



Eixo: Trabalho, Questão Social e Serviço Social

Sub-eixo: Política de Educação.

## OS NOVOS ESPAÇOS SÓCIO OCUPACIONAIS DO SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DE DROGAS: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

PRISCILLA DOS SANTOS PEIXOTO BORELLI TAVARES<sup>1</sup>

MAGDA COSTA BARRETO<sup>2</sup>

THIAGO LOPES BEZERRA<sup>3</sup>

ADRIANA PEREIRA DA FONSECA<sup>4</sup>

**Resumo:** Esse texto tem como objetivo investigar o trabalho dos assistentes sociais nos recentes serviços da rede de saúde mental do Rio de Janeiro, a saber, Consultórios na Rua (CNAR), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS ad II e III). Os resultados apontam que o Serviço Social é uma profissão requisitada nesses novos espaços sócio ocupacionais; as demandas perpassam a compreensão sobre as expressões da “Questão Social” para contribuir com a garantia de direitos e cidadania desses usuários, bem como discutir e defender a lógica da redução de danos com usuários e equipes.

**Palavras-chave:** política social; saúde mental; trabalho coletivo em saúde; processo de trabalho; Serviço Social.

**Abstract:** This paper aims to investigate the work of social workers in the recent mental health network services of Rio de Janeiro, namely, Consultation Office in the street, Family Health Support Center and Centers for Psychosocial Care. The results indicate that Social Work is a profession required in these new socio-occupational place; to contribute to the guarantee of rights and citizenship of these users is necessary understand that the demands are crossed by the expressions of the "Social Question"; as well as discuss and defend the logic of harm reduction with users and teams.

**Keywords:** public policy; mental health; collective work in health; work process; Social Work.

### 1. INTRODUÇÃO

Esse trabalho se insere no Projeto de Pesquisa “O trabalho profissional do Serviço Social na saúde do Rio de Janeiro e em Lisboa: a atenção aos usuários prejudiciais de drogas”, vinculado ao Projeto Integrado Saúde Mental,

<sup>1</sup> Estudante de Pós-Graduação. Universidade Federal do Rio e Janeiro. E-mail: <srbpriscilla@gmail.com>

<sup>2</sup> Profissional de Serviço Social. Centro de Atenção Psicossocial Ppara Usuários de Álcool e Outras Drogas Mané Garrincha.

<sup>3</sup> Profissional de Serviço Social. Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

<sup>4</sup> Estudante de Pós-Graduação. Universidade Federal do Rio e Janeiro.

Desinstitucionalização e Abordagens Psicossociais inscrito nos Grupos de Pesquisa do CNPq e sediado na Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro- UFRJ. Investiga o trabalho dos assistentes sociais nos recentes serviços implantados na saúde mental do Município do Rio de Janeiro. Esse projeto é coordenado por docente e por assistentes sociais vinculados à rede de saúde mental deste município – Consultório na Rua (CNAR), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPS ad II e III) – encontrando-se parte destes profissionais vinculados aos cursos de mestrado em serviço social e em saúde pública.

Nesse texto trataremos do trabalho profissional dos assistentes sociais nos novos serviços destinados à atenção aos usuários de crack, álcool e outras drogas que surgem após a implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2011a). Tentaremos responder as seguintes questões, a saber: Que determinações estão relacionadas à criação dos novos serviços? Estes espaços sócio ocupacionais da RAPS requisitaram o trabalho dos assistentes sociais? Se afirmativo, que demandas e respostas são objeto do trabalho dessa profissional?

Trata-se de um mapeamento exploratório preliminar. Para este fim, foram utilizadas fontes secundárias, destacando-se o levantamento bibliográfico, e primárias, através de informações obtidas em consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e em espaços públicos de discussões, tais como reuniões, seminários, encontros e congressos, que nos permitiram cotejar as informações do referido Cadastro.

## **2. A POLÍTICA DE SAÚDE E O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL: O TRABALHO COLETIVO NA CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE**

A inserção profissional do assistente social na política de saúde ocorreu inicialmente pelos serviços hospitalares, devido à própria organização do sistema de saúde, e teve como objetivo de sua ação “construir um elo da

instituição com a família e com o usuário, visando garantir o seu tratamento após a alta, bem como materialmente com a ausência do chefe” (PINHEIRO, 1985 apud MATOS, 2013. p. 57). Matos (2013) aponta que, nos anos 1940, a construção do exercício profissional do Serviço Social era atravessada pelo modelo médico clínico, que se expressou nas metodologias do Serviço Social de Caso e, mais tarde, na de Grupo. É somente a partir dos anos 1970, com o processo de renovação da profissão, que o Serviço Social passa a apreender as mediações do processo saúde-doença tão relevantes a sua intervenção (MATOS, 2013).

