos.	Saúde Mental.	30 horas (20 fixas e 10 aleatórias).	Segunda – tarde Terça – manhã Quarta – tarde Quinta – tarde Sexta – manhã	Sim. APAE – Diretora (20hr).	Não.	Não.	Coordenação/ Entrevista e Acolhimento. Responsável Técnico.	Pediu desligamento da instituição em setembro/17. Irá se dedicar às suas atribuições na APAE.
P3 (Feminino)	5 anos Modalidade EaD.	5 anos. 6 anos como Auxiliar Administrativo.	Saúde Mental e Dependência Química (em andamento).	30 horas (faz mais que 6 horas por dia).	Segunda a sexta.	Não.	Não.	Sim – EAD.	Contato com as famílias. Atividades Internas.	

P4 (Feminino)	10 anos Modalidade Presencial.	4 anos.	Enfrentamento à violência doméstica da criança e do adolescente.	30 horas.	Segunda a sexta das 12h – 18h30.	Não.	Não.	Sim – EAD.	Entrevista e Acolhimento	Reside no espaço da instituição. Esposo também atua na CT.
P5 (Masculino)	14 anos na Modalidade Presencial. Formação anterior: Matemática.	7 anos.	Mediação Sociofamiliar. Gestão em Políticas Públicas. Saúde Mental. Socioeducação Formação para o Magistério Superior.	20 horas (mas geralmente faz 30, ou mais).	Segunda a sexta. Período noturno.	Sim. Prefeitura (40hr). Coord. CRAS.	Sim	Sim – EAD.	Atendimento ao Grupo Familiar Externo. Responsável Técnico.	
P6 (Feminino)	2 anos Modalidade Presencial.	2 anos como assistente social. 7 anos na CT.	Dependência Química e Comunidade Terapêutica (em andamento).	20 horas.	Segunda a sexta das 8h – 12h.	Centro POP (30h).	Sim.	Não.	Entrevista e Acolhimento.	
P7 (Masculino)	2 anos Modalidade Presencial.	2 anos como assistente social. 8 anos na CT.	Dependência Química e Saúde Mental (em andamento).	30 horas (refere realizar 40 horas).	Segunda a sexta das 8h – 17h (dividido entre 2 setores).	Não.	Não.	Sim – EAD.	Reinserção Social/Projetos e Convênios.	Reside no espaço da instituição. Passou por processo de acolhimento na mesma CT onde trabalha.

Fonte: Elaboração da autora (2019).

A partir da tabela acima, é possível realizar algumas observações importantes com relação ao perfil dos profissionais entrevistados, com destaques para alguns pontos sobre os quais iremos aprofundar a discussão posteriormente. Desta forma, entendemos que é possível compreender um pouco melhor o contexto e realidade a partir da qual os profissionais exercem suas atividades na CT.

Dos sete profissionais entrevistados, cinco são mulheres e dois são homens, confirmando a tendência histórica da profissão de haver mais profissionais mulheres do que homens exercendo a profissão. Entretanto, essa disparidade apresenta-se dentro de uma proporcionalidade bem menos representativa quando comparada com o relatório do perfil do assistente social no país⁵⁹ (CFESS, 2005), que indicava 97% de mulheres e 3% de homens na profissão. A menor disparidade entre profissionais homens e mulheres pode ser resultado do fato de que, dentre as seis CTs incluídas na pesquisa, somente uma delas atende ao público feminino, as demais atendem exclusivamente ao público masculino. Logo, pode haver uma maior preferência por contratação de profissional do sexo masculino, considerando que a maioria do público atendido nestas CTs é masculino.

Com relação ao quantitativo de profissionais de Serviço Social na instituição, somente uma das CTs possui dois assistentes sociais em seu quadro profissional; nas demais, há somente a presença de um profissional. Dados que vão ao encontro com relatório do CFESS (2018) que também indicou maior predominância de CTs com apenas um profissional de Serviço Social. Condição esta que poderá implicar em uma sobrecarga e/ou precarização do trabalho do profissional, fato que iremos discutir de forma mais aprofundada no item 6.6.

Com relação à multiplicidade de vínculos profissionais, três dos entrevistados (P2, P5 e P6) possuem mais um vínculo de trabalho, que, necessariamente, não possui relação direta com a condição de uso de álcool e outras drogas. No somatório, estes profissionais com duplo vínculo realizam jornadas de trabalho de 50 a 60 horas semanais. O que, necessariamente, gera uma sobrecarga de trabalho nestes profissionais. A pesquisa do CFESS (2005) indica que 10,31% dos profissionais de Serviço Social brasileiros também possuíam duplo vínculo. De forma geral, a necessidade de dois ou mais vínculos profissionais justifica-se pela necessidade de complementação de renda, visto que o

⁵⁹ Cabe destacar que a pesquisa a respeito do perfil profissional do assistente social foi publicada no ano de 2005, desta forma, apresentando diversas limitações com relação à realidade atual da categoria profissional, visto o tempo percorrido de 14 anos. Atualmente o CFESS encontra-se em processo de mobilização dos profissionais para a realização da “Pesquisa sobre o Perfil da/o Assistente Social e Realidade do Exercício Profissional” (CFESS, 2019).

salário do assistente social, em distintos espaços sócio-ocupacionais, segue a tendência da desvalorização, assim como de outros profissionais (CAVALCANTE, 2009).

A discussão com relação à carga horária dos profissionais nas CTs também é de grande relevância. Formalmente, todos os profissionais relataram cumprir a carga horária estabelecida na legislação brasileira (BRASIL, 2010). Os profissionais P1, P2, P3, P4 e P7 indicam que seus contratos de trabalho formalmente são de 30 horas semanais. Enquanto os profissionais P5 e P6 referem que possuem contratos de trabalho com carga horária de 20 horas semanais. Essas informações corroboram o relatório do CFESS (2018) que indica que nas CTs a carga dos assistentes sociais é majoritariamente de 30 horas semanais. Entretanto, alguns dos profissionais, assim como o documento do CFESS (2018) destaca situações onde, ainda que haja uma carga horária formal, observa-se a condição de “carga horária indefinida”, condição que iremos discutir a seguir.

Ainda na pesquisa do CFESS sobre o perfil profissional do assistente social, verificou-se que a média salarial dos assistentes sociais era constituída por 45,19% dos profissionais com renda de 4 a 6 SM – Salário Mínimo; 20,4% de 7 a 9 SM; 18,59% mais de 9 SM e 15,68% até 3 SM (CFESS, 2005). Nas CTs brasileiras, a média salarial do assistente social é de R\$ 1.850,00 (hum mil oitocentos e cinquenta reais), em números atuais representaria até 3 SM, valor inferior à média salarial profissional em outros espaços sócio-ocupacionais (CFESS, 2018). Com relação especificamente aos profissionais entrevistados, todos são contratados na modalidade de celetistas – pelo regime da CLT, a Consolidação das Leis do Trabalho –, especificamente, mas não realizamos o levantamento específico com relação à renda dos mesmos.

As três condições até aqui indicadas – multiplicidade de vínculos e “pluriempregos”, horas de trabalho “flexibilizadas” e salários reduzidos – são características que Alencar (2009) indica como relacionadas com as vagas de trabalho disponibilizadas nas entidades denominadas de terceiro setor. Ao mesmo tempo, a autora traz a reflexão que estes espaços profissionais também se constituem dada a diminuição dos postos de trabalho do assistente social dentro da esfera estatal, associada, a necessidade do profissional de vender sua força de trabalho. No ano de 2005, 6,81% dos assistentes sociais brasileiros tinham como seu principal vínculo de trabalho atividades realizadas em instituições do terceiro setor (CFESS, 2005).

Retomando a discussão anterior, possivelmente a condição de “carga horária indefinida” citada acima encontra-se relacionada com algumas situações que também foram observadas durante a realização da pesquisa. Como os profissionais P3, P5 e P7

alegaram durante a entrevista, eles praticam uma carga horária que, em sua maioria, excede o quantitativo de horas semanais previstas em seu contrato de trabalho, não fazendo referência ao recebimento de horas extras e/ou formas de compensação adequadas dessas horas. De alguma forma, essas “essas horas extras” são compreendidas como “trabalho voluntário”, sendo “doadas” à instituição, talvez podendo até mesmo ter uma vinculação com a própria relação religiosa das instituições. É importante lembrar que as CTs, em sua maioria, têm em sua base o trabalho voluntário (RIBEIRO; MINAYO, 2015), logo, o ingresso de profissionais contratados na instituição pode trazer consigo ainda alguns “resquícios” do trabalho voluntário, podendo ser, por exemplo, através da “doação” de algumas horas pelo profissional.

Somando-se a isso, em algumas falas dos entrevistados, por vezes, parece que há uma visão que o profissional necessita estar “à disposição” da instituição de forma integral, não havendo muito organização e definição com relação ao horário de trabalho dos profissionais. Ademais, em suas falas, outros profissionais também fazem referência a essa condição:

Entrevistado: Se eles [a instituição/diretoria] pudessem, eu trabalharia à noite assim. “Ah, depois que você sair do Centro Pop faça uma visita”.

Entrevistadora: Se você propor alguma coisa eles aceitariam?

Entrevistado: Aham. Aqui a instituição é bem aberta. Eles te sugam muito também, né? Aí a gente tem que ter, né? Que nem eu e o [outro assistente social], a gente já fez visita no domingo, nove horas noite. Só que daí eu e o [outro assistente social] que combinamos de fazer visita porque a gente não encontrava a família, sabe? No domingo, [às] nove horas da noite, a família vai estar lá e tava. Então também tem isso também. Eles não te obrigam. “Se você puder faça. Se puder, né?”. Que daí daqui nas horas a gente cumpre, tem o nosso salário. Mas hora extra a gente não ganha. Mas é voluntário também. Não ganha hora extra. Dependendo até, tem esses feriados. “Ah não, segunda-feira a gente não vai trabalhar, pra emendar”. Vamos dizer assim. Não tem cartão ponto. Banco de horas também não tem. E assim, a [presidente] é muito flexível. Ah não, se eu preciso de ir no médico pode faltar. Às vezes pra fazer exames. Então por causa disso então compensaria, compensa (P6).

Minha carga horária é 20 horas. Eu venho segunda o dia todo [adicionado aos outros dias a noite]. Na verdade, dá quase 30 (P5).

Eu faço um plantão de final de semana, um final de semana por mês. Trabalha dois e ganha um dia de folga (P4).

Desta forma, os profissionais acabam realizando uma carga horária profissional maior do que a inicialmente acordada, sendo que os “acordos informais” são utilizados para as compensações das horas trabalhadas além. Nenhum dos profissionais afirmou qualquer forma de controle e/ou marcação de horários de entrada e saída do trabalho,

conforme requerido em legislação vigente para estabelecimentos com mais de dez funcionários (BRASIL, 1989b), condição na qual algumas destas instituições se enquadram. A ausência de formas de controle efetivos com relação à carga horária é fato preocupante, pois prejudica o próprio processo de trabalho do profissional, bem como poderá implicar em questões trabalhistas legais para a instituição.

Ademais, é importante refletir a respeito da forma como a jornada de trabalho é distribuída na rotina destes profissionais. Observando a distribuição da carga horária dos profissionais na tabela 9, é possível verificar como essa condição é peculiar na realidade de cada profissional. Há profissionais que trabalham no período da manhã, tarde e até mesmo no período noturno. Alguns oscilam os períodos conforme os dias da semana, tendo uma rotina que se altera conforme as necessidades da instituição. P2, por exemplo, refere ao fato de que, dentro de sua carga horária de 30 horas semanais, 20 horas são dentro de um horário previamente fixado pela instituição e 10 horas ele realiza de forma “aleatória”, ou seja, conforme as necessidades que o profissional ou a instituição observar.

Aqui se percebe, novamente, a condição do horário de trabalho flexibilizado assinalado anteriormente. Inicialmente, a autonomia com relação à “flexibilização” do horário de trabalho poderia ser vista como uma possibilidade de autonomia do profissional. Entretanto, quando analisamos em conjunto com a questão das horas “doadas” à instituição, essa realidade não parece mais tão vantajosa para o profissional. Cabe ainda destacar que as distintas constituições na rotina de trabalho dos profissionais podem estar relacionadas, justamente, com as diversas atribuições de cada um deles, discussão que será feita no item 7.2.

No que tange ao tempo de formação, observa-se a presença de profissionais formados desde um período considerável (P5 – 14 anos; P2 – 11 anos; e P4 – 10 anos), bem como profissionais com tempo de formação mais recente (P3 – 5 anos; P1, P6 e P7 – 2 anos). Possivelmente em decorrência do tempo de formação, os três profissionais formados há mais tempo apresentam experiência profissional em outros espaços sócio-ocupacionais. Em contrapartida, os quatro profissionais com menor tempo de formação possuem na CT seu primeiro emprego enquanto assistente social efetivamente. De alguma forma, é possível inferir que as CTs podem estar se constituindo como um campo de trabalho para os profissionais recém-formados, dentre outros fatores, decorrentes da própria diminuição das vagas no campo estatal que absorvia grande parte destes profissionais (ALENCAR, 2009).

Para além de um espaço profissional, as CTs e instituições correlacionadas também têm absorvido estudantes de Serviço Social diante de suas demandas de realização do período de estágio obrigatório. Dos sete profissionais, quatro deles dizem possuir estagiários, sendo todos eles oriundos de formações acadêmicas na modalidade EaD.

Outro fator que se destaca diz respeito ao fato de que P3, P6 e P7 já faziam parte do quadro funcional da CT antes mesmo de sua formação em Serviço Social, desenvolvendo outras funções na instituição. Após finalizarem sua formação acadêmica, passaram a integrar o quadro da instituição na condição de assistente social propriamente. É possível refletir que esse processo de profissionalização dos próprios funcionários das CTs pode estar relacionado com a necessidades destes profissionais em decorrência das exigências das legislações (discussão que faremos com maior profundidade no item 6.6.1) ou, eventualmente, com a percepção da instituição com relação à necessidade possuir um profissional de Serviço Social em seu quadro. Em ambos os casos, chama a atenção o fato de que as instituições optaram pela realização da alteração na função do profissional, de alguma forma, investindo na capacitação de pessoas da própria equipe.

Contudo, esse processo de transição, de outra função para a de assistente social, nem sempre se desenrola com a fluidez esperada: muitas vezes, havendo o acúmulo das novas atribuições enquanto assistente social com as atividades já anteriormente desenvolvidas; ou então a dificuldade de perceber a mudança na condição do profissional pela equipe e/ou pelos acolhidos.

O sujeito P6 apresenta essa questão de forma clara quando questionada sobre seu processo de transição das funções administrativas para a atuação enquanto assistente social dentro da própria instituição:

Entrevistadora: Como foi seu processo de transição, da função de administrativo para a função de assistente social?

Entrevistado: Assim, aí entrou outra menina no administrativo que era a [nome]. Ela ficou um ano e meio aqui comigo. E foi interessante porque eu consegui, nos primeiros dois meses, três meses, até ela pegar, fazia esse suporte com ela. Mas depois eu fazia visita junto com a [psicóloga], a gente fez várias visitas juntas. Então os atendimentos a gente consegui fazer o psicossocial que foi o ideal. Foi muito bom. É muito bom. Então depois que ela saiu, entrou outra menina que ficou três meses, aí ficou meio capenga assim. Eu vejo essa necessidade, essa minha ânsia assim também, de eu sair literalmente do administrativo. Não [consegui me desvincular] por causa dessa transição da outra menina ter saído. A outra também tá ali, começou agora, faz um mês. Então depois que ela pegar bem eu vou. Que eu já consegui desvincular nesse um ano e meio que entrou a outra menina, eu me desvinculei bem. [...] Ela [a presidente] não queria muito que eu saísse do administrativo, até hoje ela meio.

Até quando ela vai me apresentar pro pessoal: “Ah, é a minha secretária”. “Eu sou assistente social [presidente]”. Eu que tenho que reafirmar. Porque a cabeça dela era pra mim ser do administrativo. Até então essa menina que tá trabalhando agora. “Não, a gente tem que arrumar uma pessoa do administrativo. Não que foque em outro viés”. Porque se não, não dá certo.

Entrevistadora: Então a presidente nunca deixou muito definido o que ela queria de você como assistente social?

Entrevistado: Eu que tô aqui dando à minha maneira. Eu tô aqui, eu sou assistente social, não faço mais isso (P6).

A profissional P7, que também passou por um processo semelhante de transição de uma função administrativa para a condição de assistente social também fala que o processo não está totalmente definido, entretanto, com maior clareza e “apoio” por parte da coordenação da instituição.

Entrevistadora: Como foi esse processo de sua troca de função, para assistente social quando você se formou?

Entrevistado: Não sei se houve já totalmente este rompimento, essa divisão. Mas aos poucos percebe-se que tá acontecendo, né? Desvinculado daquilo que era feito, a mistura, né? E agora tá assim meio que padronizando o que é a atuação do profissional. Eu percebo que tá ocorrendo isso com o tempo, de uma forma lenta, mas ela tá acontecendo. É meio misturado. Hoje já não mais tanto. Já, desde que eu assumi, fui contratado como assistente social. Já, né?, hoje já tá bem mais resolvido isso (P7).

Já P3, que ingressou na CT faltando um ano e meio para concluir a graduação, afirma que o processo de transição ocorreu sem maiores impasses: “Foi tranquilo. Porque, na verdade, enquanto auxiliar administrativo, eu fazia meio que o papel de estagiária assim, de fazer encaminhamentos, mas não como profissional. Meio que uma técnica social, algo assim” (P3).

Ainda com relação à discussão do processo de formação destes profissionais P1 e P3 manifestam que realizaram a formação em Serviço Social na modalidade de Ensino a Distância – EaD, sendo que os demais profissionais a fizeram no modelo presencial. Apenas um dos profissionais, P1, ainda não iniciou nenhuma especialização. Enquanto P3, P6 e P7 estão cursando especializações relacionadas as temáticas da dependência química e P2, P4 e P6 referem já possuir pós-graduação prévia, o que se correlaciona com o tempo de formação destes profissionais, conforme já discutido anteriormente, sendo que P2 e P6 possuem pós-graduação em área relacionada ao trabalho em CT. Segundo levantamento do CFESS (2005), com relação à formação profissional, 55,34% possuíam apenas graduação, 36,26% possuíam especializações e somente 8,4% tinham concluído cursos de mestrado, doutorado ou pós-doutorado. Iremos ampliar a discussão a respeito

da formação profissional e atuação em CT no item 7.5, buscando apreender se os profissionais compreendem a sua capacitação como adequada para sua atuação em CT.

As atribuições profissionais, a exemplo da distribuição da carga horária, também apresentam configurações distintas para cada profissional. Dada sua complexidade, essa discussão será realizada de forma aprofundada no item 7.2.

7 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS E OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Com o objetivo de melhorar a compreensão e a interpretação das informações obtidas através da análise das entrevistas e das observações participantes realizadas, iremos apresentar neste capítulo os principais achados da presente pesquisa, expondo o material através de temas centrais/unidades de registro. A definição dos temas aconteceu conforme proposto, dentro da análise de conteúdo, por Câmara (2013).

Os temas centrais/unidades de registro elencadas são: a) ingresso do assistente social na CT e demandas legais; b) processo de trabalho e atribuições do assistente social na CT; c) sigilo profissional; autonomia profissional e poder institucional; d) autonomia profissional e poder institucional; e) formação profissional e atuação em CT; f) vivência na CT, conhecimentos sobre CT, rede de serviços e legislações; g) desafios e possibilidades do Serviço Social nas CTs. Iremos discorrer sobre os mesmos a seguir.

7.1 INGRESSO DO ASSISTENTE SOCIAL NA CT E DEMANDAS LEGAIS

Conforme já apresentado no capítulo 4.2.5, quando realizamos a discussão a respeito da equipe técnica na CT e os requisitos legais com relação aos profissionais integrantes da equipe multiprofissional destas instituições, observou-se que não há indicação expressa, nas legislações, com relação à necessidade das CTs possuírem profissional de Serviço Social em seu quadro funcional (BRASIL, 2011b; 2015b). Assim como, em termos de legislações nacionais, não há indicação com relação à necessidade de outros profissionais de forma específica, exceto a obrigação do responsável técnico possuir formação de nível superior.

Ainda que ausente tal obrigação oriunda de legislações nacionais, por outro lado, verifica-se que o Serviço Social e a Psicologia são as profissões de maior representatividade dentro das CTs brasileiras (IPEA, 2017). Especificamente, com relação às 80 (oitenta) CTs inicialmente pesquisadas para esta pesquisa, 40 (quarenta) delas indicaram a presença de ao menos um profissional de Serviço Social em seu quadro profissional. Neste sentido, torna-se relevante verificar como estes profissionais ingressam na CT e a partir de quais perspectivas, por parte deles e, também, por parte da instituição. Ou seja, quais seriam os motivadores para o ingresso do assistente social neste espaço sócio-ocupacional e quais expectativas construídas sobre sua atuação.

Dos sete profissionais entrevistados, três (P2, P4 e P5) são os primeiros assistentes sociais atuantes naquelas CTs, ou seja, anteriormente a eles não havia a presença do Serviço Social na instituição. Quando questionados sobre qual a perspectiva/motivação que a CT tinha com relação à sua atuação profissional naquele espaço, na ocasião da sua contratação, as respostas são muito interessantes:

Pela questão da regulamentação com a vigilância sanitária. Porque exigia um responsável técnico, né? [...] A primeira coisa foi para cumprir legislação. Não foi pensando assim: Ah, porque tem que fazer um trabalho, pensando. [...] Nem assim, pensando naquilo que o assistente social poderia fazer, entende? [...] Então assim, a primeira coisa que ele me disse é: “[nome], a gente precisa fazer um trabalho com essas crianças e com esses adolescentes. Eu não sei por que, tá dando muito problema, então precisa né?, sei lá, fazer um grupo, ou...”. Então isso foi o meu, a minha primeira coisa. [...] Mas daí, a partir do momento que eu fui conhecendo mais a instituição, primeira coisa eu sei, eu precisaria ter mais o conhecimento assim da instituição. Então eu iniciei o grupo com eles [os adolescentes], mas, mesmo assim continuei fazendo a minha observação do que era essa comunidade. Fui buscando documento, o que que tem da vigilância, se tem alvará de funcionamento, sanitário. Não tinha, não tinha nada. E dali a gente iniciou, fui até o Ministério Público e disse “Oh, esses são os adolescentes que a gente tem”. Conversei com o promotor, até pra ele saber. Ele disse: “Oh [nome], a gente precisa ver que público que vocês atendem”. Eu falei “Ótimo”. Só que assim, eu fui me resguardar na legislação também, né? [...] Precisa organizar direitinho essa dinâmica, como que fica isso. Não se tinha isso. Então eles foram percebendo que o negócio não era tão simples como parecia, pra gente desenvolver um trabalho efetivo não é de qualquer jeito que se faz, né? E assim, eu fui conversando também, devagarinho, também tenho paciência, né? [...] Essa organização foi junto com eles, porque daí vinha: “Pô, o que ela tá querendo dizer, a gente já faz desse jeito e agora ela vem com um monte de lei, um monte de coisa, que não se tinha nada disso antes”. Teve uma resistência. Mas assim, chamei vigilância sanitária, chamei tudo aqui minha filha, quiseram fechar a unidade[risos]. Chamei, mas daí disse que não fui que chamei, que foi o promotor. Isso tem que ficar em “off”, não podem saber [risos]. [...] Olha, o que eu posso te dizer. Eu nunca perguntei o que eles esperam de mim hoje assim. Eu vou fazendo aquilo que eu acredito que tem que ser feito, sabe. Eu tenho essa autonomia. Nunca me veio assim (P2).

Entrevistado: Eu sou a única, a primeira. Aqui em [nome da cidade] eu sou a primeira. Mas a minha atividade que fazia antes era a [nome], ela se formou em Teologia. [...] A ideia sempre era assim, ter um assistente social em cada comunidade terapêutica da rede [nome da rede de CTs], né? [...] até porque era uma solicitação do conselho, do governo, do estado, eu não sei em qual das esferas foi a solicitação, eu não lembro ao certo, agora.

Entrevistadora: Você acha que você ser contratada teve relação com essa exigência legal?

Entrevistado: Teve. Apesar de que também há visão. Eu lembro da época do [secretário geral] e [presidente] conversando comigo, né?, eles tinham muito a visão sobre o assistente social, a importância do assistente social dentro de uma comunidade terapêutica. Mas veio a coincidir com a questão de legislação também, para algumas pessoas que já estão há bastante tempo. Não preciso citar nomes né? [risos]. Bastante tempo na comunidade terapêutica. Só mais alguém pra fazer entrevista. A visão assim que eu lembro da equipe, do meu chefe era realmente assim uma visão de importância. Eu me senti valorizada na minha questão profissional (P4).

[Quando eu ingressei na CT] Ela [a presidente] não tinha a menor noção. Uma das questões foi a questão da legalidade. Inicialmente ela sabia que pra o projeto tinha que ter isso, tinha que ter aquilo. Que tinha que ter uma equipe, tinha que ter um assistente social. Na verdade, ela nem sabia direito o que o assistente social faz. Eu introduzi o Serviço Social aqui, não tinha. [...] Eu dava aula, na [nome da universidade]. Eu fui chamado pela coordenadora, na época para mim implantar o Serviço Social lá e um campo de estágio. Porque tinha muita gente querendo trabalhar com dependência química, mas não queriam CAPS. Os alunos e tal buscavam esse campo (P5).

Nas falas destes profissionais fica evidente que, inicialmente, a motivação principal das CTs para a contratação do profissional de Serviço Social diz respeito, essencialmente, à exigência legal de convênios e/ou parcerias específicas. Ainda que as legislações, em nível nacional, não realizem exigências específicas com relação à equipe profissional, alguns convênios municipais e/ou estaduais fazem a exigência de uma equipe mínima para pactuação. Ademais, também há a necessidade instituída pela legislação de cada CT possuir a figura do responsável técnico, que necessariamente deve ser um profissional de nível superior (BRASIL, 2011b; 2015b). Logo, a necessidade de um profissional de nível superior pode levar à contratação do assistente social para cumprir essa exigência em primeira mão, necessariamente, não vinculada com a percepção em si da necessidade deste profissional na instituição. Essas condições parecem ser grandes “motivadores” para a contratação e permanência destes profissionais nas CTs.

Ademais, em algumas situações, o assistente social é relacionado com o profissional de “captação de recurso/elaboração de projetos”, indicando assim um interesse financeiro e de manutenção da própria entidade, podendo, posteriormente, motivar sua permanência no quadro de profissionais.

Com relação aos profissionais que não são “desbravadores” dentro das CTs, mas que dão continuidade ao trabalho desenvolvido por outros colegas, um deles segue realizando a indicação de que a continuidade da permanência do profissional na instituição segue relacionada com a exigência de convênios.

Entrevistado: Porque na verdade assim, ela [a CT] sempre teve o convênio com a prefeitura. A prefeitura sempre exige.

Entrevistadora: Então na verdade tem o assistente social por conta da exigência da prefeitura?

Entrevistado: É. Na verdade é mais por conta da exigência. Eu acho que se não, assim se não tivesse muito exigência não teria o papel do assistente social. Porque talvez, na cabeça deles [da direção], muito o serviço que um assistente social faz, uma psicóloga faz (P1).

Entretanto, entre os quatro profissionais que dão continuidade ao trabalho de outros, não é mais presente a fala com relação à permanência do assistente social fortemente relacionada à questão das exigências de convênios. Diante disso, é possível ocorrer, ainda que inicialmente, que o assistente social ingresse na CT por questões não necessariamente vinculadas à importância da sua atuação propriamente. Entretanto, pode ocorrer que, ao longo do tempo, haja uma real valorização e reconhecimento de seu trabalho e atribuições profissionais. Fato esse que poderia, juntamente com os demais expostos, favorecer a permanência deste profissional na instituição.

A fala de P7 apresenta indícios dessa possível ampliação do olhar com relação às atribuições e importância do AS na CT: “Antigamente era muito mais por causa de convênios, por causa de projetos, eles colocavam alguém ali. Hoje já se discute muito isso, já se tem a ideia de que a dependência química não é algo isolado” e, portanto, precisa de profissionais que compreendam estas relações e determinações, inclusive, articulando com a rede de serviços. A fala “a ideia de que a dependência química não é algo isolado” (P7) pode ser um breve indicativo de uma compreensão de dependência química em uma visão mais ampliada de concepção de saúde. Entretanto, o profissional não se aprofunda nessa fala, não sendo possível identificar a partir de qual concepção de saúde que ele se apropria efetivamente para tal construção, concepções de saúde estas discutidas no item 2.3 do presente.

Outra questão relevante, como já exposto na fala dos profissionais inicialmente indicados, é o fato de que quando estes ingressam na CT não houve nenhuma forma de orientação, ou muito pouca, com relação às expectativas com sua atuação profissional e/ou qual direcionamento seguir. Em uma primeira leitura, poderíamos indicar esse fato como uma questão extremamente positiva, visto que permite ao profissional o desenvolvimento de sua autonomia e, conseqüentemente, de um processo de trabalho adequado para aquele contexto.

Entretanto, essa “autonomia” revestida de “você vai implantando, você vai sugerindo” (P5) encontra-se, em parte, relacionada com a própria compreensão limitada dos dirigentes das CTs com relação ao que faz o assistente social; e mais: o que faz o assistente social especificamente dentro da comunidade terapêutica. Possivelmente, essa condição implica ações profissionais desprendidas daquilo que a profissão prima, tais como desvio das atribuições profissionais e/ou incorporações de funções que não são próprias da profissão. Essa condição, concomitantemente, irá resultar em atuações profissionais extremamente distintas, sofrendo alterações conforme a CT na qual o

profissional desenvolve sua atuação profissional. Fato que iremos discutir melhor no item 6.6.2, ao discorrermos sobre as atribuições de cada profissional.

Outro ponto importante de destacar com relação ao ingresso do assistente social na CT diz respeito à forma como estes organizam a sua ação profissional. Entre os quatro profissionais entrevistados, que sucedem outros assistentes sociais que já atuavam naquele espaço, em alguns momentos, há indicações de que “copiaram” a atuação profissional anteriormente já construída. Observa-se também que a “transição” entre os profissionais e suas funções nem sempre é realizada de forma que permita ao sucessor, de fato, compreender aquilo que é realizado e/ou quais são os objetivos daquela ação profissional em si. Mais uma vez, a lógica parece ser de que cada profissional desenvolve seu processo de trabalho a partir de sua própria percepção e direcionamento daquilo que é “mais ou menos” necessário para aquele espaço sócio-ocupacional e público atendido. Neste contexto, não é possível verificar que a ação profissional seja construída considerando aspectos efetivos do conhecimento da realidade, dos sujeitos, a condição institucional e o planejamento, conforme preconizado por Miotto e Nogueira (2008).

É possível verificar essas condições na fala dos profissionais abaixo:

Entrevistado: Ao longo do processo eu fui entendendo, né? Porque eu tinha a outra assistente social, só que ela era só vinte horas. É uma profissional muito conceituada assim. E ela me ensinou assim, o básico, né? Mas ela não me explicou muito o que eu iria fazer. Mas ele me deu liberdade pra eu aprender. Então, é foi rápido, então eu aprendi muita coisa. Hoje eu falo que talvez preparada ainda pra outro mercado eu teria, né? Mas foi aos poucos que eu fui aprendendo. Ela só colocou uma relação. “Você faz isso, encaminhamento e tal e tal”. E eu fui me adaptando ao meu jeito de trabalhar.

Entrevistadora: Você ficou muito tempo com ela nesse processo de transição?

Entrevistado: Não, foi bem rapidinho, um dia, dois dias. Ela já deixou tudo anotado. Ela deixou pronto, assim como eu fiz com a [outra assistente social] agora. E aí eu fui me adaptando. Eu não conhecia nada da [nome da CT], não conhecia nada de comunidade terapêutica, foi tudo novo (P1).

[Quando] eu vim, a entidade tava sem assistente social há um ano e pouco. E, mas ela fazia mais ou menos o que eu faço. Até pelos registros que tinha e por eu conversar com os outros profissionais que tavam na entidade. Na mesma linha (P3).

Pelo que eu vi nos relatos e tinha uma pastinha dela aí. Ela fazia visita. Tinha bastante relatos dela com visita. Mas eu não sei se ela acompanhava reunião de equipe, essa parte eu não sei te informar (P4).

Na fala de P1, é possível observar que o processo de transição de uma profissional para a outra foi bem rápido, em torno de dois dias, onde as questões principais foram “anotadas”. Quando P1 se afastou para período de licença-maternidade, seguindo

o que já havia ocorrido anteriormente, novamente, o processo de transição para a outra assistente social também foi de um, dois dias e as informações repassadas através de anotações simples. Este fato acabou por interferir negativamente no processo de trabalho da nova assistente social, que, no momento de nossa visita, expressou por diversas vezes que “estava perdida”; ou seja, ainda não havia se apropriado de suas funções e atribuições naquele espaço. Os demais profissionais indicam que se basearem em documentos e/ou anotações do profissional que os antecedeu.

Este processo de transição desorganizado ou até mesmo inexistente remete à ausência de sistematização do trabalho do assistente social na CT, especialmente pelo fato de não haver uma lógica de trabalho minimamente estruturada. Essa condição acaba prejudicando ainda mais o ingresso de um novo assistente social na CT. Ainda que já exista outro profissional na instituição, a ausência de sistematização irá prejudicar consideravelmente esse processo de apropriação da ação profissional naquele espaço, sendo necessário a este “recomeçar” todo o processo de organização da ação profissional.

É importante destacar que as dificuldades de sistematização da prática profissional não dizem respeito, exclusivamente, à atuação do assistente social no espaço da CT. Guerra (2014) indica a ausência de cultura da sistematização da prática dentro da profissão de forma geral; associado a isso, a ausência da realização de pesquisa sobre o processo de trabalho, logo, ocasionando uma dificuldade de refletir sobre a prática profissional em distintos espaços sócio-ocupacionais. A ausência destes processos pode fazer com que as condições observadas no processo de trabalho, ausentes de reflexão, eventualmente, se constituam enquanto dogmas.

