

Análises e Reflexões dos dados da Fiscalização realizada aos/as Assistentes Sociais que atuam nas Comunidades Terapêuticas do Estado de Minas Gerais

**Comissão de Orientação e Fiscalização - COFI
do CRESS/MG**

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1- Contextualização Histórica sobre as Comunidades Terapêuticas no Brasil | 3 |
| 2 - Análises e Reflexões dos dados da Fiscalização aos/as Assistentes Sociais que atuam nas Comunidades Terapêuticas no Estado de Minas Gerais | 9 |
| Tabela 1 - Distribuição das Comunidades Terapêuticas por área de abrangência do CRESS 6 ^a Região. | 11 |
| Gráfico 1 - Condições éticas e técnicas de trabalho..... | 13 |
| Gráfico 2 - Referência Salarial..... | 16 |
| Gráfico 3 - Carga horária semanal de trabalho. | 17 |
| Gráfico 4 - Vínculo Empregatício..... | 18 |
| Gráfico 5 - Possui outro emprego. | 19 |
| Gráfico 6 - Data de implantação do Serviço Social na instituição..... | 21 |
| Gráfico 7 - Aplicação dos Art. 4º e 5º da Lei 8.662/93..... | 22 |
| Gráfico 9 - Sobre o exercício Profissional/Instrumentos metodológicos nas Comunidades Terapêuticas - Principais Ações | 25 |
| Gráfico 10 - Sobre o exercício Profissional/Instrumentos metodológicos nas Comunidades Terapêuticas - Instrumentos de avaliação | 26 |
| Gráfico 11 - Sobre o exercício Profissional/Instrumentos metodológicos nas Comunidades Terapêuticas – Realiza Relatórios de atividades..... | 27 |
| Gráfico 12 - Abordagem Profissional. | 28 |
| Gráfico 13 - Avaliação quanto ao reconhecimento do Serviço Social na instituição. | 29 |
| Gráfico 14 - Conhecimento da Resolução CFESS 533/2008. | 30 |
| Gráfico 15 - Possui Campo de Estágio. | 31 |
| Gráfico 16 - Lacração do Material Técnico Sigiloso. | 33 |
| 4 -Análise complementar dos dados sobre a atuação dos/as assistentes sociais nas comunidades terapêuticas..... | 34 |
| Dados complementares identificados na fiscalização:..... | 34 |
| 5 - Considerações Finais | 39 |
| 6 - Referências Bibliográficas..... | 41 |

Contextualização Histórica sobre as Comunidades Terapêuticas no Brasil

A compreensão sobre as comunidades terapêuticas¹ tornou-se uma temática que permeou os debates do Conjunto CFESS/CRESS recentemente, sobretudo pela deliberação como área prioritária para a fiscalização do ano de 2015.

Esta é uma área em que poucos são os estudos e referências, não apenas no Serviço Social, mas no meio acadêmico e profissional de um modo geral.

Segundo Marcelo Ribeiro de Araújo (2003)² as Comunidades Terapêuticas surgiram a partir das observações clínicas de Maxwell Jones (1953).

Psiquiatra do exército inglês, Jones começou a desenvolver esse modelo para soldados com traumas decorrentes da II Guerra Mundial. Com esse propósito, organizou um serviço de internação baseado em abordagens educativas, encenações dramáticas e discussões, dentro de um ambiente pautado pelas normas de convivência em grupo. Posteriormente, ampliou seu modelo para outras patologias crônicas. Jones considerava que seus pacientes "representavam o 'fracasso' na sociedade; eles advinham primordialmente de famílias desestruturadas e eram desempregados; inevitavelmente, desenvolveram atitudes antissociais na tentativa de se defenderem contra aquilo que lhes parecia ser um ambiente hostil"². Para estes, a construção de padrões de relacionamento nunca adquiridos durante a vida só seria estimulada dentro de um ambiente grupal seguro e terapêutico. (ARAUJO, 2003)