A própria organização da saúde culminou na criação dos hospitais no século XIX, respondendo a demandas do capitalismo. A medicina, enquanto a principal profissão responsável pela atenção à saúde naquele momento, tem uma função importante de organização e coordenação desses serviços. Nesse sentido, as formas de estruturação do trabalho coletivo nos hospitais podem ser entendidas a partir de duas lógicas de cooperação: *horizontal*, na qual “podem se somar outros profissionais não médicos” (MATOS, 2013, p. 44), mas que também é caracterizada pela especialização do conhecimento e pelo risco de fragmentação deste conhecimento e do cuidado; e *vertical*, fruto do desenvolvimento da própria organização hospitalar, que possui como características o compartilhamento, através do controle, de atividades e ações da medicina com outras profissões (MATOS, 2013).

No Brasil, a despeito da reforma sanitária, que propõe uma reorientação do modelo assistencial pautado em diferentes níveis de atenção e suas complexidades, observamos que a saúde ainda é amplamente pautada no modelo médico-assistencial, reproduzindo aspectos como a centralidade no profissional médico e em seu conhecimento como absoluto, reafirmando uma concepção de saúde que se restringe ao paradigma biológico de ausência de doença e de uma assistência em saúde focada na medicalização. Esse modelo ainda produz uma fragmentação do trabalho em saúde (MATOS, 2013).

A ideia de cooperação do trabalho coletivo em saúde torna possível pensar a interdisciplinaridade para romper com as barreiras da fragmentação da atenção em saúde. Assim como aponta Matos (2013), é impossível pensarmos o trabalho em saúde na atualidade sem reconhecê-lo como um

processo coletivo das diferentes profissões e influenciado diretamente pela organização do trabalho na sociedade capitalista. Trabalho este entendido enquanto condição da existência humana, atravessado e determinado pelas relações sociais vigentes (BOTTOMORE, 2001).

A assistente social se insere nos serviços de saúde em equipes que tem como base a organização do trabalho coletivo e assim seu trabalho se estrutura para responder as demandas apresentadas pelos usuários do serviço, pelos demais membros da equipe, pela instituição empregadora e por outros serviços da rede. Essas demandas sociais e institucionais, apreendidas e respondidas no âmbito das políticas sociais, as quais possuem seus padrões modificados a partir da crise do capital dos anos de 1970, particularmente, frente à contrarreforma do Estado e das políticas sociais, que se caracteriza pelo seu desmonte (AMARAL; TRINDADE; LINS, 2016).

Cabe ressaltar que, apesar da aproximação entre os princípios e o tempo histórico entre a profissão e a política de saúde, o Movimento de Reconceitualização do Serviço Social não possuiu articulação com o movimento de reforma sanitária. Assim como aponta Bravo (1996), a profissão estava descolada, até os anos 1980, da discussão coletiva progressista da área da saúde. Será somente nos anos 1990, que o Serviço Social passa a se aproximar da Reforma sanitária, incorporando os princípios desse movimento (MATOS, 2013).

Esse movimento se deu a partir de meados da década de 1970 e teve como um dos principais marcos a promulgação da Constituição Federal de 1988, quando se criou o Sistema Único de Saúde (SUS). Sua instituição traz consigo um conceito ampliado de saúde como norteador da política de saúde que será desenhada como função do Estado e direito de todo cidadão através da proposta de um atendimento integral e gratuito, prezando pelo controle social, universalidade de acesso e equidade.

A instituição deste modelo de saúde público, vê-se ameaçado por projetos de privatização, que se caracterizam pela precarização da política social pública e ampliação dos serviços privados, como os seguros de saúde (MOTA, 2008).

Desde o movimento da reforma sanitária até os dias de hoje, a política de saúde preconiza que as ações de saúde estruturantes do processo de trabalho reconheçam as determinações sociais de saúde como fatores que interferem e conformam os estados de saúde e adoecimento dos indivíduos. Possibilita a ampliação da concepção do processo saúde-doença, a partir do reconhecimento: do seu caráter histórico e social, o que significa pensar a articulação entre o processo social e o processo de saúde-doença a partir das relações de produção e das relações sociais entre classes; e da importância das condições coletivas de saúde (como o saneamento básico, as ações de prevenção etc.) para a apreensão das condições individuais (LAURELL, 1992). A escolha por tal concepção de saúde possibilita, e requer, uma nova forma de pensar as ações em saúde, evidenciando a necessidade de romper com o modelo anterior, médico centrado, e de estabelecer ações intersetoriais como norteadoras da atenção à saúde.