Ainda sobre o ingresso do assistente social na CT, é importante observar que ao mesmo tempo em que a CT realiza a contratação do profissional de Serviço Social sem ter muita convicção a respeito de quais serão suas principais atividades e atribuições, por outro lado, alguns dos assistentes sociais também relataram que não tinham muito conhecimento a respeito do que era e como funcionava uma CT na ocasião de seu ingresso na instituição. Algumas falas, inclusive, trazem alguns julgamentos e conceitos previamente construídos com relação ao público atendido naquele espaço, especificamente com relação à visão construída socialmente de que o usuário de álcool e outras drogas é um sujeito perigoso e violento.

As respostas dos profissionais, transcritas a seguir, fazem essa indicação:

Não, eu não tinha muito ideia, eu tinha mais medo do que ideia. Por que assim, todos falam, né? Eu tinha mais medo, ideia do que eu iria fazer lá não. [...] Pra mim foi um pouco assim, eu confesso que eu fiquei com medo. Acho que todos têm um pouco de medo. Ah, dependente químico. [...] E assim, aí eu aprendi bastante, aprendi com os meninos. Então não foi nada que eu pensei, o medo que eu tinha. Então o tempo foi me ensinando tudo. Então foi aonde que eu comecei, onde pra mim hoje seria fácil (P1).

Eu sabia algumas coisas. Mas do jeito como ia ser. Principalmente a questão de contatos, os atendimentos individuais, que ainda não está dentro daquilo que eu devo, ou que eu posso, ou enfim (P4).

Não sabia do que se tratava. Não sabia o que era. Entrei em choque com muita coisa. Entrei em pânico com muita coisa que eu via ali dentro. E isso foi um dos motivos que fizeram com que eu fosse ficando, ficando, ficando. Desmistificar aquela ideia e construir um novo modelo de reabilitação. Eu nem gosto de falar tratamento, eu gosto de falar reabilitação. Então um dos motivos foi esse, muitas coisas que eu não gostava e que eu não bati de frente logo de cara. E que eu fui criando estratégias, eu fui mostrando aos poucos. E, sabia muito da questão de acompanhamento familiar, que era muito voltado às questões de CRAS, CREAS, abordagem de rua. Agora o acompanhamento em dependência ele foi construído. Foi uma ação que ela foi construída. De acordo com o que eu fui apreendendo, de acordo com a necessidade das famílias. Então assim, por muitas vezes a gente sentou, a gente traçou o perfil das famílias. Traçou o que era mais importante dentro dessa demanda, dentro desse contexto todo. Mas, não sabia o que fazer e muito menos eles sabiam qual era o papel do assistente social dentro de uma comunidade terapêutica. Porque eles nunca tinham um assistente social ali. Porque que foi muito positivo e talvez porque que hoje eu tenho um reconhecimento profissional, porque foi tudo construído. Eu não peguei nada pronto, não tinha nenhum vício, não tinha nenhuma outra prática a não ser aquela que vinha construindo. E hoje ainda se questiona muita coisa (P5).

As falas expressam algumas dificuldades dos profissionais no processo de ingresso na CT, especialmente com relação ao desconhecimento do contexto institucional e suas peculiaridades, bem como do público atendido. Iremos ampliar essa discussão ao falarmos do processo de formação profissional e atuação em CT, no item 6.6.5.

Ainda neste contexto, é importante que tenhamos claro que é indispensável ao assistente social a compreensão com relação ao seu local de atuação e suas especificidades. Particularidades estas, quando comparadas aos demais, que não podem ser ignoradas. Afinal, o local onde o assistente social desenvolve sua ação profissional, necessariamente, irá trazer implicações sobre estas. Não se pode pensar no processo de trabalho do profissional desassociado “das organizações institucionais a que se vincula, como se a atividade profissional se encerrasse em si mesma e seus efeitos sociais derivassem, exclusivamente, da atuação do profissional” (IAMAMOTO; CARVALHO, 1986, p. 80). Em complemento, Guerra (2014) indica ainda a necessidade de o profissional reconhecer as particularidades do espaço em que atua profissionalmente, processo esse que se deve utilizar da dimensão investigativa e da condição de pesquisa

da profissão – condição muitas vezes negligenciada. Entre os profissionais pesquisados, somente P7 faz menção à realização de pesquisa dentro da instituição.

A partir das falas dos profissionais até aqui apresentadas, é possível verificar que, em sua maioria, o desconhecimento parece ser mútuo. A CT desconhece o papel específico do assistente social e este, por sua vez, desconhece a realidade do trabalho desenvolvido em uma CT. Com relação aos gestores de CT, verificam-se pequenas indicações de que o papel do assistente social na CT tem, gradativamente, se ampliado para além de responder à necessidade de um convênio em específico ou elaboração de projetos sociais. Não há indicações claras com relação aos motivadores dessa mudança, mas acreditamos estar relacionada com a própria atuação dos profissionais nestes espaços, o que permite maior visibilidade com relação à sua ação profissional e seus impactos. Ainda assim, não é possível afirmar que haja uma real compreensão das instituições sobre a atuação do assistente social neste espaço e nem mesmo por parte dos próprios profissionais.

Por outro lado, para além dos desafios dentro da própria formação profissional, cabe aos profissionais que atuam neste espaço realizar um processo efetivo de sistematização da prática profissional e de reconhecimento da CT enquanto um espaço sócio-ocupacional da profissão. Esse processo, sabemos, é lento e gradativo. Entretanto, necessário de ser construído e compartilhado com a categoria, através de processo investigativo e desenvolvimento teórico, como forma de valorização e delimitação da condição do AS em CT. Ademais, é indispensável organizar uma ação profissional que esteja amparada nas necessidades dos sujeitos a que ela se direciona, pensando assim em instrumentos adequados e planejamento dessa ação, não desconsiderando os próprios limites institucionais (MIOTO; NOGUEIRA, 2008).

7.2 PROCESSO DE TRABALHO E ATRIBUIÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL NA CT

Compreender o processo de trabalho do assistente social dentro da CT em conjunto com suas atribuições neste espaço foi uma das questões centrais que gerou grandes questionamentos e inquietações durante o desenvolvimento da pesquisa. Conforme realizávamos as entrevistas e as observações participantes, verificamos como a condição dos profissionais era peculiar em cada instituição, havendo alterações significativas no processo de trabalho de cada profissional, bem como em suas atribuições

profissionais. Deste modo, entendemos que este aspecto é de fundamental importância para o alcance dos nossos objetivos inicialmente propostos.

Quando questionamos os assistentes sociais com relação às solicitações profissionais que lhes foram colocadas na ocasião de seu ingresso na CT, as respostas apresentam uma variação interessante, indicando, de certa forma, a visão inicial da instituição e de seus dirigentes com relação ao trabalho desenvolvido pelo assistente social.

Sim, a [psicóloga – coordenadora] apontou que os principais trabalhos seriam o contato com família e como a gente não tinha motorista seria acompanhar acolhidos na saída, pra perícia, pra médico. A gente fazia, assim há cinco anos atrás era meio que um “colocar debaixo dos braços”, digamos assim né? Hoje não, hoje a gente tenta fortalecer neles autonomia, mas naquele tempo era meio de cuidado. Não sei nem se de cuidado, mas de “vigia” (P3).

É, colocaram a importância dessa questão das avaliações. Principalmente de avaliar e receber o acolhido, ou o residente, hoje se chama acolhido. De fazer essa avaliação da possibilidade dele ou não, da possibilidade de receber ele ou não na casa. Que precisava de alguém que tivesse esse conceito, esse parecer. Olha, nós temos condições ou não de poder ajudar essa pessoa. Então, as entrevistas e acolhimentos. Todos esses procedimentos, convênios, a parte de ligação também com a rede, contatos, se precisar, eventualmente. É, digitar documentos (P4).

Entrevistado: Na verdade, ela [a presidente da CT] nem sabia direito o que o assistente social faz. E ela me deu autonomia muito logo de cara. Ela disse assim: você vai implantando, você vai sugerindo. O que você entende que vai auxiliar a comunidade dentro da tua atuação profissional. Ela [a presidente] entende o assistente social muito em cima da minha atuação. Eu introduzi o Serviço Social aqui, não tinha. [...] Nossa, eu tive muita autonomia sempre e tenho até hoje.

Entrevistadora: O papel do assistente social hoje na instituição tem “a tua cara”?

Entrevistado: Tem, tem. Tem a cara do que eu acredito pra saúde mental, pra dependência química. Tem o desvio do foco do uso, da dependência, da adicção. É muito mais focado numa outra possibilidade de vida, de projeto de vida, de reinserção social, de mercado de trabalho, tudo isso (P5).

A gente conversou, né?, a expectativa que ele teria com a minha atuação. É claro que também, ele pode, como coordenador ele tem expectativa como alguém naquela função. Então me trouxe demandas voltadas a minha atuação, né? Pesquisar, pesquisa dentro da instituição, o atendimento com a reinserção social, diretamente. Todo esse diálogo, a reintegração profissional, buscar inserir eles em cursos profissionalizantes. Então todo, ficou comigo essa parte de oferecer pro usuário, dentro da reinserção social, dá esse encaminhamento. Uma coisa conjunta (P7).

A fala dos profissionais expressa claramente que, ao ingressar na instituição, não havia muita definição com relação ao que seria a atribuição propriamente do Serviço Social, condição que corrobora o que já havíamos discutido no item anterior. Ainda que na ocasião do ingresso na CT houvesse algumas indicações com relação às atribuições do

profissional, observa-se que essas são bastantes distintas, variando consideravelmente de profissional para profissional. Em algumas falas, há requisição de utilização de instrumentais específicos, como entrevistas e avaliações. Rapidamente é possível identificar que as atividades iniciais imputadas a estes profissionais foram de contato com a família, transporte/acompanhamento dos acolhidos para fins diversos, realização de avaliações iniciais para o ingresso na CT, organização de convênios, contatos com a rede de serviços, realização de pesquisa, acompanhamento de acolhidos em fase de reinserção social, reintegração profissional, entre outros. Somente um dos profissionais indicou que a CT esperava dele o desenvolvimento de pesquisa junto ao público final.

As atribuições são distintas e, de certa forma, acabam descaracterizando o Serviço Social em si, logo, não raro, sendo repassadas para esses profissionais as demandas não assumidas por outros profissionais e que, naquele momento, algum profissional necessitava assumir. Somente P5 apresentou uma fala que trazia elementos mais concretos no sentido da real construção de uma prática profissional mais reflexiva. Na fala dos demais entrevistados, é possível observar que as atividades profissionais vão sendo desenvolvidas a partir das demandas já existentes na instituição e que, de alguma forma, exigem respostas. O profissional é chamado para dar uma resposta, preferencialmente rápida, a partir delas, não sendo um processo muito claro de “pensar” o fazer profissional e seus objetivos.

Ocorre que uma prática irrefletida gera respostas com viés de imediaticidade (GUERRA, 2012). Ou seja, a partir do momento que a prática se torna um “simples” dar respostas rápidas e imediatas a questões pontuais, a ação profissional passa a ser reduzida, justamente por perder a própria definição do que é a ação profissional que, para além de uma dimensão operativa, também possui dimensões políticas e éticas (MIOTO, 2001 *apud* LIMA, 2004). Essa condição não é recente. Netto (1996, p. 121) já alertava para transformações societárias vindouras e suas influências frente à ação profissional, tais como as exigências do mercado de trabalho, que “tenderão, em função das transformações societárias em curso, a enfatizar ainda mais as resultantes prático-operativas do trabalho dos profissionais”.

Ainda com relação a essa ausência de reflexão e suas implicações na ação profissional do assistente social, Guerra (2012, p. 46) realiza uma discussão indicando os prejuízos, bem como a estreita relação com as condições objetivas do espaço profissional. Práticas irrefletidas acabam por contribuir para ações profissionais baseadas em respostas

oriundas do senso comum, o que se torna extremamente prejudicial para o profissional e, especialmente, para o usuário do serviço.

A dinâmica, as requisições e as condições objetivas sobre as quais a intervenção se realiza não são as mais adequadas à reflexão, a partir do que muitos profissionais se limitam apenas a realizar suas tarefas. [...] Tudo se passa como se o exercício profissional fosse isento da teoria, de uma racionalidade, de uma necessidade de se indagar sobre a realidade, de valores éticos e de uma direção política e social. Dadas as características acima mencionadas, o cotidiano profissional é pleno de requisições de cumprimento de normas, regulamentos, orientações ou decisões de superiores, os quais impõem ao profissional a necessidade de respostas as mesmas. Neste contexto, a prioridade é responder aos fenômenos, não importa como, disto resultando um conjunto de respostas profissionais rápidas, ligeiras, irrefletidas, instrumentais, baseadas em analogias, experiências, senso comum, desespecializadas, formais, modelares, em obediência a leis e superiores, sem a qualificação necessária para a distingui-las de respostas atribuídas por leigos (GUERRA, 2012, p. 46).

O profissional P5 expressa que, em decorrência dessa ausência de direcionamento no momento de ingresso na CT, foi possível que ele pudesse direcionar algumas ações da forma como entendia como mais adequada. Atualmente, a proposta do Serviço Social na instituição, segundo ele, “tem o desvio do foco do uso, da dependência, da adicção. É muito mais focado numa outra possibilidade de vida, de projeto de vida, de reinserção social, de mercado de trabalho” (P5). A fala deste profissional carrega consigo uma concepção a respeito de saúde. Trata-se de uma compreensão mais ampliada que tira o foco da doença em si e considera os demais aspectos relacionados na condição daquele indivíduo, muito próximo à concepção do modelo da Determinação Social da Doença (MOREIRA, 2013), embora não explicitada.

Avançando desse momento inicial de quando os assistentes sociais ingressaram nas CTs e as atribuições que lhe foram imputadas naquele primeiro estágio, com objetivo de verificar se houve algum processo de mudança efetivo, questionamos os mesmos com relação a quais seriam suas atribuições profissionais atuais. Assim como as respostas anteriormente apresentadas, novamente, há uma variação considerável no que é trazido pelos profissionais:

Aí eu trabalho com eles [os acolhidos], diretamente com eles. Aí seria a parte das documentações fica comigo. E assim eu não faço uma coisa. “Ah, a [nome] só faz isso”. A [nome] faz várias coisas. Muitas vezes até o papel de psicóloga assistente social faz. Então onde é a questão de documentação comigo, encaminhamentos, né? Encaminhamentos pra médico, encaminhamentos pra documentação, encaminhamento pro INSS. E a coisa que mais estressa um pouco é esses encaminhamentos pro INSS. Porque eles, o dependente químico né?, ele recebeu o dinheiro, praticamente a maioria vai embora, quando recebe.

[...] E a questão das documentações com as pastas, não sei se você viu. Eu sempre ficava ali com as pastas, preencher os formulários, eu sempre ia na outra sala, conversar com eles. E a gente tem um pouco de psicóloga também, né? E aí eu acho que a gente conversava mais, sempre que tinha esse tempinho aí (P1).

Então minha função hoje, né?, eu participo das reuniões de equipe, me posiciono, tenho autonomia, assim, pra dizer o que eu acredito ou não. Então se tem uma relação, assim, que se pode dizer boa, assim né? Conduzo grupo junto a psicóloga, o grupo de habilidades sociais né? Tem a parte da avaliação, da triagem, que também eu faço. E também organizo junto com [nome] a parte da reinserção, que era a [outra assistente social] que conduzia esse grupo, entende? Aí com a saída dela, ela passou o material, fico os grupos conduzidos com ele, mas ele vem e traz pra mim”. Oh [nome], to fazendo isso, como hoje”. É também pra *mim* sugerir, a gente acolhe (P2).

Entrevistado: Então, além de ser o PTO [“Pau pra Toda Obra”], né? [risos]. Ah, nós não temos secretária na casa, então muitas vezes a gente acaba fazendo esse trabalho também, que é de agendar qualquer coisa. Isso acaba, não sei se sobrando, se bem que eu acho que também faz parte da minha função, porque querendo ou não, eu sei o que tá acontecendo e se fosse uma terceira pessoa eu precisaria saber da mesma forma. São muitas as funções. Desde triagem até o desligamento. Todo o processo. E assim, os agendamentos de perícia, os agendamentos de consulta médica. Ah, por exemplo, tem um rapaz que é soro positivo hoje na casa e ele precisa de um atestado lá da saúde epidemiológica pra encaminhar o saque de FGTS. Aí a pessoa lá, a assistente social lá, espera o meu contato, pra pedir pra ela pra encaminhar tudo isso. Ou então, tem uma pessoa aqui que tem bolsa família e precisa recadastramento. Todos esses agendamentos assim. E processo de reinserção social, encaminhamento pra mercado de trabalho, preenchimento de currículo, relatório, atas de reunião de equipe, até de assembleia geral da entidade também é comigo. E, deixa eu ver mais o quê. E muitas outras coisas [risos].

Entrevistadora: E essa parte mais “terapêutica”, de acompanhamento e orientação?

Entrevistado: Ah sim. É que isso é tão corriqueiro que a gente acaba nem citando. Mas essa escuta ao acolhido sempre, né? Toda essa mediação com a família. Uma vez por mês eu faço uma reunião com familiares da entidade, antes do dia de visita. Quando é dia de visita na casa eu faço uma reunião. Só uma vez por mês. E o contato com a família então também é praticamente diário. Via WhatsApp, ligação, eles me procuram, ou eu procuro a família quando é necessário. Com a família só eu. A não ser no dia de visita, aí a psicóloga sim. Aí a gente trabalha, eu com a psicóloga, a gente tem uma troca muito boa. Porque uma coisa, não que ela abre o sigilo da terapia, mas algo que ela precisa pontuar relacionado ao acolhido, pra mim trabalhar com a família, a gente tem essa troca (P3).

Na verdade, assim, a principal função hoje dentro da comunidade terapêutica é a questão de todo o processo de reinserção social deles. Então a partir do momento que eles chegam a gente já começa a pensar na reinserção social. Até porque é um processo que para alguns demora mais, alguns demoram menos. Mas toda a questão de reinserção social e por consequência o acompanhamento familiar, essa é a principal função. Essa é a principal função do assistente social. Claro que alguns momentos eu peço ajuda, eu atuo com a [psicóloga], eu atuo com a [outra psicóloga], inclusive nas visitas. Mas a principal função é essa. Até tem toda aquela questão: encaminhamento para o mercado de trabalho, encaminhamento para benefício. Muito essa questão do fortalecimento de vínculo. Que também, a priori me parece também que é uma função da Psicologia, tá muito claro. Mas é uma função do Serviço Social também. [...] O cara chegou hoje, eu já atendo ele hoje, eu não espero ele chegar. Eu faço uma entrevista com ele de verificação do contexto familiar. Aí

verificado o relacionamento com a família, as questões de trabalho, tudo que envolve, todas as outras questões que não as de uso. Eu não pergunto, por exemplo, quantas pedras de *crack* ele usava. Qual era a droga de preferência? Até porque pra minha atuação isso pouco importa. Mas eu vou lá e esmiúço toda a vida social dele. Trabalho, relações, tá separado, não tá, tem filhos, tem pensão, tem questões com a justiça, tem isso, tem aquilo. Depois disso eu saio fazendo a visita, imediatamente, que é o que eu estou fazendo hoje. Logo em seguida. [...] A gente gosta quase que na primeira semana, entre a primeira semana e o décimo quinto dia. Que a gente faz isso. E aí a gente fecha o conhecimento da realidade social dele. Aí fecha as informações que a [psicóloga] tem, as informações que eu tenho na entrevista de verificação lá, passado por ele e pela família e mais a visita, que a gente elucida muita coisa. Aí a gente fecha esse momento todo e é onde a gente constrói o plano de atendimento singular deles (P5).

Eu que *tô* fazendo essa delimitação. Se fosse por eles eu fazia tudo, ia no banco, tudo mais. *Tô* colocando mais responsabilidade pra ela [o administrativo]. Apesar de a [presidente] vir pouco aqui. Eu acho que isso é bom. Porque daí eu consigo fazer essa delimitação do que eu faço, do que ela faz, o que ela pode fazer. Se deixar pela instituição você faz de tudo um pouco e não a tua competência. Então eu que consigo fazer essa. Hoje é fazer o acolhimento, o acolhimento. Fazer visita quando dá eu e a [psicóloga]. Quando não dá, só eu vou. A [psicóloga] fica mais aqui com as famílias. É, o que hoje eu quero, futuramente, daqui dois meses no máximo. Fazer grupo familiar, aqui. Esse que a [psicóloga] faz. Porque ela faz mais “psico”. Agora eu acho que era importante fazer a parte do social também, do Serviço Social dentro da [incompleta]. Em conjunto. Eu acho que daria mais certo em conjunto (P6).

Como meio de sistematizar e facilitar a visualização das atribuições atuais dos profissionais nas CTs, elaboramos a tabela 8, que apresenta tais atribuições, tendo como base o que eles trouxeram, como atribuições principais, nas entrevistas.

Tabela 8 – Resumo Principais Atividades Realizadas – Entrevistas

Profissional	Resumo Principais Atividades Realizadas – conforme entrevista
P1	Atividades relacionadas ao manuseio dos documentos dos acolhidos, encaminhamentos, preenchimento de formulários, “conversar” com os acolhidos.
P2	Participação em reuniões de equipe, conduza de grupo, avaliação inicial dos acolhidos/triagem.
P3	Agendamento de perícia e de consultas médicas, orientação e acompanhamento dos acolhidos. Acompanhamento na reinserção social, encaminhamento para o mercado de trabalho, atendimento, reuniões e orientações aos familiares.
P4	Avaliação para ingresso na CT. Acolhimento inicial. Refere seguir realizando as mesmas atividades para as quais foi designado no momento do seu ingresso na CT.
P5	Processo de reinserção social. Realização de visitas domiciliares e acompanhamento familiar.
P6	Triagem e acolhimento.
P7	Pesquisa sobre satisfação do atendimento. Reinserção social dos acolhidos, reintegração profissional, cursos profissionalizantes para os acolhidos. Refere

	seguir realizando as mesmas atividades para as quais foi designado no momento do seu ingresso na função de Assistente Social.
--	---

Fonte: Elaboração da autora (2019).

A partir das falas trazidas pelos profissionais, é possível observar que alguns destes profissionais já possuem um leque de atribuições laborais mais estruturado e institucionalmente estabelecido, embora a variação de instituição para instituição ainda seja considerável. Entretanto, outros ainda seguem incorporando em sua rotina profissional atribuições que necessariamente não seriam de sua competência profissional, tais como agendamentos de consultas médicas, organização de documentos ou demais rotinas administrativas. O que indica que, ainda que estejam já há um período considerável na instituição, por motivos diversos, ainda não foi possível afirmar a condição e especificidades da profissão de forma efetiva na rotina de trabalho.

Na tabela 9, abaixo, apresentamos um breve resumo dos nossos diários de campo oriundos de nossa atividade de observação participante nas CTs. O objetivo é apresentar as principais atividades realizadas pelos profissionais nos dias em que realizamos as observações participantes. A partir desta tabela, para além da fala dos profissionais, também é possível, de forma mais concreta, indicar quais são suas atribuições de fato e o que estão realizando no dia a dia da instituição. Foi assim verificado que alguns profissionais realizam tarefas que não estariam relacionadas com as atribuições e competências do Serviço Social, bem como que extrapolam consideravelmente o que eles apontaram em suas falas como atribuições principais.

Tabela 9 – Resumo Diários de Campo Pesquisadora

Profissional	Resumo das Principais Atividades Realizadas pelo AS
P8 ⁶⁰	<p>Quarta-feira (tarde) – 19/07/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realização de atividades administrativas (atendimento telefônico, organização de documentação). Profissional ainda com dificuldades com relação à sua própria organização, bem como saber quais são suas reais atribuições. - Solicitação de orientação sobre algumas demandas aos demais profissionais. <p>Quinta-feira (manhã) – 20/07/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realização da entrevista para a pesquisa com outra profissional (P1).
P2	<p>Quinta-feira (tarde) – 06/07/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realização de quatro entrevistas de pessoas com necessidade de ingressar no atendimento da CT – avaliação e orientações sobre o processo de atendimento, disponibiliza relação de documentos necessários para acolhimento. Entrevistas rápidas, visto que há somente um dia para entrevistas por semana. Atendimento por ordem de chegada. Após entrevista, o acolhido entra em fila de espera para ingressar na instituição. - Lanche da tarde com os acolhidos. Orientações às demandas trazidas por eles neste momento. Profissional vista como referência para definições e encaminhamentos. - Atendimento individual ao acolhido com relação ao acesso a dentista. <p>Sexta-feira (manhã) – 07/07/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - Café da manhã com os acolhidos. - Discussão com a equipe a respeito de uma pessoa em situação de rua que estava dormindo na entrada da CT. Realizados os encaminhamentos. - Orientação ao profissional que irá realizar o grupo de “reinserção social” com os acolhidos, discussão sobre o processo de condução e objetivos da atividade. - Orientação a acolhido referente a questões previdenciárias. - Realização de entrevista para a pesquisa.
P3	<p>Quarta-feira (manhã) – 23/08/2017</p>

⁶⁰ Conforme já havíamos indicado em momentos anteriores, a profissional da CT localizada na região da Foz do Rio Itajaí-Açu estava poucos dias atuando na CT. Nesse sentido, a mesma não se enquadrava em nossos critérios prévios para a seleção dos sujeitos da pesquisa. Entretanto, como soubemos da alteração do profissional somente no momento em que chegamos na CT, realizamos a observação participante com essa profissional; e a entrevista, no outro dia, com a profissional que tinha o tempo adequado de atuação na CT, entretanto, em afastamento de licença-maternidade. Desta forma, a entrevista foi realizada na residência da profissional, por opção da mesma.

	<ul style="list-style-type: none"> - Ao chegarmos ao escritório da CT, vamos, com o carro da instituição, até a sede da CT que fica a 20km da cidade. - Ao chegar na CT propriamente, participamos do “momento de integração” com os acolhidos, na capela. - Atendimento e orientações ao acolhido para acesso ao Benefício de Prestação Continuada. - Atendimento a acolhido que solicita marcação de consulta médica na Unidade Básica de Saúde. - Processo de desligamento de acolhido que optou por desligar-se voluntariamente do atendimento da CT. - Realização de registros de atendimento em prontuário (manual). - Entrega de luvas de borracha para acolhido, material para realização das atividades de limpeza da instituição. - Atendimento a acolhido em conjunto com a equipe técnica referente à situação de agressão física a outro acolhido. Discussão da situação e encaminhamento com a equipe. - Acompanhamento e orientação de acolhido com relação à situação de violência doméstica. - Aferimento de pressão de acolhido. - Organização das medicações dos acolhidos em conjunto com a Responsável Técnica. - Verificação das questões financeiras de acolhidos. - atendimentos telefônicos diversos. - Almoço com os acolhidos e demais membros da equipe. <p>Quinta-feira (manhã) – 24/08/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inicialmente permanecemos no escritório da CT na região central. - Prestadas orientações para as famílias através de contato telefônico e aplicativos de mensagens (telefone pessoal). - Verificação do processo para atualização de Cadastro Único. - Encaminhamentos para desligamento de acolhido, com ideação suicida, encaminhamento para atendimento especializado. Como não havia outro profissional (técnico – nível superior) disponível na CT, foi necessário ir pessoalmente até a instituição para encaminhamentos. - Atendimento de familiares que vieram até o escritório para entrega de pertences pessoais de acolhido. - Encaminhamento de auxílio-doença de acolhido. - Intermediação de conflito familiar, através de aplicativo de mensagens pessoal. - Realização de entrevista para a pesquisa.
P4	<p>Quarta-feira (tarde) – 23/08/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realização de acolhimento (idoso acompanhado de familiar), realização de avaliação socioeconômica, dada a inexistência de convênio, preenchimento de documentações necessárias.

	<p>- Realização de acolhimento (adulto), entrevista já realizada em outro momento. Entrega de documentação e orientações com relação ao acesso ao auxílio-doença. Orientações com relação ao acesso à saúde do filho do acolhido.</p> <p>- atendimentos telefônicos diversos.</p> <p>Quinta-feira (tarde) – 24/08/2017</p> <p>- Reunião de equipe: devocional (momento de leitura bíblica e reflexão), leituras das ocorrências do dia anterior, planejamento das atividades diárias. Essa reunião sempre é pela manhã, sendo duas vezes na semana realizada no período da tarde para possibilitar a participação da assistente social, que trabalha no período da tarde.</p> <p>- Entrevista com adolescente. Orientações com relação ao funcionamento de uma CT, formas de acesso e entrega de documentação.</p> <p>- Realização de grupo com os acolhidos que se encontram na última fase do atendimento. Discussão a respeito das dificuldades encontradas quando realizam as saídas para visitas periódicas aos seus familiares: ansiedades e desafios presentes, bem como formas de enfrentamento.</p> <p>- Realização de entrevista para a pesquisa.</p>
P5	<p>Quarta-feira (tarde e noite) – 16/08/2017</p> <p>- Durante o período em que o profissional me mostrou o espaço físico da instituição, realizou mais de cinco orientações aos acolhidos sobre questões distintas (acesso ao mercado de trabalho, retorno sobre visitas familiares, dúvidas sobre o processo de finalização do acolhimento, etc.).</p> <p>- Atendimento a três adolescentes em decorrência de conflito que ocorreu entre eles.</p> <p>- Atendimento ao adolescente que retornou para a CT no dia hoje, prestadas orientações e efetuada revistas em seus pertences.</p> <p>- Discussão de situação com a psicóloga da CT.</p> <p>- Realização de visita domiciliar para familiares de acolhido.</p> <p>- Realização de entrevista para a pesquisa.</p>
P6	<p>Quarta-feira (manhã) – 16/08/2017</p> <p>- Esse profissional não atua diretamente na CT, mas sim no escritório que realiza o acolhimento inicial na parte central da cidade.</p> <p>- Atendimento telefônico e rotinas administrativas.</p> <p>- Acolhimento de mãe de adolescente que solicitou desligamento da CT. Prestadas orientações. Adolescente retorna com encaminhamento do CAPSi e determinação judicial. Atendimento ao Oficial de Justiça que traz nova determinação judicial para acolhimento do adolescente. Realizado novo processo para atendimento do adolescente.</p> <p>- Atendimento de demanda espontânea, solicitando encaminhando para a CT. Atendimento conjunto com a psicóloga. Não há vagas na CT no momento. Articulação com a rede e encaminhamento para outra instituição.</p> <p>Quinta-feira (manhã) – 17/08/2017</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Atendimento de demanda espontânea. Familiares procuram atendimento para orientações com relação a como funcionaria o acolhimento em CT. Prestadas orientações e entrega de documentações. - Atendimento de acolhido e seus familiares. Já havia sido realizada a entrevista e orientações em momentos anteriores. Assinatura de documentos e encaminhamento para a CT efetivamente. - Realização de entrevista para a pesquisa.
P7	<p>Quinta-feira (manhã e tarde) – 31/08/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reunião de equipe: devocional, leituras das ocorrências do dia anterior, planejamento das atividades diárias. Presente estagiária de Serviço Social que expôs seu projeto de intervenção. - Durante o deslocamento até a sua sala, realizou duas orientações a acolhidos distintos: acesso ao auxílio-doença e dúvidas com relação ao pagamento de pensão alimentícia. - Realização de registro em prontuário (eletrônico) de acolhido do programa de reinserção social que não retornou de visita aos seus familiares. - Solicitação de outro funcionário para auxiliar na questão de documentação de um acolhido. - Reunião com acolhidos que se encontram no programa de “Reinserção Social”, verificação de demandas e encaminhamentos. Acolhidos destacam dificuldades de ingressar no mercado de trabalho formal. - Assembleia com todos os acolhidos da instituição. A atividade não era realizada há mais de 4 meses. Neste espaço, o objetivo é que os acolhidos realizem críticas, elogios e sugestões com relação à instituição e forma para qualificar o atendimento. Todos os funcionários também participam da atividade. As demandas são levadas para a reunião de equipe para posterior retorno aos acolhidos. <p>Sexta-feira (manhã e tarde) – 01/09/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reunião de equipe: devocional, leituras das ocorrências do dia anterior, planejamento das atividades diárias. Trazida a demanda que há poucos funcionários para atendimento individual. Sugestão que o assistente social também realize as atividades de “terapeuta”. - Discussão a respeito das solicitações dos acolhidos na assembleia. Dificuldades da equipe em realizar a avaliação sobre. - Realização de dois atendimentos individuais a dois acolhidos do programa de “Reinserção Social”. Escuta, acolhimento e encaminhamentos. Todos trazem dificuldades com relação ao ingresso no mercado de trabalho formal. - Aplicação de questionário com os adolescentes sobre o atendimento da CT, em decorrência de pesquisa institucional que o assistente está realizando, a pedido da coordenação da CT. - Reunião com profissionais do CAPSad para organização do fluxo de atendimento e interlocução com a rede. Profissionais do CAPSas trouxeram uma postura de parceria com o trabalho desenvolvido pela CT. - Realização de entrevista para a pesquisa.

Fonte: Elaboração da autora (2019).

A partir de uma leitura atenta da tabela anterior, associada à fala dos profissionais, torna-se ainda mais fácil visualizar como as atribuições dos profissionais são distintas em cada uma das CTs, sendo que em poucos momentos podemos verificar atribuições próximas entre um e outro profissional. Ademais, as demandas, em parte, não se originam em decorrência do usuário do serviço, mas da instituição, ou seja, a partir daqueles que efetivamente o remuneram, condição essa também não exclusiva da atuação em CT, mas verificado em outros espaços sócio-ocupacionais (IAMAMOTO; CARVALHO, 1986).

A maior proximidade de atribuições foi identificada entre P2, P4 e P6, pois eles realizam, em conjunto com outras atribuições, atividades de avaliação inicial para acolhimento das pessoas que buscam a instituição. P5 e P7 são os profissionais que indicam que trabalham de maneira direta com o processo de reinserção social dos acolhidos. Entretanto, observa-se que a forma como essa ação se estrutura na rotina destes profissionais é bastante diversa, não indicando estarem direcionada para o mesmo fim. Uma distinção que podemos citar é o fato de que P5 inicia o processo de reinserção social já no momento que o acolhido chega até a CT, enquanto P7 inicia, justamente, ao final do processo de atendimento. Condição essa que por si só já traz indicações de percepções diferenciadas a respeito das formas de atendimento.

