



AS IMPLICAÇÕES DAS ALTERAÇÕES NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE ASSISTENTES SOCIAIS NO BRASIL

Solange Moreira¹

No dia 5 de junho de 2019, o governo federal publicou a Lei 13.840/2019, que altera trechos importantes da Lei 11.343/2006, pela qual se estrutura o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (Sisnad) no país. A referida lei determina e orienta as ações de prevenção e repressão ao uso e abuso de drogas/substâncias psicoativas².

Importante lembrar que, após a aprovação dessa lei, temos presenciado um aumento exponencial do encarceramento da população mais pobre deste país, principalmente com a argumentação no art. 28, que determina,

Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas: I - advertência sobre os efeitos das drogas; II - prestação de serviços à comunidade; III - medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo. (Lei 11.343/2006)

Apesar de a lei não determinar o aprisionamento dos/as usuários/as de substâncias psicoativas, esse artigo tem servido para encarceramento, desde o/a traficante até os/as usuários/as eventuais que são pegos pela polícia com alguma quantidade. Em 2005, o número de presidiários cumprindo pena por questões relacionadas ao uso de substâncias psicoativas era de 8,7% e, após a aprovação da lei, aumentou para 32,6%³. Hoje o Brasil encontra-se na terceira posição dos países com maior número de população carcerária, ficando atrás somente dos Estados Unidos e China.

¹ Assistente social, conselheira do CFESS – Gestão *É de batalhas que se vive a vida* (2017-2020), coordenadora da Comissão de Orientação e Fiscalização Profissional do CFESS (Cofi).

² “Drogas” ou “substâncias psicoativas” são sinônimos. Contudo, pela carga semântica pejorativa, que o termo “drogas” carrega; portanto, será utilizada a nomenclatura “substâncias psicoativas”, quando for possível sua substituição.

³ Dados do Departamento Nacional de Política Penitenciária (Depen).

O art. 28 encontra-se em debate no Supremo Tribunal Federal (STF), a partir da apresentação do Recurso Extraordinário 635.659, peticionado pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo. A defensoria questiona, em seu recurso, que o artigo tem levado à criminalização do porte, para uso pessoal, de substâncias psicoativas.

A votação na Suprema Corte ainda não foi finalizada, porém três juízes já se posicionaram pela ilegalidade desse artigo, considerando-o inconstitucional. Apesar de o voto dos ministros apontarem apenas para a descriminalização da maconha, eles indicam que o STF reconhece que o Estado não pode determinar ou interferir na vida privada dos/as cidadãos/ãs, privando estes/as de determinar se usam ou não substâncias psicoativas. A argumentação da Defensoria baseia-se ainda no princípio da não lesividade, que determina como crime apenas aquelas ações que interferem na esfera jurídica de terceiros, o que não é o caso do uso para fins pessoais. Essa argumentação, contudo, não é válida para o tráfico, que pressupõe o plantio, a produção e a circulação com o objetivo de obter lucro.

Na contramão desse avanço, o governo federal aprovou a “nova⁴” política de drogas, que determina a internação voluntária e involuntária de usuários/as que fazem uso ou abuso de substâncias psicoativas, além de incluir as comunidades terapêuticas como instrumento de viabilização dessa política. Importante lembrar que esse não é um debate novo, tendo em vista que o próprio Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad) aprovou a Resolução 01/2015, incluindo e financiando as comunidades terapêuticas como mecanismo do Sisnad.

A partir dessa aprovação, o governo federal vem alterando sistematicamente a Política Nacional de Saúde Mental e de Álcool e outras Drogas, por meio da aprovação de resoluções internas do Ministério da Saúde, como a Resolução 32/2107 e a Nota Técnica 11/ 2019, e agora com a aprovação da Lei 13.840/2019.

A Resolução 32/ 2017 inclui, na Rede de Atenção Psicossocial (Raps), o ambulatório especializado de saúde mental, as comunidades terapêuticas e o aumento dos recursos para a internação psiquiátrica. A Nota Técnica 11/2019, do Ministério da Saúde, deixa nítido que, para o governo, não há serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, afirmando que o hospital psiquiátrico pode ser humanizado, necessitando, assim, de investimento, tendo em vista o processo contínuo de desfinanciamento efetivado por orientações da Lei 10.216/2001.

⁴ Com base no PLC 37/2013, de autoria do senador Osmar Terra.