No Brasil, as lutas pela redemocratização do país e por uma saúde pública de acesso universal seguiram concomitantes a luta do movimento antimanicomial por uma assistência psiquiátrica não mais orientada pela lógica hospitalocêntrica dos manicômios, como trabalharemos a seguir.

## 2.1 A política para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas e novos espaços sócio ocupacionais para o Serviço Social

No Brasil, os poucos mais de 30 anos da reforma psiquiátrica refletem na redução de leitos, extinção dos grandes manicômios e ampliação do trabalho em dispositivos extra hospitalares. O asilamento-isolamento deixa de ser a forma preconizada de cuidado em prol de uma atenção de base territorial e comunitária.

Atualmente, após o golpe jurídico-parlamentar que derrubou a presidente eleita Dilma Roussef (2011-2014; 2015-2016), o cuidado em liberdade encontra-se ameaçado na saúde mental, já que o Governo Temer vem facultando o fortalecimento de forças políticas do lobby dos hospitais

privados da psiquiatria (BRASIL, 2017) e das comunidades terapêuticas religiosas (BRASIL, 2018).

Contudo, há uma trajetória de formação e de trabalho profissional na saúde mental em serviços substitutivos ao modelo asilar. Temos a Portaria GM/MS n. 336/2002 que instituiu os CAPS AD que inicialmente, foram denominados de serviços especializados para possibilitar o cuidado no território (BRASIL, 2002). No caso do Município do Rio de Janeiro temos apenas dois desses dispositivos implementados na primeira década dos anos 2000, os quais também se conformaram como novos postos de trabalho para o assistente social.

A partir de 2010, a construção social de que o crack tem um poder de dependência maior que as outras drogas e a exposição das denominadas “cracolândias” (espaços de mercado e de uso) de forma midiática conformaram um processo de pressão para tomada de posição pelos governos.

Em 2014 a Fundação Oswaldo Cruz lançou o relatório da Pesquisa Nacional do Uso de Crack, estudo esse encomendado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad). Os resultados apontaram que os usuários de crack no território brasileiro se caracterizam majoritariamente por pessoas do sexo masculino (78%); com idade entre 18 e 39 anos (85%); cor/raça não branca (79%); solteiros (60%); e com baixa escolaridade (16% concluíram o ensino médio). Desse modo, a Pesquisa Nacional do Uso de Crack identificou que não existe uma epidemia, conforme colocado pela mídia, mas apontou para um perfil de população, com seus direitos violados, necessitando de ações em saúde abrangentes, integrais e intersetoriais (BASTOS; BERTONI, 2014).

Nesse contexto, em 2011, foi instituído o Programa “Crack, é Possível Vencer”, o qual através de um plano integrado com as políticas sociais de saúde, educação, assistência social e segurança pública teve por objetivo criar uma rede de apoio ao usuário de drogas, tendo como eixos a prevenção, o cuidado e a autoridade (BRASIL, 2010)<sup>5</sup>. Apesar de essas estratégias terem

---

<sup>5</sup> Importa destacar que apesar do referido programa apresentar o eixo do cuidado, não há uma definição clara de qual é a concepção utilizada. As ações deste eixo foram caracterizadas, à época, pelo tratamento com foco na abstinência e pela priorização da internação.

características positivas, por possibilitarem uma expansão do acesso às políticas sociais, não significou uma desistência das ações proibicionistas e repressoras por parte do Estado. Apesar do Programa ter possibilitado a construção de novos dispositivos e ampliação de outros já existentes, importantes para pensarmos a atenção aos usuários de drogas, o eixo da autoridade manteve com força e grande visibilidade ações que tinham por objetivo a internação forçada, a repressão e o controle.

Segundo Machado (2006), a partir dos anos 2000, foram criadas condições técnicas e políticas que propiciaram o encontro do SUS, da Saúde Mental e da atenção aos usuários de álcool e outras drogas. O que entendemos ter contribuído para a mudança do nome da própria Coordenação de Saúde Mental, que passa a ser denominada como Coordenação Nacional de Saúde Mental Álcool e Drogas.

Neste encontro, porém, em período desfavorável de “combate à epidemia do crack”, foi também instituída a RAPS, que indicou como um de seus objetivos gerais, ampliar o acesso da rede e articular o cuidado com diferentes serviços.