A profissional P8 apresenta uma rotina de atividades basicamente administrativa, com pouco contato com os acolhidos. Possivelmente, essa condição é decorrente da recente inserção da profissional na CT e o processo de reconhecimento do espaço ocupacional ainda em desenvolvimento. Entretanto, P6 – que já se encontra a um período considerável atuando na CT – ainda realiza atividades administrativas que, muitas vezes, se sobrepõem às competências do Serviço Social em si, sendo as questões administrativas sempre colocadas como “prioridade” no comparativo com as demais.

Os sujeitos P2, P3 e P5 apresentam em sua rotina uma condição de maior convívio e interação com os acolhidos da instituição, para além dos momentos formais. Essa condição estaria vinculada com os princípios das CTs primitivas com relação à convivência em comunidade (FUSSINGER, 2011; LEON, 2012, MILLS; HARRINSON, 2007; WHITELEY, 2004), discussão que será aprofundada no item 6.6.6.

Quando realizamos a análise das atribuições destes profissionais a partir da óptica das ações profissionais dos assistentes sociais na política de saúde, conforme proposto por Mioto e Nogueira (2008), observamos que alguns processos se apresentam de forma mais presente do que outros. Os **processos político-organizativos e de**

planejamento e gestão, por exemplo, são identificados nas ações desenvolvidas por P7, quando este profissional fala das atividades de pesquisa sobre o processo de atendimento, reuniões para organização de fluxo com a rede e através do desenvolvimento de atividades de assembleia junto aos acolhidos, como espaço de escuta e discussão de suas reivindicações, embora com avanços não muito significativos juntamente à equipe técnica. Ademais, outras atividades que se encaixam neste aspecto dizem respeito à observação das legislações pertinentes e encaminhamentos da instituição para estarem em acordo com as legislações, função essa que foi citada por P2 como central no seu processo de ingresso na CT.

Na atuação observada dos demais profissionais, verificou-se a existência predominante dos **processos socioassistenciais**, do atendimento ao usuário em suas demandas propriamente, representados nas quatro subcategorias propostas por Miotto e Nogueira (2008): a) ações periciais, essa com menor presença; b) ações socioemergenciais, que dizem respeito ao retorno das demandas imediatas dos usuários, que são desenvolvidas de forma recorrente, até mesmo, dentro de um modelo “automático”; c) ações socioterapêuticas, bastante presente; d) ações socioeducativas, representada, por exemplo, através dos grupos terapêuticos.

Ademais, ainda é importante frisar que muitas das ações realizadas por estes profissionais, mesmo que se enquadrem na classificação de processos político-organizativos e de planejamento ou gestão ou processos socioassistenciais, necessariamente não significam que são atribuições e competências vinculadas ao Serviço Social em si. Deste modo, não são contempladas no que se constitui como as atribuições e competências da profissão (BRASIL, 2012c).

Essa condição é reconhecida por alguns dos profissionais entrevistados. Eles expressam que, em alguns momentos, acabam incorporando em sua rotina atribuições e responsabilidades diversas, que não seriam de sua competência profissional.

Eu acho que eu sou muito metida, entende? [risos]. Porque às vezes é eu que quero me enfiar onde eu não devo. Eu vejo a coisa pra fazer, eu vou lá e resolvo, porque eu vejo que aquilo ali é de interesse. Não que de repente não seja, né? Mas, por exemplo, ali, a questão de saúde (P2).

Na fala desse profissional, é possível perceber de forma clara a realidade da sobreposição de funções. Em sua condição, assim como de outros profissionais entrevistados, o assistente social também assume as funções de responsável técnico,

conforme previsto na legislação (BRASIL, 2011b; 2015b). Entretanto, nem sempre a delimitação entre as duas funções parece ser estabelecida de forma muito clara. Na dinâmica institucional e dos processos de trabalho, os profissionais acabam por possuir um considerável acúmulo nas funções por eles desenvolvidas, sem delimitação entre a função de assistente social e a função de responsável técnico, embora a fala da profissional seja mais no sentido de que ela própria acabou por assumir aquela função para si, sem uma “determinação” direta da instituição. Mesmo assim, ainda é possível verificar que há funções que o assistente social acaba por “tomar para si” em decorrência da própria organização da instituição e/ou ausência de profissionais específicos para tal.

A própria rotina e metodologia das CTs, de algum modo, também exerce influência sobre as atividades dos profissionais que, por vezes, não são necessariamente vinculadas às atribuições do Serviço Social em si. A profissional P5 traz uma fala que expressa bem essa realidade:

Talvez por essa, essa, [pausa] prática de comunidade terapêutica que você tem que ser solidário, que você tem que, que você tem que fazer tudo em alguns momentos porque é tão grande a questão que não pode esperar. Hoje eu fiz uma função que não é minha lá. Tu viu que eu fui acolher o guri. Uma coisa é eu fazer o acolhimento dele no processo. Outra coisa é eu fazer o acolhimento institucional. Aquele não é função minha. Mas aí como não tinha ninguém, por questões de gênero mesmo. A [psicóloga] não ia fazer, então eu fui lá e fiz. Até porque ele tinha uma outra questão de uma possibilidade de doença, de agressão, então ele eu optei por eu fazer. Mas nós fazemos sim. Mas eu bem pouco.

Nessa fala, o entrevistado faz referência ao atendimento que havia realizado anteriormente, que diz respeito a um adolescente que havia chegado na instituição e que necessitava passar pelo processo de “revista pessoal”, previsto em regulamento interno da mesma. Essa atribuição, em sua maioria, é dada ao monitor, entretanto, naquele momento, este profissional não estava disponível. Logo, ele acabou assumindo essa atribuição momentaneamente, embora, não relacionada diretamente às funções do assistente social.

Outros dois profissionais também expressam falas relativas a essa condição de “agregar” outras funções:

Então, além de ser o PTO [“Pau pra Toda Obra”], né? [risos] [...] Por exemplo, ali embaixo onde acontece a triagem, na casa de apoio, aqui embaixo, é o nosso estoque de alimentos. Então ali a gente recebe doações. E como eu tô lá terça e quinta, eu que faço esse recebimento, eu acabo recebendo e organizando já

no lugar com a data de validade. Então assim, não é função do assistente social, mas é algo tão natural que não, não tem como a gente não fazer (P3).

Eu também tô organizando a pasta de louvor, cuidado disso um pouquinho. Organizo o grupo. Não é minha função, entre aspas, mas a instituição não tem alguém que tenha a função para isso. Então a gente acaba assumindo essas pequenas coisas, mas é dentro (P4).

Essa lógica de agregar funções pode ser considerada, entre outras questões, como uma espécie de “estratégia de sobrevivência” das CTs. De forma geral, as CTs não possuem fontes de rendas específicas e recorrentes. Como visto no item 4.2.6, estas instituições possuem fontes de financiamento que variam entre doações, contribuições dos acolhidos e parcerias público-privado: recursos que não possuem uma condição de continuidade. Neste contexto, os recursos tendem a ser extremamente variáveis, não favorecendo e/ou possibilitando a contratação de profissionais para algumas funções.

Essa condição, não raramente, implica que as CTs mantenham equipes de profissionais bastante limitadas. Em sua maioria, priorizam as categorias profissionais que, de alguma forma, são exigidas pela legislação e/ou por convênios específicos. Isso acarreta que, em sua maioria, na realidade das CTs pesquisadas, sempre é constatado um “déficit” de profissionais. O que é representado no dia a dia da instituição, sempre havendo a impressão de que muito deve ser feito e poucos profissionais para fazer esse muito. Resgatando a fala de P5: “você tem que fazer tudo em alguns momentos porque é tão grande a questão que não pode esperar”.

A partir dessa condição, podem-se compreender alguns dos motivos pelos quais alguns profissionais apontam que acabam desenvolvendo funções que, em um primeiro momento, não seriam uma atribuição do Serviço Social. Trata-se, em grande parte, de uma necessidade da própria instituição, que acaba por utilizar o profissional para a resolução de questões mais “emergenciais” do que para o aprofundamento deste nas questões que propriamente ele poderia desenvolver. Em alguma medida, os profissionais parecem compreender a realidade da instituição e realizam essas atividades “extraordinárias” sem maiores enfrentamentos ou questionamentos.

Neste sentido, trazemos a fala de Guerra (2014, p. 47), que ilustra de forma muito interessante essa realidade. Uma realidade que parece extrapolar a atuação do assistente social no espaço da CT, mas mostra-se como condição também presente em outros contextos profissionais, relacionado, em parte, com a própria gênese e processo de constituição da profissão:

Também penso que seja importante a consideração de que se trata de uma profissão que, por vezes, é identificada com vocação, prática de ajuda e/ou militância, pautada em valores anticapitalistas, românticos e humanista-cristãos. Assim, dos espaços sócio-ocupacionais recebe o imperativo: “*Faça ou não será considerada comprometida*”. Apoiada num eticismo, que supõe que as condições objetivas da realidade possam ser subestimadas ao “compromisso” e à boa vontade da profissional, desencadeiam-se posturas voluntaristas e messiânicas que historicamente nos têm levado à incorporação gradativa de funções genéricas, demandas inespecíficas, meras atividades que não cabem a nenhuma profissão, sob o argumento conformista do “*afinal, não custa nada*” [grifos da autora].

Obviamente que esse acúmulo de atividades/funções e práticas de “ajuda” acabam repercutindo, de algum modo, nas condições de trabalho objetivas destes profissionais. Quando questionados se eles se sentem sobrecarregados em suas atividades, alguns dos profissionais relatam que a maior sobrecarga não está relacionada com as atribuições do Serviço Social em si, mas com as demais atividades que estão agregadas em sua rotina na instituição.

Em algum momento sim. Sim, sim. Mas aí eu penso também. “Poxa, eu não sou a Mulher Maravilha”. Mas daí vem aquele negócio do messianismo de pensar que a gente pode fazer tudo. Mas também não aquela coisa engessada que eu não posso fazer tudo. Tem esses dois, de pensar esses dois extremos (P2).

Na época [que acumulava a função de Responsável Técnico], sim. Hoje não. Hoje bem tranquilo. Mas na época muito sobrecarregado. Meu Deus do Céu. Quando eu fazia mais horas. Mas na verdade é aquilo que te disse. Eu ganhava pra fazer trinta, mas fazia quarenta, cinquenta. Por exemplo, ninguém vai na comunidade quando dá um conflito. Quem é que vai? Eu. E aí não é nem por uma imposição. Mas é porque eu tenho uma especialização em mediação social, porque depois eu fiz um outro curso bem longo no Tribunal de Justiça sobre conciliação. Então é muito mais por questão de habilidade e porque eu gosto. Aquilo que eu te falei. Eu sou controlador, então eu não consigo, eu sofro muito quando eu não faço parte do processo. Preciso estar à frente dele, mas hoje eu já aprendi que nem sempre é possível isso e nem é saudável. Então. Mas é isso, hoje eu não estou sobrecarregado. Mas já teve uma questão de precarização do trabalho, não por outras questões, mas pelo excesso teve (P5).

Entrevistado: Sim. Assim, aí como é que eu posso te explicar. Quando tava essa menina que pegou o administrativo, um ano e meio, tava tranquilo. Que eu fazia só no Serviço Social e tirava alguma dúvida com ela. Agora que a [administrativo] que tá aqui com a gente, eu tenho que fazer um pouco de lá, um pouco de daqui, um pouco. Visita é uma coisa que eu não to conseguindo fazer, porque não dá tempo. Porque que é só quatro horas. Então nesse período, que tá acontecendo essa transição, eu tô sobrecarregada. Que a gente acaba fazendo coisas que não.

Entrevistadora: Você acha que caberia um outro profissional de Serviço Social aqui ou uma carga horária ampliada?

Entrevistado: Talvez uma carga horária ampliada, uma carga horária ampliada. Ou até, pensei já em sair daqui. Já umas duas, três vezes já pensei em pedir a conta. Pra ter outro profissional que ficasse aqui às 40 horas. Eu trabalhava oito horas antes, aí quando passei no concurso diminuí pra metade. Trinta horas já daria conta um assistente social. Até já pensei nisso. Até a [psicóloga]: “Se a [nome da assistente social] sair”. Que teve uma fala de eu

pedir pra sair, teve confusão assim. “Ah, a [nome da assistente social] vai sair, a [nome da assistente social] vai sair”. Daí eu disse: “Gente, calma. Eu não vou sair agora. Em algum momento vou sair, mas agora não”. Daí a [psicóloga] pegou e pontou: “Eu vou precisar de uma assistente social comigo, não vou dar conta sozinha”. Daí onde eu disse: “Não, então vamos deixar se organizar as coisas. A [administrativo] pegar bem e eu fazer a parte do Serviço Social”. Mas aqui precisa. A gente vê que precisa de uma assistente social aqui no escritório, pra demandas das famílias, do acolhimento. E um lá dentro da comunidade. Tem que ter dois profissionais. Um não dá conta. Quando eu falo da nossa equipe, todo mundo fica: “Meu Deus, como vocês conseguem?”. Porque é difícil, né? “Não, a gente não tem perna” (P6).

Não como assistente social, como profissional de assistente social eu não poderia dizer que estou sobrecarregado. Mas como profissional da instituição, como um todo, aí sim. Tem momentos que tu sente: “Pô, é bastante coisa, né? Tem que avaliar, acho que tá sendo demais” (P7).

A fala dos profissionais reforça ainda mais a questão do acúmulo de algumas funções e como essa condição, efetivamente, afeta seu processo de trabalho, frequentemente trazendo sobre estes uma carga de trabalho extra. Ainda com relação a esse “acúmulo de atividades” dos profissionais, essa parece não ser uma particularidade exclusivamente da atuação do assistente social em CT. Em outros espaços sócio-ocupacionais, também é possível perceber essa sobreposição de atividades colocadas ou agregadas sobre/no profissional (ALVES, 2018).

Outro ponto relevante é que, durante o processo de acompanhamento dos profissionais, observou-se que muitos deles fazem uso de aplicativos de mensagens, em seu telefone particular, para comunicação com a equipe da instituição e, algumas vezes, até mesmo com os familiares dos acolhidos. O uso dos aplicativos de mensagens como instrumento de trabalho tem se estabelecido, cada vez mais, como uma condição presente. Entretanto, a ausência de regulamentação sobre tal condição pode acarretar suposta disponibilidade do profissional a todo o momento (ALVES, 2018), tanto para os profissionais da instituição como para os familiares, o que implica uma sobrecarga de trabalho, possibilitando, ainda mais, o acúmulo de outras atribuições e responsabilidades. Isso se alia, de alguma forma, ao que já foi expresso: o profissional despende horas a mais pelas quais foi contratado a fim de dar respostas às demandas existentes, contudo, nem sempre sendo valorizado ou recebendo o proporcional financeiro correspondente a esse trabalho a mais.

Ao mesmo tempo em que o Serviço Social carrega consigo essa “herança cultural” de agregar funções que não são suas, apoiado na prática da “boa vontade”, o contraponto perigoso é que, em alguns momentos, pode ocorrer de suas competências e atribuições profissionais acabarem por ser absorvidas por outras áreas profissionais,

justamente nessa indefinição daquilo que o assistente social realmente faz. Tal fato borra, esmorece as linhas e fronteiras entre uma profissão e outra.

Destacamos a fala do entrevistado P1, que chamou a atenção pelo fato de que, quando questionado a respeito das atribuições profissionais, apresentou uma fala um pouco confusa com relação à sua atribuição enquanto assistente social. “A psicóloga muitas vezes fazia a minha [atribuição], eu fazia a dela. Mas por opção nossa, não porque eles exigiam. Mais por opção nossa” (P1). Neste contexto, parece que essa possibilidade de exercer várias atividades/atribuições dentro da CT acaba por extrapolar limites colocados pela própria regulamentação e especificações de cada profissão. Este aspecto torna-se uma questão que incita preocupação sobre a forma como a equipe multidisciplinar tem se posicionado e trabalhado em algumas CTs, visto que ser multidisciplinar ou interdisciplinar não quer dizer que todos os profissionais devam fazer tudo, incluindo aí atribuições de outras profissões (SAUPE *et al.*, 2005).

Em tese de doutorado de 2018, Alves investiga as demandas que são atribuídas aos assistentes sociais em serviço de saúde de alta complexidade. A partir de sua pesquisa, o pesquisador indica que, no contexto do trabalho do assistente social em um serviço de saúde, algumas demandas, originalmente do Serviço Social, passam a ser incorporadas como “da instituição”, sendo estas, então, de alguma forma, respondidas por outros profissionais. Alves segue sua discussão indicando que essa condição esteja relacionada com a ausência de espaço do assistente social dentro da própria instituição – ou a falta de participação efetiva deste –, o que acaba retirando o espaço de troca e de diálogo do profissional com a equipe. Essa condição é muito próxima do que foi verificado nas CTs.

Ainda ao falarmos do processo de trabalho e atribuição destes profissionais, outro ponto relevante é com relação à forma como as demandas chegam até os profissionais, visto que este é um indicativo do fluxo de atendimento dentro da própria instituição. Neste contexto, também observamos características bem específicas, algumas delas expressas nas falas dos profissionais que seguem:

A equipe que traz, a equipe que traz a maioria das vezes. Às vezes acontece. Poucas vezes, né? Que o próprio residente aborda, sabendo que eu sou assistente social, então ele vem. [...] Mas normalmente é a equipe que... O terapeuta que identifica ali (P7).

Entrevistado: É espontânea.

Entrevistadora: A equipe te encaminha algum usuário para falar com você?

Entrevistado: Não, na verdade eu que faço isso. É o inverso. Eu é que digo. É que por mais que eu esteja menos tempo ali, o meu acompanhamento é muito próximo deles. Então eu é que faço isso. “[Psicóloga], fulano de tal tá com

dificuldade nisso, nisso e na naquilo”. Dentro do que eu posso falar. E daí eu digo: “Quem sabe você possa falar, dê uma conversa com ele, já tá na tua agenda?” (P5).

Com base nas falas dos profissionais, associadas à vivência e ao processo de observação realizado nas CTs, verifica-se como esse “fluxo de demandas” ocorre tendo presentes as demandas, mas ausente a organização deste fluxo. Em muitas CTs, com destaque para aquelas em que o assistente social já se encontra há mais tempo na instituição, logo, sendo um profissional de referência, as demandas são trazidas de forma naturalizada pelos acolhidos e pela própria equipe. Em qualquer espaço da CT, seja na sala do profissional ou durante uma caminhada no espaço de convívio, recorrentemente o profissional é abordado pelo acolhido que traz alguma demanda e/ou solicitação. Percebe-se, portanto, que as exigências são contínuas – e até chegam de forma repentina –, mas há falta de uma “metodologia” organizacional, uma ordem que possibilite o atendimento dessas inúmeras e constantes demandas.

As questões trazidas pelos acolhidos até o profissional são diversas, também sofrendo variações de instituição para instituição. Ora dizem respeito à necessidade de contato com algum familiar, acesso à medicação, profissional de saúde, encaminhamentos de documentação, auxílio-doença, retorno com relação a algum encaminhamento ou solicitação que o profissional realizou anteriormente, comunicação de alguma dificuldade no relacionamento com colegas e/ou profissionais da instituição ou mesmo verificação de possibilidades de exceções ao funcionamento/regulamento interno da instituição. Observa-se que muitas das demandas são relacionadas ao próprio processo de funcionamento da instituição, mas não estão necessariamente vinculadas ao processo de trabalho e atribuições do assistente social.

Essa dinâmica, por um lado, parece ser positiva, pelo fato que denota a facilidade de acesso dos acolhidos ao atendimento do assistente social. Uma espécie de informalidade no processo de atendimento, bem como expressa a questão do vínculo e da confiança para com o profissional, embora esse quesito pareça estar muito mais vinculado com a condição pessoal do que profissional. Ao mesmo tempo, também se pode verificar uma certa informalidade em alguns atendimentos, sendo, desta forma, ausentes processos de registros formais de atendimento e de trocas entre os profissionais, por exemplo.

Outro ponto relevante pode ser ilustrado na fala do profissional abaixo:

Entrevistadora: Como as demandas chegam até você?

Entrevistado: Assim, na verdade, por eles [os acolhidos], porque eles passam por mim, eles passam pelo coordenador, eles passam pelo monitor. Eles não conseguem trazer só pra mim. Eles passam por vários. E aí aos poucos eu ia fazendo sobre a minha, né? O que eu ia dando conta eu ia fazendo. Mas eles são assim, tudo passa por três (P1).

O profissional refere-se ao fato de que os acolhidos acabam levando suas demandas/solicitações para distintos profissionais, nem sempre aqueles que seriam os responsáveis e/ou mais indicados para dar retorno às suas demandas. Essa realidade parece indicar que os acolhidos possuem uma série de solicitações que por vezes não são atendidas em sua integralidade ou no tempo que eles entendem como mais adequado. Logo, acabam por recorrer a distintos profissionais como tentativa de ter suas questões observadas e sanadas.

Considerando a proposta metodológica das CTs, como visto anteriormente, a condição da institucionalização, vinculada à impossibilidade de saídas da instituição a todo momento, pode ser uma questão que leva os acolhidos a buscarem o “auxílio” dos profissionais para questões diversas. Ora, as limitações de sua condição atual os impedem de ser resolutivos com relação a diversas questões que poderiam ser solucionadas se eles tivessem acesso ao “mundo exterior”. Ademais, também se pode projetar que a busca por distintos profissionais para resolução das mesmas questões é capaz de estar relacionada com a ausência de divisão entre as atribuições de cada profissional, bem como a ineficiência na resolução das questões trazidas pelos acolhidos para a equipe profissional.

Todos os aspectos com relação ao processo de trabalho e atribuições profissionais do assistente social no espaço da CT, até aqui apontados, dão conta da complexidade do fazer profissional neste espaço e suas contradições. Entretanto, é importante frisar que não se trata de características específicas da CT, mas de condições e determinações do próprio processo de trabalho em construção da profissão que podem se tornar mais agudas em um espaço como o da comunidade terapêutica.

7.3 SIGILO PROFISSIONAL

Conforme o código de ética do Serviço Social (BRASIL, 2012c), o sigilo profissional é uma das prerrogativas da atuação profissional do assistente social em qualquer espaço sócio-ocupacional. Desta forma, tendo em vista o amparo legal, a confidência profissional necessita ser respeitada e assegurada pela instituição em que o profissional atua. Tal condição traz implicações diretas no atendimento ao público-alvo,

visto que “pelo exercício de sua profissão, cabe ao assistente social o direito de não revelar a informação obtida do usuário que o fez na confiança de resguardo da matéria sigilosa” (SAMPAIO, RODRIGUES, 2014, p. 85). Com base nessa prerrogativa legal, bem como ética, considerando nossa discussão a respeito da ação profissional, entendemos como fundamental realizar, ainda que brevemente, a discussão a respeito da condição do sigilo na prática dos assistentes sociais no espaço sócio-ocupacional da CT.

Aos questionarmos os profissionais de forma direta com relação a essa condição, foi possível verificar que, de forma geral, os profissionais indicam não haver dificuldades com relação à condição do sigilo, identificando que possuem certa autonomia para administração das informações que julgam como sendo necessárias, ou não, repassar aos demais profissionais da equipe.

Nunca vieram assim: “Ah [nome] a gente quer saber”. Eu conto aquilo que eu acredito que tenha que falar, aquilo que é de interesse geral, assim. Mas se é uma situação assim bem específica assim às vezes eu acabo assim (P2).

Às vezes eu tenho até um pouquinho de dificuldade assim, né?, porque vem essa questão do sigilo, tanto pra mim quanto pra psicóloga. A gente sempre fica morrendo de medo, que, né?, que escape, assim, né? [risos] Mas a gente consegue trabalhar de uma forma legal. A profissional que trabalha como psicóloga da casa, ela é muito ética, muito profissional e é bem tranquilo pra mim (P3).

Especificamente, com relação à minha atuação, é muito tranquilo porque tá muito ligado a autonomia profissional que eu tenho, que é dado pela diretoria, né? Então assim, eu. As informações que eu coeto. A gente tem muito a ideia da equipe multiprofissional. Aquilo que eu entendo que vai ser de relevância que a equipe saiba, eu socializo algumas informações. Mas, quando elas são mais complexas as informações eu converso com eles antes. Geralmente na hora mesmo que eu estou conversando. Eu pego e digo assim: “Olha, eu posso conversar com mais alguém isso?”. E se ele diz não eu vou fazendo todo o trabalho para que ele vá e conte. Principalmente para a psicóloga. Não sei por que motivo, mas eu tenho facilidade deles confiarem e terem toda uma questão de vínculo comigo. Que demora muito mais com a psicóloga (P5).

Hoje a gente tem um pouco mais de condições pra isso [sigilo profissional]. O sistema, que fortalece esse cuidado, é mais sigiloso. O ambiente aqui de atendimento, o espaço físico, estrutura né? Hoje ele dá mais segurança né? Eu não vejo, em nenhum momento eu tive um sentimento assim que tivesse essa questão, que tivesse sido violado, não senti isso (P7).

Entretanto, a partir das observações realizadas, ainda que os profissionais indiquem de forma clara a condição do sigilo sendo respeitada, em algumas das CTs pesquisadas foi verificado que a questão do sigilo profissional é consideravelmente prejudicada em decorrência das limitações físicas das próprias salas de atendimento. Verificou-se que alguns profissionais não possuem salas de atendimento adequadas e, não

raro, os atendimentos são realizados em “espaços compartilhados” ou até mesmo no pátio da instituição, por vezes, envoltos na perspectiva da informalidade. Ou seja, a questão do sigilo profissional aqui discutida ultrapassa a condição de compartilhar ou não uma informação trazida pelo usuário, mas também as condições físicas objetivas em que o atendimento é realizado e as possíveis implicações decorrentes de um “excesso” de informalidade e os decorrentes possíveis prejuízos ao usuário.

Corroboramos assim a fala de Santos (2010, p. 701), quando a autora expressa que a ausência de infraestrutura nos espaços institucionais “faz com que não haja como garantir a privacidade dos usuários naquilo que for revelado durante a intervenção profissional e que o assistente social não tenha assegurad[as] as condições para manter o sigilo profissional”.

A profissional P3, por exemplo, não possui uma sala própria para atendimento aos usuários. Ela utiliza a sala que teria como finalidade principal ser o espaço de enfermagem/armazenamento de medicações dos acolhidos. Logo, quando há necessidade de atendimentos individuais, este espaço se “transforma” em uma sala de atendimento, embora, a partir de uma visão mais técnica, não seria um espaço adequado para tal. Além da própria circulação, visto os fins diversos do espaço, também se observa, por exemplo, que as janelas do espaço são direcionadas diretamente para a área de circulação dos demais acolhidos, neste sentido, prejudicando a questão do sigilo profissional. Por vezes, é necessário que o usuário e o profissional conversem em um tom de voz mais baixo, quase inaudível, para impedir que os demais, que circularam de forma recorrente pelo pátio, escutem.

Ainda que durante o período de observação essas questões tenham se destacado e chamado a atenção da pesquisadora, durante as entrevistas, em nenhum momento, os profissionais indicaram essa realidade como uma questão que, de algum modo, possa prejudicar a condição do sigilo profissional.

A profissional P1 indica que há uma sala multiuso que é utilizada para realização dos atendimentos individuais, dada a inexistência de salas individuais para todos os profissionais. Entretanto, ela manifesta receio para a utilização dessa sozinha com algum dos acolhidos. Dessa maneira, em alguns momentos, opta em realizar o atendimento na sala que é compartilhada por toda a equipe. A profissional não realiza grandes reflexões com relação ao fato de que o atendimento prestado em uma sala compartilhada por outros profissionais possa apresentar algumas limitações no atendimento ao usuário, bem como prejudicar, significativamente, a condição do sigilo profissional.

Quando a gente não *tava* muito segura, assim, eu e a psicóloga, a gente meio que atende ali. Não que a gente tem medo, mas tem coisa que a gente tem que cuidar, né? Então assim, mas ali. A equipe toda, eles não se abrem. E aos poucos muitos vão se abrindo aos poucos (P1).

Ainda com relação à condição do sigilo profissional, especificamente no que diz respeito à forma como os registros de atendimento são realizados, a maioria dos profissionais indica um registro único, em que todos os profissionais realizam seus atendimentos e observações. Em sua maioria, estes registros são manuais. Somente um dos entrevistados faz referência a um sistema eletrônico para registro dos atendimentos. Em ambas as situações, os registros dos atendimentos são realizados de forma que todos os profissionais tenham acesso, condição essa que, geralmente, não é reconhecida como uma problemática para os profissionais. “Acesso [dos registros] pra equipe toda. Tranquilo. Até porque é importante que eles também tenham conhecimento” (P7).

A partir das informações aqui apresentadas, é possível verificar que a condição do sigilo profissional do assistente social na CT – e até mesmo de outras profissões – ainda se configura como uma questão pouco discutida e/ou que os profissionais tenham, efetivamente, se apropriado de sua amplitude. Extrapolando a condição do compartilhar ou não as informações recebidas pelos acolhidos, isso diz respeito às condições estruturais para a realização do atendimento e a forma como os registros dos atendimentos são realizados e armazenados, assim como expõe a própria condição do sujeito de direitos, entre outras questões.

7.4 AUTONOMIA PROFISSIONAL E PODER INSTITUCIONAL

A partir das construções e reflexões até aqui realizadas, é possível afirmar que as CTs se constituem, por si só, em um espaço de atendimento envolto em polêmicas e contradições, condição essa que destacamos especialmente no Brasil. Assim como em qualquer outro espaço sócio-ocupacional, o profissional que ali irá desenvolver sua ação profissional, necessariamente, irá necessitar articular as demandas e exigências da instituição com o seu saber profissional, visando ao desenvolvimento de sua autonomia.

Mioto e Nogueira (2013) indicam que o desenvolvimento da autonomia profissional do Serviço Social é ainda mais complexo quando se trata de sua inserção em instituições privadas que desenvolvem ações financiadas pelo Estado, condição específica

aqui discutida. A grande contradição enfrentada pelos profissionais encontra-se justamente no fato que, ao mesmo tempo em que necessitam verificar as diretrizes e parâmetros estabelecidos pelas políticas públicas, precisam estar atentos à lógica de funcionamento das instituições e ao processo de “sobrevivência” destas.

Em conjunto, cabe lembrarmos que a análise que realizamos no presente diz respeito à relação de trabalho do assistente social dentro de uma instituição privada, reguladas pela CLT – Consolidação das Leis do Trabalho. Logo, em condições de trabalho, estabilidade e demais garantias muito menores do que, por exemplo, quando comparada com o serviço público. Logo, não se pode desconsiderar essa especificidade ao analisarmos a condição da autonomia profissional neste espaço.

Claramente que este contexto, permeado por contradições, irá trazer implicações sobre a ação profissional dos assistentes sociais. Entretanto, curiosamente, no decorrer da realização das entrevistas, ao questionarmos os profissionais com relação ao processo de autonomia que eles entendem que possuem na instituição, as falas foram direcionadas, em grande parte, para a questão da autonomia relacionada à organização da própria rotina profissional em si. Não que a organização da rotina profissional não se configure como uma das perspectivas da autonomia, mas trata-se de inexistente – ou pelo menos muito restrita – indicação da autonomia a partir de uma perspectiva mais ampla e contextualizada.

Verificamos que a maioria dos profissionais entrevistados afirma grande autonomia com relação a essa organização do processo de trabalho diário, conforme pode ser visualizado na fala destes abaixo:

As atividades, quem seleciona ou quem organiza sou eu, o diretor e meu coordenador técnico, que é o [nome]. Mas o [coordenador técnico] eu tenho assim, mais, é, na agenda em si, eu não conto com ele. Mas eu dou mais satisfação com o [diretor]. Aí a gente já tem uma agenda e ele vai planejando. Mas o [coordenador técnico] é geralmente que, quando eu tenho alguma dúvida, preciso pra compartilhar, é com ele que eu faço. Terça e quinta, eu tenho as reuniões de equipe que são fixas e os grupos que eu faço. Mas que são alternados também, não é toda vez a mesma coisa. O resto eu agendo: acolhimento, entrevistas e outras questões da rotina da casa que a gente vai acompanhado, vai auxiliando. *Tenho a autonomia* (P4). [grifo nosso]

Tem dias que eu faço visita eu nem venho [para a CT]. Já saio, já aviso que não vou pra CT hoje, vou fazer acompanhamento domiciliar hoje. Eu planejo de acordo com a necessidade que eu percebo dentro da comunidade. Não existe uma: “Ah, eu sou obrigado a tá aqui”. Não tem. Tenho liberdade de horário e isso a [presidente] sempre me deu. Ela diz assim: “Tu se organiza de acordo com o que a comunidade tá precisando”. Então é bem tranquilo (P5).

Eu vou organizando meu dia. Por exemplo, a reunião de ontem, né?, com a reinserção. Não tem nada que vem de cima e tal, eu que organizo. Os diálogos com eles eu sei que precisa acontecer, então eu vou me organizar. Tenho essa autonomia (P7).

Um dos profissionais em específico expressa maiores dificuldades de exercer autonomia sobre sua própria organização profissional e como isso afeta sua rotina de atividades profissionais, somado a uma clara ausência de planejamento, realizando as atividades “conforme as coisas vão acontecendo (P1)”. Refere-se ao fato de que a condição se dá especialmente pelo fato de o trabalho na instituição se encontrar muito centralizado na figura do diretor da CT em si, além de outras condições estruturais da própria instituição.

A gente não consegue ter uma rotina. Porque como o nosso coordenador, ele que é praticamente o motorista então a gente não consegue ter uma rotina. “Ah, hoje marcaria pra tirar o RG”. Só que ele não conseguia me levar. Aí marcava pra terça. Então a gente não tinha essa rotina na comunidade. Não sei se você conseguia ter na usa. Igual: “Ah, tem que ir no banco”. Hoje não dá, marcar pra sexta. E assim vai, não conseguia ter uma rotina. [Ia trabalhando] conforme as coisas vão acontecendo (P1).