Na década de 1950 as comunidades terapêuticas foram consideradas como “uma alternativa para o tratamento psiquiátrico manicomial”. Mas, foi a partir da década de 1960, e, sobretudo nos anos 1980, que as Comunidades Terapêuticas foram

¹ Segundo Costa (2009) “Comunidade Terapêutica” tornou-se uma nomenclatura oficial a partir da Resolução 101 da ANVISA, de 30 de maio de 2001. Essa terminologia aparece no título da Resolução “que estabelece regras para as clínicas e comunidades terapêuticas”. Texto intitulado **As políticas públicas e as comunidades terapêuticas no atendimento à dependência química.** Disponível em <http://www.uel.br/revistas/ssrevista/pdf/2009/29%20AS%20POL%CDCAS%20P%DABLICAS%20E%20AS%20COMUNIDADE%20TERAP%CAUTICAS-COM%20REVIS%C3O%20DO%20AUTOR.pdf>. As Comunidades Terapêuticas, em geral, são instituições privadas, sem fins lucrativos e financiadas, em parte, pelo poder público que oferecem acolhimento a pessoas com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa (álcool e outras drogas).

² Este autor é mestre e atua no Programa Álcool e Drogas - Hospital Israelita Albert Einstein, suas publicações compõem o site "Álcool e Drogas sem Distorção", 15 de agosto de 2003. Texto disponível em http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/atualizacoes/as_137.htm

aperfeiçoadas para o tratamento da dependência de álcool e drogas, a partir da utilização do modelo de tratamento pelos Alcoólicos Anônimos o Modelo de Minnesota.

A popularidade do método de tratamento proposto pelos Alcoólicos Anônimos fez com este chegassem às clínicas de tratamento. Essa versão institucional do AA ficou conhecida como Modelo de Minnesota. Geralmente, o tratamento começa em regime fechado e isolado, podendo durar vários meses. Nessa fase, há um programa intensivo de terapia de grupo, palestras, leituras e reuniões de AA. O tratamento internado é sucedido por reuniões em *salas de Alcoólicos ou Narcóticos Anônimos*. A equipe é composta por antigos usuários, que completaram os Doze Passos³ com sucesso e passaram a colaborar com a recuperação de outros. Esse modelo influenciou e até hoje influencia boa parte das comunidades terapêuticas em todo o mundo, especialmente nos Estados Unidos e no Brasil.

Segundo Selma Frossard Costa (2009)⁴

As comunidades terapêuticas, aqui entendidas como instituições de atendimento ao dependente químico, não governamentais, em ambiente não hospitalar, com orientação técnica e profissional, onde o principal instrumento terapêutico é a convivência entre os residentes, surgiram no cenário brasileiro, ao longo dos últimos quarenta anos, antes mesmo de existir qualquer política pública de atenção à dependência química no país. Elas cresceram, multiplicaram-se e ocuparam espaços na medida em que inexistiram programas e projetos de caráter público que oferecessem alternativas para o atendimento às pessoas dependentes de substâncias psicoativas (SPAs), desejasas de tratamento.

³ Os Doze Passos (para os Alcoólicos Anônimos) são:

1. Admitimos que éramos impotentes perante o álcool – que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas.
2. Viemos a acreditar que um Poder superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade.
3. Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos.
4. Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.
5. Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas.
6. Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.
7. Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições.
8. Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.
9. Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-lo significasse prejudicá-las ou a outrem.
10. Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.
11. Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que O concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós, e forças para realizar essa vontade.
12. Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a esses Passos, procuramos transmitir essa mensagem aos alcoólicos e praticar esses princípios em todas as nossas atividades.