Na nota, também é possível verificar a apologia à eletroconvulsoterapia (ECT), que, segundo o governo, é **uma tecnologia importante no tratamento de doenças mentais**. Apesar de ter retirado essa defesa depois de vários questionamentos da sociedade civil, essa nota técnica demonstra o posicionamento conservador e retrógrado do governo em relação à política de saúde mental e de álcool e outras drogas.

A partir da reformulação da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, no final da década de 1980, diversos serviços substitutivos foram construídos no país, a saber: os Centros de Atenção Psicossocial (Caps I, II, III, infantil e AD), as residências terapêuticas, os hospitais-dias, o serviço de trabalho protegido, os centros de convivências e de lazer protegido, dentre outros.

Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), acerca da assistência psiquiátrica brasileira, em 1998 existiam 148 Centros de Atenção Psicossocial no país; este número saltou para 2.209 em 2014. Foram construídos mais de 69 Caps-AD, após a criação do programa “Crack é possível vencer”, de 2011; foram criadas também 289 residências terapêuticas; 4.349 usuários/as foram beneficiados/as pelo “programa de volta para casa” e mais de 1008 iniciativas de geração de renda foram desenvolvidas, além dos centros de convivências e projetos culturais, como os Pontos de Cultura.

Os gastos nos serviços substitutivos aumentaram de 44%, em 2006, para 79% em 2014. Além disso, houve um aumento de vagas para tratamento psiquiátrico em hospitais gerais, principalmente para tratamento de comorbidades pelo uso abusivo de álcool e outras drogas.

Nos últimos trinta anos, foi construída uma Rede de Atenção Psicossocial (Raps), que alterou significativamente a vida dos/as usuários/as e seus familiares, bem como também remodelou a assistência psiquiátrica e de saúde mental no país. Hoje, o país é referência mundial para o tratamento de pessoas com sofrimento psíquico e reconhecido por diversos países latino-americanos e pela própria Organização Mundial da Saúde (OMS). Apesar de todos esses avanços, o governo tem, nos últimos anos, alterado, sistematicamente as legislações, bem como reduzido o financiamento para os serviços públicos, redirecionando-o para instituições privadas e de cunho confessional.

Na Política de Álcool e outras Drogas, a situação não é diferente; vimos lutando contra a implementação das comunidades terapêuticas na Raps, por compreendermos que essas entidades não têm capacidade para lidar com problemas complexos, como é o abuso de substâncias



psicoativas. Em sua maioria, as comunidades terapêuticas são entidades religiosas, que tratam o uso e abuso de álcool e outras drogas como um problema moral.

As alterações atuais na Política Nacional de Drogas são expressão dessa onda conservadora que assola nosso país. Sobre a inclusão das comunidades terapêuticas, a nova lei determina, em seu artigo art. 26-A, que:

O acolhimento do usuário ou dependente de drogas na comunidade terapêutica acolhedora caracteriza-se por: I - **oferta de projetos terapêuticos ao usuário ou dependente de drogas que visam à abstinência**; II - adesão e permanência voluntária, formalizadas por escrito, entendida como uma etapa transitória para a reinserção social e econômica do usuário ou dependente de drogas; III - ambiente residencial, propício à formação de vínculos, com a convivência entre os pares, atividades práticas de valor educativo e a promoção do desenvolvimento pessoal, vocacionada para acolhimento ao usuário ou dependente de drogas em vulnerabilidade social; IV - avaliação médica prévia; V - elaboração de plano individual de atendimento na forma do art. 23-B desta Lei; e VI - **vedação de isolamento físico do usuário ou dependente de drogas**. § 1º Não são elegíveis para o acolhimento as pessoas com comprometimentos biológicos e psicológicos de natureza grave que mereçam atenção médico-hospitalar contínua ou de emergência, caso em que deverão ser encaminhadas à rede de saúde. (Incluído pela Lei nº 13.840, de 2019).

As comunidades terapêuticas têm conquistado, nos últimos anos, um poder político e econômico que muito nos preocupa. Estas instituições se constituem como “pequenos manicômios”, onde os direitos dos/as usuárióas são sistematicamente desrespeitados. Por esses e inúmeros outros motivos, nós, do Conjunto CFESS-CRESS, somos contra a regulamentação das comunidades terapêuticas. Não queremos que práticas desumanas, perversas e excludentes se perpetuem, fazendo recuar a Reforma Psiquiátrica e a desinstitucionalização já alcançada pelo Brasil⁵. Apesar de a lei afirmar que é vedado o isolamento físico de usuárióas nas comunidades terapêuticas, temos visto que essa se constitui numa prática recorrente em muitas dessas

⁵ Sobre a posição do CFESS quanto às comunidades terapêuticas, ver: Serviço Social e a inserção de assistentes sociais nas comunidades terapêuticas. CFESS: 2018 e <http://www.cfess.org.br/arquivos/comunidade-terapeutica-2014timbradocfess.pdf>



instituições, conforme podemos observar em várias denúncias, tanto dos órgãos de fiscalização profissional e de direitos humanos, quanto da grande mídia⁶.