O mesmo profissional, P1, em seguida, segue trazendo falas com relação à forma de organização da instituição, bem como indicativos de como essas condições interferem sobre a autonomia profissional:

O nosso coordenador, tudo tem que passar por ele, a gente não faz nada, sem passar. Porque a [igreja] presbiteriana⁶¹ é um pouco, não sei se você conhece. Então tudo, a gente não faz nada. [...] Nós não fazemos grupos. Os grupos já há 25 anos o nosso coordenador faz. Claro, nos relatórios é colocado como psicóloga que faz, mas a maioria, né?, é tudo ele. Nessa parte eu já que a gente teria de ter mais dinâmica com eles e a gente não tem essa abertura de fazer dinâmicas. A coordenação já há 25 anos, então ele acha que deu certo assim, ele prefere fazer assim. É, agora há pouco tempo a psicóloga começou a fazer. Só que é uma abertura que eu creio que ele começou, já muitas psicólogas já passaram, mas que começou a funcionar agora. Eu creio que pelo cansaço dele, pela correria, ele começou a abrir um pouco. Mas daí onde é que tá começando agora. Mas a nossa vontade era fazer mais (P1).

Claramente P1 apresenta falas muito preocupantes com relação à restrição de autonomia em seu espaço de trabalho e à necessidade de a coordenação estar a par de todas as atividades realizadas. Entretanto, o que nos chamou ainda mais a atenção, justamente pela gravidade da situação, diz respeito ao fato de algumas atividades que deveriam ser realizadas pelo profissional de Psicologia ou de Serviço Social, por

⁶¹ Instituição religiosa com a qual a CT é vinculada.

exigência de convênios, serem realizadas por outros profissionais, o que é assegurado na fala do “ele prefere fazer assim” (P1). Mais preocupante do que a questão da autonomia, torna-se aqui uma preocupação ética, visto que são prestadas informações não fidedignas aos convênios, bem como negando atendimento de profissionais especializados aos próprios acolhidos e aos seus familiares. Ainda, não identificamos na fala do profissional grande preocupação com essa questão, mas uma certa condição de normalidade com a situação, ainda que caiba ao próprio profissional a assinatura de relatórios e demais documentos “comprovando” que foi ele que realizou estas atividades. Condição essa que gera grande preocupação no que tange a aspectos éticos. Cabe salientar que essa situação, especificamente, foi identificada em apenas uma das CTs pesquisadas.

Seguindo nesta linha de implicações éticas, também questionamos os demais profissionais com relação a ocasiões em que eles, eventualmente, tenham sido solicitados para terem posturas e ações que não estariam de acordo com os princípios éticos da profissão. Com relação a este questionamento, de forma muito tranquila, os profissionais indicaram que nunca houve nenhuma situação onde algo neste sentido foi solicitado. Destacamos, desta forma, que foi possível verificar a integridade e responsabilidade na maioria das equipes profissionais como das instituições em si.

Retornando a uma discussão mais ampliada a respeito da autonomia profissional dentro do espaço da CT, também é importante verificar de que forma a presença do assistente social acaba nas atividades são desenvolvidas. Ou seja, quais são as condições objetivas do profissional no sentido de propor mudanças na forma de atendimento, no sentido de proporcionar uma ação mais direcionada para aquilo que a profissão defende e preconiza.

Considerando o processo histórico de constituição das CTs, como já discutido anteriormente, observou-se sob quais bases as mesmas se constituíram. Entendemos que a inserção do assistente social nestas instituições, dentre outras questões, também contribui para o processo de pensamento crítico a respeito do processo de cuidado ali desenvolvido. Diz respeito à reflexão da forma como o trabalho se organiza e a partir de quais preceitos.

Alguns profissionais citam exemplos de como a sua atuação neste espaço profissional acabou provocando impactos na forma de condução e atenção ao acolhidos:

Um exemplo, e eu acho que acontece em todas [as CTs]. Tinha um rígido controle sobre a correspondência deles [dos acolhidos]. Primeira coisa me chocou isso. “Tá, mas não vou poder bater com isso de frente”. E aos poucos

comecei a argumentar. Eu não disse pra ninguém parar de ler as correspondências. Mas eu comecei a dizer: “Será que nós não estamos atestando?”. Porque o argumento é: “Nós temos que saber o que está acontecendo com eles pra gente se prevenir”. Esse era o argumento. “Será que ele não te pedindo pra trazer droga? Será que isso? Será que aquilo?”. Aí eu argumento que eu comecei a usar era ao seguinte. Nós como profissionais temos que estar preparados, para quando esse conflito, essa demanda parecer, a gente vai ter que saber lidar com ele. Nós não temos que ficar prevenido conflito aqui dentro. “Ah, ele soube que é adotado”. Como o caso de hoje. “Ah tá, então já vamos prevenir”. Não gente. A gente tem que ter posicionamento cada um do seu jeito. E aí aos poucos vamos falando, falando, falando. Até no momento em que eu vi que eu já tinha colocado essa dúvida na equipe toda, esse questionamento. Aí eu me posicionei. Eu disse assim: “Olha, eu nunca li nenhuma carta de ninguém aqui dentro e não vou ler. Porque isso viola uma questão de direito da pessoa, eu não tenho como fazer isso, eu não vou fazer isso”. “Ah, e a carta dos teus afilhados?”. Ele escreve a carta dele, se ele quiser me mostrar a carta dele ele vai manifestar o isso e eu vou ler junto com ele. E ele vai ler pra mim, eu não vou ler. E hoje não se lê mais carta. Não se lê. Pequeno, mas muito importante. E aí o que acontece (P5).

Entrevistado: Tinha muitas coisas aqui que não eram construtivas, que faziam antes. Que é tipo assim, tu cometeu alguma coisa errada, ele tem que pagar por aquela coisa, tem uma consequência. Então a gente fez medida reeducativa. Aí, vamos supor. Sei lá, deixou no balde três dias uma roupa lá, antes tinha uma punição de ficar lavando a roupa de todo mundo. Tinha, tinha. Hoje não. Hoje a gente tenta com os monitores fazer essa conscientização que a roupa não pode ficar ali três dias, ele vai lavar a roupa dele, não tem uma consequência daquilo. Então, antigamente. Eu falo que tem um marco, com o Serviço Social e sem o Serviço Social. Tem uma divisão muito nítida. Muito, muito, muito, muito. Pra você ver. “É a gente tá barganhando o retorno dele”. Não é barganha, é um direito que ele tem de retornar. Que isso é uma fala muito dos monitores, que a gente conseguiu moldar eles bastante.

Entrevistadora: E o embate com os monitores?

Entrevistado: No começo tinha. Agora é mais tranquilo porque eles viram essa visão da pessoa que tá ali pro acolhimento, ele não tá ali manipulando, não tá mentindo. Tu sabe a fala que tem em comunidade terapêutica. Ele precisa de alguma orientação. Então, no começo quando entrou o [outro assistente social], como assistente social, muito. Muita discussão. Não era briga, era discussão entre nós assim como equipe. Mas era uma discussão boa, né? Que a gente via que o [outro assistente social] tinha um outro lado que a gente não tinha o olhar. A gente só tinha aquele olhar taxativo: “Ah, é um dependente químico, tá manipulando, tá mentindo, né?”. Quem sabe, é a fala que tem em comunidade terapêutica. Daí ele consegue quebrar (P6).

Verifica-se na fala destes profissionais que, a partir da intervenção do Serviço Social nestes espaços, se observaram mudanças significativas com relação a algumas posturas e posicionamentos de outros membros da equipe, o que pode ser interpretado como um avanço considerável na forma como o atendimento é compreendido. Nesta situação, em especial, com relação à visão sobre o usuário do serviço si. Ainda que a CT se proponha a trabalhar com o público usuário de álcool e outras drogas, parece que ainda há uma condição de preconceito para com este público bastante presente. Condição esta que pode, ou deveria, sofrer alterações significativas a partir da visão de sujeito de direitos que perpassa o Serviço Social.

Essa condição de produzir reflexões sobre posturas e formas de atendimento foi uma realidade observada somente em algumas CTs pesquisadas, por conseguinte, estando relacionada com outros elementos. Entendemos que um destes é a visão que a equipe tem sobre a profissão e o profissional de Serviço Social, o que irá contribuir, ou não, com a autonomia do profissional neste espaço, bem como a forma como suas contribuições serão absorvidas pela equipe e pela instituição.

Como verificamos no item anteriormente discutido, que trata da inserção do assistente social no espaço da CT, verificou-se que este profissional, inicialmente, foi incorporado à equipe profissional em decorrência das exigências de convênios ou outras parcerias firmadas que realizavam a exigência de tal profissional. Entretanto, apoiados na fala dos profissionais, é possível verificar que houve uma mudança considerável com relação a essa condição, indicando, de algum modo, que o assistente social passou a ter um maior reconhecimento dentro da instituição, ao menos, por parte da equipe profissional. As falas abaixo expressam essa realidade:

Mas quando a gente não tá, todo mundo sente falta. “Ah, tem que fazer visita, não sei o quê”. Eles dão muita importância, eles veem que hoje. E até a presidente vê: “Não, sem um assistente social dentro da comunidade não dá”. Tem essa visão. Se eu sair ou se o [outro assistente social] sair tem que contratar uma outra pessoa. Mas a gente sente que precisa. Há essa necessidade. Que nem a gente. Diferente né?, sem desmerecer, sem querer desmerecer. Mas a gente teve por muitos anos uma terapeuta ocupacional. Daí ela saiu. A gente não contratou uma outra terapeuta ocupacional. Não fez diferença. Diferente da psicóloga, se a psicóloga sair tem que contratar outra. Mesma coisa agora a visão do Serviço Social que a presidente tem também. Não tem assistente social tem que contratar outra. (P6)

Sim. Ela [a equipe] reconhece. Reconhece a função. Tranquilo. Muitas vezes eles me procuraram porque é dito: “Olha, essa é a função do assistente social”. Então é reconhecido. (P7)

Ainda que P7 indique que a equipe reconhece a função do assistente social, ele também apresenta a realidade de que haveria necessidade da contratação de mais um profissional de Serviço Social, embora não tenha certeza de quais são os motivos que inviabilizam essa contratação por parte da CT.

Entrevistadora: Você acha que precisaria outro profissional?

Entrevistado: Isso. Precisaria, com certeza. É uma questão de recurso, ausência de recurso.

Entrevistadora: Você acha que se a instituição tivesse mais recurso ela contrataria outro profissional?

Entrevistado: Eu não sei se seria a visão da instituição, não sei se ela contrataria se tivesse mais recurso. Eu não sei se a falta de contratar mais

assistente social é a questão financeira, não sei, talvez não, não tenho essa certeza.

A partir das falas apresentadas, é possível verificar certa contradição com relação a este reconhecimento que a equipe possui com relação à figura do assistente social. Ainda que seja expresso por parte da equipe, não fica claro se este reconhecimento também é realidade por parte da instituição em si.

Entretanto, é importante frisar que o reconhecimento com relação à importância do assistente social, novamente, não é uma constante em todas as CT. Um dos profissionais entrevistados expressa que o assistente social, na CT na qual trabalha, não é um profissional reconhecido e que sua permanência na CT se encontra ainda vinculada à questão da exigência dos convênios municipais e/ou outras parcerias estabelecidas.

Entrevistado: Muitas vezes eu vejo que a equipe não vê importância [para o assistente social]. Eu falo porque eu já escutei, né? Então assim, talvez é só um dinheiro a mais.

Entrevistadora: Então a necessidade do assistente social é só porque o convênio pede?

Entrevistado: Mesmo. Se não pedisse não teria. [...] Mais pelo fato de que é uma hierarquia, de que são eles que tão ali, eles que entendem mais, são eles que sempre fez e deu certo. Então é cômodo do jeito que tá. Não que tá ruim, tá ótimo. Mas tem que ser da maneira deles (P1).

A partir das falas dos profissionais aqui apresentadas verificamos que a condição de autonomia do profissional de Serviço Social dentro da CT ainda é uma questão que carece de um debate mais aprofundado. As falas dos profissionais sobre autonomia se restringem às condições de estabelecer uma rotina própria e expressar seus posicionamentos com relação a questões específicas. Ainda que estes sejam aspectos importantes, não são capazes de dar conta da totalidade da condição de autonomia profissional e sua relação com o poder institucional. Claramente, nas CTs, assim como em outros espaços sócio-ocupacionais, “verificamos um velho problema da profissão: a recorrente indistinção entre objetivos institucionais e objetivos profissionais no âmbito dos serviços sociais” (MIOTO; NOGUEIRA, 2013, p. 67). Neste contexto, em específico, o que nos parece mais preocupante é o fato de que os profissionais pouco fazem essa relação mais macro.

Logo, inviabilizam-se processos concretos para buscar a alteração desta realidade, visto que somente a percepção dos antagonismos existentes entre os objetivos profissionais e institucionais levam os profissionais a estabelecerem movimentos e tensões voltados para a alteração daquela realidade (MIOTO; NOGUEIRA, 2013).

Ausente este movimento, corre-se um risco considerável de produzirmos, cada vez mais, profissionais que “sabem a técnica”, mas desconhecem ou ignoram “o significado social deste fazer, suas implicações éticas e políticas, seus resultados ou a ausência deles, de modo que corre o risco de o assistente social ser reduzido a um mero ‘técnico’ delegando a outros as atribuições e competências que lhe são próprias” (GUERRA, 2012, p. 65).

Ademais, a questão da autonomia profissional neste espaço sócio-ocupacional é apresentada com elementos muito próximos do que observados em outros contextos. Uma autonomia relativa e limitada pelas próprias condições objetivas, somando-se a isso as condições do modo de contratação do profissional na instituição. Neste contexto, corrobora-se a fala de Yamamoto e Carvalho (1986, p. 80) quando discorrem sobre a não autonomia do assistente social, visto não ter o total controle sobre as condições de trabalho, “seja no que se refere à maneira de exercê-lo, ao estabelecimento da jornada de trabalho, ao nível de remuneração e, ainda, ao estabelecimento do ‘público ou clientela’ a ser atingida”.

Também é importante destacar que a autonomia é uma condição por si só contraditória e que se encontra em permanente disputa. Não é uma condição específica das CTs, mas observa-se uma variação considerável entre os próprios espaços institucionais, sendo que uns permitem/possibilitam um maior ou menor grau de autonomia quando comparados com outros. A grande questão não se encontra na instituição em si, mas nas relações de poder que são construídas naquele contexto/espaço. As instituições são construídas baseadas em crenças, atitudes, valores e comportamentos que são incorporados como verdadeiros por si só. Logo, há uma resistência considerável os processos de mudanças e de “compartilhar” de autonomia com aqueles que ingressam no espaço e propõem alterações em sua lógica de funcionamento (SROUR, 1998). Condição essa de disputa de “poder” e autonomia que ocorre com os assistentes sociais que ingressam nas CTs, variando, para mais ou para menos, a autonomia profissional que adquirem naquele espaço frente ao poder institucional.

Ainda dentro da discussão da autonomia profissional é importante verificar a imagem/visão que a equipe e que os acolhidos possuem sobre a figura do assistente social. Uma das visões com relação ao profissional pode ser perebida a partir da fala do profissional P2 e de outros, quando respondem ao questionamento sobre a imagem que acreditam ter sobre si na CT.

Defensora os acolhidos [risos]. [...] Daí ele [o acolhido] veio assim e disse: “Olha, [nome], meu dente cai”. Inclusive ele tirava o dente, fazia um negócio assim. “E eu preciso desse dente, eu preciso que faça ponte, faça minha dentadura ali, eu preciso disso. E eu sei que tu vai me defender nisso. Porque eu sei que tu” [...]. Olha só, como essa questão do dente é importante. Daí aqui a norma é que se. Assim, é um tratamento emergencial, tá com dor, vai ali na emergência, ela coloca um curativo, mas não faz um tratamento de ter que ficar muitas saídas, muitas saídas. E esse menino precisava fazer várias saídas. Então, “Oh [nome], eu precisava do meu dente, em preciso arrumar meu dente”. Daí eu falei: “Mas calma, vamos ver com calma, vamos conversar com o pessoal, né? Pra ver”. Eu respondo, mas assim eu também não sou a mulher maravilha. E a gente sabe que não é tão simples assim. Então eu vou tentando articular [...]. Mas ele veio com esse rótulo assim, “O assistente social vai me defender, assim, né?” (P2).

Dos próprios acolhidos, dos próprios familiares, muitas vezes a gente percebe isso. “Ah, eu preciso de roupa, então”. A gente sempre tem uma reservinha até porque a gente recebe pessoas em situação de rua. Mas daí se você falar que você não tem eles falam: “Como? Tu é assistente social, dá um jeito”. Meio assim. Familiares inclusive. De marcar perícia. A gente. De marcar perícia no INSS. Às vezes isso. A gente tenta inclui a família em todo o processo. Inclusive ali. Quando a gente precisa fortalecer vínculo e tudo mais (P3).

Que a gente tá aqui pra ajudar eles. E a gente tem que pontuar que não, é um direito dele, ele precisa [...]. Eles têm essa visão: “Vocês estão aqui pra me ajudar, tô precisando de ajuda” (P6).

Que vai resolver meu problema, x, tal”. É. Pode ser que sim, acho que ainda existe, acho que sim, isso ainda existe. Super-homem (P7).

As visões apresentadas por estes profissionais são muito próximas da visão disseminada no senso comum com relação ao assistente social, sendo eles o profissional “bonzinho” e que “ajuda” a todos. Um dos profissionais, em específico, apresenta uma visão que os acolhidos possuem em relação a ele muito distinta das demais visões apresentadas até agora.

Eu acho que não nesse aspecto em si. Porque eles têm primeiro essa ideia do assistente social da questão gênero. O assistente social mulher. Aí chega eu cara, com essa barba aqui, desse jeito. Eu sou muito sério, eu acolho muito bem, mas eu sou muito sério, em relação a tudo o que se refere a eles. Dentro da comunidade por muito tempo, para alguns, eu sou conhecido como P2. Ou seja, eles pensam, eles demoram pra entender, em alguns momentos eles pensam que eu sou um policial infiltrado. [...] O tal do P2 que eles chamam. Então assim, para alguns, às vezes dificulta inclusive a questão de estabelecer vínculo e tal. Então você tem que deixar isso com eles, porque não é eu que tenho que provar que não sou policial e tal [risos] (P5).

É possível que essa diferença na visão apresentada nessa situação tenha relação com o próprio perfil do profissional, como ele cita. E que acaba por desconstruir o estereótipo socialmente construído a respeito do/da assistente social.

Portanto, verifica-se que, com base em todo o discutido neste item, a autonomia profissional também se encontra relacionada com a visão socialmente construída sobre o profissional, ao mesmo tempo em que é uma construção complexa dentro da própria categoria. Não se reduz à vontade do profissional, mas envolve os demais sujeitos e as relações de poder no interior do espaço institucional.

7.5 FORMAÇÃO PROFISSIONAL E ATUAÇÃO EM CT

Como já discutimos anteriormente, a prática profissional do assistente social dentro da saúde mental, de forma geral, possui suas especificidades quando comparada com outros espaços e públicos. Especificidades estas ainda mais presentes dentro do espaço sócio-ocupacional de uma CT, que, para além de uma área da saúde mental e cuidado na área de álcool e drogas, tem o diferencial de se constituir enquanto uma entidade do terceiro setor. Logo, traz consigo uma série de outros embates e posicionamentos para a categoria profissional, bem como a relação entre Estado, sociedade civil e política social.

Somando-se a isso, é necessário resgatar a necessidade inquestionável de conhecer o espaço sócio-ocupacional e a condição do público em atendimento, da mesma forma as políticas públicas com as quais a instituição encontra-se direta ou indiretamente vinculada, de forma que a ação profissional, como é preconizada, seja desenvolvida a partir de um contexto reconhecido pelos profissionais (BOURGUIGNON, 2007; GUERRA, 2014; IAMAMOTO; CARVALHO, 1986).

Em paralelo, temos a compreensão de que a formação profissional do assistente social também necessita reconhecer, ainda que minimamente, o espaço profissional no qual irá atuar, bem como o público para o qual sua ação será direcionada. Condições básicas para o desenvolvimento adequado da ação profissional.

Partindo-se destas premissas, consideramos importante questionar os profissionais com relação à sua compreensão sobre como a formação acadêmica destes os preparou para a atuação em CT, ou ainda, com o público com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. As respostas foram unânimes, apontando as lacunas na formação profissional.

Falta, formação falta. Falta sim. Eu penso que assim, não sei se pela atuação específica nessa instituição, porque eu não sei como é a atuação do assistente social em outras instituições, porque não há um modelo né?, depende de cada

instituição tem uma demanda específica, né? [...] Eu penso que [a formação] deixa a desejar. Assim que deveria ter mais específico assim na Saúde Mental. Na verdade, o Serviço Social é generalista, então dependendo da área de atuação a gente vai se aprofundando, né? Tanto é que a minha última [especialização], na verdade eu fiz especialização em saúde mental, mas fiz agora, tô terminando, em aconselhamento. Eu sei que parece voltado mais para a Psicologia, mas era uma necessidade que eu tinha, assim sabe (P2).

Sincera amiga [risos]. Não, não, não. Não teve nada relacionado à comunidade terapêutica. O tema drogas geralmente vinha em determinadas matérias, discussões. Mas direcionado sobre comunidade terapêutica não. A única vivência que se teve, enquanto acadêmica mesmo, de comunidade terapêutica era o que eu trazia pra sala. Mas direcionado não. Nem o próprio serviço. Ah, o que é uma comunidade terapêutica? Isso não foi abordado (P3).

Entrevistadora: Você acha que faltou preparo na formação para atuar nesse espaço?

Entrevistado: Com certeza. Com certeza. Até pra trabalhar, inclusive em outras áreas. Por exemplo, assistente social na educação, né? Não tem preparo pra isso. Eu trabalhei na [escola particular]. Eles achavam que eu era recepcionista. [...] Mais de entrar nesse mundo [de CT] que a gente não é acostumado, né? A gente é muito preparado na questão acadêmica, de trabalhos que a gente comentou antes, de trabalhos para com o público da assistência social mesmo e de trabalhar no serviço público. É uma coisa muito diferente, né?, pro preparo que a gente teria que ter pra comunidade terapêutica. Ou então o desafio é me moldar dentro do estilo que a hoje a comunidade terapêutica é (P4).

Nenhuma, nenhuma, nenhuma. Absolutamente. A pergunta mais fácil que tu me fez até agora. Não. Eu construí um conhecimento, a partir de senso comum inclusive dos monitores. A partir da atuação de outras duas psicólogas, que eu não gostava de um monte de coisa, mas elas entendiam muito, da questão psiquiátrica inclusive, das comorbidades eles eram muito boas. As meninas não são tão boas nisso. Em compensação são muito mais boas no processo em si de reabilitação. Então eu prefiro muito mais elas. Mas assim, com a [presidente] eu aprendi muita coisa de relação familiar. Muito dessa questão de senso comum, da prática. Mas eu construí a partir da prática. Isso eu aproveito, isso não. Na universidade não se falava em saúde mental. Quando eu tive a disciplina específica de política de saúde, focou no SUS. 8080, 8080, 8080. Só aquilo, né? Então, não é minha área de saúde atuar na saúde, nunca fui pra mim. [...] O meu conhecimento de dependência química você não faz ideia do que eu já li. Então assim, foi muito de prática com eles aqui e muito mais focado na questão do acompanhamento familiar e no contexto todo da dependência química (P5).

Não. A graduação ela não, ela trouxe conhecimentos teóricos que fez com que eu me apropriasse e fazer com que eu pudesse trazer isso pra minha realidade. Usar isso aqui. Como esse sistema [de computador] aqui [risos]. Ele foi feito lá pra saúde, lá pro hospital, então foi feito uma adaptação e estamos aí, tá funcionando. A graduação também, ela assim, eu percebo, é pensando pra gente atuar lá nas políticas públicas, né? Parece que é ali, voltado pra essa, pra esse meio, né? Então especificamente para as comunidades terapêuticas. Acho que faltou conteúdo específico mesmo desse contexto (P7).

Na fala dos profissionais é possível verificar duas dificuldades específicas que eles colocam com relação às “lacunas” na formação profissional: o trabalho em entidades do terceiro setor e o atendimento relacionado ao tema “drogas”, de forma geral, a própria

questão do atendimento do assistente social em saúde mental. Eles expressam, para além do aprofundamento teórico, que a questão da discussão sobre a temática em si na própria sala de aula durante a formação profissional não foi realizada. Alguns dos profissionais, que realizaram o estágio obrigatório em CT, afirmam que muitas vezes a temática era trazida por eles próprios para sala de aula, apoiada na sua vivência pessoal. Apenas P3, com formação na metodologia EAD, alegou que a temática drogas aparecia com mais frequência “em determinadas matérias, discussões”.

Neste contexto, os profissionais parecem compreender as especificidades do trabalho em CT e do seu público a partir das próprias experiências que desenvolvem ao ingressarem neste espaço, em conjunto, com a troca com os demais profissionais que ali já atuam. Não sendo pouco usual o assistente social utilizar-se de conhecimentos de outras áreas profissionais para dar sustentação a sua atuação junto àquele público em específico. Essa realidade pode ser observada quando o profissional reproduz, de forma acrítica, em suas falas e no próprio cotidiano, comportamentos de colegas de outras profissões e/ou do assistente social anteriores a ele na CT.

Obviamente que não podemos almejar que o processo de formação profissional tenha um direcionamento específico para cada espaço sócio-ocupacional possível, o que seria impossível dada a variedade de possibilidades de atuação do Serviço Social. Acolhemos e problematizamos as indicações realizadas dos profissionais não sendo a atuação em CT nossa maior preocupação: é muito mais no sentido das falhas com relação à imersão, durante a graduação, na própria política de saúde mental, especificamente, no atendimento às pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, público este que não está restrito ao atendimento em saúde mental, mas que também circula, direta ou indiretamente, por outras políticas.

Exemplo claro pode ser identificado quando discutimos a condição da violência doméstica que, em grande medida, encontra-se vinculada com o uso de bebidas alcoólicas (FONSECA *et al.*, 2009). Este, por si só, seria um motivo relevante para que o Serviço Social se aproxime e discuta, ainda na graduação, o atendimento ao público com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Facilmente, como uma resposta simplista, poderíamos apontar que essa fragilização no processo de formação profissional, que traz rebatimentos no atendimento na ponta, encontra-se vinculada essencialmente com a modalidade de formação EaD, que vem crescendo de forma considerável nos últimos anos (KOIKE, 2009). Entretanto, dos sete profissionais entrevistados na presente pesquisa, somente dois deles tiveram

formação profissional na modalidade EaD. Logo, as dificuldades apontadas no processo de formação profissional extrapolam a modalidade em si de formação, mas fazem parte de um processo bem mais amplo.

De forma geral, sabemos que a formação profissional como um todo tem passado por um processo de mercantilização. Guerra (2014, p. 56), analisando o contexto social, incluindo também a formação profissional, diz que estamos produzindo “a formação de pobres profissionais que irão trabalhar com pobres [...]”. As universidades têm imprimindo um ritmo empresarial e de privatização em seu processo de formação, logo, a educação, neste contexto, também se torna uma mercadoria (IAMAMOTO, 2014). Essa lógica do “ensino fabril”, segundo Koike (2009), constitui um contingente excessivo de profissionais, acarretando práticas profissionais precárias e reforçando perspectivas de voluntarismo e assistencialismo.

Guerra (2014, p. 57) realiza uma reflexão importante a respeito de tal realidade:

No caso específico dos assistentes sociais, o barateamento da formação constrói o perfil mais adequado de profissional para “operar” as políticas sociais focalistas, precarizadas, assistencializadas e abstraídas dos direitos sociais. Evidencia-se o caráter missionário que recobre a imagem da profissão, como se tratasse de uma vocação e não de um trabalho assalariado. A dificuldade em responder o que faz a assistente social, a aparente inespecificidade operatória da profissão, que não a diferencia de práticas leigas, voluntárias e filantrópicas, sua polivalência (que lhe valeu ampliar suas funções e ocupar espaços emergentes, a tendência a incorporar tudo aquilo que os outros profissionais não fazem), põe o nosso exercício profissional conectado e em sintonia com a tendência a desespecialização. Tal tendência cai como uma luva na nossa profissão e se expressa no caráter assistencial, emergencial das demandas, cuja aparência é realmente, aleatória e inespecífica, além do mito sobre o desconhecimento acerca do que faz o assistente social.

Todo este contexto indica a necessidade urgente de repensar o processo de formação profissional em Serviço Social. Seria ingênuo de nossa parte ignorar o fato de que ação profissional do assistente também é impactada pela constante segmentação das atividades profissionais, requerendo, dessa maneira, maior especialização por parte dos profissionais. Netto (1996, p. 124), há mais de 20 anos, já indicava algumas questões importantes com relação ao processo de formação profissional em Serviço Social, referindo-se que “será insustentável, já a curto prazo, a atual graduação, com seu perfil generalista, para atender ao mercado de trabalho”. O autor segue a discussão indicando dois caminhos possíveis, que seriam afinar a graduação de forma que, desde o início, o estudante já seja direcionado para especializações dentro das políticas; ou, como outra

possibilidade, manter a formação generalista, mas exigir especializações para o exercício profissional (NETTO, 1996).

As discussões a respeito da formação profissional do assistente social e suas lacunas são extensas e complexas, não sendo nosso objetivo no presente trabalho finalizar essa discussão, mas fazer indicações concretas com relação à necessidade destas, especialmente no campo da saúde mental, do atendimento ao público com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, bem como da ação profissional do assistente social em espaços que extrapolam dos serviços públicos.

Assim, identificamos nestas falas alguns pontos relevantes para a formação profissional, tais como: a necessidade de uma melhor reflexão sobre o espaço sócio-ocupacional do terceiro setor e especificamente das CT, a relação dessas com o Estado e as políticas sociais, a temática da saúde mental e particularmente dos transtorno decorrentes do uso de álcool e outras drogas, bem como o atendimento direto a este público envolvido nas CTs, sejam os usuários, seus familiares e os próprios profissionais que atuam neste espaço.

Ao mesmo tempo, é importante frisar que os profissionais também não fazem indicação a processos de formação oferecidos/possibilitados pelas próprias CTs, o que amplia ainda mais a preocupação a respeito desta ausência de formação. A partir das falas dos profissionais, é possível verificar que estes chegam às instituições com conhecimento limitado, entretanto, as instituições também não são efetivas na oferta de qualificação e formação destes profissionais.

7.6 VIVÊNCIA NA COMUNIDADE TERAPÊUTICA

Haja vista a proposta inicial das CTs primitivas centrada na “convivência entre os pares” (FUSSINGER, 2011; MILLS; HARRINSON, 2007; WHITELEY, 2004), somada ao fato de que tal convivência está também reconhecida nas legislações vigentes (BRASIL, 2011b; 2015b), entendemos como fundamental realizar uma breve discussão a respeito da condição de vivência dos assistentes sociais na CT, pensando na CT enquanto uma modalidade de atendimento, conforme já discutido em momentos anteriores.

Entendemos a apresentação deste tópico como relevante para a discussão no presente do trabalho em decorrência, especialmente, do processo de observação realizado pela pesquisadora. A vivência em CT acarreta a existência de elementos distintos dentro

da prática destes profissionais, quando comparados a outros espaços sócio-ocupacionais. Logo, essa vivência na CT e suas implicações, necessariamente, apresentam reflexos na ação profissional do assistente social neste espaço.

Dentro da modalidade de atendimento oferecida pelas CT, a proposta é que todos que circulam/frequentam aquele espaço (acolhidos, profissionais, familiares, entre outros) interajam de tal forma que o espaço faça jus ao nome de “comunidade”, visando desta forma à maior interlocução e convivência entre as pessoas de forma mais horizontal possível (LEON, 2012). Possivelmente vinculada a essa realidade, em todas as CTs pesquisadas, observou-se grande interação dos profissionais com os acolhidos. A interação entre o assistente social e os acolhidos se dá de forma recorrente, especialmente, nos espaços comuns de convivência que seguidamente são utilizados. Em muitas instituições, também se observou que os profissionais participam, de forma voluntária, das refeições, atividades recreativas/esportivas e de espiritualidade em conjunto com os acolhidos, o que contribui para maior convivência e interação entre estes.

A fala de P2, abaixo, ilustra um pouco dessa realidade, bem como suas possíveis implicações, tanto positivas como negativas, na prática do profissional neste espaço:

Então tão ali, vão tomar café, vamos tomar café aqui. O que eles comem a gente também come. Eu parei de trazer minha bolachinha aqui, eu também faço o lanche junto com eles. [...] No momento da espiritualidade eu também preciso estar junto, eu gosto de viver isso. Vive a comunidade. Experimentar também aquilo que eles experienciam, sabe? Em alguns momentos, faz tempo agora que eu não faço isso, mas ir ali na cozinha, organizar junto com eles. Nos encontros com as famílias eu vejo alguém pra conduzir, mas eu fico lá junto servindo, sabe? Eu gosto assim de não ter esse nível hierárquico assim: “Nossa, a assistente social, sei lá o quê”. Aquela pessoa inacessível. Ou aquela pessoa, ou até assim, me polio muito assim pelo meu jeito de me vestir, de me cuidar. Não tem crachá, não tem. [...] Então tem dia de manhã, às vezes chego cedinho, vou ali tomo café também com eles, participo da oração. Acho que todo esse meu entrosamento junto com eles me gera assim liberdade sabe. Mas eu percebo que eu tenho um bom relacionamento com eles, eles vêm, trazer as questões pra mim. Acreditam muito que eu sou defensora deles, assim sabe. É como o menino disse ali: “Tu és a minha Tom Cruise nessa missão impossível” [risos] (P2).