⁴Texto intitulado **As políticas públicas e as comunidades terapêuticas no atendimento à dependência química.**
Disponível em
<http://www.uel.br/revistas/ssrevista/pdf/2009/29%20AS%20POL%CDCAS%20P%DABLICAS%20E%20AS%20COMUNIDADE%20TERAP%CAUTICAS-COM%20REVIS%C3O%20DO%20AUTOR.pdf>

Na década de 1990 tem-se a fundação da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT). Ainda que reconhecida oficialmente há inúmeras comunidades não-filiadas à FEBRACT. Registra-se que das 12 Comunidades Terapêuticas visitadas apenas uma mencionou conhecer e estar filiada à Federação.

Muitas comunidades terapêuticas brasileiras possuem alto grau de organização e complexidade: programas de permanência, atividades estruturadas, além de profissionais especializados. Gozam, assim, de grande prestígio e confiabilidade por parte de outros profissionais da área e do público que as utiliza. Por outro lado, há outras comunidades funcionando precariamente, sem infra-estrutura e equipe minimamente capacitada para lidar com os pacientes internados. Não há estudos relacionados a esse tema, tampouco um indicador público acerca da quantidade e da qualidade das comunidades. Talvez, a ausência de tratamentos públicos de qualidade, a inexistência de diretrizes, a fiscalização precária e a concepção geral pró-internação, tenham contribuído para o surgimento desenfreado e desestruturado desses serviços. Outro fator a ser considerado é o modelo moral, de ataque e excessivamente hierarquizado que outrora prevaleceu nesse ambiente. Para esse modelo, o dependente precisava sentir na carne as consequências de seus atos. Desse modo, ambientes precários e mesmo insalubres, reclusões descabidas, punições e trabalhos propostos como forma de submissão ao tratamento podem ser, ainda, resquícios de um tempo que não foi totalmente extirpado de algumas comunidades brasileiras. Tal situação acaba contribuindo para tornar esse importante instrumento de tratamento em alvo de incertezas, ainda que não passem de meras exceções à regra. (ARAÚJO, 2003).

Aliado a esta descrição Costa (2009) apresenta duas principais motivações que justificaram o surgimento e proliferação das Comunidades Terapêuticas no Brasil, quais sejam:

No Brasil, a grande maioria destas comunidades, vinculadas principalmente a confissões religiosas (católicas e evangélicas), surgiu, gradativamente, em função de dois grandes motivos: 1º) o vácuo deixado pelas políticas públicas nessa área: por muito tempo a questão do álcool e de outras drogas foi tratada em nosso país como um “caso de polícia”. Até a década de 1960, época em que as comunidades terapêuticas começaram a surgir no Brasil, o dependente químico e/ou sua família tinham como única opção a internação em manicômios, levando o usuário/dependente a ser considerado como uma pessoa com transtornos psiquiátricos. Surgiram também as clínicas particulares especificamente atuando nesta área, mas com custos elevados, mantendo excluídos do tratamento uma grande parcela oriunda das classes mais empobrecidas da sociedade. 2º) Esse vácuo foi sendo ocupado por diferentes confissões religiosas, motivadas pela perspectiva de “evangelização”, mas também pela necessidade de fornecerem resposta aos pedidos de ajuda por

tratamento que chegavam às suas portas na mesma proporção em que a dependência química alcançava números alarmantes de vítimas. (p.5)

Quanto a sua estruturação, segundo Araújo (2003), a forma assumida por uma comunidade terapêutica reflete a filosofia subjacente da organização que a fundou.

Algumas comunidades são notadamente marcadas pela hierarquização de funções e comandos, por técnicas de autoajuda e terapia comportamental, enquanto outras propõem uma estrutura 'mais democrática', com cursos profissionalizantes e abordagens psicanalíticas. Há também, as comunidades cuja proposta de recuperação é baseada em alguma filosofia religiosa, combinada às vezes e em diferentes proporções com o Modelo de Minnesota. Há comunidades terapêuticas especializadas em determinado tipo de dependência, ou dirigida a grupos específicos de usuários, tais como mulheres e adolescentes. No entanto, independente da linha adotada e do nível de especialização do atendimento, grande maioria delas tem por objetivo a *abstinência completa de qualquer tipo de substância*.