Em abril de 2018, apesar de todas as denúncias dessas instituições, o governo anunciou o investimento de mais de 87 milhões de reais para custear a implantação de mais de 20 mil vagas em comunidades terapêuticas; os recursos saíam do orçamento do Ministério da Saúde, do Desenvolvimento Social e da Justiça.

Na fiscalização efetuada pelo Conjunto CFESS-CRESS nas comunidades terapêuticas, podemos identificar que,

(...) a equipe básica é composta de assistente social e psicólogo/a, com uma reduzida presença de demais profissionais, evidenciando, assim, o caráter segregatório dessas entidades, uma vez que, não contam com uma equipe multidisciplinar para lidar com a complexidade que é o abuso de álcool e outras drogas. Embora, se autodenomine “serviço residencial transitório”, as comunidades terapêuticas acabam desenvolvendo ações típicas da saúde. (Relatório de Fiscalização, CFESS: 2018,13).

Além disso, verificamos que as ações efetuadas nessas instituições, muitas vezes, são “atividades de cunho religioso, tais como: aulas, cultos, oração, leitura da Bíblia (‘como intervenção divina de salvamento da alma e obediência’), bem como grupos de espiritualidade”⁷. Por esses motivos, compreendemos que **as comunidades terapêuticas não são espaços para tratamento de pessoas que abusam ou criam dependência de substâncias psicoativas.**

Sobre o tratamento dos/as usuários/as de substâncias psicoativas, a nova lei determina, em seu art. 23-A, que:

O tratamento do usuário ou dependente de drogas deverá ser ordenado em uma rede de atenção à saúde, **com prioridade para as modalidades de tratamento ambulatorial**, incluindo excepcionalmente formas de internação em unidades de saúde e hospitais gerais nos termos de normas dispostas pela União e articuladas com os serviços de assistência social e em etapas que permitam: I - articular a atenção com ações preventivas que atinjam toda a população pela Lei nº 13.840, de 2019); **II - orientar-se por protocolos técnicos predefinidos, baseados em evidências científicas,**

⁶ Para mais informações, consultar: Relatório da 4ª inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas. CFP: 2011 e <https://alegretetudo.com.br/inquerito-sobre-incendio-em-clinica-de-reabilitacao-de-arroio-dos-ratos-deve-ser-concluido-ate-sexta-feira/>

⁷ CFESS. Serviço Social e a inserção de assistentes sociais nas comunidades terapêuticas. Brasília, 2018

oferecendo atendimento individualizado ao usuário ou dependente de drogas com abordagem preventiva e, sempre que indicado, ambulatorial; III - preparar para a reinserção social e econômica, respeitando as habilidades e projetos individuais por meio de programas que articulem educação, capacitação para o trabalho, esporte, cultura e acompanhamento individualizado; e IV - acompanhar os resultados pelo SUS, Suas e Sisnad, de forma articulada. (...) (Lei 11.343/2006, trecho incluído pela Lei nº 13.840, de 2019, grifos nossos).

Embora a lei fale na priorização do tratamento ambulatorial, não há nenhuma menção, no corpo do texto, de como o governo pretende reforçar essa modalidade de tratamento⁸. Pelo contrário, a lei somente trata das modalidades de internação e de inclusão em comunidades terapêuticas, nas quais o tratamento deverá ser necessariamente baseado na perspectiva da abstinência, ou seja, negando todo o conhecimento que foi produzido pelo Ministério da Saúde acerca da estratégia de redução de danos⁹. A Lei 10.2016/2001 deixa nítido que o tratamento de pessoas com transtornos psiquiátricos ou que consomem álcool e outras drogas deve ocorrer primordialmente na rede substitutiva ao hospital psiquiátrico tradicional, ou seja, em serviços de base comunitária.

Além disso, o governo tem sistematicamente questionado o resultado das pesquisas efetuadas pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), que evidenciam que não há uma “**epidemia do crack**” no país. Segundo dados dessa pesquisa, a droga que ainda causa mais danos à saúde dos/as brasileiros/as é o álcool, que é uma substância lícita e de ampla venda em supermercados e outros estabelecimentos no país. Importante lembrar que, com a venda de bebidas e cigarros, o governo recebe recursos provenientes dos impostos sobre mercadorias e serviços.