Na fala do profissional, é possível verificar que a proposta de convivência com os acolhidos tem como objetivo buscar “experimentar” com os acolhidos, ao menos em parte, a realidade do atendimento em CT. O profissional indica que essa proximidade facilita o atendimento e a interlocução com os acolhidos, no sentido de maior reconhecimento e liberdade para a realização dos atendimentos, ficando muitas vezes até mesmo difícil “alcançar” seu destino, sendo por diversas vezes “interrompido”, durante

seu trânsito pela instituição, questão esta que já citamos anteriormente. Alguns profissionais desenvolvem um processo de trabalho que poderia ser entendido como mais “informal”, considerando a proposta como se dá o atendimento, por exemplo, nos espaços de convivência. Ponto esse que necessita ser avaliado por cada profissional de forma que não se perca a condição da intencionalidade das ações, da ética profissional e questões associados, como, por exemplo, o sigilo profissional, já discutido anteriormente.

É possível identificar que os relacionamentos pessoais estabelecidos nas CTs entre os profissionais e os acolhidos, bem como entre os próprios profissionais, parecem, de forma geral, extrapolar o âmbito profissional e adquirirem muitas características de pessoalidade. A proximidade, em parte, é relacionada ao fato do longo período de permanência do acolhido na instituição, desta forma, favorecendo o contato quase que diário entre aqueles que ali circulam.

Ademais, a organização das CTs, em maior medida, possibilita que alguns dos profissionais residam na instituição, no próprio alojamento ou em casa dentro do próprio espaço, muitas vezes acompanhados de seus familiares. Essa proposta, geralmente, é apresentada como uma forma de proporcionar um *status* de “família” para a instituição, sendo pouco observado as consequências do profissional, literalmente, estar “24h por dia, 7 dias por semana” dentro do seu espaço de trabalho.

Os pontos indicados aqui são controversos e polêmicos. Ao mesmo tempo em que a configuração e o modelo de atendimento oferecido pelas CTs incentivam uma condição de maior convivência entre todos os que frequentam aquele espaço, também apresentam implicações com relação à rotina do próprio profissional, especialmente daqueles que residem dentro da própria instituição. Questão esta que, por si só, já é extremamente complexa com relação às interferências nas condições de trabalho destes profissionais.

Os assistentes sociais participantes de nossa pesquisa indicam uma atitude positiva com relação à proposta de maior convivência com os acolhidos, a partir do preconizado no modelo da CT. De forma geral, compreendem esse processo como positivo.

Entretanto, entendemos que ainda são necessários maiores estudos no sentido de verificar as implicações em termos de condições de trabalho para estes profissionais, especialmente aqueles que residem dentro do espaço da instituição. Ainda cabe avaliar até que ponto esta convivência se articula com a ação profissional e com as atribuições deste profissional.

7.7 CONHECIMENTOS SOBRE CT, REDE DE SERVIÇOS E LEGISLAÇÕES VINCULADAS

Indiferente do espaço de atuação profissional no qual o assistente social encontra-se inserido, o conhecimento, ainda que mínimo, a respeito de legislações e rede de serviços vinculadas é uma condição indispensável para proporcionar um exercício profissional adequado. As implicações do desconhecimento a respeito destes fatores, caracterizados por uma leitura da realidade limitada, sem dúvida, irão trazer interferências negativas sobre o processo de trabalho dos profissionais e, conseqüentemente, no atendimento prestado ao usuário final (LACERDA, 2014). Neste sentido, há importância de realizar essa discussão, visando identificar o conhecimento dos entrevistados a respeito da CT em si e suas especificidades, bem como das legislações e serviços vinculados.

Como já discutido anteriormente, a maioria dos profissionais entrevistados não possuía conhecimento prévio com relação ao que era uma CT e seu processo de trabalho quando estes ingressaram na instituição. Ademais, sabemos que o conhecimento e reconhecimento do espaço sócio-ocupacional é de fundamental importância para a atuação profissional. Neste contexto, solicitamos aos profissionais qual a compreensão dos mesmos sobre o que é CT, enquanto possibilidade de atendimento para pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e no que ela se difere dos demais serviços públicos.

Eu acredito na metodologia, daqueles mais rústicos ali. Maxweel Jones, isso mesmo, né? Os mais primitivos, né? Acredito, né?, li o material. Eu acredito que essa visão de não olhar a pessoa só pela doença em si. Mas sim é uma pessoa. Ter esse relacionamento família, comunitário, convivência, com os outros. Isso é terapêutico, os faz melhor. Acredito sim que é pelo esse contato com a natureza, esse contato com os animais, é reparador, é curativo. [...] Eu acho aqui um tratamento mais humanizado. Você me pergunta em relação às outras CTs do Brasil. A gente sabe, porque a gente escuta o relato de alguns acolhidos e vê, um tratamento assim desumano, sabe? (P2)

Entrevistado: Individualidade. Não que lá [no CAPS] não tenha, mas é um olhar individual assistido e, não sei como explicar. O ser único exclusivo, trabalhar ele. Eu acho que é uma das coisas que me vem a mente.

Entrevistadora: E você gosta do modelo de atendimento de comunidade terapêutica?

Entrevistado: Gosto, gosto. Gostou muito, sou apaixonada. Sou apaixonada pelo o que eu faço aqui. Atendimento individual, amo, amo muito. É isso, é isso. [...]

Entrevistadora: E sobre as instituições que são CTs, mas não são?

Entrevistado: Tem uma que nem assistente social tem, uma comunidade aqui, não vou nem citar nomes. Mas aqui em [nome da cidade], né? Ela só tá por causa dos convênios, pra ganhar o dinheiro. Mas assim, eles não têm equipe.

E a gente fica frustrado com isso, sabe? Que tem pessoas e cidades aqui que fazem convênio com eles também. Mas assim, meu, não tem equipe terapêutica, não tem equipe técnica, não sei se tem assistente social, talvez um terapeuta, alguma coisa. Mas os que vão finalizando já vão cuidando daqueles que vão entrando. Eles podem sair. Os acolhidos, durante o dia podem sair, voltam pra casa, então. É uma coisa meio que funciona assim. [...]. Mas é muito assim. E é tudo muito lindo, fofo, maravilhoso, assim no papel. Mas lá não funcionada assim, e muito de lá que vem pra cá, sabe, falam como funciona (P4).

Entrevistado: Eu não gosto. Eu não gosto. Eu não gosto por um aspecto. A nossa em particular ela é diferente. Então a nossa não é engessada. Eu não gosto daquela metodologia que você, obrigatoriamente, ou você segue os doze passos e reza, e se arrepende ou você não vai ficar limpo. Este modelo eu não gosto, né? Aquele modelo que você tem que seguir doze passos, que você tem que ter obediência, que você tem que trabalhar e fazer suas reparações e rezar e pedir perdão vinte e quatro horas por dia pra Deus, este modelo eu não gosto e não concordo. Não é o nosso, por isso que to aqui. O que me incomoda nesse tratamento de comunidade terapêutica é a questão do engessamento. Agora, a comunidade terapêutica que traz ele. Primeiro, eu reconheço isso com um espaço de acolhimento. Que a própria resolução diz. Eu gosto daquela definição. É um espaço que acolhe, cuida e reinsere. Isso pra mim é reabilitação. E aí, cada uma comunidade com a sua capacidade técnica, uns dando muito mais ênfase a questão da Psicologia. No nosso caso todos os aspectos, atividade física, o Serviço Social. Esse modelo pra mim é interesse. É um espaço, e pra mim tá muito claro, que quem vem pra cá realmente não tem condição pra nenhum um outro tratamento. É um extremo. E isso é muito quando não nenhuma condição, que existe um risco eminente de vida mesmo. Então eu gosto do nosso modelo. Que nós temos liberdade, que nós não impomos nada. Que a gente sugere e que a gente embasa muito aquilo que a gente sugere. [...] É, um modelo que não engessa, que eu acredito que seja o nosso. E um modelo em que tudo é decidido a partir da equipe, esse eu gosto. E um modelo que se preocupa muito mais com um outro lado, dessa demanda, que é a questão das relações, da questão social que envolve a dependência química, esse sim. As relações sociais, a reinserção social, as relações familiares, o mercado de trabalho, um novo projeto de vida. Esse eu gosto muito. Que é que a gente caminha pra isso, ainda tem muita coisa pra fazer. Agora aquele engessado não [...] Como ele vem concebido é até um modelo interessante. Como ele é executado, quase que ineficaz. [Assim como o modelo de CT e sua concepção] Ele é deturpado. Assim oh. Assim, como a gente pensa. Da maneira do modelo antigo, da maneira deles, eles tinham uma ideia que eu tenho hoje. Que é de cuidar, de atender. Independente dos métodos. Eles tinham um objetivo: retomar o convívio social. Agora hoje, por exemplo assim, eu vejo muito isso. Esse engessamento. Com ameaças às vezes, veladas, mas. “Se você não seguir doze passos você recai”.

Entrevistadora: Do que você acha que ele difere dos outros modelos de atendimento na política pública?

Entrevistado: É o acolhimento. A grande diferença é essa. E aí é uma equipe. Onde as pessoas têm que sair. As pessoas entram em contradição muitas vezes. “Ah as pessoas têm que sair pra poder fazer uma mudança de vida”. Não. A maioria deles vai voltar pro mesmo espaço. O que eu penso é aqui a avaliação. E daí a [psicóloga] é muito criteriosa nisso, pra ela mandar pra cá tem que ter o risco muito forte, tem que caracterizar a dependência, né? E a gente tem uma conversa com o CAPS, muitas vezes, quando eles já passaram e tal. Mas pra mim a grande diferença de qualquer outro. E assim, eu acompanho nosso CAPS aqui (P5).

Ela se difere, ela se difere no sentido do próprio modelo mesmo, né? Na relação com pares, né?, comum unidade, democracia, a questão que o indivíduo passa a ser um sujeito no atendimento, não é objeto, mas ele é um sujeito do

atendimento. Isso pra mim é um diferencial, assim, o que difere. O que é o grande impulsionador, o grande, do ponto de vista a melhora do sujeito. (P7)

O profissional P2 realiza indicações com relação a referências teóricas advindas das CTs primitivas. Especificamente ele cita Maxwell Jones, que é uma das bases teóricas, ainda que não a única, das CTs (SERRANO, ALANO, LEMOS, 2015). O profissional faz referência ao fato de as CTs serem mais “humanizadas” do que outras possibilidades de atendimento, embora o profissional não faça a referência a quais seriam estas outras possibilidades de atendimento. O fato de somente um dos profissionais fazer a indicação da constituição histórica das CTs e dos referenciais teóricos de base chama a atenção justamente por ser uma questão que deveria ser considerada de grande relevância.

O questionamento realizado aos profissionais teve como objetivo verificar quais eram as características principais que eles acreditavam serem como centrais nas CTs e, ao mesmo, serem um diferencial com relação às demais possibilidades de atendimento disponíveis para o público com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Entretanto, não foi possível identificar a compreensão ampliada a respeito do que seria uma CT em si. As respostas giram em torno de características mais amplas, parecendo estar mais relacionadas com a realidade da CT em que o profissional atua e não uma compreensão a respeito das CTs de forma geral. As características das CTs primitivas – democratização, permissividade, confronto com a realidade e comunitarismo (FUSSINGER, 2011; WHITELEY, 2004) – não são citadas, mesmo que indiretamente, pelos profissionais. Outros elementos referenciados pelos teóricos como centrais nas CTs contemporâneas – institucionalização, a proposta de abstinência e espiritualidade/vinculação religiosa (SANTOS, 2018a; SOUZA, NUNES, SANTOS, 2018) – também não aparecem de forma concreta. Apenas o profissional P5 faz uma crítica ao modelo de CT indicado por ele como “engessado”.

Uma característica importante que é apontada pelo profissional P2 é a condição da integralidade, no sentido de pensar o atendimento do usuário para além do uso da substância em si. O profissional P4 também faz referência a essa visão de ser humano integral, associado a um atendimento mais individualizado, focado na condição de cada sujeito em si. O profissional P5 apresenta, na mesma linha, que o diferencial das CTs para os outros modelos de atendimento estaria no que ele denomina de “acolhimento”, que podemos compreender como a condição da “convivência entre os pares”.

Destacamos que somente P5, ainda que com outras palavras, e P7 citam a questão da “convivência entre os pares”. O entrevistado P7 atribui a condição da

convivência entre os pares como central no modelo de atendimento de CT. A pouca referência a este aspecto é preocupante por ser este, justamente, um dos pilares do atendimento em CT preconizado deste as primitivas (FUSSINGER, 2011; LEON, 2012; MILLS; HARRINSON, 2007; WHITELEY, 2004), bem como o aspecto da centralidade da convivência ser também preconizado nas legislações sobre CTs atuais (BRASIL, 2015b).

Outro ponto de atenção é o fato de que os entrevistados P4 e P5 identificam uma diferenciação entre as CTs de forma geral. Essa discussão, que já realizamos em momentos anteriores, diz respeito à grande diversidade de instituições que se “autodenominam” CTs e atuam de forma contrária ao que é preconizado pela legislação e, até mesmo, pela construção histórica das CTs em si. O entrevistado P5, especificamente, indica que acredita no modelo de CT que é desenvolvido na instituição em que atua, exatamente por não ser um modelo “engessado”, permitindo maior flexibilidade com as questões trazidas pelos acolhidos, visto que o mesmo discorda dos modelos que não permitem flexibilidade aos acolhidos e à equipe técnica.

Ainda é importante indicar a fala do profissional P1, que apresentou a fala mais distante quando comparada ao demais profissionais, quando, da mesma forma, foi questionado com relação à sua compreensão de CT.

Assim, na comunidade que eu trabalho, eu vejo um trabalho. É um trabalho árduo, né? Mas é um trabalho que muitas vezes funciona, muitas vezes não. Porque a gente tenta não. Porque eu vejo ali, como o CAPS entra com muita medicação, né? A gente tem muitos casos. E a comunidade terapêutica ela tenta, né? Deixar eles sóbrios, né? Só que se hoje eu olhar se funciona. Eu não sei te responder assim. Talvez não funciona. Mas seis meses funciona. Seis meses funciona. Então assim é difícil responder isso. Porque assim, pra nós muitas vezes é frustrante. Fica seis meses com o acolhido, né? E então ele sai hoje e ele realmente já tá nas drogas. Só que realmente não é culpa da comunidade, né? O que ela pode fazer, ela fez. Mas funciona. Claro que dentre dez talvez pra um funciona. Porque assim, quantos não estão na rua seis meses. O quanto que eles poderiam tar roubando, pedindo. A comunidade tá acolhendo. É complicado te falar se funciona ou não funciona. Seis meses funciona, mas dali pra fora, a gente nunca (P1).

Este profissional apresenta uma visão bastante distinta daquela trazida pelos demais. Em sua fala, é possível perceber, claramente, que há um desconhecimento considerável com relação à proposta de CT e ao público que nela é atendido. Muitas vezes, o profissional traz falas que fazem a indicação de preconceito e de senso comum com relação aos usuários dos serviços. Ainda que o posicionamento do profissional seja

alvo de preocupações, trata-se de uma fala que não é a mesma que os demais profissionais e ainda apresenta elementos de desconhecimento com relação à proposta da CT em si.

De forma geral, observou-se que os profissionais têm uma visão limitada do que é uma CT e sua proposta de atendimento efetivamente. Conforme já discutido anteriormente, a ação profissional, necessariamente, encontra-se relacionada com o reconhecimento da condição, contexto e realidade do sujeito ao qual se destina aquela ação (MIOTO; NOGUEIRA, 2008). Logo, a ausência de conhecimento amplo e efetivo sobre as CTs poderá prejudicar o processo de trabalho destes profissionais, em decorrência da ausência de elementos para uma ação profissional em consonância com aquela realidade, podendo acarretar posicionamentos e intervenções pouco efetivas para aquele contexto.

A partir das falas dos profissionais, é possível identificar que grande parte deles possui uma visão ampliada com relação à concepção do atendimento, para além do foco no uso da substância em si, pensando na questão do contexto social do usuário do serviço. Essa visão ampliada se aproxima consideravelmente da perspectiva ampliada de saúde mental defendida no país. Por outro lado, na fala dos profissionais, não fica claro de que forma eles articulam o contexto da CT com a política de saúde mental. Condição essa que gera certa inquietação, visto que é necessário que seja realizado o exercício recorrente de interlocução entre o micro, vivenciado rotineiramente, e o universal, presente no contexto social (LACERDA, 2014). Neste aspecto, também diz respeito ao reconhecimento e articulação com a rede de serviços.

A partir desta perspectiva, conversamos com os profissionais sobre como ocorre esse relacionamento e o “trânsito” com a rede de serviços. Ainda que os profissionais expressem que as CTs se constituem enquanto modelos que diferem dos demais serviços, sabemos que é imprescindível que se articulem com a rede. Inclusive, tal articulação diz respeito a uma previsão legal (BRASIL, 2015b), vistos que as legislações brasileiras sobre CTs preconizam a articulação em rede, de forma a garantir o atendimento integral ao usuário.

Abaixo apresentamos algumas das respostas dos usuários quando questionados sobre a forma como ocorre esse fluxo:

Os nossos encaminhamentos são bem tranquilos. Muito tranquilo porque o nosso coordenador já tem muito tempo. Então ele, pra ele, talvez pra outras comunidades poderiam ser difícil. Mas todo encaminhamento pra nós pra médicos. A gente tem o nosso médico lá, que vai de quinze em quinze dias. Só que ele se ofereceu a ir, ele mesmo. Ele faz o voluntário. Mas é bem tranquilo

os encaminhamentos. Mas tem todo um prazo. Porque tem uns que chegam e querem vários exames, talvez. Mas tem todo um prazo e tudo consegue, dentista, todos os encaminhamentos (P1).

Tranquilo. Com a unidade de saúde aqui a nossa referência aqui é a unidade de saúde [nome da unidade de saúde], que é a enfermeira [nome]. Então a gente tem bem tranquilo com ela, com a Rede Feminina também porque a gente atende mulheres aqui. Daí elas fazem o preventivo lá. Até na unidade quando tava a equipe completa, por são duas equipes de estratégia de saúde naquela unidade. Hoje eu não sei se já estão com equipe completa, mas o médico vinha até aqui. Mas daí o médico acabou saindo e acabou perdendo o vínculo e quem ficou ali na parte da saúde não se atentou a isso. Mas, o [nome] conversou semana passada com [nome] e acho que eles vão agendar um dia específico para aqui, né? Um dia para médico, um dia dentista. Para gente não precisar ficar indo pegando ficha, não sei o quê (P2).

Entrevistadora: Com a política de saúde é difícil o relacionamento de vocês?

Entrevistado: Muito difícil. Não existe na verdade. É bem complicado.

Entrevistadora: Já tentaram aproximações?

Entrevistado: Já, já tentamos. A gente brinca assim, né?, que o sonho da gente é que alguém que entende de trabalho de comunidade terapêutica passe no concurso e atue em CAPS [risos]. Quem sabe facilita. Ou se contamina também.

Entrevistadora: E com as outras políticas?

Entrevistado: Com a assistência social a gente tem pouco relacionamento também. Mais é com relação à questão assistencialista dele, quando uma pessoa precisa de um acompanhamento mais de alimentação, nesse sentido, ou própria bolsa família. Com o jurídico é muito pouco assim. Bem diferente [da saúde]. Mas com saúde é um caso bem complicado. Eu por exemplo não consigo marcar uma consulta com alguém que tá na casa de apoio, no posto de saúde. Tem que dar o nome e aguardar a vez. É que [nome da cidade] tá complicado, de forma geral. Mas parece que se intensifica a dificuldade quando é alguém da casa, que tá na casa. [Alegam que] não tem vaga. De forma nenhuma eles falam abertamente que é por conta disso. Só que não tem vaga. Ou encaminha pra pronto-socorro. Só que a gente sabe, uma hérnia, por exemplo, não caso é pronto-socorro, né? É caso de acompanhamento. Ou então a pessoa tá tendo, de vez em quando, vômito, ou então tá tendo dor de cabeça com frequência. Não é uma crise pro pronto-socorro (P3).

É tranquilo, tem funcionado. A gente tem tido agora algumas dificuldades no sistema de saúde com o postinho de saúde. Porque antes tinham pessoas que elas chegam aqui e não tem como fazer o exame médico, não conseguem trazer e a gente tenta encaminhar então pelo postinho. Recebemos a informação de que a partir daqui um tempo eles não vão mais poder fazer esses exames médicos, só na cidade de origem. Então cada um. É uma regulamentação que vem de cima, pelo o que eu entendi, pra todos os postos de saúde aqui da região. Tanto é que eles não atenderam, quando eu fui solicitar lá com [técnica de enfermagem]. Que a [técnica de enfermagem] tá na parte de enfermagem junto também. Então nós fomos juntas para solicitar dois exames médicos e ela não fez. [...] Morador de rua, que não condições financeiras ou não tem como. Ele também não tem cidade de origem pra tar indo. Mas não fazem. Então isso é das dificuldades que a gente tá enfrentando agora. Mas não relacional com a rede. Elas foram muito gentis na hora que apresentaram. E no mais tá tudo tranquilo. O CAPS, os CRAS também. [...] Quando eu mal e mal cheguei, eu tive assim algumas dificuldades com a questão do CAPS. De que: “Ah, o sistema de comunidade terapêutica não funciona e que só eles funcionam”. E que ele tem que encaminhar, tanto é que eles só têm seis vagas aqui conosco, como cidade [...], mas hoje a gente em um relacionamento muito bom com o CAPS (P4).

É assim, a gente tem uma grande dificuldade. A maior dificuldade nossa ainda é a política pública de saúde, é o CAPS ainda. Ainda é o CAPS. Hoje nós temos uma boa relação porque tem uma enfermeira. Todo mundo ganhou a conta, porque eram todos cargos políticos, ficou a enfermeira que é especialista em saúde mental e ela já tá esse ano inteiro a frente de tudo. Chega uma psicóloga não dá certo vai embora, chega um assistente social não dá certo vai embora, e tal. Hoje, agora, nós temos uma relação muito boa porque ela está lá. Com CRAS, CREAS é muito tranquilo. Muito particularmente CREAS. Qual é a dificuldade deles. A legislação, os convênios dizem que você tem que mandar ofício pra tudo mundo, não sei quê. Eles não sabiam o que fazer com aqueles ofícios todos. O que nós fizemos. Nós chamamos essa rede toda, até porque muitas delas foram alunas minhas, e eu fui explicando, né? Primeiro trouxe aqui, pra dentro do nosso espaço, para eles conhecerem e verem o que é. Pra verem bem na prática o que é. E aí fui explicando, né? [...] Aí focaram muito mais na reinserção social. A reinserção social era o momento que nós envolvíamos eles, pra toda a rede de atendimento, e aí essa rede ia verificar o que era o melhor acompanhamento, se é que ele teria que ter. Né? Que talvez não tivesse que ter, não sei. Mais então o que a gente faz. Quando eles [os acolhidos] terminam [o período de atendimento] eu faço um relatório, muito, descrevendo o processo. Nada da questão ética, pessoal dele. A descrição do contexto familiar a gente escreve. “Fulano de tal que reside, é composto, é casado com a dona Fulana de tal, tem três filhos”. Aquelas questões, aqueles dados que não influenciam numa questão ética, por exemplo. Digo o que eles fizeram, o que eles não fizeram. Se é dependente químico, se não é. A gente pede autorização pra eles. E, é a gente faz o relatório, descrevendo todo o processo, quando entrou, as dificuldades pelas quais eles passaram aqui dentro, o que a gente trabalhou com eles e o que a gente percebe que ficou ainda fragilizado. E aí a gente manda esse relatório pra CREAS e pra CRAS. E diz: “Esta família está voltando para a sociedade e mora aqui. E aí vocês fazem o que vocês entendem que é necessário”. Tem dado muito bom resultado. Mas muito mais com relação à CREAS. Mas por quê? Os CRAS que são resultados são aqueles que as assistentes sociais me conhecem. Então nós temos aqui cinco CREAS, quatro deles elas [as assistentes sociais] foram minhas alunas, então o trabalho de rede perfeito. O quinto, um deles não. Então recebe e não faz nada. Elas já recebem, já marcam visita, já vão lá, colocam o equipamento a disposição da família. Até porque eu entendo que assim, tava numa questão de alta complexidade, tava em acolhimento. A lógica é você inverter o fluxo. De repente algumas famílias CRAS, outras, algumas ainda continuam com muitos direitos violados, então é CREAS. O que é prevenção, o que a gente consegui estabilizar, então é prevenção. Então vai lá pra CRAS. De repente um PAIF, de repente um outro serviço de convivência lá dentro, de repente um atendimento individualizado quando necessário. Mas é preocupação é muito mais mostrar pra essa rede que tem alguém que estava numa situação bem complicada, que exigiu um acolhimento. E que se reverteu, que tá voltando. Então é muito positivo isso. Centro Pop muito melhor hoje. [...] Mas a relação é muito boa, inclusive com o Centro Pop. [...] Eu conheço bem, não concordo com um monte de coisa. Mas a relação, como eu sou bem conhecido, então a relação é muito boa. As diretoras de assistência social são assistentes sociais que me deram aula algumas, então a relação é muito boa. É outra coisa. Eu digo que a maior dificuldade é CAPS, ainda é (P5).

Entrevistado: Ano passado tinha essa briga que era ferrenha. Eles [o CAPS] não encaminhavam pra nós. Tendo convênio, sempre foi. Esse ano que tá sendo diferente. Desde que eu tô aqui, 2007, sempre teve essa briga. Eles nunca encaminharam pra nós, nunca teve essa parceria, teve mais parceria era com o CAPSi aqui de [nome da cidade], que é de adolescente e eles precisam, né? “O que nós vamos fazer com esses adolescentes?”. Eles não dão conta, então a parceria era mais com o CAPSi. O CAPSad tá acontecendo agora. E os outros municípios eu vejo mais essa, essa rede se comunicando. “Ah, ele precisa de uma medicação”. Porque não sei se é o porquê o município é menor então esse fácil acesso com o médico, tem mais com a assistente social, com a psicóloga.

Tem mais encaminhamento de fora. Tinha, agora mudou. Tem mais encaminhamento com pessoal de fora do que com o CAPS aqui de [nome da cidade]. Porque eu acho que eles pensam: “Ah, eles vão ficar preso, não vão estar indo nos grupos. Porque eu acho que antes era por quantidade, tinha que ter uma quantidade xis para ganhar uma verba, também, né? Mais nesse sentido. De briga assim. Eles acham assim, eu prefiro que ele teja aqui no grupo, fumava *crack*, agora reduziu para a maconha.

Entrevistadora: Fora o CAPS, como se dá com as demais políticas essa articulação?

Entrevistado: Tá boa. Aqui em [nome da cidade], pelo menos ali com o Centro Pop foi bem tranquilo. Com a saúde, dependendo da unidade básica de saúde, também é bem tranquilo. Porque antes: “Oh, você pode pegar o encaminhamento de qualquer, da unidade básica de saúde ou do pronto-socorro”. Era bem acessível. Qualquer forma, encaminhamento do médico, poderia vir. Mas agora foi meio que engessado. “Ah não, convênio do município tem que vir tudo através do CAPS”. Então meio que engessado (P6).

Entrevistado: Aqui, especialmente em [nome da cidade], onde nós estamos aqui. Nós temos um bom relacionamento. Muito bom. Somos bem recebidos e da mesma forma a gente recebe bem eles. [...]. Eles vieram, se sentir bem à vontade. Olhar com carinho o nosso trabalho e a gente também recebendo eles com carinho, com respeito, né? Então, não vejo que na nossa realidade. Pode ser que existem outras, mas na nossa aqui é muito bom.

Entrevistadora: E com a assistência é o mesmo relacionamento?

Entrevistado: O mesmo relacionamento, somos muito bem recebidos. Fazemos partes do conselho, tanto da criança, participamos na assistência social, o CMAS. Somos muito bem recebidos. O AG [Ambulatório Geral] também, temos uma boa referência. Vale a pena (P7).

As falas trazidas pelos profissionais nos possibilitam diversos elementos para realizar uma reflexão ampliada sobre o processo de articulação com a rede de serviços. Destacamos que os profissionais fazem referência, com exceção de P1, que cita um médico voluntário, a rede de serviços pública. Embora a articulação com rede de serviços privados também seja uma alternativa e fonte de parceria importante para o desenvolvimento de ações mais amplas e integrais, parcerias com instituições privadas e/ou outras ONGs são inexistentes ou não relevantes a ponto de os profissionais não trazerem tal indicação.

O profissional P7 foi o único que indicou que o relacionamento com a rede, de forma geral, se dá de forma tranquila e bem articulada, o que é extremamente importante para o bom andamento dos serviços de forma geral, bem como contribuindo para o atendimento integral aos usuários.

O entrevistado P2 diz ter uma boa articulação com a rede, indicando que as dificuldades, muitas vezes, dizem respeito à própria limitação do serviço que se busca, especialmente, no que tange ao restrito número de profissionais e excesso de demandas já da própria comunidade em atendimento.

O profissional P3 também indica que há uma dificuldade geral no município de acessar os serviços de saúde, embora, quando se trata do público da CT, pareça que tal dificuldade tende a se intensificar. Refere-se, inclusive, à restrição de acesso dos acolhidos, o que é contrário ao preconizado e garantido pelas legislações, que indicam que “a entidade deverá buscar a rede situada no território para oferecer cuidados integrais com a saúde dos acolhidos” (BRASIL, 2015b). Neste contexto, pode ser considerada a negativa do atendimento por parte do serviço de saúde. Ademais, P3 mostra em seu depoimento uma grande dificuldade de articulação, especialmente, por parte do CAPS, por estes não terem conhecimento do atendimento realizado pelas CTs.

A dificuldade de acesso junto aos serviços de saúde do território também é indicada pelo profissional P4, sendo ainda mais preocupante a indicação que não é realizado o atendimento à população em situação de rua, condição de acesso é que assegurada pela legislação (BRASIL, 2009b). Embora, conforme fala, esse quadro tenha sofrido alterações positivas com o passar dos anos, ainda é presente certa dificuldade no processo de encaminhamento, referência e contra referência entre os serviços, expresso nos dizeres de que o CAPS realiza poucos encaminhamentos para a CT.

Dentro dessa mesma perspectiva, o profissional P5 também indica que há um entrave considerável de articulação com o CAPS do município e que, ao mesmo tempo, a melhoria na articulação somente se dá quando “profissionais específicos” estão nos cargos de gestão de tais espaços. Essa condição mostra que o relacionamento se dá no nível pessoal e não institucional, ou seja, quando há um profissional específico o processo tem continuidade, do contrário não. P5 expressa o mesmo nível de pessoalidade na relação estabelecida com os serviços da assistência social do município, indicando que o processo de articulação com a rede é presente quando se trata de profissionais conhecidos e com vínculo entre si.

A dificuldade de articulação com o CAPS é expressa por P6, atrelada à sua fala de que os profissionais do CAPSi realizam os encaminhamentos quando não conseguem vislumbrar outras possibilidades de atendimento ao adolescente. “O que nós vamos fazer com esses adolescentes?” (P6). O que denota que não há critérios muito claros com relação à forma como o fluxo encontra-se organizado e/ou para os encaminhamentos dos usuários para as CTs.

Destacamos que as dificuldades de articulação com o CAPS podem estar fortemente relacionadas com as distintas concepções sobre atendimento em saúde mental adotados por estes serviços, por um lado a condição da abstinência, defendida pelas CTs

e, de outro lado, a proposta de RD, que sustenta a metodologia de trabalho do CAPS. Logo, podem existir distintos embates e consequentes dificuldades de estabelecimento de fluxo entre os serviços visto as distintas concepções sobre a proposta de atendimento, expresso no processo de trabalho dos profissionais.

Seguindo neste contexto de interlocução com a rede, considerando as CTs como parte integrante da rede, logo, havendo a relação conflituosa entre a proposta de redução de danos e a proposta da abstinência, procuramos verificar com os profissionais como essa relação se estabelecia na articulação com os demais serviços das redes; no mesmo sentido, se eles acreditam que essas visões distintas sobre o cuidado em saúde mental poderiam, de alguma forma, influenciar o processo de trabalho dos serviços.

Assim o CAPS não aceita as CTs. Pra elas as CTs são só pra tirar o dinheiro deles. É a nossa. Aqui eu não onde você trabalhou, mas a gente não tem esse vínculo com ele. Eles não aceitam, né? Ali com a gente, em últimos casos eles mandam alguém. Mas quando já tá totalmente, não tem noção mais. Mas eles não aceitam essa redução. Até pelo fato do cigarro. Eles conseguem ficar sem, né? Só que no CAPS eles querem isso. Lá no CAPS de [nome da cidade], muitas vezes, eles tão usando drogas e tomando remédio e usando droga ali. Onde que as CTs não têm isso, claro que acontece, mas a gente consegue ter essa redução. Principalmente no cigarro (P1).

Eu vejo assim a redução de danos, aqui não tem uso de drogas, não tem uso de drogas, não tem uso de nada. Diferente também. Eu tenho pouco conhecimento, talvez eu até precise me aprimorar mais. Em relação à redução de danos como a política, né? Em relação às unidades de saúde, como se trabalha isso. Aqui no nosso município não sei se há um específico. A gente não o CAPS, não tem em [nome da cidade] o CAPS. Então acaba não tendo um olhar tão voltado (P2).

Aqui em [nome da cidade] é bem difícil o nosso, a nossa conversa com o CAPS. Eles, eles entendem que a, na verdade eu já acho errado a forma de redução de danos no Brasil. Ela se embasou lá, não sei qual é o país, mas que não é o que é prático no país. E aqui em [nome da cidade] é muito difícil essa conversa. Eles não nos aceitam. Apesar de que a gente, quando a gente recebe uma pessoa que fazia acompanhamento no CAPS, faz o tratamento na casa. Não tem como manter uma rotina de atendimento, tem dificuldades para algumas coisas. A gente estimula que ele volte a fazer pelo menos as terapias no CAPS e tudo, até porque a gente não tem como dar esse suporte pra ele depois que ele acaba o tratamento. Agora CAPS encaminhar pra comunidade terapêutica (P3).