- I - Atenção Básica em Saúde (Unidade Básica de Saúde, Consultório na Rua, Centro de Convivência e Núcleo de Apoio à Saúde de Família);
- II - Atenção Psicossocial Especializada (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad e CAPS ad III e CAPSi II)
- III - Atenção de Urgência e Emergência (Os pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências - SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros e os CAPS como espaço de acolher a crise)
- IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidades de Acolhimento Adulto e Infantil, Serviços de Atenção em Regime Residencial, dentre os quais Comunidades Terapêuticas)
- V - Atenção Hospitalar (Enfermarias em Hospitais Gerais e Serviço Hospitalar de Referência)
- VI - Estratégias de Desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos – hospitais psiquiátricos podendo ser acionados e o recurso do Programa de Volta pra casa) VI - Reabilitação Psicossocial (composto por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais (BRASIL, 2011a)

---

presença deste eixo na apresentação do programa, as suas ações gerais foram sido focalizadas no campo da segurança pública. Um exemplo foi o investimento no “ônibus biônico”, equipado com câmeras fixas e móveis para os territórios do crack, além do taser e o spray de pimenta como insumos de trabalho, o que nos remete ainda a ação repressiva na questão das drogas.

Trata-se de “pontos de atenção” da RAPS, a qual combinou serviços já instalados na saúde mental, articulou com serviços das Redes de Atenção à Saúde e criou novos espaços assistenciais. Atualmente, no município do Rio de Janeiro-RJ, com população de 6,32 milhões (SINOPSE..., 2011), temos apenas 7 (sete) CAPS AD, 4 (quatro) deles AD tipo III e 3 (três) na modalidade II, sendo um deles um CAPS estadual, totalizando 12 assistentes sociais atuando nesses serviços (CNES, 2018). Entretanto, duas assistentes sociais cadastradas no CNES como integrantes dos CAPS AD, na verdade, estão lotadas nas Unidades de Acolhimento Adulto a eles vinculadas, conforme informações colhidas em espaços públicos pelos participantes da pesquisa.

Em relação aos NASF, temos total de 61 profissionais. Apesar de existirem mais de 86 equipes, nem todas possuem esta categoria em sua composição (CNES, 2018). No que condiz as equipes de Consultórios na Rua, temos 7 (sete) equipes na Cidade, distribuídas em 6 (seis) Áreas Programáticas da Saúde, cada uma contando com apenas uma profissional em sua composição, totalizando 7 (sete) profissionais. (CNES, 2018).

## 2.2 O trabalho profissional do assistente social nos novos espaços sócios ocupacionais para usuários de álcool e outras drogas no Município do Rio de Janeiro

A aproximação entre a profissão e a política social vai além da construção de um espaço sócio ocupacional, define-se também pela constituição desta como o meio estratégico de provisão de direitos sociais e da principal forma de articulação da intervenção profissional para respostas as demandas apresentadas pelos usuários dos serviços.

O trabalho do assistente social é orientado por um Projeto Ético-Político Profissional hegemônico<sup>6</sup> na categoria, baseado em uma concepção de direitos

---

<sup>6</sup> Importa esclarecer que o conceito de hegemonia aqui utilizado se relaciona com a concepção de Gramsci. Assim o projeto ético-político com base na concepção de direitos e cidadania, que se aproxima de um projeto societário que luta pelo fim da sociedade de classes prevalece acima de outros projetos existentes na categoria profissional, mesmo sem significar que é aceito pela maioria dos profissionais. A partir do pensamento de Gramsci pode-se entender que “a hegemonia, como é possível argumentar, não se reduz a legitimação, falsa consciência,

e cidadania que não se limita à concepção de direitos da sociedade capitalista, mas que se coloca em defesa da autonomia dos indivíduos sociais e da emancipação humana, tendo como objetivo contribuir para a construção de uma nova ordem social. Dessa forma, as políticas sociais enquanto espaço sócio ocupacional e meio de trabalho do assistente social impõem uma dualidade ao seu exercício profissional: por um lado, o assistente social pode se aproximar da concepção de cidadania e de direitos presente no Código de Ética, colocando-se em defesa dos interesses dos trabalhadores; por outro, o profissional pode responder tão somente as demandas da instituição em que se insere – seja ela pública ou privada – sendo assim funcional à conservação da ordem capitalista (BEHRING; BOSCHETTI, 2010). Dualidade essa que não se apresenta de forma separada e oposta, mas que se repõe cotidianamente na prática profissional de maneira combinada e contraditória. Ao mesmo tempo em que a intervenção profissional é balizada pelo Projeto Ético-Político Profissional, é também atravessada pela reprodução das demandas e normas institucionais.