Parece-nos muito contraditório que o governo questione uma pesquisa científica, elaborada por estudiosos/as de uma instituição governamental. Embora o governo diga, na legislação, que vai organizar o tratamento de drogas a partir de critérios científicos, ele próprio questiona a pesquisa feita pela Fiocruz, que também se baseia em critérios científicos.

⁸ Além disso, é importante ressaltar que a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas já não preconiza que o tratamento seja realizado em ambulatorios, e sim nos centros de atenção psicossocial.

⁹ Sobre redução de danos, pesquisar: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alcool_reducao_danos2004.pdf

Sobre as modalidades de internação, a Lei 11.343/2006, alterada pela Lei 13.840/2019, determina que haja duas modalidades, **a voluntária e a involuntária**. Para a internação voluntária, a legislação determina a necessidade de documento escrito, contendo a aceitação do/a usuário/a, tanto para a internação, quanto para sua saída. Contudo, para a internação involuntária, a lei diz que,

(...) II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do dependente, a pedido de familiar ou do responsável legal ou, **na absoluta falta deste, de servidor público da área de saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do Sisnad, com exceção de servidores da área de segurança pública, que constate a existência de motivos que justifiquem a medida.** (Incluído pela Lei nº 13.840, de 2019).

É importante lembrar que qualquer pessoa pode encaminhar um/a usuário/a para avaliação de internação. Contudo, a internação só ocorrerá se, na avaliação médica, for detectado que os/as usuários/as são um risco para si ou para os outros. Quando a lei diz que quaisquer funcionários/as públicos/as podem solicitar a internação de um/a usuário/a de drogas, o que ela está querendo afirmar? Que os/as usuários/as de drogas perderam a sua liberdade e sua autodeterminação, conforme determina a nossa Constituição Federal no artigo 5º, quando diz que **“II – ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”**¹⁰. Que o simples uso de qualquer substância psicoativa agora pode ser punido, com uma internação? E que cabe aos/às agentes públicos/as solicitarem essa internação, mesmo não tendo nenhuma relação com o cuidado desses/as usuários/as?

A lei é dúbia quando informa que os/as familiares ou qualquer funcionário/a público/a, exceto os/as servidores/as da segurança pública, podem solicitar a internação involuntária, uma vez que, logo em seguida, afirma que é necessário o aval de um/a médico/a, para que seja efetivada a internação,

¹⁰ Embora, o governo tenha aprovado essa lei obrigando a internação de usuários/as de substâncias psicoativas, ela por si só não pode ser considerada uma lei constitucional, uma vez que o próprio STF vem se posicionando, questionando a legalidade de o governo impedir as pessoas de terem acesso às drogas, conforme consta na argumentação do Recurso Extraordinário 635.659. Além disso, algumas promotorias públicas já começaram a questionar a constitucionalidade dessa legislação.

(...) § 5º A internação involuntária: **I - deve ser realizada após a formalização da decisão por médico responsável;** II - será indicada depois da avaliação sobre o tipo de droga utilizada, o padrão de uso e na hipótese comprovada da impossibilidade de utilização de outras alternativas terapêuticas previstas na rede de atenção à saúde; **III - perdurará apenas pelo tempo necessário à desintoxicação, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, tendo seu término determinado pelo médico responsável;** IV - a família ou o representante legal poderá, a qualquer tempo, requerer ao médico a interrupção do tratamento. (Incluído pela Lei nº 13.840, de 2019).

Então, do que se trata realmente essa autorização para solicitação dos/as funcionários/as das políticas públicas? Não fica nítido na lei qual é o papel concreto dos/as agentes públicos/as nessa solicitação. A partir da vigência da lei, é **obrigatória** a solicitação dessas internações pelos/as agentes públicos/as? Caso não realizem, haverá algum tipo de punição?

A Lei 10.216/2001, quando trata da internação involuntária, diz apenas que é aquela que é solicitada por terceiros, ou seja, sem o consentimento do/a usuário/a. Contudo, não determina quem é esse terceiro. Portanto, nos parece que essa alteração na orientação da Política Nacional de Drogas representa um enorme retrocesso para o país, uma vez que a lei pretende ampliar e obrigar a internação psiquiátrica de usuário/a de drogas.