Eu tinha muito isso. Eu cheguei aqui dizendo: “Redução de danos não existe”. [...] Então assim, eu fui vendo muito isso e acreditando, a partir de lições de prática, deles inclusive, que alguns que é redução de danos, e que não vai retornar, né? [...] Então em alguns aspectos é, dependendo do contexto, é a redução de danos que a gente vai fazer. E as comunidades terapêuticas, gostem ou não, assumam. Vamos usar outro termo. Assumam ou não é redução de dano. Quando você ensina um guri ou um adulto que ele tem que tomar cuidado, ele pode perfeitamente, não consegue parar ou não quer parar, mas eu ele pode parar, por exemplo, com a questão da exposição a relações sexuais perigosas na rua. É uma redução de danos. É uma questão de saúde pública. Então o cara para de se prostituir, pra conseguir se manter e ele já diminuir o

risco de sífilis, disso, daquele outro. Se ele diminuir a quantidade, em termos orgânicos e físicos, é uma redução. E a gente tem experimentado muito isso. Ao ponto de chegar em algum momento e dizer: “Foi uma boa redução de danos”. E, porque a gente hoje discute isso. Porque eu era resistente, e eles não. Nem tanto. Eu era. Muito o contrário. Aqui era muito mais eu, de uma questão até extrema às vezes. E aí eu comecei a perceber isso. E aí assim, quando a gente percebe, por exemplo, que o indivíduo ele consegue voltar pro trabalho, conseguir trabalhar o dia todo, usar em alguns aspectos essa noite e parar. E assim, talvez esse cara não consiga ficar usando uma quantidade limitada a noite. Talvez ele consiga fazer um ano, dois, três. Daqui a pouco ele vai acentuar, a gente sabe que pode acentuar. E aí volta tudo de novo. A gente tenta tudo de novo, né? (P5)

Pra eles [o CAPS] eles preferem a pessoa sair do *crack* pra maconha. Porque a maconha é mais leve. É o que eu sinto os daqui de [nome da cidade], né? Essa redução de danos literalmente, uma droga por outra. Tomava um litro de cachaça agora toma uma pinga por dia. Que daí ele pode tá indo pro grupo, pode tá indo lá pros atendimentos deles, então (P6).

Que eu me lembre, né?, não tivemos nenhum embate assim, sobre essa discussão. Uma opinião minha, particular. Eu penso que a redução de danos ela pode ser um meio pra chegar, um meio. Reduzir danos com objetivo de chegar numa abstinência total, como meio, mas não como objetivo. Pensando na questão da substância, da compulsividade, da abstinência, da síndrome de abstinência que ela provoca, né? Não sei, não consigo ver alguém reduzir, usando pouco e manter. Eu penso que é como um meio para chegar como um fim, então pode servir (P7).

Observamos nas falas dos profissionais que estes não possuem muita clareza com relação à proposta de RD em si e, especialmente, com a constituição teórica e de concepção da RD. As falas, em sua maioria, se apresentam bastante simplistas e restritas, limitando a RD a um mero “trocar uma droga pela outra”. Entretanto, como já discutimos anteriormente, a proposta de RD vai muito além disso, pois diz respeito a estratégias para auxiliar na diminuição do uso, sendo que cessar o mesmo pode, ou não, ser um fim (ADADE, MONTEIRO, 2013). Em estudo de Araújo e Pires (2018), os autores indicam que os profissionais atuantes em CAPS ad possuem uma visão a respeito da RD para além do processo do uso ou não da substância, mas como uma estratégia de garantia de direitos deste público.

Fato é que compreensões limitadas a respeito da lógica que embasa outros serviços, no caso especificamente o CAPS, poderão, sem dúvida, prejudicar a interlocução com estes e o conseqüente fluxo de usuários entre os serviços, visto que a ação profissional implica, necessariamente, a articulação com outros espaços (BAPTISTA, 2009). Também caberia investigar quais seriam as compreensões que os profissionais atuantes no CAPS possuem a respeito do atendimento desenvolvido nas CTs, concepções estas que podem ter reflexos diretos no processo de atendimento.

Na mesma medida em que os assistentes sociais, em qualquer espaço sócio-ocupacional, necessitam possuir conhecimento a respeito da instituição e da rede de serviços vinculada, também é fundamental que estes profissionais tenham conhecimento a respeito da legislação que regulamenta e direciona o atendimento nestes serviços. Deste modo, é possível dar um direcionamento aos atendimentos a partir de princípios e diretrizes legalmente instituídos.

Perguntamos aos entrevistados quais seriam as legislações que eles entendiam como principais para o atendimento em CT. O objetivo era verificar o conhecimento da legislação por parte dos profissionais, bem como quais consideravam como legislações mais relevantes⁶², pensando naquelas que seriam necessárias para o atendimento adequado em CT. As respostas obtidas, em sua maioria, são afirmações que não aprofundam e/ou problematizam a relação entre as CTs e as legislações pertinentes e, se o fazem, isso ocorre de forma ainda bastante superficial.

A [resolução] 29, à risca. Acho que ainda é permissiva demais, por não ter uma equipe mínima, né? Aqui o ruim é que “Oh, precisa disso, precisa disso”. Eles acabam não lendo muito a legislação então eu meio que marco que precisa [risos]. Sabe? E a da CONAD. É CONAD, né? Que não está em vigor, mas eu digo que está em vigor [risos] e que a gente precisa fazer o atendimento singular. A gente precisa fazer esse acolhimento, saber como é que tá. Registro é importante, questões assim (P2).

Entrevistado: A RDC 29. Apesar de a CONAD estar suspensa eu acredito que mais ou cedo ela que vai voltar. Eu acho muito tranquilo trabalhar com essa resolução e ela é bem clara pra nós. Porque muitas vezes a gente fica sem saber como, por aonde seguir. Apesar de que agora aqui a gente foi enquadrado, eu digo né?, como estabelecimento de saúde. Mas a gente não tem uma legislação específica, então assim, o nosso próprio relatório da, do pessoal que veio fiscalizar, se embasa em leis de hospital, de clínica, de tudo mais. Mas pra mim o que tem peso é a 29 e a resolução do CONAD, que eu acredito que tá suspensa mas, por pouco tempo.

Entrevistadora: E vocês estudam isso na comunidade?

Entrevistado: Sim, quando saiu a CONAD a gente ficou um dia e meio com a equipe sentando, lendo e vendo cada artigo. A gente sentou. Foi muito legal assim, porque os monitores têm as suas limitações. Assim como eu, né? E eles sentaram com toda as outras pessoas da equipe pra gente pontuar (P3).

Entrevistado: A RDC, né?, a 029. E agora a do CONAD que tá, que pra nós foi muito bom aquele texto. Se viu que a gente tá colocando muito. Todo o texto lá a gente resumiu e colocou ali no nosso contrato. O PAS [Plano de Atendimento Singular] também a gente se baseou muito pelo que eles fizeram. Então muitos instrumentos que eles criaram, pra nós foi importante. E a gente só linkou, a gente na verdade não mudou muita coisa, já tinha.

Entrevistadora: Então vocês estudam essas regulamentações?

⁶² Importante ressaltar que na ocasião da realização das entrevistas, no ano de 2017, o Marco Regulatório – Resolução 01/2015 da CONAD (BRASIL, 2015b) encontrava-se suspenso, conforme já indicado em momento anterior. Por isso a referência dos profissionais ao fato da legislação estar suspensa, embora os mesmos indiquem que continuam observando as orientações ali presentes.

Entrevistado: Sim, sim, sim (P6).

Entrevistado: A RDC 029 que nós temos que é um norte. E o Marco Regulatório que hoje não tá vigente, tá suspenso, né? Mas que é um grande avanço, uma grande conquista assim né? Pra mim são as duas.

Entrevistadora: Vocês chegaram a estudar esses documentos de forma mais profunda na comunidade?

Entrevistado: Não, não. Tenho um conhecimento raso, assim. Até porque em nenhum momento tive essa necessidade tão grande de ter esse conhecimento mais aprofundado. Mas eu tenho muito claro que é esses dois aí que nos norteia e nos direciona (P7).

As respostas apresentadas pelos profissionais são, no mínimo, preocupantes. Embora eles citem as duas principais legislações de referência, RDC 029 (BRASIL, 2011b) e o Marco Regulatório – Resolução 01/2015 da CONAD (BRASIL, 2015b), indicando que tais legislações possuem grande representatividade e importância para o trabalho das CTs, ao mesmo tempo, não realizam reflexões mais elaboradas e contextualizadas com relação à aplicabilidade de tais legislações.

Os entrevistados P3 e P6 foram os únicos profissionais que indicaram, em conjunto com a equipe, que possuíam momentos específicos para realizar o estudo destas legislações, bem como pensar em suas implicações e aplicabilidade dentro do trabalho diário. O entrevistado P7 traz uma fala de que “em nenhum momento tive essa necessidade tão grande de ter esse conhecimento mais aprofundado”. Fala essa que levanta diversas preocupações. Afinal, que qualidade de atuação posso ter em um espaço sócio-ocupacional frente a um conhecimento “raso” da legislação que norteia minha ação profissional junto àquele público?

Ao mesmo tempo, outra questão que chamou nossa atenção e indicamos como uma condição de preocupação diz respeito à ausência de referência dos profissionais a outras legislações que norteiam o fazer profissional no espaço da CT. Tais como as legislações principais da política de saúde e assistência social, Estatuto da Criança e do Adolescente e do Idoso, quanto há atendimento a este público, código de ética da profissão, entre outros. O profissional P5 foi único que apresentou uma resposta mais abrangente com relação às legislações que contribuem para o desenvolvimento do seu trabalho no contexto da CT, bem como outros referenciais teóricos que o mesmo também indica como de fundamental importância.

Entrevistado: Aqui, assim eu tenho muito forte a questão da reforma psiquiátrica. Então eu li muito sobre isso então não é legislação, mas mais é legislação, é mais a questão teórica. E aqui dentro assim: Vinte e quatro horas por dia se é que é possível, eu não estou aqui, mas assim o código de ética. É

ele em primeiro lugar, sempre, sempre, sempre. Com relação aos adolescentes o Estatuto da Criança e do Adolescente direto, é uma briga minha aqui dentro, sempre, sempre, sempre. Essas duas em particular. Eu tenho aquele famoso livrinho, aquela coletânea de leis do Serviço Social, então. Em algum momento tudo, em algum momento, não necessariamente vinte e quatro horas por dia. Mas, por exemplo, a questão da LOAS é sempre muito presente porque a gente tem, verifica a questão, inclusive de BPC, já teve casos de BPC, onde a gente faz todo o encaminhamento. E assim, cada uma, dependendo do compartimento, ou de dependendo da questão, da demanda do momento. Mas muito em particular hoje a questão específica do Código de Ética, o Estatuto da Criança e do Adolescente, que nós temos adolescentes, o Estatuto do Idoso em alguns aspectos, que nós temos. Então são essas.

Entrevistadora: E as legislações bases de CT?

Entrevistado: Todas. Isso eu decorei tudo. Eu conheço de cabo a rabo. A RDC a 029, a 101 que tá, que é a vigente. E a resolução a 001 que é o Marco Regulatório, que eu gosto dele. Acho que é um avanço. Aquilo a gente segue muito rigorosamente. Ele tá suspenso, mas a gente gosta. Pra nós é o referencial. A gente gostou muito. Pra mim aquilo veio como, é, tipo assim: “O [assistente social] tá correto, nisso, nisso e naquilo”. Uma dificuldade que eu tinha. Então, a gente segue ele até hoje. Toda uma legislação. Então essas três é direto (P5).

Como já indicamos anteriormente, a ação profissional se constitui, para além da prática em si, em um processo de reconhecimento da realidade na qual se encontra, no conhecimento da condição do sujeito, suas demandas, direcionamentos, diretrizes e direitos assegurados pelas legislações correlacionadas. Além do que a ação profissional também implica questões éticas que necessitam ser observadas de forma transversal ao processo de trabalho (MIOTO, 2001 *apud* LIMA, 2004). Assim, indica-se a necessidade de uma compreensão ampliada e aprofundada de tais questões de forma a oferecer um atendimento qualificado aos usuários do serviço.

7.8 DESAFIOS E POSSIBILIDADES DO SERVIÇO SOCIAL NAS CTS

Nos caminhos desenvolvidos pelas entrevistas e pela observação realizada nas CTS, foram se construindo distintos questionamentos e indagações, tanto no pesquisador quanto nos próprios entrevistados. De algum modo, os profissionais foram elencando pontos de desafios e possibilidades do Serviço Social dentro do espaço da CT. Aspectos estes que consideramos de grande relevância e que sistematizamos neste espaço como forma de pensar possibilidades para a ação profissional no espaço sócio-ocupacional das CTS.

Como já discutimos em momentos anteriores, há um movimento nacional contrário ao trabalho das CTS que tem ganhado força nos últimos anos, sendo que suas principais críticas se apoiam na questão da abstinência, espiritualidade/vinculação

religiosa e na institucionalização, características de grande centralidade no atendimento das CTs (NATALINO, 2018; SANTOS, 2018a). No âmbito acadêmico, o próprio estudo do tema “CT” já gera diversas desconfianças por parte dos próprios pares. Em alguns momentos, o anúncio do tema é gerador de intensos debates sobre sua relevância, ou não, para uma pesquisa acadêmica. Entretanto, a discussão sobre CTs tão “inflamada” no espaço acadêmico parece não chegar de forma tão presente na realidade diária dos profissionais que atuam nas CTs. Ao menos, eles não expressam isso de forma tão enfática. Os profissionais até indicam conhecimento com relação a algumas discussões que estão em pauta, mas de uma forma muito distante.

A partir de tal condição, questionamos os profissionais se eles sentiam alguma forma de “preconceito” de outros profissionais, instituição e/ou do conselho de classe, em decorrência da sua atuação profissional no espaço da CT.

Não. Preconceito não tem. Mas elas [outras assistentes sociais] também não aceitam que a gente ganhe pouco. Mais nesse sentido, da remuneração (P1).

Eu acho que tem pelos comentários, pela visão que se tem da modalidade desse serviço, assim, né? Mas eu acho que falta muito conhecimento do CRESS, do CFESS. De ver essas boas práticas que há nesses espaços e que é assim um espaço de tratamento, sei lá, de acolhimento, como queiram falar. Sabe? De mudança de um estilo de vida que se tinha de muita violação de direitos, que aqui a gente também garante direito (P2).

Entrevistado: Sim. Teve até um movimento, né?, contra comunidade terapêutica. Parece-me, não sei ao certo, mas essa suspensão da própria CONAD foi pautada no CFESS e no [conselho] de Psicologia.

Entrevistadora: E por que você acha que eles não reconhecem esse trabalho?

Entrevistado: Porque não conhece. Ou conhece entidades que se dizem comunidades terapêuticas, mas que de fato não o são.

Entrevistadora: E de outros profissionais?

Entrevistado: Não, aqui na região não. Eu sofri preconceito quando eu fiz a minha pós-graduação que tinha profissionais do poder público, de diversos serviços públicos e que conhecem algumas comunidades terapêuticas, principalmente na região da [nome da região] e que não fazem um trabalho de voluntariedade⁶³ de tratamento. É aquela coisa que nem eu disse pra ti antes. Botam o cara pra trabalhar, que tem que usar um determinado tipo de roupa, que não pode ter cabelo comprido, de que não pode usar brinco. Então, pautado nisso eles são contrários à comunidade terapêutica em geral (P3).

Não. Olha, eu participo inclusive do Conselho Municipal de Assistência Social, todo mês. Assim fui muito bem recebida, e tem várias instituições que participam ali também, ONG. Eu vejo parceria assim. Mas é, eu peguei a discussão da parte da Psicologia, isso eu peguei um pouquinho (P4).

Entrevistado: O CRESS nunca faz nada com nós, né? A não ser cobrar, a não ser cobrar e tal. [...] Eu já fui em reuniões do CRESS representado os trabalhadores dos SUAS aqui, que nós temos muito forte isso aqui agora. Eu

⁶³ Profissional se refere às instituições que realizam internações involuntárias e se autodenominam CTs, quando na verdade não são, considerando a modalidade de atendimento que oferecem.

me posiciono, vou lá e digo: “Trabalho em tal e tal lugares. Né? Numa comunidade terapêutica e tal, tal e tal”. Eu não uso muito, eu não uso o nome comunidade terapêutica. Eu uso muito: “Eu trabalho num espaço que acolhe pessoas com problemas relacionados à dependência química”. Eu evito usar. Eu acho meio, muito estereotipado isso. Entendeu? Eu não tenho vergonha, mas eu, sempre que eu posso, eu procuro dar uma outra conotação a esse espaço, muito mais com aquela questão do espaço que acolhe, cuida e reinsere. E isso que eu vejo aqui.

Entrevistadora: E com relação aos outros AS sentem preconceito?

Entrevistado: Não. Não. Aqui com nós não. Eles diziam, inclusive a minha família: “Você é louco. Onde é que você tá com a cabeça de trabalhar com essa gente?”. Um monte de coisa. Eu vou te dizer que eles brigam pelo meu espaço aqui. [...] Quando eles souberam que eu fui obrigada a assumir 40 horas lá [em outro espaço de trabalho], bombou, né? Todo mundo queria o meu lugar. Todo mundo queria. Eles queriam o meu lugar, trabalhar, bem éticos assim foram. Que eles acharam que ia sair. Porque eu disse que ia sair. Aí depois que a [presidente] entrou na minha, como diz eles, e eu fiquei. Mas assim, não só pelo salário, mas também pela oportunidade. Porque o que falo pra ti eu falo aí fora. Que eu tenha autonomia profissional, que ela [presidente] me respeita. Então, assim, criou-se (P5).

Tem. Até ano passado eu estranhei que eles, não em 2015. O pessoal do CRESS veio fazer uma fiscalização aqui, pra ver a atuação do assistente social. Que daí conversaram com o [outro assistente social] bastante. [...] Eu acho que esse fiscal que veio ele: “Oh, vocês são exceções das comunidades terapêuticas que tem aqui em Santa Catarina. Porque vocês têm profissionais, vocês têm como atuar. É, vocês fazem o papel do assistente social. Vocês não são só: “Ah, tem o assistente social. Só por nome”. E até a infraestrutura que eles olharam bastante. A parte da alimentação, não é precário. Não tem maus tratos com os meninos. Ainda mais nesse sentido de maus tratos que as outras comunidades, de uma certa forma, têm. Eles vieram, foram in loco, o problema é esse, foram em várias comunidades e viram muita coisa errada (P6).

Não, não tive. Quanto ao CRESS, o que é o CRESS? [risos]. Que é o nosso conselho e tal, paga, tenho revista algumas revistas, algumas informações e tal, mas o contato dele é mínimo. Talvez deveria partir de mim mais esse envolvimento. Talvez que sabe um dia eu me sinta, eu me interesse mais em estar participando das discussões e tudo mais. Mas quanto aos demais assistentes sociais onde eu me coloco, eu nunca tive, mas pelo eu nunca percebi [risos]. Pra mim, é bem tranquilo (P7).

Através da análise das falas dos profissionais, é possível verificar que eles fazem indicação que em alguns momentos reconhecem que há um certo “preconceito” com relação à sua atuação no espaço da CT. Entretanto, não referem que isso ocorra de forma muito presente, mas a maior parte advindo de comentários ou posicionamentos, de pessoas e/ou instituições que eles não identificam como muito próximos de suas realidades. Destacamos a fala do profissional P3 que diz ter vivenciado preconceito por parte de outros alunos quando realizou pós-graduação na área de saúde mental.

Cabe ressaltar que os profissionais destacam em suas falas a ausência de diálogo do conjunto CRESS – Conselho Regional de Serviço Social e CFESS – Conselho Federal de Serviço Social com os profissionais que atuam em CT. Expresso, especialmente,

segundo os profissionais, pela ausência de conhecimento com relação à real atuação do assistente social dentro do espaço de CT e, ainda mais relevante, a ausência de conhecimento com relação à própria forma de atendimento das CTs em si. Ocasionalmente em críticas destes conselhos com relação ao trabalho das CTs.

Ainda que os entrevistados não deem grandes destaque para eventuais preconceitos/distinções que eventualmente possam ter sido alvo, fato é que o trabalho das CTs não é de aceitação passiva, havendo diversos movimentos contrários, críticos e de enfrentamento a sua atuação. Realidade essa bastante presente, especialmente, dentro do contexto acadêmico e no embate com relação ao direcionamento de recursos públicos para seu financiamento. Quando questionamos os profissionais com relação à sua posição a respeito destes enfrentamentos e questionamentos relacionados ao atendimento prestado pelas CTs, as respostas trazem um direcionamento interessante.

Eu acho que pelas práticas equivocadas [das instituições] que se dizem CT e na verdade não são. Mas que usam essa metodologia, de repente, de violência. E que a gente não pode negar (P2).

Eu sou favorável e contrária. A mobilização no geral contra comunidade terapêutica. Porque tem muitas outras coisas, entre aspas, que se dizem comunidade terapêutica e a gente sabe que não é, né? Que botam o cara pra trabalhar de manhã até a noite, que o cara tem que ficar em regime fechado, sem sair. Que tem castigo físico. Então assim, se eu pudesse participar de um movimento contra esses tipos de instituição, que fere direitos, né?, humanos. Mas eu acho que a gente não tem de rotular, não te, que engessar (P3).

Tem. Mas eu confesso que... É ruim, porque eu não envolvo. Por outro lado, a gente já teve, como a gente chegou a comentar em algum momento, uma referente ao CAPS, eles tinham muito assim essa visão antes. Quando eu mal e mail cheguei, eu tive assim algumas dificuldades com a questão do CAPS. De que: “Ah, o sistema de comunidade terapêutica não funciona e que só eles funcionam”. E que ele tem que encaminhar, tanto é que eles só têm seis vagas aqui conosco, como cidade. A visão que eles têm como relação. A discussão que acontece lá fora, de certa forma ela não, ela não me atinge (P4).

A minha forma de ver esses movimentos é que de fato eles não conhecem o trabalho da comunidade terapêutica. O próprio [coordenador de saúde mental do município] hoje disse. É um grupo ainda, como ele chamou ali, conservadores. Que não conhecem o trabalho, tá conservando uma ideia ainda que é totalmente equivocada da realidade (P7).

Assim como na discussão da questão anterior, com relação ao preconceito vivenciado pelos profissionais, eles reconhecem que existem na sociedade algumas discussões e movimentos contrários ao trabalho das CTs, entretanto, não parecem se aproximar tanto do cotidiano deles. Em maioria, os profissionais associam o movimento “contra CTs” relacionado a “CTs” que prestam alguma forma de “desserviços” às demais instituições. Condição que eles apoiam, ou seja, fazendo a indicação que, de fato, é

necessário que haja um movimento de enfrentamento e discussão para aquelas instituições que se denominam CT mas não o são. Possivelmente, isso está vinculado ao fato da compressão dos profissionais, de que o movimento é direcionado para tais instituições que atuam de forma “irregular”, que os entrevistados indicam que estes parecem não ser relevantes ou preocupante em suas rotinas.

Essa condição fica claramente expressa na fala da profissional P4, que manifesta: “A discussão que acontece lá fora, de certa forma ela não, ela não me atinge” (P4). Essa fala denota que a discussão sobre CTs, tão inflamada no âmbito acadêmico e no espaço das políticas públicas, na visão dos entrevistados, não parece impactar de forma tão direta a condição de trabalho destes profissionais.

De algum modo, as discussões a respeito do atendimento prestado pelas CTs, que no espaço acadêmico e político têm sido presentes e enérgicas, especialmente após a Lei nº. 13.840/2019 e a indicação da proposta de abstinência e não mais redução de danos (BRASIL, 2019e), não chegam até os assistentes sociais das CTs com tanto impacto e representatividade. Não há dúvidas que se trata de uma discussão importante e de relevância considerável para o atendimento prestado por tais instituições, visto todos os seus impactos, porém, essa representatividade não chega até os profissionais que atuam na ponta do processo. Os motivos que levam a tal condição podem ser interpretados como uma ausência de conhecimento com relação a essas discussões e, até mesmo, que as discussões realizadas no âmbito acadêmico não se aproximam, efetivamente, da realidade destes profissionais, o que não irá favorecer o processo de retroalimentação entre a realidade da prática e as discussões teóricas/acadêmicas (NETTO, 1996; 2012).

Por outro lado, se as discussões anteriores não parecem ser tão relevantes para os profissionais, a legitimidade da CT enquanto um espaço para a atuação do assistente social e a condição atual do profissional neste espaço sócio-ocupacional é algo que denota maior preocupação e reflexão aos entrevistados. Condição esta que fica evidente quando questionamos os profissionais com relação ao reconhecimento da CT enquanto um espaço sócio-ocupacional do assistente social.

Assim eu acho que, eu penso que assim, é um profissional importante, né? Importantíssimo pela formação que tem pela luta que tem assim na garantia de direitos das pessoas, assim né? [pausa] E, eu percebo assim, pela crítica que se tem nas comunidades de tanta violação de direito, porque que esse profissional não tá lá defendendo o direito, entende? É claro, assim como tem os presídios que a gente vê que tem muita violação de direito nas penitenciárias. Tem lá também esse profissional que de repente também sofre muito no espaço como esse, que eu penso que é um trabalho intenso numa penitenciária. Mas assim,

o nosso público aqui também não é diferente de muitos que passaram. Porque a gente vê, muito forte. Porque aquele menino. Poxa, tem vinte e cinco processos, ficou tanto tempo preso, sabe. Então assim, quanta violação teve. E também teve um profissional lá pra defender, né? Direito dele de, sei lá, acesso a família, de ter acesso à saúde, a educação, profissionalização (P2).

Eu percebo nos fóruns, nos cursos e tal, quando a gente troca uma ideia, de que também elas [outras assistentes sociais] têm uma certa autonomia de trabalho, que tem os direitos delas enquanto profissionais respeitados. Mas eu vejo um pouquinho de despreparo dos profissionais em comunidade terapêutica. Talvez pela falta de outros profissionais acaba se distorcendo um pouco. Demanda pra isso, sem dúvida tem. E o profissional de Serviço Social inserido numa comunidade terapêutica, eu acho que só fortalece a garantia de direito de quem vem buscar o tratamento, né? Que já começa por aí a nossa atuação (P3).

Sem espaço. Sem espaço. Sem atuação definida. Sem reconhecimento profissional. Muito como um faz tudo, é isso, né? (P5)

Assim oh, eu acho que a gente tá engatinhando. Caminhando. [...] Acho que de 2015 que a gente começou. Eu acredito que é muito recente (P6).

Eu não tenho contato com outros profissionais. Mas assim, o sentimento que eu ainda tenho é que um profissional pra preencher um, vamos dizer assim, um buraco, uma representatividade. É por conta de um convênio que há dentro da equipe técnica esse profissional, mas ele não é visto como um profissional necessário ou quê. [...] Porque não é um campo reconhecido, não é reconhecido como um campo de atuação do profissional de Serviço Social. Por que não? É por conta dessas discussões todas que existem. Dessas resistências, ideologias. Isso que tem reflexo lá na formação, lá se inicia, né? (P7)

Os profissionais reconhecem o Serviço Social como uma profissão importante dentro do espaço da CT, embora tenham percepção que ainda se trata de um processo inicial e lento, que carece de muitas discussões e avanços, sendo que ainda há muitos profissionais que ainda estão na instituição “apenas” para cumprir exigências legais e/ou de convênios, questões que já discutimos anteriormente.

No que tange à condição da legitimidade, na percepção dos entrevistados, o assistente social é um profissional que deverá preocupar-se com a condição da garantia e não violação de direitos daqueles que se encontram em atendimento no espaço da CT, sendo esta uma de suas maiores e mais relevantes atribuições neste espaço.

Ainda que questão da legitimidade e afirmação profissional do assistente social no espaço da CT ainda se constitua como um desafio de grande relevância para a profissão, há muito o que se avançar, condição essa que é expressa de forma clara na fala dos profissionais, quando questionados sobre os desafios do assistente social no contexto da CT e formas de enfrentamento/superação destes desafios.

Eu acho que o maior desafio é o reconhecimento do trabalho do assistente social na comunidade terapêutica, mas já tá se caminhando pra isso. Mas isso acho que é o maior desafio (P3).

Os principais desafios é o próprio reconhecimento, né?, desse profissional, ser de fato reconhecido. Por seu espaço de atuação, pelo próprio modelo de serviço precisa ser reconhecido. Porque se ele mesmo não se reconhecer esse profissional, não vai esperar que de fora reconheça isso, né? A gente fica pensando que os lá fora é culpado porque a gente não é aceito aqui dentro, mas às vezes aqui dentro, no próprio modelo, segmento, não reconhece. Então acho que isso é um desafio (P7).

Eu acho que os, como se fala, o CRESS, os conselhos estaduais deveriam conhecer o trabalho de comunidade terapêutica, pra daí dar o direcionamento pros profissionais. Porque se você for ver nas prefeituras as profissionais que atuam no serviço público eles não têm conhecimento do que é o nosso trabalho. Eu acho que começaria daí. Assim como lançam campanhas (P3).

Eu acho que é dialogando. Eu penso muito sobre a questão de encontros, debates, entre os assistentes sociais. Porque, por causa da troca de ideias, porque hoje não existe, a gente não sabe como poderia tá melhorando, né? E uma comunidade terapêutica pode tar auxiliando a outra né? (P4).

Primeiro a questão de pesquisa científica, que é o que você tá fazendo. Não existe isso. Não existe produção científica (P5).

Eu achei interessante a tua fala que vocês vão fazer um encontro de assistentes sociais. Isso já é um comecinho, um passo pra dizer: “Não, a gente tem profissionais aqui”. Até fazer uma moção, alguma coisa. Alguma coisa nesse sentido. Oh, esses profissionais que tão aqui atuando. “Vocês já foram lá conhecer?”. Às vezes nem foram também nessas comunidades (P6).

O processo de reconhecimento do espaço da CT como um espaço legítimo para a atuação do assistente social ainda se apresenta longo e repleto de desafios. Tais desafios são expressos a partir de distintas vertentes. Há a necessidade de reconhecimento efetivo por parte das próprias CTs com relação à atuação do assistente social como relevante e necessária. Ainda que haja reconhecimento por parte da equipe, usuários e instituição, referem que este é limitado. Ao mesmo tempo, há consideráveis limitações de reconhecimento e compreensão da atuação do assistente social no espaço da CT por parte de outras instituições/grupos de referência para a categoria e para a sociedade. Na fala do entrevistado P3, novamente, há indicação do CRESS e seu distanciamento do espaço da CT enquanto um campo de atuação cada vez mais presente na realidade do Serviço Social.

De modo geral, uma das principais indicações trazidas na fala dos profissionais, em vários momentos, diz respeito ao fato da ausência de conhecimento com relação à condição real da atuação do assistente social dentro das CTs. Logo, as conclusões a respeito de sua relevância, ou não, são tiradas a partir de concepções prévias, nem sempre vinculadas com a realidade de cada profissional e/ou instituição. Ademais, é inegável a necessidade de fortalecimento dos próprios profissionais que atuam em CT, para que estes possam se constituir enquanto grupo e militar por objetivos comuns e reconhecimento

para sua condição e campo de atuação, bem como de que os próprios profissionais se apropriem de forma legítima deste espaço, através da sistematização e planejamento de sua própria ação profissional.

Diante de tal conjuntura, as possibilidades para atuação profissional neste espaço são consideráveis e de expressiva relevância, embora ainda careçam de maiores espaços para discussão e reflexão a respeito.

8 CONCLUSÕES

O desenvolvimento da pesquisa acadêmica, sem dúvidas, é um percurso complexo e repleto de desafios, vitórias, superações e inúmeros questionamentos com relação aos caminhos percorridos e resultados alcançados. O pesquisador inicia o processo de pesquisa com diversas perguntas circulando em sua mente e, não raro, com possíveis respostas para elas. Ocorre que, ao longo do caminho, em sua maioria, essa condição tende a ser modificada. Não raro as certezas do pesquisador tornam-se novas dúvidas que, talvez, inicialmente nem mesmo poderiam ter sido vislumbradas. Algumas dúvidas são respondidas, na mesma medida em que outras aparecem e poderiam até mesmo dar início a novas pesquisas e questionamentos. Essa foi a realidade do caminho percorrido até aqui. Um processo de idas e vindas, repleto de descobertas e novos questionamentos.

O presente trabalho se propôs a discussão da ação profissional dos assistentes sociais no espaço sócio-ocupacional das CTs do estado de Santa Catarina, tendo como motivação principal as próprias experiências profissionais e acadêmicas da pesquisadora, associada à realidade observada. Inicialmente, a proposição desta temática dentro do contexto de uma pós-graduação em Serviço Social, sem dúvida, foi desafiadora e não poucas vezes com sugestões de que este não seria um tema de grande relevância dentro da profissão. Condição essa que se dá, em parte, pela própria compreensão previamente já constituída a respeito do que é uma comunidade terapêutica e de que este não seria um espaço sócio-ocupacional “adequado” para a atuação do Serviço Social.

Avançando para além desta visão inicial, bastante restrita, fato é que a condição das CTs é uma realidade concreta no atual contexto brasileiro. Ainda que transpassada por diversas divergências, conforme foi discutido ao longo do presente, é inegável que as CTs estão realizando o atendimento, em todo o país, de um número considerável de pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas (DAMAS, 2010). Ainda que a Política Nacional sobre Drogas, até a abril/2019 (BRASIL, 2019e), indicasse a centralidade do atendimento na proposta de redução de danos, focada no atendimento ambulatorial, não hospitalocêntrico, tendo os CAPS como portas de entrada centrais para todo o atendimento, as CTs ocupam um espaço considerável no atendimento a este público. Condição que por si só deveria evidenciar a necessidade do olhar do pesquisador para este espaço, ainda mais potencializada pelos rumos e representatividade que se acredita que a “nova” PNAD dará a estas instituições (BRASIL, 2019e).

Por sua vez, os assistentes sociais, de algum modo, também têm ocupado este espaço de trabalho, sendo esta categoria profissional, em conjunto com a Psicologia, as duas profissões de nível superior com maior representatividade dentro das CTs (IPEA, 2017). Atuando, desta forma, diretamente junto ao público com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Condição e público este que também não são privilegiados nas pesquisas desenvolvidas dentro do Serviço Social (BANDEIRA, 2014; ROSA, 2016), carecendo, sem dúvida, de um olhar mais direcionado para tal realidade. Essas condições sustentam e justificam a realização da presente pesquisa.