No caso da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a usuários de álcool e drogas (BRASIL, 2003), o trabalho dos assistentes sociais é desafiado a participar do trabalho coletivo em saúde no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico fora dos manicômios, portanto, no território e de forma integral, atento à direção social de seu projeto ético-político hegemônico. Portanto, discutir o trabalho profissional nesses novos espaços de atuação possibilita conhecer o processo de trabalho dos serviços implantados pela RAPS.

É importante destacar a particularidade do Município do Rio de Janeiro no que se refere à sua função de sede, na última década, de eventos desportivos de nível mundial acarretando um duplo movimento de expansão de serviços das diferentes políticas sociais, entre elas a saúde, mas também de ações higienistas e repressivas. Estas últimas ocorreram com maior incidência em áreas de investimento do capital, nas quais o comércio visível das drogas

---

ou instrumentalização da massa da população, cujo “senso comum” ou visão de mundo, segundo Gramsci, é composto de vários elementos, alguns dos quais contradizem a IDEOLOGIA dominante, como aliás grande parte da experiência cotidiana” (BOTTOMORE, 2001, p. 178).

ilícitas, particularmente, do crack foi objeto do recolhimento em massa da população em situação de rua. Trata-se, ainda, de uma cidade profundamente desigual, território exemplar de guerra às drogas que criminaliza extensas populações residentes em favelas, particularmente, os homens jovens e negros. Portanto, é nesse contexto social e de saúde que se reforça a necessidade de novos serviços territorializados para pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas.

No que tange ao Consultório na Rua e ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) é importante destacar que uma das principais estratégias de reorganização da política de saúde é a implementação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) através do modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Dentre as possíveis formas de organização dessas equipes existentes hoje, está o Consultório na Rua (CNAR). Esta equipe tem como foco o atendimento as pessoas em situação de rua, é instituído por legislação em 2011, com a incorporação na PNAB, mas suas primeiras experiências datam do final da década 1990.

Em 2009, no momento do boom midiático sobre o consumo de crack, que teve ênfase na exposição das cenas de uso<sup>7</sup>, o Ministério da Saúde propôs a incorporação desse modelo como uma das estratégias do Plano Emergencial Ampliação de Acesso ao Tratamento em Álcool e outras Drogas. Em 2010 o Consultório de Rua passa a integrar também, como uma das estratégias de intervenção, o Plano Integrado Nacional de Enfrentamento ao Crack e tendo como objetivo “ampliar o acesso aos serviços assistenciais e qualificar o atendimento oferecido às pessoas que usam crack, álcool e outras drogas por intermédio de ações de saúde na rua” (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014, p. 976).

A mudança de nomenclatura de Consultório de Rua para Consultório na Rua é uma modificação também na gestão institucional dentro das políticas sociais, no entanto, este dispositivo permanece como resposta a prioridade do

---

<sup>7</sup> Termo utilizado por profissionais de saúde para fazer referência aos espaços de concentração de pessoas onde ocorre o consumo de drogas, em especial as ilícitas, mas que não se define por esta característica. Este termo busca nomear estes espaços sem criar estigmas sobre o consumo do tipo de droga e os sujeitos que ali se encontram. Existem outras nomeações mais comumente utilizadas tanto pela mídia quanto pelos próprios usuários, a mais conhecida é “cracolândia”.

Governo nas ações de enfrentamento ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, sendo o CNAR incorporado como um dispositivo estratégico constituinte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no eixo da Atenção Básica (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

Na composição das equipes de Consultório na Rua não há obrigatoriedade da presença de categorias profissionais específicas. Quais categorias estarão presentes e a quantidade serão definidos a partir do tipo de equipe, de acordo com a Portaria nº 122 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2011b). De maneira geral, o assistente social é um profissional presente nas equipes de CNAR, acreditamos que devido as próprias demandas sociais e de saúde que atravessam o público-alvo objeto dessas equipes.

O imediatismo das demandas apresentadas pelos usuários se coloca como um desafio aos profissionais. A potencialidade do CNAR em possibilitar o acesso ao sistema de saúde e a outras políticas sociais das pessoas em situação de rua, evidencia demandas há muito reprimidas e o estigma enfrentado cotidianamente por essas pessoas tanto no convívio social como no acesso aos serviços públicos. Ultrapassar as demandas imediatas, requer primordialmente repensar a função das políticas sociais no modelo atual de organização da sociedade que vivemos.