Além de ampliar e obrigar a internação psiquiátrica de usuários/as de drogas, a nova lei determina o prazo de, no máximo, 90 dias para a internação involuntária. É importante lembrarmos que esse prazo é igual ao que está determinado pela Resolução Conad 01/2015 para o “acolhimento” em comunidades terapêuticas. A Lei 10.216/2001 **não determina prazo para a vigência da internação involuntária**, tendo em vista que o restabelecimento dos/as usuários/as pode ocorrer bem antes desse prazo. Além disso, a internação involuntária não deve ser uma regra, e sim a exceção, tanto que a Lei 10.216/2001 obriga a notificação dessas internações para as autoridades competentes, em, no máximo, 72 horas.

Na nossa concepção, o abuso de substâncias psicoativas é um problema de saúde pública. Para tanto, deve acompanhar e se adequar à concepção adotada pela Lei 10.216/2001, que, “primeiro, representa um instrumento democrático (...) e, segundo, (...) representa uma luta histórica da



sociedade, que culminou com uma profunda reforma na estrutura psiquiátrica brasileira” (CFESS: 2014¹¹). Dito de outro modo,

(...) A saúde é um direito fundamental de todo ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O dever do Estado - de garantir plenamente a saúde - consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos, e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação, conforme previsto, inclusive, pela Lei nº 8.080/1990. (CFESS:2014)

Portanto, não é propondo a internação de usuários/as de drogas que o governo vai revolver um problema tão complexo, como é o caso do abuso e dependência de substâncias psicoativas. Como um problema de saúde pública, devemos optar por cuidar das pessoas no seu território, evitando, assim, enclausuramento e as longas internações, para que possam continuar convivendo em sociedade.

É fato que, em alguns usuários e usuárias de drogas, pela gravidade de seus quadros clínicos, podem perder temporariamente a condição de decidir sobre sua vida e seu processo de tratamento. Contudo, é importante ressaltar que essa não é a condição da maioria dos sujeitos que abusam ou criam dependências de substâncias psicoativas; muitos/as usuários/as conseguem manter sua autonomia e o senso de realidade. Portanto, devem ser incluídos/as no processo de sua recuperação para, assim, poderem repensar qual é o lugar que a “droga” ocupa na sua vida e em qual tipo de tratamento querem se engajar.

A partir da aprovação da Lei 13.840/2019, alguns/algumas assistentes sociais questionaram o CFESS sobre qual seria seu papel diante das novas determinações dessa lei. Primeiramente é importante ressaltar que o campo da saúde mental sempre foi um espaço de atuação profissional de assistentes sociais, desde a origem da profissão, mais especificamente nos anos 1940, quando atuávamos nos Centros de Orientação Infantil e Centro de Orientação Juvenil (COI/COJ).

¹¹ Sobre o assunto, conferir: <http://www.cfess.org.br/arquivos/comunidade-terapeutica-2014timbradocfess.pdf>

Contudo, o trabalho que realizávamos naquela época tinha uma lógica de ajustamento do indivíduo à realidade social. Ao longo da constituição da profissão, realizamos a crítica ao Serviço Social tradicional, bem como também às suas bases filosóficas.

Portanto, levando em consideração as nossas atribuições e competências¹², que estão inscritas nos artigos 4º e 5º da Lei 8662/1993, bem como os compromissos éticos e políticos assumidos por essa categoria, nos últimos 40 anos, que estão consubstanciados no nosso Código de Ética de 1993¹³, compreendemos que não cabe aos/às assistentes sociais, enquanto agentes públicos/as ou

¹² A Lei 8.662/1993 determina as atribuições e competências dos/as assistentes sociais: **Art. 4º** Constituem competências do Assistente Social: I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares; II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil; III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; IV - (Vetado); V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais; VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais; VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo; IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade; X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social; XI - realizar estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades **Art. 5º** Constituem atribuições privativas do Assistente Social I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social; II - planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social; III - assessoria e consultoria a órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social; IV - realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social; V - assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular; VI - treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social; VII - dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação; VIII - dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social; IX - elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social; X - coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social; XI - fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais; II - dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas; XIII - ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional.

¹³ I. **Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;** II. Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; III. Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras; IV. Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida; V. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; **VI. Empenho na**

privados/as, **solicitarem de forma indiscriminada** qualquer tipo de internação de usuários/as de substâncias psicoativas, principalmente levando em consideração os preceitos constitucionais de autodeterminação dos sujeitos sociais, bem como toda a nossa luta cotidiana pela implementação da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Além disso, é importante atentarmos que “A condição de sujeito de direitos não pode ser anulada, reduzida ou ignorada em decorrência do uso de psicoativos, independentes do caráter lícito ou ilícito da substância consumida.” (BRITES:2016)¹⁴.