Estas descrições são complementadas por Damas⁵ (2013) que considera que:

No Brasil, as CT são geralmente sítios ou fazendas localizadas em zona rural, com a finalidade de receber indivíduos com problemas relacionados ao uso de drogas. Diferem em relação à metodologia empregada no tratamento da dependência química – em algumas prevalece o modelo religioso-espiritual, noutras a base é a atividade laboral, e ainda outras prevalece o modelo médico, assistencialista, ou com abordagem predominantemente psicológica, podendo haver uma mistura de abordagens.

⁵ DAMAS, Fernando Balvedi. Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 50-65, jan./mar. 2013. Disponível em <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/173/201>

A partir do contexto inicial, e voltando nosso olhar para a atualidade, tem-se, segundo informações do “Observatório Crack é possível vencer”⁶ do Governo Federal⁷, que atualmente existem 336 Comunidades terapêuticas cadastradas e 7.541 vagas disponibilizadas por estas. No entanto, segundo Costa (2009), citando Chaves e Chaves (s/d)

Essas instituições se proliferaram pelo Brasil e, segundo Chaves&Chaves (s/d, p. 23) “estima-se que existam hoje, no Brasil, cerca de 2000 comunidades terapêuticas, que oferecem tratamento a 40.000 residentes e emprego a outras 10.000 pessoas”. São números impossíveis de serem ignorados e que demonstram a dimensão da presença destas instituições no contexto brasileiro, bem como a significativa atuação no tratamento a dependentes de SPA.

Estas instituições foram regulamentadas através da Resolução 01/2015 do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas - CONAD. Esta define, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), as Comunidades Terapêuticas, como sendo “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”.

Conforme o Art. 2º da referida resolução, as comunidades terapêuticas, apresentam as seguintes características:

- I – adesão e permanência voluntárias, formalizadas por escrito, entendidas como uma etapa transitória para a reinserção sócio-familiar e econômica do acolhido;
 - II – ambiente residencial, de caráter transitório, propício à formação de vínculos, com a convivência entre os pares;
 - III – programa de acolhimento;
 - IV - oferta de atividades previstas no programa de acolhimento da entidade, conforme previsão contida no art. 12 desta Resolução;
 - V – promoção do desenvolvimento pessoal, focado no acolhimento de pessoas em situação de vulnerabilidade com problemas associados ao abuso ou dependência de substância psicoativa.
- § 1º As entidades que oferecerem serviços assistenciais de saúde ou executarem procedimentos de natureza clínica distintos dos serviços previstos nesta Resolução não

⁶ Disponível em <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/comunidades-terapeuticas.html>

⁷Este é realmente um dado complexo e o próprio governo não tem números precisos, a exemplo de outra informação constante no site do Ministério da Justiça que assim noticia “O Governo Federal, por meio da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça, de forma inédita, tem um programa de financiamento de vagas em comunidades terapêuticas. Até o momento, foram contratadas 371 entidades, gerando 8034 vagas em todo o Brasil. O valor pago é de R\$ 1 mil/mês para adulto e de R\$ 1,5 mil/mês para adolescente ou mãe/nutriz”. Disponível em <http://www.sejusp.ms.gov.br/comunidades-terapeuticas-sao-regulamentadas/>

serão consideradas comunidades terapêuticas e deverão, neste caso, observar as normas sanitárias e os protocolos relativos a estabelecimentos de saúde.

§2º O acolhimento de que trata a presente resolução não se confunde com os serviços e programas da rede de ofertas do Sistema Único de Assistência Social. (CONAD, Res. 01/2015)

Apesar deste contexto, cumpre salientar que o Conjunto CFESS/CRESS tem um posicionamento crítico em relação a esta realidade, visto compreender que:

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.