Entendemos que o desafio para as assistentes sociais que compõem as equipes de CNAR está em se inserir em um processo de trabalho que seja pautado no diálogo multiprofissional, prezando por intervenções pautadas na articulação intra e intersetorial, em respeito às complexidades das demandas, buscando romper com os estigmas e garantir acesso aos direitos e às pessoas em situação de rua as políticas sociais, estimulando e fortalecendo sua organização política.

Assim como o CNAR, o NASF faz parte do desenvolvimento das ações em saúde mental no âmbito da Atenção Básica. Criado pela Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008, republicada em 04 de março do mesmo ano, com o objetivo de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços da RAPS e aumentar o seu escopo e resolutividade, reforçando assim os processos de territorialização e regionalização da saúde. As equipes NASF podem ser compostas por pessoas das seguintes profissões: assistente

social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogos, ginecologista, médico acupunturista, médico homeopata, nutricionista, pediatra, psicólogo, psiquiatra e terapeuta ocupacional (BRASIL, 2008).

O Caderno de Atenção Básica nº 27 (BRASIL, 2009) aponta que a inclusão do serviço social nos NASF está em consonância com os princípios éticos e políticos da profissão e do projeto de reforma sanitária.

Conforme apontam Neto e Carvalho (2012), o Serviço Social tem a especificidade de atuar sobre todas as necessidades humanas de uma dada classe social, aquela formada pelos grupos excluídos dos bens, serviços e riquezas dessa sociedade. Dessa forma, o trabalho profissional no NASF convoca os assistentes sociais a intervir em um processo de articulação de saberes qualificando e ampliando o olhar das equipes de Saúde da Família e de outros profissionais componentes do próprio NASF para a complexidade das demandas postas à saúde.

Partindo do suposto que o trabalho coletivo dessas equipes é orientado por uma concepção ampliada de saúde, na qual as determinações sociais devem sempre nortear as prescrições clínicas e as orientações de cuidado, o assistente social tem a função de problematizar junto a ESF como os indivíduos atendidos por uma determinada equipe, em um determinado território, são constantemente atravessados por determinações políticas, institucionais, econômicas, culturais e sociais em uma determinada realidade, buscando desvendar pistas de como se conformam as expressões da “questão social” no cuidado em saúde.

É importante trazer a importância e a complexidade do trabalho no âmbito sócio ocupacional a que se insere o assistente social do NASF, especialmente quando se trata de questões em saúde mental e sobre álcool e outras drogas: as equipes NASF ficam vinculadas a equipes ESF compostas por agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem. Uma vez que os NASF costumam ser alocados em territórios com intensas e múltiplas expressões da “questão social”, caso tais complexidades não sejam discutidas em sua amplitude, corre-se o risco de o olhar endurecido do biologicismo clínico ofertar saídas e soluções aos usuários ineficientes, ineficazes e, por vezes. Desse modo, grande parte dos desafios

profissionais do assistente social no NASF não está nos casos em si, mas no matriciamento dos profissionais das equipes ESF para que as expressões da “questão social” não sejam banalizadas ou reduzidas a “complexidades” inerentes de um território que não sejam passíveis de atenção e intervenção em saúde.

Em relação aos serviços especializados da RAPS, o Centro de Atenção Psicossocial para usuários de crack, álcool e outras drogas (CAPS AD) é um importante espaço sócio ocupacional recente para o assistente social, que em conjunto com outras profissões, está descrito como profissional designado para compor sua equipe mínima (BRASIL, 2012), mas, não existe a obrigatoriedade de contratação desse profissional.

Os CAPS AD II funcionam de segunda a sexta-feira, no horário comercial, com algumas variações a depender da realidade dos territórios, usuários e equipes. Tem como estratégia de tratamento a construção de projetos terapêuticos singulares em conjunto com os usuários, orientado pela estratégia de Redução de Danos. A modalidade CAPS AD III possibilita que os serviços funcionem 24 horas e que possuam leitos para acolhimento à crise, que são substitutivos ao modelo de internação desses usuários, sobretudo nas recorrentes comunidades terapêuticas – instituições sob várias denúncias de violação dos direitos humanos no Brasil e receptoras do fundo público.