Compreendemos que, no interior do trabalho em equipes multiprofissionais, principalmente na saúde, os/as profissionais de Serviço Social podem participar de discussões que, no limite, possam levar à internação psiquiátrica de usuários/as de substâncias psicoativas. Contudo, isso não significa dizer que vamos passar a solicitar toda e qualquer internação, uma vez que não é nossa responsabilidade. Além disso, é importante lembrar que temos autonomia profissional, determinada pela nossa legislação e pela Constituição Federal. Portanto, podemos e devemos nos negar a realizar atividades que ferem nossos princípios éticos e políticos.

É importante salientar que o trabalho com a população que abusa ou cria dependência de substância psicoativas é muito mais amplo e dinâmico do que somente a propositura de internação, conforme nos adverte Brites (2016). No trabalho com usuários/as de substâncias psicoativas, nós, assistentes sociais, podemos contribuir de várias formas. Primeiramente, defendendo o direito à autodeterminação dessa população; segundo, trabalhando no combate a todo tipo de preconceito, bem como também conhecendo “a legislação que regula a produção, o comércio e o consumo dos psicoativos, entender os interesses que levam à proibição de algumas substâncias e os impactos do proibicionismo sobre a questão social (...)” (BRITES: 2016)

Além disso, podemos contribuir na área da saúde com a viabilização do passe livre; do Benefício de Prestação Continuada (BPC); de insumos e remédios necessários para o cuidado em saúde, dentre outras ações. É certo que muitas prefeituras, e também profissionais, dificultam o acesso

eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças. Código de Ética de 1993 - Princípios Fundamentais.

¹⁴ BRITES. Cristina. O estigma do uso de drogas. Assistente social no Combate ao Preconceito. CFESS: Brasília, 2016.

dos/as usuários/as de substâncias psicoativas aos benefícios sociais, acreditando que, se tiverem acesso à renda, poderão comprar mais “drogas”.

No campo da assistência social, podemos contribuir na viabilização de acesso aos programas de geração de trabalho e renda; aos programas de transferência de renda e de abrigamento e moradia. Além disso, podemos desburocratizar nossas ações profissionais, permitindo e contribuindo para a flexibilização das regras institucionais, que muitas vezes contribuem para barrar o acesso

Podemos contribuir, ainda, reforçando a estratégia de redução de danos, que, segundo Brites (2015:132¹⁵),

(...) implicaria na adoção de uma visão de mundo que reconheça a vinculação histórica dos homens com a droga, o uso de drogas como prática social e, portanto, uma visão que reconheça as determinações econômicas, políticas e culturais que incidem sobre a particularidade e diversidades de uso das diferentes drogas.

A política de redução de danos implantada pelo Ministério da Saúde constitui-se em uma ação no território onde os/as usuários/as fazem uso de substâncias psicoativas. Essa estratégia não foca na abstinência como único recurso, mas busca intervir na rede de suporte social dos sujeitos, almejando alcançar graus de autonomia, de modo a lidar com os momentos de violência decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, utilizando recursos que não sejam repressivos, mas comprometidos com a defesa da vida dos/as usuários/as.

A estratégia de redução de danos não pode nem deve excluir a abstinência como uma etapa possível, ou mesmo necessária, do processo de tratamento de pessoas que consomem substâncias psicoativas de forma abusiva ou delas criam dependência.

¹⁵ BRITES. Cristina. Política de drogas no Brasil: usos e abusos. In: Drogas no Brasil, entre a saúde e a justiça: proximidades e opiniões. São Paulo: Editora Perseu Abramo, 2015.



No campo sociojurídico, podemos contribuir para que nossas opiniões técnicas não legitimem ações de repressão e desrespeitos aos direitos humanos da população, principalmente nesse momento histórico em que vivenciamos a militarização da vida social, que leva à “barbárie, na qual a dominação econômica e política se alimenta do discurso competente da complexidade do consumo de psicoativos, da cultura do medo e da insegurança, para justificar respostas emergenciais no campo da saúde e de exceção no campo da repressão policial”. (BRITES, 2015: 123)

Como podemos verificar, nossos desafios são imensos e, para cumpri-los com a qualidade e a competência que nossa atuação profissional requer, devemos nos capacitar cotidianamente.

Julho de 2019.