Diante disso, em princípio, a regulação - pelo Estado - de “Comunidades Terapêuticas” para prestação de serviços de apoio às pessoas que usam de forma abusiva, ou são dependentes de drogas, se contrapõe aos princípios inscritos na Constituição Federal, como também a legislação que regulamenta o SUS, que prevê que um conjunto de ações e serviços de saúde sejam prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, para atendimento universalizado no SUS. (Nota Técnica Conjunto CFESS/CRESS, 2014)

Por fim, é neste contexto amplo, complexo e diverso que o CRESS 6ª Região, apresenta a seguir as impressões, observações e constatações vivenciadas nas visitas de fiscalização.

Análises e Reflexões dos dados da Fiscalização aos/as Assistentes Sociais que atuam nas Comunidades Terapêuticas no Estado de Minas Gerais

Em cumprimento às deliberações aprovadas pelo 43º Encontro Nacional do Conjunto CFESS-CRESS (2014) e referendadas no 44º Encontro Nacional do Conjunto CFESS-CRESS (2015), no eixo da Seguridade Social, da Ética e Direitos Humanos e da Orientação e Fiscalização Profissional, a fiscalização do exercício profissional dos Assistentes Sociais que atuam nas Comunidades Terapêuticas foi definida como prioridade a ser realizada por todos os CRESS.

Cumpre ressaltar que a escolha da fiscalização às Comunidades Terapêuticas ocorreu em face do movimento, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), de regulamentar as entidades que realizam o acolhimento de pessoas com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, denominadas ou não de comunidades terapêuticas. A minuta foi apresentada para discussão em 2015 e, apesar da manifestação contrária de alguns conselhos nacionais, a exemplo do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), do Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH), do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), do Conselho Federal de Psicologia (CFP) e da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (Renila); a minuta a Resolução⁸ que regulamenta as Comunidades Terapêuticas foi aprovada.

Destaca-se que a manifestação contrária do conjunto CFESS/CRESS, encontra as bases na defesa de que o atendimento a esse público seja realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), conforme as deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental em 2010 e na XIV Conferência Nacional de Saúde, e sobretudo pela Lei da

⁸ **Resolução CONAD nº 01/2015.** 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. O CFESS entende que esta resolução afronta a luta histórica da saúde mental, na defesa de uma sociedade sem manicômios. Além disso, a minuta é permeada por contradições, sendo alarmante que as Comunidades Terapêuticas recebam em torno de 92 milhões de reais do fundo público, sem que haja qualquer forma de controle social sobre a aplicação de tais recursos, já que os Conselhos de Saúde, cuja natureza é deliberativa não são informados sobre as atividades das Comunidades Terapêuticas.

Reforma Psiquiátrica, aprovada em 2011 - a 10.216/2001⁹, sendo esta fruto de uma luta histórica da sociedade. Outra consideração é a Resolução CNS nº, 448, de 06 de outubro de 2011, que trata da necessidade de congregar esforços governamentais e forças sociais para aumentar a destinação de recursos financeiros para a Rede de Atenção Psicossocial, especialmente, nas esferas Federal, Estadual e do Distrito Federal.

Sendo assim, as fiscalizações nas Comunidades Terapêuticas, além de atentar para as questões dispostas na Nota Técnica emitida pelo Conjunto CFESS/CRESS em 2014, também se orientou pelos princípios assegurados na Política Nacional de Fiscalização (PNF) do Conjunto CFESS/CRESS, que prevê: “a defesa do espaço profissional e a melhoria da qualidade de atendimento aos usuários do Serviço Social”. Sendo a ação fiscalizadora dos CRESS articulada “as dimensões: afirmativa de princípios e compromissos conquistados; político-pedagógica; normativo e disciplinadora”.