A internação de usuários de álcool e outras drogas é um dos principais desafios enfrentados no que se refere à atenção a esses sujeitos e perpassa o trabalho profissional no CAPS AD. O imaginário de que é preciso uma internação longa e distante da sociedade para que se consiga uma cura e se atinja a abstinência é colocado no senso comum, em alguns momentos até mesmo defendido por profissionais que atuam com esses usuários. No campo das drogas, as conquistas da reforma psiquiátrica descritas acima têm sido ameaçadas pelo fenômeno político da suposta “epidemia do crack” e da necessidade de seu enfrentamento. As respostas das políticas públicas a esse fenômeno apresentam um claro embate entre dois paradigmas: a Redução de Danos e do cuidado no território defendido pela reforma psiquiátrica; e a abstinência a priori e do isolamento com ações voltadas para a internação

compulsória e fortalecimento das comunidades terapêuticas e dos centros especializados.

A relação com o Sistema de Justiça é um importante marco no processo de trabalho do assistente social no CAPS AD, visto que é crescente a demanda pela internação compulsória desses usuários. Somada às internações compulsórias, e ainda muito marcada pelo movimento de resposta dos Governos atuais nas diferentes esferas, a dita "epidemia do crack" no Rio de Janeiro faz com que sejam vivenciadas situações de mães usuárias de crack, álcool e outras drogas perdendo a guarda dos filhos por conta de medidas do Executivo, do Ministério Público, do Judiciário e do Conselho Tutelar. Esta situação atualizou a importância da articulação entre políticas sociais e o Sistema de Justiça, na medida em que as assistentes sociais das maternidades eram partícipes das ações para a retirada dos bebês e, ao mesmo tempo, foram profissionais capazes de questionar a direção social desta prática, considerando os valores do projeto ético-político do Serviço Social. Neste contexto, as profissionais dos CAPS AD são convocadas pela justiça a dar uma resposta institucional sobre o uso de drogas dessas mulheres. Nessa questão é possível observar a contradição constitutiva do trabalho do assistente social em ser o profissional do consenso e da coerção (IAMAMOTO, 2007). Nesse sentido, observamos as difíceis escolhas cotidianas dos profissionais em reforçar práticas punitivas e de controle sobre a população que vive do trabalho e, de forma concomitante, buscar ultrapassar este mandato social para pensar a proteção da mulher e da sua criança enquanto sujeitos demandantes das políticas sociais pública.

Outra importante contribuição do assistente social no CAPS AD é a inclusão das discussões sobre as expressões da "questão social" no que tange ao sofrimento psíquico dos usuários dos serviços de saúde mental, para que não sejam vistos de maneira apenas pelo viés da subjetividade individual. Para tanto são necessárias discussões com os usuários e profissionais das demais categorias, sobre a realidade social, a partir de um viés crítico e reflexivo, tendo em vista, a recorrente associação da atuação assistencialista do assistente social e uma visão reducionista dos direitos às políticas sociais contidas no tripé da seguridade social. Sendo assim, espaços coletivos como grupos,

assembleias e reuniões de controle social, são recursos fundamentais e de importante atuação do Serviço Social.

Para, além disso, diante da forma moral e repressora como sempre foi tratada a questão do uso de drogas, os estigmas permanecem. Tendo em vista que os usuários atendidos nos três espaços sócio ocupacionais supracitados circulam pelas diferentes políticas sociais, é importante a atuação do assistente social na realização de visitas institucionais, participação em fóruns intersetoriais e reuniões de redes de diferentes serviços, na perspectiva de contribuir com discussões que contribuam para a desmistificação do imaginário social.

Após a breve discussão sobre o trabalho profissional nesses três espaços sócio ocupacionais, destacamos que a área de drogas parece ser fecunda para a investigação do trabalho profissional considerando as lutas entre o proibicionismo às drogas e a orientação ético-política da redução de danos (CFESS, 2016).

### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A complexidade dos usos de drogas sob o solo proibicionista no Brasil apresenta conexões com a questão racial, gênero, moradia, pobreza, trabalho, saúde, violência entre outros. Trata-se de um espaço potente para o encontro vivo com as expressões da “questão social”, as quais são constantemente convertidas em caso de polícia pelo Estado.

Se por um lado, a “epidemia de crack” fortaleceu estratégias de criminalização dos pobres: por outro lado, alguns marcos normativos que se seguiram, como a criação da RAPS, viabilizou a implementação de novos serviços de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas.

A atuação profissional dos assistentes sociais vem sendo requisitada nesses novos espaços sócios ocupacionais. Este fato, atrelado ao espaço de formação profissional, possibilita articular questões por vezes reduzidas à esfera individual às questões macrossociais e políticas. Entretanto, ainda é limitada a presença dos assistentes sociais em muitos desses espaços,

contando muitas vezes com um número reduzido de profissionais e podendo até mesmo ser inexistente em alguns dos serviços, por não existir a obrigatoriedade da presença deste profissional na composição das equipes, assim como discutido anteriormente.