Inicialmente, para o desenvolvimento deste trabalho analítico e de coleta de dados, foi necessário realizar a construção de um referencial teórico que daria sustentação para o desenvolvimento de nossa análise, de modo a articular o referencial teórico construindo com o material coletado no desenvolvimento da pesquisa. Nossas discussões foram direcionadas pela concepção de saúde, política de saúde mental brasileira, comunidade terapêutica e ação profissional do assistente social.

A partir da análise dos dados coletados, através das entrevistas e da observação participante, identificou-se que a discussão com relação às concepções de saúde e a forma como se relacionam com os transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, conseqüentemente com o atendimento prestado a esta população, não foi trazida de forma constante pelos profissionais durante a realização da coleta dos dados. Alguns deles trazem falas com relação ao fato de que compreendem o uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas como uma questão mais ampla, que transcende a condição do uso em si, e que o atendimento para este público precisaria ser pensando de forma mais ampla e não restrito. Deste modo, é possível afirmar que alguns dos profissionais trazem uma leitura mais ampliada do processo saúde–doença, vislumbrando alguns elementos para além da condição biológica daquele indivíduo (VERDI *et al.*, 2016). Por outro lado, outros profissionais não trouxeram essa visão ampliada com relação à saúde, sendo que a visão de cuidado ainda se encontrava centrada no período de atendimento que a pessoa se encontra na CT e na condição da “doença” em si, sem relacionar com outros fatores/determinantes.

Por outro lado, se as concepções de saúde se mostraram de forma tímida, a discussão a respeito de saúde mental é trazida pelos profissionais de forma mais recorrente, embora, em grande parte, essa discussão esteja relacionada especificamente a fortes críticas sobre a proposta da redução de danos. A condição da crítica à RD por si só não seria uma grande problemática, mas ocorre que a maioria dos profissionais apresenta

uma crítica que não é apoiada em nenhum fundamento concreto e/ou reflexão teórica e contextualizada sobre a questão. Por vezes, trata-se de visões equívocas e/ou falas claramente “decoradas”, sem uma compreensão efetiva do que seria tal proposta de redução de danos. Em muito, ainda se tem a visão limitada de que a redução de danos seria essencialmente “a troca de uma droga pela outra” ou a “prescrição” de uma droga mais “leve”. Desta forma fica ausente a compreensão da proposta da RD e sua complexidade, bem como a importância no processo de atendimento a públicos específicos.

Mesmo diante de uma discussão limitada e restrita sobre o atendimento na perspectiva da RD, o conhecimento dos profissionais sobre a proposta de atendimento das CTs também não é amplo, em muitos casos, embasados naquilo que têm “visto e ouvido” dentro do próprio espaço institucional, com pouco processo de reflexão a respeito. Com relação aos conhecimentos dos entrevistados sobre a CT enquanto uma modalidade de atendimento em si, verificou-se que este conhecimento ainda é limitado, sendo que poucos deles fazem referências aos teóricos e/ou pilares considerados centrais ao se tratar da concepção de CT e sua metodologia de atendimento. O conhecimento sobre essa proposta de atendimento tem sido construído muito mais naquilo que a própria instituição, através de seus profissionais e representantes mais antigos, tem apresentando como a “verdade” com relação a tal modalidade de atendimento do que vinculado às próprias bases de tal proposta. Logo, verifica-se que grande parte dos profissionais possui compreensões limitadas tanto com relação à proposta de RD como da metodologia de atendimento da CT.

Do mesmo modo, também se evidenciou que o conhecimento a respeito da rede de serviços relacionada ao trabalho das CTs é restrito e, até mesmo, em alguns momentos havendo visões bastante distintas com relação ao modo como o atendimento deve ser realizado. Em conjunto também se identificou limitações sobre o conhecimento com relação à legislação que direciona o trabalho das CTs. A soma de tais constatações indica pouca apropriação dos profissionais com relação ao campo profissional em si no qual estão inseridos, condição que pode implicar um posicionamento profissional limitado em que as requisições da instituição se sobreponham aos direcionamentos da própria legislação e/ou do público-alvo atendido. Outra discussão, que consideramos relevante, mas que não é presente na fala dos profissionais, diz respeito à relação público x privado e, conseqüentemente, a forma como se organiza o financiamento de tais instituições a partir da destinação de recursos públicos.

Ainda que inicialmente se tenha verificado que o ingresso dos assistentes sociais nas CTs se deu em decorrência das exigências dos convênios firmados, ao que parece, esse profissional tem se fortalecido como importante neste espaço, embora esse movimento tenha ocorrido em ritmo bem cadenciado, não podendo ser uma premissa tomada como verdadeira na realidade de todos os profissionais pesquisados. O ingresso destes profissionais no espaço da CT ocorreu sem muito conhecimento, de ambas as partes, com relação à condição concreta de sua ação profissional e quais seriam as possibilidades de ação profissional. Atualmente, os avanços não são significativos neste sentido.

Fato este que contribuiu significativamente para que sejam observadas atuações profissionais que agregam diversos elementos que, necessariamente, não estariam vinculados às atribuições do Serviço Social, mas que, em muito, acabam se tornando “da profissão” ou “do profissional” por não haver outro profissional “disponível” para assumir aquela função. Trata-se de uma condição dupla, em que a instituição desconhece qual o real papel do profissional e o profissional desconhece seu real papel na instituição, bem como de que forma direcionar sua ação profissional. Em linhas gerais, há alguns avanços com relação a essa realidade, entretanto, não se pode negar que estes ainda são bastante limitados frente às necessidades da realidade observada.

Outro ponto fundamental verificado diz respeito ao limitado processo de sistematização da ação do assistente social nas CTs. Trata-se de uma necessidade urgente. A discussão realizada no parágrafo anterior – atrelada à ausência de sistematização da prática – contribui para que a ação profissional do assistente social neste espaço apresente poucos elementos daqueles preconizados por Miotto e Nogueira (2008) como essenciais para a ação profissional. Logo, o assistente social tende a repetir ações sem um processo de leitura da realidade e de planejamento adequado, desta forma, com grande tendência a ser “engolido” pelas atribuições institucionais, limitando sua leitura e compreensão da realidade e, conseqüentemente, a autonomia profissional. Ademais, também é importante salientar que o trabalho do assistente social em CT também apresenta consigo, indissociavelmente, as características próprias da forma de organização destas instituições, o que tende a limitar a condição de autonomia dos profissionais.

No que tange à condição do sigilo profissional no espaço da CT, os profissionais indicam que essa questão é respeitada. Entretanto, é possível verificar que, em alguns momentos, a estrutura física da instituição e a forma como a dinâmica dela encontram-se organizadas podem comprometer a sua integridade. Os profissionais apresentaram uma

visão do sigilo profissional vinculada à condição do compartilhar ou não as informações recebidas em atendimentos. Demais questões relacionadas, como espaço físico e a condição da realização dos registros de atendimento, por exemplo, não foram trazidas pelos entrevistados.

Importante destacar que os profissionais não fazem referência às discussões a respeito das CTs realizadas no âmbito acadêmico, político ou a partir do conjunto CFESS/CRESS. De algum modo, essas discussões parecem “não ser parte” de sua realidade ou a forma como se constroem não são acessíveis a estes profissionais que são, ou deveriam ser, grandes interessados neste processo. Parece haver uma considerável falha de comunicação na forma como tais informações são discutidas e socializadas, ou ainda, se realmente são representativas da realidade vivenciada pelos profissionais.

Diante das considerações até aqui realizadas, torna-se clara e inegável a realidade de que é fundamental ampliar os espaços de discussão e de troca entre os próprios profissionais de Serviço Social que atuam em CT como forma de fortalecer e estabelecer o seu próprio espaço profissional e priorizar um olhar adequado e reflexivo para sua própria ação profissional. Espaços estes que, para além dos profissionais, deve incluir a rede de serviços, pública e privada, e o conjunto CRESS/CFESS no sentido de alinhar discussões e pontos de vista. Assim, é possível avançar de uma realidade de “queda de braço” para estratégias concretas de fortalecimento de ações que tenham como objetivo final o atendimento ao usuário dos serviços.

Outra questão que cabe resgatar diz respeito ao fato que, em diversos momentos, perpassou em nossa discussão a condição de que há uma grande quantidade de instituições que se autodenominam CTs, mas, verdadeiramente, não poderiam ser enquadradas assim, visto a forma como organizam seu atendimento em desacordo com os requisitos mínimos das legislações vigentes. Neste sentido, destaca-se a necessidade de maior fiscalização sobre tais instituições como forma de qualificação dos trabalhos das demais e controle social.

Em paralelo, é importante frisar que dadas as recentes alterações nas legislações sobre álcool e drogas no país (BRASIL, 2019e), isso associado ao aumento do financiamento público de tal modalidade de atendimento (SANTOS, 2018a), há impactos sobre as CTs que ainda não podem ser avaliados de forma concreta. Indica-se, desta forma, a necessidade de estudos posteriores que agreguem tal condição. Da mesma maneira, caberiam estudos sobre a percepção dos assistentes sociais a respeito dos impactos concretos de tais legislações sobre o processo de atendimento em CTs.

Para além da questão de discutir as CTs especificamente, é inegável que o Serviço Social passe a realizar, efetivamente, discussões sobre a realidade da atenção com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. A produção sobre a temática é muito restrita dentro da profissão (BANDEIRA, 2014), mesmo sendo este um público que transita, com suas demandas e requisições, por outros espaços e políticas. Temos a compreensão de que essa é uma realidade efetivamente de interesse da profissão.

A partir de tais indicações, retomamos a nossa questão inicialmente traçada e que conduziu o desenvolvimento da presente pesquisa: **A inserção profissional dos assistentes sociais nas comunidades terapêuticas têm conseguido articular as atribuições institucionais e as competências profissionais exigidas?** Compreendemos que o assistente social é um profissional de grande relevância dentro do espaço da CT, sendo uma das suas características principais naquele espaço, assim como em outros, possibilitar a garantia de direitos aos usuários. Entretanto, dadas as limitações de conhecimento sobre a instituição, vinculação com a rede de serviços e concepção de atendimento ao público com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, muitas vezes, a inserção e as ações profissionais dos assistentes sociais não têm conseguido articular as atribuições institucionais e as competências profissionais exigidas. Em sua maioria, os profissionais acabam respondendo mais às demandas institucionais do que às próprias atribuições profissionais. Demandas institucionais que são extremamente distintas de instituição para instituição, apoiadas na condição de que as próprias CTs desconhecem as especificidades da ação profissional do assistente social.

É necessário que haja uma maior priorização da organização e sistematização das ações profissionais neste espaço, em todos os aspectos, tanto de ordem política, técnica, ética e teórica, visando compreender quais as reais atribuições do Serviço Social dentro deste espaço, relativamente novo para a categoria.

Reconhecemos que, no desenvolvimento do presente trabalho, levantamos diversos questionamentos e dúvidas, sendo que, eventualmente, é possível que alguns deles tenha carecido de respostas mais concretas. Ocorre que a temática é extensa e complexa, indicando a necessidade de outros estudos de forma a compreender, ainda mais, o desenvolvimento da ação profissional dos assistentes sociais em CTs. O próprio material coletado pela pesquisadora, visto sua amplitude, pode ser utilizado como fonte de dados para o desenvolvimento de outras pesquisas e reflexões não contempladas neste trabalho, como por exemplo, as implicações da condição da espiritualidade/ vinculação religiosa na atuação do assistente social. Logo, temos plena consciência de que não

saturamos todas as possibilidades de discussão da temática e que a mesma pode vir a ser ampliada.

Finalizar o presente trabalho nos dá possibilidades concretas de afirmar que ainda há um caminho considerável a ser percorrido e outras tantas questões que necessitam, urgentemente, de um olhar apurado. Principalmente no que tange ao trabalho do assistente social nas CTs e da própria organização da própria política pública voltada para o público com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Inquestionavelmente, sempre tendo como objetivo a qualificação da ação profissional do assistente social.

9 REFERÊNCIAS

ADADE, Mariana; MONTEIRO, Simone. Educação sobre drogas: uma proposta orientada pela redução de danos. **Educação Pesquisa**. Volume 40 (1), 2013, p. 215 – 230.

ADAMS, John. Nursing in a therapeutic community: the Fulburn experience, 1955 – 1985. **Journal of Clinical Nursing**, 18, 2009, p. 2747 – 2753.

ALENCAR, Mônica. O trabalho do assistente social nas organizações privadas não lucrativas. In: CFESS; ABEPSS. **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília, 2009, p. 449 – 460.

ALESC – Assembleia Legislativa de Santa Catarina. **Comissões Permanentes**. Disponível em <http://www.alesc.sc.gov.br/comissoes-permanentes?page=1>. Acesso em: 07 abr. 2019.

ALMEIDA FILHO, N.; JUCÁ, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 879 – 889, 2002.

ALVES, Francielle Lopes. **A configuração da demanda da atuação dos assistentes sociais em serviços de saúde: questões do “social” como matéria – objeto de trabalho**. 2018. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5**, 2013.

ANTUNES, Ricardo. **O caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2015.

ARAÚJO, Ana Carolina da Costa.; PIRES, Ronaldo Rodrigues. Redução de Danos na Atenção Psicossocial: concepções e vivências de profissionais em um CAPS ad. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 11, n. 3, p. 9 – 21, 2018.

BAPTISTA, Myrian Veras. Prática Social/Prática Profissional: a natureza complexa das relações profissionais cotidianas. In: BAPTISTA, Myrian Veras; BATTINI, Odária. **A prática do profissional do Assistente Social**. São Paulo: Veras, 2009.

BACKES, Marli Terezinha Stein *et al.* Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, jan/mar, 2009.

BANDEIRA, G. de S. **O Trabalho do Assistente Social na Política de Atenção aos Usuários de Drogas**. 2014. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica, Porto Alegre.

BARATA, Rita de Cássia Barradas. **A Historicidade do Conceito de Causa**. 2.ed. Rio de Janeiro, ENSP /ABRASCO, 1990. (Epidemiologia 1 – Textos de Apoio).

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (Orgs.). **Pesquisa sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares no Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: Iciot/Fiocruz, 2014.

BATISTELLA, Carlos. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Anamaria D'Andrea. (org.). **O Território e o Processo Saúde-Doença**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ, 2007, p. 51-86.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Política Social no Capitalismo Tardio**. São Paulo: Cortez, 1998.

BOBBIO, Norberto. **Estado, Governo e Sociedade: por uma teoria geral da política**. 3ª ed. Tradução: Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

BORDIN, Selma; *et al.* Sistemas Diagnósticos em Dependência Química – Conceitos Básicos e Classificação Geral. In: FIGLIE, Neliana Buzi; BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo. **Aconselhamento em Dependência Química**. 2ª. ed. São Paulo: Roca, 2010

BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cadernos de Saúde Pública**, Volume 24 (2), 2008, p. 456 – 468.

BOURGUIGNON, Jussara Ayres. A particularidade histórica da pesquisa no Serviço Social. **Revista Katálysis**, Volume 10 – número especial, 2007, p. 46 – 54.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed UERJ, 1996.

BRASIL. Projeto de Lei n. 3.657, de 1989. **Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória**. Brasília, DF, 1989a.

BRASIL. Lei n. 7.855, de 24 de outubro de 1989. **Altera a Consolidação das Leis do Trabalho, atualiza os valores das multas trabalhistas, amplia sua aplicação, institui o Programa de Desenvolvimento do Sistema Federal de Inspeção do Trabalho e dá outras providências**. Brasília, DF, out. 1989b.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 8.080, de 19 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**. Brasília, DF, set. 1990a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Brasília, DF, dez. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução – RDC n. 101, de 31 de maio de 2001**. Estabelece as exigências mínimas para funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº. 10.216 de 6 de abril de 2001**. 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, DF, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/A-Politica-do-Minist-rio-da-Sa--de-para-Aten----o-Integral-ao-Usu--rio-de---lcool-eOutras-Drogas--2003-.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006**. Institui o 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, DF, 2006.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Rua: Apreendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasília, DF: MDS: Secretaria de Gestão e Avaliação da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2009a.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto 7053, de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2009b.

BRASIL. Lei n. 12.317, de 26 de agosto de 2010. **Acrescenta dispositivo à Lei no 8.662, de 7 de junho de 1993, para dispor sobre a duração do trabalho do Assistente Social**. Brasília, DF, ago 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº. 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução – RDC n. 29, de 30 de junho de 2011**. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 ago. 2011b.

BRASIL. Governo Federal. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Política Contra Drogas. **Crack, é possível vencer: compromisso de todos**. Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humano. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 de dezembro. 2012b.

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, 2012c.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 13.019 de 31 de julho de 2014**. Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividades ou de projetos previamente estabelecidos em planos de trabalho inseridos em termos de colaboração, em termos de fomento ou em acordos de cooperação; define diretrizes para a política de fomento, de colaboração e de cooperação com organizações da sociedade civil; e altera as Leis nºs 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 de julho. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 12**, ano 10, nº. 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015a. Disponível em: http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf. Acesso em: 19 jan. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas. **Resolução nº. 01 de 19 de agosto de 2015**. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 de ago. 2015b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD** /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015c.

BRASIL. Governo Federal. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Política Contra Drogas; UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Censo das Comunidades Terapêuticas – SENAD – Ministério da Justiça**. 2016. Disponível em: <http://mapa-ct.ufrgs.br/>. Acesso em: 13 jul. 2016.

BRASIL, Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Decreto nº. 9.674, de 2 de janeiro de 2019**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Cidadania, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores – DAS e Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo – FCPE. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2019a.

BRASIL, Ministério da Cidadania. Gabinete do Ministro. **Portaria nº. 562, de 19 de março de 2019.** Cria o Plano de Fiscalização e Monitoramento de Comunidade Terapêutica no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas - 0. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2019b.

BRASIL, Ministério da Cidadania. Gabinete do Ministro. **Portaria nº. 563, de 19 de março de 2019.** Cria o cadastro de credenciamento das comunidades terapêuticas e das entidades de prevenção, apoio, mútua ajuda, atendimento psicossocial e ressocialização de dependentes do álcool e outras drogas e seus familiares, e estabelece regras e procedimentos para o referido credenciamento no âmbito do Ministério da Cidadania. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2019c.

BRASIL. Decreto nº. 9.761 de 11 de abril de 2019. **Aprova a Política Nacional sobre Drogas.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2019d.

BRASIL. Lei nº. 13.840 de 5 de junho de 2019. **Altera as Leis nº. 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2019e.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação do Ministério da Cidadania. **Mapa virtual de comunidades terapêuticas no Brasil.** BRASIL, 2019f. Disponível em: <<http://mds.gov.br/area-de-imprensa/noticias/2019/julho/ministerio-lanca-mapa-virtual-de-comunidades-terapeuticas-no-brasil>>. Acesso em: 23 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas – SENAPRED. **Comunidades Terapêuticas contratadas pelo Ministério da Cidadania.** BRASIL, 2019g. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/app-sagi/geosagi/localizacao_equipamentos_tipo.php?tipo=comunidades_terapeuticas&rcr=1>. Acesso em: 23 jul. 2019.

BRAVO, Maria Inês de Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elizabete da *et al.* **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** São Paulo: Cortez, 2008, p. 1 – 22.

BROEKAERT, Eric; SCHUYTENB, Gilberte; ERAUWB, Kris; BRACKE, Rudy. Evolution of encounter group methods in therapeutic communities for substance abusers. **Addictive Behaviors**, Volume 29, 2004, p. 231 – 244.

CÂMARA, Rosana Hoffmann. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, São João Del – Rei, Volume 6, 2, p. 179 – 191, jul – dez, 2003.

CARLINI, E. L. A. *et al.* **Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras – 2003**. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo 2010. SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasília: SENAD, 2004, p.249.

CARLOMAGNO, Márcio C.; ROCHA, Leonardo Caetano da Rocha. Como criar e classificar categorias para fazer análise de conteúdo: uma questão metodológica. **Revista Eletrônica de Ciência Política**, Curitiba, Volume 7, 1, p. 173 – 188, 2016.

CARVALHO, Tales de; MELO, Sebastião Iberes Lopes; OLIVEIRA, Ricardo José Araújo de. Comunidades Terapêuticas em Santa Catarina: produção científica e controvérsias. In: SOUZA, Maria de Lourdes de; SCARDUELLI, Paulo. **Comunidades Terapêuticas: Cenário de Inovação em Santa Catarina**. Florianópolis: Insular, 2015.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Petrópolis: Vozes, 1998.

CAVALCANTE, Girlene Maria Mátis. **A precarização do trabalho e das políticas sociais na sociedade capitalista: fundamentos da precarização do trabalho do assistente social**. 2009. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Alagoas, Maceió.

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social. **Assistentes Sociais no Brasil: Elementos para o estudo do perfil profissional**. Brasília: CFESS, 2005.

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Organizado pelo Conselho Federal de Serviço Social. Brasília: CFESS, 2010.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Relatório de Fiscalização: Serviço Social e a Inserção dos Assistentes Sociais nas Comunidades Terapêuticas**. Brasília: CFESS, 2018.

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social. **Seu perfil é nossa identidade**. Disponível em: <<http://www.vivasuaidentidade.com.br/>>. Acesso em: 1 jan. 2019.

CNDSS. COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://determinantes.saude.bvs.br/docs/mini_relatorio_cndss_portugues_web.pdf>. Acesso em: 30 out. 2018.

Costa-Rosa, Abílio da; Luizio, Cristina Amélia Yasui, Silvio. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do Modo Psicossocial. **Saúde em Debate**. Volume 25, número 58:12-25, 2001.

CRUZ AZUL NO BRASIL. **Aprovado o Marco Regulatório das Comunidades Terapêuticas no Brasil**. Disponível em:

<http://www.cruzazul.org.br/novidade/92/aprovado-o-marco-regulatorio-das-comunidades-terapeuticas-do-brasil>. Acesso em: 09 jul. 2017.

DAHLGREN, G., WHITEHEAD, M. **Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health Stockholm**: Institute for Future Studies; 1991.

DAMAS, Fernando Balvedi. **Comunidades Terapêuticas no Brasil: Expansão Institucionalização e Relevância Social**. Revista Saúde Pública de Santa Catarina. Volume 6, nº. 1, 2013.

DUARTE, Paulina Carmo Arruda Viera. A política e a legislação brasileira sobre drogas. In: NERY Filho, Antonio; VALÉRIO, Andréa Leite Ribeiro. **Módulo para Capacitação dos Profissionais do Projeto Consultório de Rua** – Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2010.

DUARTE, Cláudio Elias; MORIHISA, Rogério Shiguelo. Experimentação, uso, abuso e dependência de drogas. In: SENAD. **Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias**. 4 ed. Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011.

FALEIROS, Vicente de Paula. O Serviço Social no Mundo Contemporâneo. In: FREIRE, Lúcia M. **Serviço Social, Política e Trabalho: desafios e perspectivas para o século XXI**. São Paulo: Cortez, 2006. p. 23 – 44.

FALEIROS, Vicente de Paula. O Serviço Social no cotidiano: fios e desafios. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 120, p. 706 – 722, out./dez. 2014.

FAPEU – Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária. **Edital de Chamamento Público nº. 005/2014/FAPEU**. Disponível em: <http://www.fapeu.com.br/docs/EDITAL%20DE%20CHAMAMENTO%20PUBLICO%20NO.%200052014-%20FAPEU%20-%20PROGRAMA%20REVIVER.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2019.

FECAM – Federação Catarinense de Municípios. **Mesorregiões Catarinenses - média dos índices municipais – 2016**. Disponível em: <http://indicadores.fecam.org.br/indice/mesorregioes/ano/2017>. Acesso em: 29 jun. 2017.

FIESTAS, F.; PONCE, J. Eficacia de las comunidades terapéuticas en el tratamiento de problemas por uso de sustancias psicoactivas: una revisión sistemática. **Revista Peruana de Medicina**. Experimental y Salud Publica, Lima, v. 29, n. 1, p. 12-20, mar. 2012.

FIGLIE, Neliana Buzi; BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo. **Aconselhamento em Dependência Química**. 2 ed. São Paulo: Roca, 2010.

FLEURY, Sônia. Reforma Sanitária Brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743 – 752, mai./jun. 2009.

FONSECA, Arilton Martins *et al.* Padrões de violência domiciliar associada ao uso de álcool no Brasil. **Revista Saúde Pública**. Volume 43, número 5, p. 743-749, 2009.

FOSCACHES, Daniel Acosta Lezcano. **Interrogações às atuais políticas de saúde mental no Brasil: caminhos e labirintos a partir das obras Cornelius Castoriadis e Piera Aulagnier**. 2017. 278 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campo Grande. 2017.

FRACASSO, Laura; LANDRE, Maurício. Comunidade Terapêutica. In: RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. **O tratamento do usuário de crack**. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

FUSSINGER, Catherine. 'Therapeutic community', psychiatry's reformers and antipsychiatrists: reconsidering changes in the field of psychiatry after World War II. **History of Psychiatry**, v. 22, n. 2, 2011, p. 146 – 163.

GADOTTI, Ludmilla. **Reviver passa a contar com gestão da Secretaria da Saúde e parcerias internacionais**. Disponível em: http://agenciaal.alesc.sc.gov.br/index.php/noticia_single/nova-etapa-do-reviver-conta-com-gestao-da-secretaria-da-saude-e-parcerias Acesso 5 abr 2017. Acesso em: 12 jan. 2018.

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRÉ, Francis; DALBELL-ARAÚJO, Maristela. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 63-76, jan./mar. 2017.

GELBCKE, Francine Lima; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza. Política Social e Serviço Social. O fenômeno das drogas no contexto da promoção da saúde. **Texto Contexo Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 2, p. 272-279.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOLDBERG, Jairo. **Clínica da psicose: um projeto na rede pública**. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1994.

GREENWOOD, Davydd J.; LEVIN, Morten. Reconstruindo as relações entre as universidades e a sociedade por meio da pesquisa – ação. In: DENZIN, Norman K.; LINCOLN, YVONNA S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Tradução Santa Regina Netz. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 91-113.

GUERRA, Yolanda. A dimensão técnico-operativa do Serviço Social. In: SANTOS, Claudia Monica dos; BACKX, Sheila; GUERRA, Yolanda. **A dimensão técnico-operativa do Serviço Social: desafios contemporâneos**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2012.

GUERRA, Yolanda. Transformações societárias e Serviço Social: repercussões na cultura profissional. In: MOTA, Ana Elizabete; AMARAL, Ângela. **Serviço Social brasileiro nos anos 2000: cenários, peleia e desafios**. Recife: Editora UFPE, 2014.

GUERRA, Yolanda. A dimensão técnico-operativa do exercício profissional (p. 49-76) in SANTOS, Claudia Mônica dos; BACKX, Sheila; GUERRA, Yolanda. **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos**. SP: Cortez, 2017.

GUTIERREZ, Paulo Roberto; OBERDIEK, Hermann. Concepções sobre a Saúde e a Doença. In: ANDRADE, Selma Maffei de Andrade, Soares, Darli Antônio; CORDONI, Luiz Jr. (orgs.). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL, 2001.

HABERMAS, Jürgen. **Mudança estrutural da esfera pública: investigações quanto a uma categoria da sociedade burguesa**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: dimensões históricas, teóricas e ético-políticas**. Fortaleza, CRESS – CE, Debate nº. 6, 1999.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em Tempo de Capital de Fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2008.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Os espaços sócio ocupacionais do assistente social. In: CFESS; ABEPSS (Org.). **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília, 2009. p. 1 – 41. Disponível em: <http://dns.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000566.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2017.

IAMAMOTO, Marilda Villela. A formação acadêmico-profissional no Serviço Social brasileiro. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, Número 120, p. 609-639, 2014.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. São Paulo: Cortez; Lima: CELATS, p. 29-105, 1982.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **As Fundações Privadas e Associações sem Fins Lucrativos no Brasil**. Brasília, 2010.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Santa Catarina – Panorama. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/panorama>. Acesso em: 19 dez. 2018.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Nota Técnica: Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras. Brasília: DIEST - Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia, 2017. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf. Acesso em: 12 dez. 2018.

JONES, Maxwell. **A Comunidade Terapêutica**. Tradução: Lúcia de Andrade Figueira. Petrópolis: Vozes, 1972.

KENNARD, David. The therapeutic community as an adaptable treatment modality across different settings. **Psychiatric Quarterly**, Volume 75, nº. 3, 2004, p. 295-307.

KOIKE, Maria Marieta. Formação Profissional em Serviço Social: exigências atuais. In: CFESS; ABEPSS (Org.). **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília, 2009.

KRÜGER, Tânia Regina. Serviço Social e Saúde: espaços de atuação a partir do SUS. **Revista Serviço Social e Saúde**. UNICAMP Campinas, Volume 15, nº. 10, Dez/2010, p. 123-145.

LACERDA, Lélica Elis P. de. Exercício profissional do assistente social: da imediatividade às possibilidades históricas. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, Número 117, p. 22-44, 2014.

LARANJEIRA, Ronaldo. **Aconselhamento em Dependência Química**. 2ª. ed. São Paulo: Roca, 2010.

LAURELL, Asa Cristina. A saúde-doença como processo social. **Revista Latino Americana de Salud** [Internet]. 2:7-25. 1982. Disponível em: <http://xa.yimg.com/kq/groups/23089490/574657748/name/saudedoenca.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2019.

LEMOS, Tadeu; SERRANO, Alan Indio; SOUZA, Maria de Lourdes. O Programa de Acolhimento In: SOUZA, Maria de Lourdes de *et al.* **Comunidades Terapêuticas: Inovação e Perspectivas**. Florianópolis: Insular, 2017.

LENAD – II **Levantamento Nacional de Álcool e Drogas**. Ronaldo Laranjeira (supervisão) [*et al.*], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2014.

LEON, George De. **A Comunidade Terapêutica: Teoria, Modelo e Método**. Ed. Loyola, São Paulo: 2012.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de. **A intervenção profissional do Serviço Social no contexto da cidadania e dos direitos: pensando as ações socioeducativas**. Trabalho de Conclusão de Curso Graduação em Serviço social – Centro Socioeconômico da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

LOECK, Jardel Fischer. Comunidades Terapêuticas e a Transformação Moral dos Indivíduos: entre o religioso – espiritual e o técnico científico. In SANTOS, Maria Paula Gomes dos [org.]. **Comunidades terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018a.

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn, RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. Volume 12, Número 2, p. 399-407, 2007.

MACHADO, Leticia Vier; BOARINI, Maria Lúcia. Políticas Sobre Drogas no Brasil: a Estratégia de Redução de Danos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Maringá, Volume 33, Número. 3, p. 580-595, 2013.

MARX, Karl. O capital: crítica da economia política. Vol. I. São Paulo: Nova Cultura, 1985.

MAY, Tim. **Pesquisa Social: questões, métodos e processos**. Trad. Carlos Alberto Silveira Netto Soares. 3ª. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2004.

MILLS, John A.; HARRISON, T. John Rickman, Wilfred Ruprecht, Bion and The origins of the therapeutic community. **History of Psychology**, Vol. 10, nº. 1, 2007, 22-43.

MINAYO, Maria Cecília de Souza *et al.* **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIOTO, Regina Célia Tamasco; LIMA, Telma Cristiane Sasso de. A dimensão técnico-operativa do Serviço Social em foco: sistematização de um processo investigativo. **Revista Textos e Contextos**. Volume 8, 2, p. 22-48, 2009.

MIOTO, Regina Célia Tamasco; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde. In: MOTA, Ana Elizabete da *et al.* **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2008. p. 1-34.

MIOTO, Regina Célia Tamasco; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional. **Revista Katálisis**, Florianópolis, Volume 16 – número especial, 2012, p. 61-71.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro Setor e a Questão Social: Crítica ao padrão emergente da intervenção social**. São Paulo: Cortez, 2007.

MONTAÑO, Carlos. **A natureza do serviço social: um ensaio sobre sua gênese, a “especificidade” e sua reprodução**. 4ª. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

MOREIRA, Márcia Chaves. **Determinação Social da Doença: fundamento teórico – conceitual da reforma sanitária brasileira**. 2013. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

NATALINO, Marco Antônio Carvalho. Isolamento, Disciplina e Destino Social em Comunidades Terapêuticas. In SANTOS, Maria Paula Gomes dos [org.]. **Comunidades terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018a.

National Institute of Drug Abuse (NIDA). **La Comunidad Terapéutica**. Disponível em: <<http://www.nida.nih.gov/ResearchReports/Terapeutica/Terapeutica.html>>. Acesso em: 11 out. 2011.

NETTO, José Paulo. Transformações societárias e serviço social: notas para uma análise perspectiva da profissão no Brasil. **Serviço Social e Sociedade**, nº. 50. São Paulo: Cortez, 1996.

NETTO, José Paulo. Crise do capital e consequências societárias. **Serviço Social e Sociedade**, nº. 111. São Paulo: Cortez, 2012.

NORDENFELT, Lennart. **Conversando sobre saúde: um diálogo filosófico**. Tradução: Maria Bettina Camargo Bub e Théo Fernando Camargo Bub. Florianópolis: Bernúncia, 2000.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; EGRY, Emiko Yoshikawa. A Historicidade das Teorias Interpretativas do Processo Saúde-doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 34, n. 1, p. 9-15, mar. 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação dos Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 1993.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na Saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais**. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal. Organização Mundial da Saúde, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN – AMERICANA DE SAÚDE – OPAS. **Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: un enfoque de salud pública**. Washington, D. C.: OPS, 2009. Disponível em: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/epidemiologia_drogas_web.pdf. Acesso em: 27 abr. 2017.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. Redução de Danos e Saúde Pública: construções alternativas à política de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**. Volume 23, 1, p. 154-162, 2011.

PECHANSKY, Flavio *et al.* Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Volume 2, Suplemento I, 2004.

PEDRON, Camila Biribio Woerner; *et al.* Monitores: Aspectos conceituais e realidade. In: SOUZA, Maria de Lourdes de *et al.* **Comunidades Terapêuticas: Inovação e Perspectivas**. Florianópolis: Insular, 2017.

PERRONE, Pablo André Kurlander. A comunidade terapêutica para a recuperação da dependência de álcool e outras drogas no Brasil: na mão ou na contramão da reforma psiquiátrica? **Ciência e Saúde Coletiva**. Volume 19, 2, p. 569-580, 2014.