As visitas de fiscalização as-aos profissionais foram realizadas no período entre fevereiro e outubro de 2015, compreendendo 112 Comunidades Terapêuticas, identificadas através dos dados do Censo das Comunidades Terapêuticas no Brasil, Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas – SENAD, e Projeto Estadual Aliança pela vida, e ainda outras instituições identificadas no transcorrer do processo de fiscalização e que não constavam nas listagens supra citadas. Neste processo fora realizado além do trabalho educativo, fora realizada uma pesquisa¹⁰ (questionário anexo 01) para verificar questões afetas à atuação profissional neste campo sócio ocupacional.

As visitas de fiscalização realizada foram realizadas por área de abrangência da Sede (Belo Horizonte) e das 03 (três) Seccionais, sendo, Juiz de Fora, Montes Claros e Uberlândia.

Segue abaixo o quadro geral das Instituições fiscalizadas por área de abrangência do CRESS 6ª Região. Destacando que as demais considerações deste relatório serão apresentadas de forma consolidada.

⁹Lei 10.216/2001. Esta lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

¹⁰ A análise dos dados é referente à pesquisa realizada junto aos profissionais das Comunidades Terapêuticas do Estado de Minas Gerais.

2 - Nomenclatura utilizada pelo profissional de Serviço Social à população que busca atendimento a estas instituições.

3 - Resolução nº 01 de 19 de Agosto de 2015.

Tabela 1 - Distribuição das Comunidades Terapêuticas por área de abrangência do CRESS 6ª Região.

| Dados | Seccional Juiz de Fora | Seccional Uberlândia | Seccional Montes Claros | Sede Belo Horizonte | Total |
|--|------------------------|----------------------|-------------------------|---------------------|------------|
| 1 – Números de instituições. | 28 | 31 | 11 | 162 | 231 |
| 2- Números de instituições fiscalizadas. | 12 | 31 | 06 | 64 | 112 |
| 3- Números de instituições que faltam ser fiscalizadas. | - | - | 01 | 05 | 06 |
| 4- Números de instituições que fecharam e/ou Não existem. | 01 | - | 01 | 35 | 37 |
| 4 - Números de instituições que não possuem Assistente Social. | 15 | - | 03 | 58 | 76 |
| 5- Números de profissionais fiscalizados. | 15 | 32 | 08 | 68 | 122 |
| 6 – Números de instituições com Infrações à Resolução CFESS 493/2006. | 07 | 10 | - | 05 | 22 |
| 7- Números de instituições com Infrações à Resolução 590/2010. | - | 01 | - | 02 | 03 |

Fonte: Fiscalização 2015/2015 CRESS 6ª Região

Como podemos observar no quadro acima foram visitadas **112** (cento e doze) instituições, sendo fiscalizados **122** (cento e vinte e dois) profissionais, o que pressupõe. Seis (06) destas instituições, embora tivessem em seu quadro o Assistente Social, não foram visitadas em razão da ausência do profissional por férias ou licença maternidade.

Das entidades constantes na listagem da SENAD, 37 (trinta e sete) delas já foram fechadas e/ou nunca existiram, segundo informações coletadas in loco ou via contato telefônico telefone.

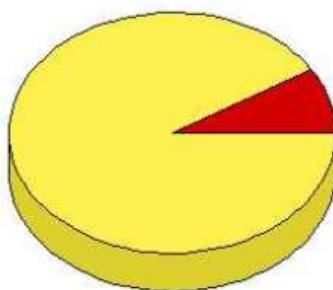
Insta esclarecer que em contato telefônico para agendamento da visitas de fiscalização, verificamos que 76 (setenta e seis) comunidades terapêuticas não possuem assistente social no seu quadro de funcionários. Indagadas sobre a ausência do profissional de Serviço Social no quadro, os responsáveis pelas instituições justificaram que estavam seguindo as normativas da Resolução RDC ANVISA nº 29/11 que diz: "*As instituições abrangidas por esta Resolução deverão manter responsável técnico de nível superior legalmente habilitado, bem como um substituto com a mesma qualificação*", e assim mantinham outras categorias em seu quadro, como psicólogo. Justificando ainda, que a instituição almejaria ter em seu quadro de funcionários o profissional de Serviço Social, mas pela dificuldade e/ou ausência de recursos financeiros para contratação do mesmo, não é possível atender a essa lacuna.