Esses novos espaços sócios ocupacionais também tem sido recente campo de formação profissional, já que os profissionais lotados nesses serviços recebem estagiários e, no Município do Rio de Janeiro, também são campo de atuação para as duas Residências Multiprofissionais em Saúde Mental, que disponibilizam dez vagas para a especialização de assistentes sociais por ano.

Ademais, a Universidade tem a potencialidade de ampliar as discussões sobre a temática, estando mais próxima dos profissionais e serviços. Algo que podemos identificar na pesquisa fruto desse estudo. No entanto, essa aproximação ainda é muito escassa, quando se trata da formação em Serviço Social. A parceria, Universidade (estudantes e docentes), serviços (profissionais, gestores e usuários) é imprescindível para fortalecer espaços de formação e exercício profissional com uma perspectiva crítica e emancipatória.

Esse trabalho não esgota o debate sobre o tema, apontamos ainda um importante aspecto que também deve ser trabalhado: a expansão das contratações mediadas pelas instituições do Terceiro Setor, como as Organizações Não Governamentais (ONG's) e Organizações Sociais de Saúde (OSS) no Município do Rio de Janeiro. Essa expansão ocorre, principalmente, pela escolha de um modelo de gestão das políticas sociais que terceiriza a contratação dos profissionais, uma expressão do processo de contrarreforma que representa os movimentos privatização, focalização e mercantilização da política social enquanto resposta de um receituário neoliberal.

## **REFERÊNCIAS**

AMARAL, M. V. B.; TRINDADE, R. L. P.; LINS, M. A. T. Atribuições, Competências, Demandas e Requisições: o trabalho do assistente social em debate. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORAS(ES) EM SERVIÇO SOCIAL, 15, 2016, Ribeirão Preto, **Anais...** ABEPSS: Ribeirão Preto, 2016.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil?** Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Icict; Fiocruz, 2014.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história.** 7 ed. São Paulo: Cortez Editora, 2010.

BOTTOMORE, T. **Dicionário do Pensamento Marxista.** Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 fev. 2002. Seção 1, p. 22. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)> Acesso em: 22 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_atencao\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf)> Acesso em: 11 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jan. 2008. Seção 1, p. 47-49. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154\\_24\\_01\\_08.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf)> Acesso em: 22 jun 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. **Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do NASF. Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_diretrizes\\_nasf.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf)> Acesso em: 22 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. **Crack, é possível vencer.** Governo Federal. Brasília, DF: Governo Federal, 2010. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/home/publicacoes/material-informativo/destaques/cartilha-crack-e-possivel-vencer-compromisso-de-todos-1>>. Acesso em: 16 abr 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)> Acesso em: 04 out 2017

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011.** Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2011b Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122\\_25\\_01\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html)> Acesso em: 17 jun 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 130, de 26 de junho de 2012. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde.** Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <[bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html)>. Acesso em: 04 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 dez. 2017. Seção 1, p. 236-238. Disponível: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html)> Acesso em: 01 jul 2018.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas. Ministério da Justiça. Resolução nº 1, de 09 março de 2018. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 mar. 2018. Seção 1, p. 128-129. Disponível: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=13/03/2018&jornal=515&pagina=128&totalArquivos=170>> Acesso em: 01 jul 2018.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais e a luta no setor.** São Paulo; Rio de Janeiro: Cortez, UFRJ, 1996.

CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE. **Consultas de Estabelecimentos.** Brasília: DATASUS; Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/consultas.jsp>>. Acesso em: 05 jul. 2018

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS. **O estigma do uso de drogas.** Série – O Assistente Social no combate ao preconceito. Caderno 2. Brasília-DF: CFESS, 2016.

IBGE. **Sinopse do Censo Demográfico: 2010.** Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv49230.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2018.

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social: Ensaios críticos.** 8.ed. São Paulo: Cortez Editora, 2007.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: **Revista Latinoamericana de Salud**, México, n 2, p. 7-25, 1992.

LONDERO, M. F. P.; CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 18, n. 49, p. 251-260, jun. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000200251&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200251&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 abr 2017.

MATOS, M. C. de. **Serviço Social, ética e saúde**: reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2013.

MACHADO, A. R. **Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública**: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas. 2006. Belo Horizonte: Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal d Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

MOTA, A. E. **O mito da assistência social**: ensaios sobre estado, política e sociedade. 2. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2008.

NETTO, J. P.; CARVALHO, M. do C. B. **Cotidiano**: conhecimento e crítica. São Paulo: Ed. Cortez, 2012.