PESSÔA, Elisângela Maia, *et al.* A atuação do assistente social no atendimento a dependentes de crack na região das Missões e Fronteira Oeste do estado do Rio Grande

do Sul. In: OLIVEIRA, Simone Barros de *et al.* **Serviço Social: Políticas Sociais e Transversalidade no Pampa**. São Borja: Faith, 2012, p. 191-202.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. dos. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 203-2011, abr./jun. 2009.

PRAZERES, Rosana Maria. **Contradições e Desafios éticos para o Exercício Profissional do Assistente Social na Atual Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal**. 2011. 216 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

QUEIROZ, Danielle Teixeira *et al.* Observação Participante na Pesquisa Qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, Volume 15, 2, p. 276-283, abr./jun. 2007.

QUINDERÁ, Paulo Henrique Dias.; JORGE, Maria Salette Bessa; FRANCO, Túlio Batista. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 253-271, 2014.

RAAD, Raymond; MAKARI, George. Samuel Tuke's Description of the Retreat. **The American Journal of Psychiatry**, v. 167, n. 8, p. 898-898, ago. 2010. Disponível em: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2010.10020265>. Acesso em: 06 abr. 2019.

RAICHELIS, Raquel. **Esfera Pública e Conselhos de Assistência Social: caminhos da construção democrática**. São Paulo: Cortez, 1998.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS Silverio de Almeida, COSTA, Nilson do Rosário [orgs]. **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes; ABRASCO; 2001. p. 15-73.

REVIVER. **Projeto Inovação**. Disponível em: <http://reviver.repensul.ufsc.br/>. Acesso em: 23 set. 2016.

RIBEIRO, Fernanda Mendes Lages; MINAYO, Maria Cecília de Souza. As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**. Número 19, p. 515-526, 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria do Estado da Saúde. **Portaria nº. 591 de 19 de dezembro de 2013**. Regulamenta o funcionamento das Comunidades Terapêuticas – CT e dá outras providências. Diário Oficial do Estado, Porto Alegre, RS, 2013.

ROCHA, Patrícia Rodrigues da; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 49, n. 1, p. 129-135, 2015.

RODRIGUÉ, Emilio. **Biografía de una Comunidad Terapéutica**. Buenos Aires: Editorial Universitária de Buenos Aires; 1965.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos. Panorama Geral do Serviço Social na Saúde Mental no Contexto da Reforma Psiquiátrica/Atenção Psicossocial. In: ROSA, Lucia Cristina dos Santos (org). **Atenção Psicossocial e Serviço Social**. Campinas: Papel Social, 2016, p. 17-44.

SAMPAIO, Simone Sobral; RODRIGUES, Filipe Wingeter. Ética e sigilo profissional. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 117, p. 84-93, jan./mar., 2014.

SANTOS, Ismael. A Inovação. In: SOUZA, Maria de Lourdes de; SCARDUELLI, Paulo. **Comunidades Terapêuticas: Cenário de Inovação em Santa Catarina**. Florianópolis: Insular, 2015.

SANTOS, Maria Paula Gomes dos [org.]. **Comunidades terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018a.

_____. Comunidades Terapêuticas e disputa sobre modelos de atenção a usuários de drogas no Brasil. In: SANTOS, Maria Paula Gomes dos [org.]. **Comunidades terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018b, p. 17-32.

SANTOS, Silvana Mara de Moraes dos. O CFESS na defesa das condições de trabalho e do projeto ético político profissional. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 104, p. 695-714, out./dez., 2010.

SANTOS, Vilmar; SOARES, Cassia; CAMPOS, Célia. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 16, p. 115-29, 2010.

SANTOS, Vilmar; SOARES, Cassia; CAMPOS, Célia. A produção científica internacional sobre redução de danos: uma análise comparativa entre MEDLINE e LILACS. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 8, n. 1, p. 41-7, 2012.

SARMENTO, Rosana Sousa de Moraes. **O discurso da ação profissional dos assistentes sociais na inter-relação do público com o privado**. 1997. 147 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1997.

SAUPE, Rosita *et al.* Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 18, p. 521-36, set./dez. 2005.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **PHYSIS. Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SERRANO, Alan Indio; ALANO, Joaquim Squizzato; LEMOS; Tadeu. Comunidades Terapêuticas: Fundamentos Históricos e Modelos. In: SOUZA, Maria de Lourdes de; SCARDUELLI, Paulo. **Comunidades Terapêuticas: Cenário de Inovação em Santa Catarina**. Florianópolis: Insular, 2015.

SILVA, Ana Tereza de M. C. da; BARROS, Sônia, OLIVEIRA, Marcia Aparecida Ferreira de. Políticas de Saúde e de Saúde Mental no Brasil: A exclusão/inclusão social como intenção e gesto. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, Volume 36 (1), 2002, p. 4-9.

SILVA, Maika Arno Roeder da. **Comunidade Terapêutica: na mão ou na contramão das reformas sanitárias e psiquiátricas?** 2013. 267 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2013.

SOLAR, Orielle; IRWIN, Alec. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. Genebra: World Health Organization, 2007.

SOMMER, Manuel. As Comunidades Terapêuticas – História, Evolução e a Modernidade no Tratamento das Dependências Químicas. **Psique**. Número 7, p. 135-166, 2011.

SOUZA, Leticia Canonico; NUNES, Matheus Caracho; SANTOS, Maria Paula Gomes dos. Tempo e Subjetivação em Comunidades Terapêuticas. In SANTOS, Maria Paula Gomes dos [org.]. **Comunidades terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018a.

SOUZA, Maria de Lourdes de; SCARDUELLI, Paulo. **Comunidades Terapêuticas: Cenário de Inovação em Santa Catarina**. Florianópolis: Insular, 2015.

SOUZA, Maria de Lourdes de *et al.* **Comunidades Terapêuticas: Inovação e Perspectivas**. Florianópolis: Insular, 2017a.

SOUZA, Maria de Lourdes de *et al.* O projeto de inovação e as tecnologias produzidas. In: SOUZA, Maria de Lourdes de *et al.* **Comunidades Terapêuticas: Inovação e Perspectivas**. Florianópolis: Insular, 2017b.

SROUR, Robert Henry. **Poder, cultura e ética nas organizações**. Editora Campus: Rio de Janeiro, 1998.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciência, Saúde**, Manguinhos, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr., 2009.

UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime. **World Drug Report 2016**. New York, 2016. Disponível em: http://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf. Acesso em: 28 jun. 2016.

VANDEVELDE, Stijn; BROEKAERT, Eric; YATES, Rowdy, KOOYMAN, Martien. The development of the therapeutic community in correctional establishments: a comparative retrospective account of the ‘democratic’ Maxwell Jones TC and the hierarchical Concept-Based TC in prison. **International Journal of Social Psychiatry**, Volume 50, nº. 1, 2004, p. 66-79.

VIEIRA FILHO, Nilson Gomes.; NÓBREGA, Sheva Maia. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Rev. Estudos de Psicologia**. Natal, v. 9, n. 2, p. 373-379, 2004.

VERDI, Marta Inês Machado, *et al.* **Saúde e Sociedade** [Recurso eletrônico] /Universidade Federal de Santa Catarina. Organizadores: Marta Inês Machado Verdi *et al.* Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

WESTPHHAL, Mareia Faria. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. In: MINAYO Maria Cecília de Souza. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2007. p. 653-663.

WHITELEY, Stuart. The evolution of the therapeutic community. **Psychiatric Quarterly**, Volume 75, nº. 3, 2004, p. 233-248.

WOERNER, Camila Biribio. **Comunidade Terapêutica: do seu histórico ao acompanhamento de adolescentes – um estudo de revisão sistemática de literatura entre 2002 – 2013**. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

ZEMUNER, Daniel Borini. Ministério da Saúde. **O estágio atual de implementação das Redes de Atenção à Saúde no SUS**. Informativo eletrônico. Palmas: setembro de 2015. Disponível em: <https://slideplayer.com.br/slide/10213788/>. Acesso em: 19 jan. 2019.

Apêndice B – Relação das Comunidades Terapêuticas Vinculadas ao Programa Reviver no ano de 2016

Tabela 10 – Relação das Comunidades Terapêuticas Vinculadas ao Programa Reviver em 2016

	Instituição	Cidade	Região	Possui AS
1	Adventus – Associação Especializada no Tratamento em Dependência Química	Balneário Piçarras	Foz do Rio Itajaí-Açu	Sim
2	Associação Terapêutica Sítio Caminho Novo	Balneário Piçarras	Foz do Rio Itajaí-Açu	Não
3	Centro de Recuperação Conviver	Itajaí	Foz do Rio Itajaí-Açu	Sim
4	Centro de Recuperação da Paciência Vale Ebenezer	Itajaí	Foz do Rio Itajaí-Açu	Sim
5	Centro de Tratamento Alternativo Pró-Vida	Itajaí	Foz do Rio Itajaí-Açu	Sim
6	Certa – Centro Especializado em Reabilitação de Toxicômanos e Alcoolistas	Camboriú	Foz do Rio Itajaí-Açu	Sim
7	Comunidade Terapêutica Maranata	Itajaí	Foz do Rio Itajaí-Açu	Não retornou
8	Comunidade Terapêutica Nova Vida	Itajaí	Foz do Rio Itajaí-Açu	Sim
9	Instituto Redenção – Unidade Caetés	Camboriú	Foz do Rio Itajaí-Açu	Sim
10	Associação Acolher	Itapema	Foz do Rio Itajaí-Açu	Voluntário
11	Comunidade Terapêutica Viver Livre	Balneário Camboriú	Foz do Rio Itajaí-Açu	Sim
12	Associação de Assistência Social e Educacional Liberdade	Florianópolis	Grande Florianópolis	Não retornou
13	Comunidade Terapêutica Espírito Santo	São João Batista	Grande Florianópolis	Não retornou
14	Dignhus – Ong Pro Dignidade Humana, Solidariedade e Defesa do Meio Ambiente	Paulo Lopes	Grande Florianópolis	Não retornou
15	Instituto Passo a Passo no Caminho	Palhoça	Grande Florianópolis	Sim
16	Instituto Redenção – Unidade Biguaçu	Biguaçu	Grande Florianópolis	Sim
17	Instituto Terapêutico Desafio Jovem de Nova Trento	Nova Trento	Grande Florianópolis	Sim
18	Instituto Vó Maria	Santo Amaro da Imperatriz	Grande Florianópolis	Não retornou
19	Nurrevi – Núcleo de Recuperação e Reabilitação de Vidas	Palhoça	Grande Florianópolis	Não retornou
20	Centro de Apoio à Vida Casa do Oleiro	Florianópolis	Grande Florianópolis	Sim

21	Cerene – Centro de Recuperação Nova Esperança, Unidade Palhoça	Palhoça	Grande Florianópolis	Não
22	Cevahumos – Centro de Valorização Humana, Moral e Social	Palhoça	Grande Florianópolis	Sim
23	Comunidade Bethânia	São João Batista	Grande Florianópolis	Sim
24	Comunidade Terapêutica Monte Morιά	Paraíso	Grande Oeste	Não
25	Casa de Recuperação Nova Vida de Chapecó	Chapecó	Grande Oeste	Sim
26	Centro de Recuperação Reviver	Chapecó	Grande Oeste	Não retornou
27	Afadeq – Associação dos Familiares e Amigos dos Dependentes Químicos	Concórdia	Meio Oeste	Sim
28	Comunidade Terapêutica São Francisco – Filial	Campos Novos	Meio Oeste	Sim
29	Cravi – Casa de Recuperação Água da Vida	Curitibanos	Meio Oeste	Sim
30	Comunidade Terapêutica São Francisco	Videira	Meio Oeste	Sim
31	Comunidade Terapêutica Dignidade para Vida Ltda	Erval Velho	Meio Oeste	Não retornou
32	Associação Beneficente Novo Amanhã	Jaraguá do Sul	Nordeste	Sim
33	Abvn – Associação Beneficente Vida Nova	Jaraguá do Sul	Nordeste	Não retornou
34	Associação Beneficente Casa do Oleiro	Barra Velha	Nordeste	Voluntário
35	Associação Essência de Vida	Joinville	Nordeste	Sim
36	Casa de Apoio Padre Aloisio Boeing	Jaraguá do Sul	Nordeste	Sim
37	Comunidade Terapêutica Rosa de Saron – Unidade I	Joinville	Nordeste	Sim
38	Aprat – Associação para Recuperação de Alcoólatras e Toxicômanos	Joinville	Nordeste	Não retornou
39	Casa de Recuperação e Reintegração da Família Ágape, em São Francisco do Sul	São Francisco do Sul	Nordeste	Sim
40	Comunidade Terapêutica Kairós	São Francisco do Sul	Nordeste	Não retornou
41	Acepred – Associação Centro Especializado em Prevenção e Recuperação de Dependentes Químicos	Rio Negrinho	Planalto Norte	Não retornou
42	Fundação Hermon	Porto União	Planalto Norte	Não retornou
43	ARAD – Associação de Recuperação e Prevenção do Alcoolismo e Outras Drogas	Canoinhas	Planalto Norte	Sim
44	Centro De Recuperação Nova Esperança – Unidade São Bento do Sul	São Bento do Sul	Planalto Norte	Sim

45	Atena – Associação Terapêutica Novo Amanhecer	Mafra	Planalto Norte	Não retornou
46	Crensa – Centro de Recuperação Nossa Senhora Aparecida	Lages	Serra	Sim
47	Associação Centro de Recuperação e Integração Social Desafio Jovem Monte Ararat	Pescaria Brava	Sul	Não retornou
48	Associação Centro de Recuperação Integração Social e Cultural De Laguna – Projeto Ágape Vida	Laguna	Sul	Não retornou
49	Associação e Ministério para Restauração da Família	Araquari	Sul	Não retornou
50	Centro de Reabilitação Humana do Vale do Araranguá – Fazenda São Jorge	Araranguá	Sul	Não retornou
51	Centro de Recuperação Em Busca da Serenidade	Balneário Arroio do Silva	Sul	Não retornou
52	Centro de Recuperação Vida Jovem	Balneário Rincão	Sul	Não retornou
53	Centro de Referência e Reabilitação em Dependência de Substâncias Psicoativas – Vida	Jaguaruna	Sul	Não
54	Cerluz – Centro de Recuperação Luz no Vale	Nova Veneza	Sul	Não retornou
55	Cervhu – Centro de Reabilitação Vida Humana	Braço do Norte	Sul	Não
56	Comunidade Terapêutica Luzes da Vida Ltda – Me	Balneário Camboriú	Sul	Não
57	Comunidade Terapêutica Reconstruir Vidas	Tubarão	Sul	Sim
58	Desafio Jovem de Criciúma	Criciúma	Sul	Sim
59	Instituição Evangélica Desafio Jovem Cristo é a Solução	Tubarão	Sul	Não retornou
60	Associação Antiálcool e Dependência Química de Apoio às Famílias do Extremo Sul Catarinense	Praia Grande	Sul	Não
61	Ponto de Apoio Despertar Jovem	Imbituba	Sul	Sim
62	Programa Institucional Aluno Aprendiz	Treviso	Sul	Sim
63	Amatre – Mão Amiga – Terapia e Recuperação	Laguna	Sul	Sim
64	Amigos do Estado de Santa Catarina	Imaruí	Sul	Não retornou
65	Associação Beneficente Ebenzer de Imbituba	Imbituba	Sul	Não retornou
66	Associação Beneficente Monte Sinai	Meleiro	Sul	Não retornou
67	Associação Deus Está Aqui	Içara	Sul	Não informou

68	CETRAD – Centro de Tratamento de Adicções	Içara	Sul	Sim
69	Comunidade Terapêutica Acolhedora Rosa de Saron	Siderópolis	Sul	Não retornou
70	Comunidade Terapêutica Casa de Restauração	Balneário Rincão	Sul	Sim
71	Associação Beneficente Reintegrando Vidas	Agrolândia	Vale do Itajaí	Não retornou
72	Centro de Recuperação à Vida	Vidal Ramos	Vale do Itajaí	Sim
73	Centro Terapêutico e de Projetos Socioeducativos Vida	Blumenau	Vale do Itajaí	Sim
74	Novo Rumo Casa de Recuperação	Gaspar	Vale do Itajaí	Não
75	Associação Beneficente Cultural e Filantrópica Vida Nova	Rodeio	Vale do Itajaí	Sim
76	Centro de Desintoxicação de Dependentes Químicos e Psicoterapia Alto Vale Ltda	Chapadão do Lageado	Vale do Itajaí	Sim
77	Centro De Recuperação Nova Esperança – Unidade Blumenau	Blumenau	Vale do Itajaí	Sim
78	Centro De Recuperação Nova Esperança – Unidade Ituporanga	Ituporanga	Vale do Itajaí	Não
79	Comunidade Terapêutica Beth Hayötser	Rodeio	Vale do Itajaí	Não retornou
80	Desafio Jovem Monte das Oliveiras	Gaspar	Vale do Itajaí	Sim

Fonte: Elaboração da autora (2019).

Apêndice C – TCLE – Termo Consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Título da Pesquisa: A Ação Profissional dos Assistentes Sociais nas Comunidades Terapêuticas de Santa Catarina**

Instituições: Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

Prezado Participante,

Estamos convidando você para participar de uma pesquisa sobre “A Ação Profissional dos Assistentes Sociais nas Comunidades Terapêuticas de Santa Catarina: articulação entre as atribuições institucionais e competências profissionais”. Como você é um profissional de Serviço Social que atua em comunidade terapêutica, você foi selecionado.

A pesquisa tem como objetivo “analisar a ação profissional dos assistentes sociais nas comunidades terapêuticas, no estado de Santa Catarina, no que tange à articulação entre as atribuições institucionais e competências profissionais”. Ela servirá para compreender melhor e qualificar o exercício profissional do assistente social em comunidade terapêutica.

A sua colaboração é fundamental. Aceitando ao convite, você participará de uma entrevista individual que será gravada, com duração aproximada de 75 (setenta e cinco) minutos. Na entrevista, você será convidado a expor suas experiências e visões sobre a temática. Também iremos realizar a observação participante em sua rotina de trabalho, com duração de no máximo dois dias. O dia e horário de ambas as atividades serão pré-agendados.

A qualquer momento você poderá desistir de sua participação da pesquisa, bem como ter qualquer tipo de esclarecimento sobre o desenvolvimento da mesma, sem que isso traga qualquer prejuízo para sua pessoa. Durante todo o desenvolvimento da pesquisa, inclusive na divulgação dos resultados, você terá segurança da manutenção do caráter confidencial.

Sua participação na pesquisa não implica o recebimento de nenhum tipo de benefício, seja ele material ou monetário.

Se você concordar em participar, favor assinar este termo de consentimento livre e esclarecido, em duas vias. Uma dessas vias ficará em seu poder e a outra deverá ficar com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Eu, _____,
RG nº. _____, tendo recebido as informações necessárias e ciente dos meus direitos acima relacionados, concordo em participar do estudo.

Assinatura do entrevistado:

Camila Biribio Woerner Pedron
Doutoranda/Pesquisadora
Fone de contato: (47)9144-8859
Email: camilabwoerner@gmail.com

Profº Dr. Hélder B. M. Sarmiento
Pesquisador Responsável

Florianópolis, SC, ____ de _____ de 2017.

Apêndice D – Roteiro de Entrevista Semiestruturada com os Assistentes Sociais

Informações iniciais

Tempo de formação do profissional:

Tempo de atuação em CT:

Formações/especializações complementares:

Carga horária na CT /Dias de trabalho:

Trabalha em outra instituição:

Há outro profissional de Serviço Social atuando na CT:

Objetivo Específico	Pergunta /Tópico de Discussão Vinculado
Compreender o processo histórico da constituição das CTs enquanto um campo de trabalho do Serviço Social.	<ul style="list-style-type: none"> • Há quanto tempo essa CT possui profissional de Serviço Social em seu quadro funcional? • Você possui conhecimento de como ocorreu a entrada do assistente social nesta CT? Qual o contexto que requisitou a presença deste profissional? • Como você ingressou na CT? No período inicial, quais foram seus principais desafios e dificuldades?
Problematizar as atribuições institucionais demandas aos assistentes sociais nas CTs.	<ul style="list-style-type: none"> • Quando você ingressou na CT, o que a instituição esperava de você? • Atualmente, quais são as principais atribuições que a instituição solicita de você? • Como é sua rotina na CT? De que forma essa rotina é definida? • Como é a questão do sigilo profissional na sua rotina? • Como as demandas chegam até você? Pelos usuários ou pela equipe técnica? Como ocorrem estes encaminhamentos?

	<ul style="list-style-type: none"> • Você percebe que, de alguma forma, acaba assumindo funções que não seriam de sua competência profissional? Caso positivo, por qual motivo você acredita que isso acontece? • Em algum momento, você se sente sobrecarregado(a) em relação às exigências que a instituição faz a respeito do seu trabalho? • Você percebe algum tipo de estereótipo colocado sobre o seu trabalho por parte da instituição, equipe técnica, acolhidos e/ou familiares? • Em algum momento, já foi solicitado algum tipo de posicionamento/ação que você entende que era contrário às suas concepções profissionais e éticas?
<p>Identificar as competências profissionais desenvolvidas pelos assistentes sociais nas CTs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quando você ingressou na CT, o que você imaginava que iria realizar profissionalmente? • Em sua opinião, como a equipe técnica compreende a importância do profissional de Serviço Social na CT? • Você identifica alguma atribuição privativa do Serviço Social que esteja sendo realizada por outro profissional dentro da CT? • Há alguma ação profissional e/ou projeto que você gostaria de desenvolver na CT, mas que não possui possibilidade por limites institucionais?
<p>Refletir sobre o conhecimento e posicionamento dos assistentes sociais a respeito da metodologia de atendimento proposta pelas CTs, origens, formas de organização, legislação e vinculação com as políticas públicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qual seu entendimento com relação à metodologia de atendimento oferecida pelas CTs no Brasil? O que difere com relação às outras propostas de atendimento? • Quais são as legislações que você entende como principais para o atendimento em CT? • Qual sua posição sobre os enfrentamentos feitos por determinados movimentos da sociedade com relação às CTs? • Como você interpreta as discussões a respeito do embate entre a Política de Redução de Danos e a proposta de abstinência das CTs?

	<ul style="list-style-type: none">• Como ocorre a vinculação da CT que você atua com as demais políticas públicas? E o processo de referência e contrarreferência?• Qual sua opinião com relação às CTs e a vinculação religiosa da maioria delas?
<p>Analisar o direcionamento que a ação profissional tem tomado no espaço sócio-ocupacional das CTs a partir de sua atual condição.</p>	<ul style="list-style-type: none">• No atual momento, como você percebe a condição do Serviço Social dentro das CTs?• Em termos de formação, você se sente totalmente preparado(a) para a atuação em CT?• Quais são os principais desafios e possibilidades para o Serviço Social neste espaço?• De que forma você acredita que a profissão poderia se fortalecer com relação ao atendimento prestado em CTs?• Você sente alguma forma de preconceito por parte da categoria profissional/conselho de classe em decorrência de sua atuação neste espaço sócio-ocupacional?• Atualmente, você entende que as CTs são um campo legítimo de atuação do Serviço Social? Por quê?

Apêndice E – Roteiro Observação Participante

Os pontos centrais a serem verificados na observação participante são os que seguem. Demais aspectos podem ser acrescentados caso se identifique a necessidade.

Espaço Físico – estrutura geral da instituição, espaço físico para atendimento do profissional (privacidade, segurança), espaço físico destinado aos acolhidos, condições gerais de higiene e segurança.

Relacionamento com os acolhidos – linguagem utilizada, gestos, eventuais níveis de hierarquia, atitudes preconceituosas, compreensão da dependência química, aspectos religiosos/confessionais.

Relacionamento com a equipe técnica – linguagem utilizada, gestos, eventuais níveis de hierarquia, atitudes preconceituosas, compreensão e definição com relação ao papel do assistente social, solicitações profissionais.

Rotina de trabalho – participação nas atividades, organização, fluxo e autonomia no desenvolvimento das ações, articulação com as políticas públicas, encaminhamentos gerais, atribuições privativas e atividades gerais, dificuldades e desafios.

Apêndice F – Quadros Matriciais – Análise de Conteúdo

TEMA (Unidade de Registro)	EXEMPLOS (Unidades de Contexto)
Ingresso do assistente social na CT e as demandas legais	<p>ENTREVISTAS</p> <p>Exemplo 1: Pela questão da regulamentação com a vigilância sanitária. Porque exigia um responsável técnico, né? [...] A primeira coisa foi para cumprir legislação (P2).</p> <p>Exemplo 2: [...] Jera uma solicitação do conselho, do governo, do estado, eu não sei em qual das esferas foi a solicitação, eu não lembro ao certo, agora (P4).</p> <p>Exemplo 3: Uma das questões foi a questão da legalidade (P5).</p> <p>Exemplo 4: Porque na verdade assim, ela [a CT] sempre teve o convênio com a prefeitura. A prefeitura sempre exige (P1).</p> <p>OBSERVAÇÃO (Diário de Campo)</p> <p>Relacionamento com a equipe e com os acolhidos.</p>
Processo de trabalho e atribuições profissionais	<p>ENTREVISTAS</p> <p>Exemplo 1: Então, as entrevistas e acolhimentos. Todos esses procedimentos, convênios, a parte de ligação também com a rede, contatos, se precisar, eventualmente. É, digitar documentos (P4).</p> <p>Exemplo 2: Na verdade, ela [a presidente da CT] nem sabia direito o que o assistente social faz. [...] Na verdade, assim, a principal função hoje dentro da comunidade terapêutica é a questão de todo o processo de reinserção social deles (P5).</p> <p>Exemplo 3: Aí seria a parte das documentações fica comigo (P1).</p> <p>Exemplo 4: Tem a parte da avaliação, da triagem, que também eu faço. E também organizo junto com [nome] a parte da reinserção (P2).</p> <p>Exemplo 5: Então, além de ser o PTO [“Pau pra Toda Obra”], né? [risos]. Ah, nós não temos secretária na casa, então muitas vezes a gente acaba fazendo esse trabalho também, que é de agendar qualquer coisa (P3).</p> <p>Exemplo 7: Eu que tô fazendo essa delimitação. Se fosse por eles eu fazia tudo, ia no banco, tudo mais (P6).</p> <p>OBSERVAÇÃO (Diário de Campo)</p> <p>Realização das atividades rotineiras no espaço da CT. Relacionamento com a equipe e com os acolhidos. Demandas trazidas pela equipe e pelos acolhidos.</p>
Sigilo profissional	<p>ENTREVISTAS</p> <p>Exemplo 1: Eu conto aquilo que eu acredito que tenha que falar, aquilo que é de interesse geral, assim (P2).</p> <p>Exemplo 2: Às vezes eu tenho até um pouquinho de dificuldade assim, né?, porque vem essa questão do sigilo (P3).</p>

	<p>Aquilo que eu entendo que vai ser de relevância que a equipe saiba, eu socializo algumas informações. Mas, quando elas são mais complexas as informações eu converso com eles antes (P5).</p> <p>Exemplo 3: Eu não vejo, em nenhum momento eu tive um sentimento assim que tivesse essa questão, que tivesse sido violado, não senti isso (P7).</p> <p>OBSERVAÇÃO (Diário de Campo)</p> <p>Espaço físico para realização das atividades/atendimentos. Troca de informações com os demais profissionais, reuniões de equipe. Espaço e contexto da realização dos registros profissionais.</p>
Autonomia profissional e poder institucional	<p>ENTREVISTAS</p> <p>Exemplo 1: [...] o nosso coordenador, tudo tem que passar por ele, a gente não faz nada, sem passar. [...] Mais pelo fato de que é uma hierarquia, de que são eles que tão ali, eles que entendem mais, são eles que sempre fez e deu certo (P1).</p> <p>Exemplo 2: Nossa, eu tive muita autonomia sempre e tenho até hoje (P5).</p> <p>Exemplo 3: Eu falo que tem um marco, com o Serviço Social e sem o Serviço Social. Tem uma divisão muito nítida. Muito, muito, muito, muito (P6).</p> <p>Exemplo 4: Eu vou organizando meu dia. Tenho essa autonomia (P7).</p> <p>OBSERVAÇÃO (Diário de Campo)</p> <p>Realização das atividades rotineiras no espaço da CT. Relacionamento com a equipe e com os acolhidos. Demandas trazidas pela equipe e pelos acolhidos. Espaço físico destinado à atuação do assistente social.</p>
Formação profissional	<p>ENTREVISTAS</p> <p>Exemplo 1: Falta, formação falta. Falta, sim (P2).</p> <p>Exemplo 2: Não, não, não. Não teve nada relacionado à comunidade terapêutica (P3).</p> <p>Exemplo 2: Ou então o desafio é me moldar dentro do estilo que hoje a comunidade terapêutica é (P4).</p> <p>Exemplo 3: Eu construí um conhecimento, a partir de senso comum inclusive dos monitores (P5).</p> <p>Exemplo 4: Não. A graduação ela não, ela trouxe conhecimentos teóricos que fez com que eu me apropriasse e fazer com que eu pudesse trazer isso pra minha realidade (P7).</p> <p>OBSERVAÇÃO (Diário de Campo)</p> <p>Realização das atividades rotineiras no espaço da CT. Relacionamento com a equipe e com os acolhidos. Respostas as demandas trazidas pela equipe e pelos acolhidos.</p>
Vivência na CT	<p>ENTREVISTAS</p> <p>Exemplo 1: Então tão ali, vão tomar café, vamos tomar café aqui. O que eles comem a gente também come [...]. Não tem crachá, não tem não (P2).</p>

	<p>OBSERVAÇÃO (Diário de Campo)</p> <p>Participação das atividades rotineiras dos acolhidos dentro do espaço da CT. Relacionamento com a equipe e com os acolhidos. Acesso dos acolhidos aos profissionais.</p>
<p>Conhecimento sobre CT, rede de serviços e legislações</p>	<p>ENTREVISTAS</p> <p>Exemplo 1: Porque eu vejo ali, como o CAPS entra com muita medicação, né? A gente tem muitos casos. E a comunidade terapêutica ela tenta, né? Deixar eles sóbrios, né? [...] Assim o CAPS não aceita as CTs. Pra elas as CTs são só pra tirar o dinheiro deles (P1).</p> <p>Exemplo 2: Eu acredito na metodologia, daqueles mais rústicos ali. Maxweel Jones, isso mesmo, né? Os mais primitivos, né? Acredito, né?, li o material. [...] Eu vejo assim a redução de danos, aqui não tem uso de drogas, não tem uso de drogas, não tem uso de nada. [...] Eles acabam não lendo muito a legislação então eu meio que marco que precisa (P2).</p> <p>Exemplo 3: Eles, eles entendem que a, na verdade eu já acho errado a forma de redução de danos no Brasil. Ela se embasou lá, não sei qual é o país, mas que não é o que é prático no país. [...] Eu acho muito tranquilo trabalhar com essa resolução e ela é bem clara pra nós. Porque muitas vezes a gente fica sem saber como, por aonde seguir (P3).</p> <p>Exemplo 3: Primeiro, eu reconheço isso com um espaço de acolhimento. Que a própria resolução diz. Eu gosto daquela definição. É assim, a gente tem uma grande dificuldade. A maior dificuldade nossa ainda é a política pública de saúde, é o CAPS ainda. [...] Eu tinha muito isso. Eu cheguei aqui dizendo: “Redução de danos não existe” (P5).</p> <p>Exemplo 4: Ano passado tinha essa briga que era ferrenha. Eles [o CAPS] não encaminhavam pra nós. [...] Pra eles [o CAPS] eles preferem a pessoa sair do <i>crack</i> pra maconha (P6).</p> <p>Exemplo 5: Ela se difere, ela se difere no sentido do próprio modelo mesmo, né? Na relação com pares, né?, comum unidade, democracia, a questão que o indivíduo para a ser um sujeito no atendimento. [...] A RDC 029 que nós temos que é um norte. E o Marco Regulatório que hoje não tá vigente, tá suspenso, né? Mas que é um grande avanço, uma grande conquista assim, né? (P7).</p> <p>OBSERVAÇÃO (Diário de Campo)</p> <p>Realização das atividades rotineiras no espaço da CT. Relacionamento com a equipe e com os acolhidos. Respostas as demandas trazidas pela equipe e pelos acolhidos.</p>
<p>Desafios e possibilidades do Serviço Social nas CTs</p>	<p>ENTREVISTAS</p> <p>Exemplo 1: Mas eu acho que falta muito conhecimento do CRESS, do CFESS. [...] Assim, eu acho que, eu penso que assim, é um profissional importante, né? Importantíssimo pela formação que tem pela luta que tem assim na garantia de direitos das pessoas, assim, né? (P2).</p> <p>Exemplo 2: Eu sofri preconceito quando eu fiz a minha pós-graduação que tinha profissionais do poder público, de diversos serviços públicos e que conhecem algumas comunidades terapêuticas, principalmente na região da [nome da região] e que não fazem um trabalho de voluntariedade de tratamento. [...] E o profissional de serviço social inserido numa comunidade terapêutica, eu acho que só fortalece a garantia de direito de quem vem buscar</p>

o tratamento, né? Que já começa por aí a nossa atuação. [...] Eu acho que o maior desafio é o reconhecimento do trabalho do assistente social na comunidade terapêutica. [...] Eu acho que os, como se fala, o CRESS, os conselhos estaduais deveriam conhecer o trabalho de comunidade terapêutica, pra daí dar o direcionamento pros profissionais (P3).

Exemplo 3: Sem espaço. Sem espaço. Sem atuação definida. Sem reconhecimento profissional. Muito como um faz tudo, é isso, né? [...] O CRESS nunca faz nada com nós, né? A não ser cobrar, a não ser cobrar e tal (P5).

Exemplo 4: Os principais desafios é o próprio reconhecimento, né?, desse profissional, ser de fato reconhecido (P7).

OBSERVAÇÃO (Diário de Campo)

Realização das atividades rotineiras no espaço da CT.

Respostas às demandas trazidas pela equipe e pelos acolhidos.

Espaço físico destinado à atuação do assistente social.