A seguir análise dos dados consolidados através do instrumental de fiscalização preenchido pelos profissionais, considerando itens fundamentais para melhor leitura e compreensão da profissão, do exercício e o fazer profissional nesta área.

Gráfico 1 - Condições éticas e técnicas de trabalho.

Quadro: VIII - Condições ética e técnicas de trabalho

1 - Tem espaço compatível com o sigilo profissional?

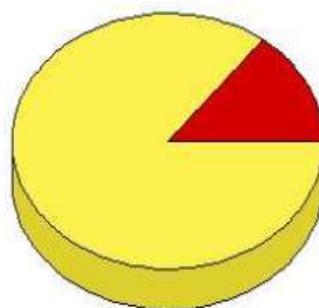


Legenda:

| | |
|---|---------------|
|  | Não - 8,87 % |
|  | Sim - 91,13 % |

Quadro: VIII - Condições ética e técnicas de trabalho

2 - O local de atendimento está adequado aos recursos físicos previstos na Resolução 493/D6?



Legenda:

| | |
|---|----------------------------|
|  | Não - Justifique - 14,52 % |
|  | Sim - 85,48 % |

Fonte: Fiscalização 2015/2015 CRESS 6ª Região

Os dois gráficos acima revelam dados sobre as condições éticas e técnicas para o exercício da atividade profissional do/a Assistente Social de acordo com as condições previstas na Resolução CFESS nº 493/2006. Dos/as profissionais fiscalizados/as apenas 8,87% afirmaram não possuir as condições previstas para o resguardo do sigilo profissional, e 91,13% disseram haver as previsões propostas, dado este bastante significativo.

Assim, faz-se necessário essencialmente pautar o lugar do sigilo profissional como um dever ético do/a assistente social assegurá-lo, bem como, um direito constitucional do/a usuário/a. Os artigos 15º, 16º e 17º do Código de Ética Profissional estabelecem:

Art. 15º. Constitui direito do/a assistente social manter sigilo profissional.

Art. 16º. O Sigilo protegerá o/a usuário/a em tudo aquilo que o/a assistente social tome conhecimento como decorrência do exercício da atividade profissional.

Parágrafo único: Em trabalho multidisciplinar somente poderão ser prestadas informações dentro do limite do estritamente necessário.

Art. 17º. É vedado ao/a assistente social revelar sigilo profissional.

O Parecer Jurídico do CFESS nº 06/2013 nos traz como referência os marcos legais em relação à privacidade do/a cidadão, onde descreve o direito ao sigilo assegurado pela Constituição Federal de 1988, quando estabelece a proteção do direito à privacidade dispondo em seu artigo 5º, inciso X, que **são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurando o direito à indenização pelo dano moral ou material decorrente de sua violação.**

Já o Código Civil Brasileiro estabelece em seu artigo 21º que **a vida privada da pessoa é inviolável, e o juiz, a requerimento do interessado adotará as providências necessárias para impedir ou fazer cessar ato contrário a esta norma.**

Segundo Sylvia Terra, (2013) a proteção do sigilo profissional tem sua clara previsão em vários diplomas legais constituindo-se violação qualquer mecanismo, procedimento, instrumento, que possibilite o conhecimento ou a divulgação de tudo que

se ouve ou se vê no espaço de atendimento profissional. Do ponto de vista geral, o sigilo profissional visa também, a proteção da intimidade e privacidade e exige que permaneçam desconhecidos determinados aspectos da vida das pessoas.

O segundo gráfico aponta que 85,48% dos/as profissionais fiscalizadas afirmaram que o local de trabalho possui as condições físicas previstas na Resolução e somente 14,52% disseram não possuir tais condições no local de trabalho.

Faz-se mister considerar que a Resolução citada prevê:

Art. 1º- É condição essencial, portanto obrigatória, para a realização e execução de qualquer atendimento ao/a usuário/a do Serviço Social a existência de espaço físico, nas condições que esta Resolução estabelecer.

Tais condições são as previstas no artigo segundo, sendo:

Art. 2º- O local de atendimento destinado aos/as assistentes sociais deve ser dotado de espaço suficiente, para abordagens individuais ou coletivas, conforme as características dos serviços prestados, e deve possuir e garantir as seguintes características físicas:

- a- iluminação adequada ao trabalho diurno e noturno, conforme a organização institucional;
- b- recursos que garantam privacidade do usuário naquilo que for revelado durante o processo de intervenção profissional;
- c- ventilação adequada a atendimentos breves ou demorados e com portas fechadas;
- d- espaço adequado para colocação de arquivos para a adequada guarda de material técnico de caráter reservado;

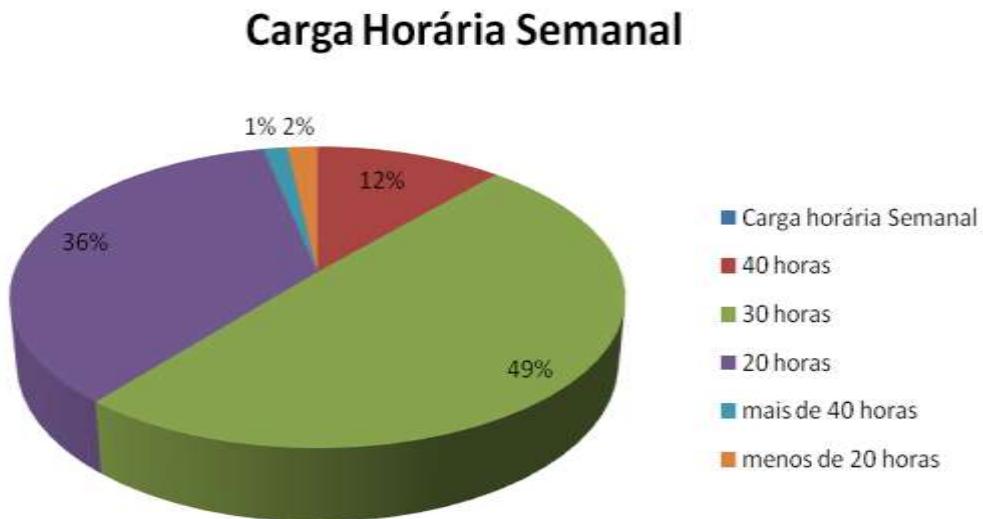
Importa salientar para melhor leitura dos dados acima identificados, que o local de atuação das profissionais, se realiza tanto em escritório na cidade/sede ou no sítio/chácara local em que os acolhidos recebem o tratamento via internação. Nestes locais foi possível perceber as diferenças de infraestrutura postas para o atendimento, o que reflete estes quantitativos de adequação às condições éticas e técnicas para o exercício profissional, sendo que as principais constatações foram à falta dos materiais fundamentais para a realização das atividades.

Gráfico 2 - Referência Salarial.

Fonte: Fiscalização 2015/2015 CRESS 6ª Região

Como verificado no gráfico acima mais da metade (53%) dos Assistentes Sociais que atuam nas comunidades terapêuticas tem remuneração salarial de até 02 (dois) salários mínimos; refletindo a partir da junção do indicador abaixo de 34% com salário de até 03 (três) salários mínimos, podemos assegurar que a faixa salarial dos profissionais que atuam neste campo está entre 01 e 03 salários mínimos. A referência de 4% de profissionais que recebem menos de 01 salário refere-se à condição de prestação de serviço na qualidade de autônomos, por horas trabalhadas. Percebe-se assim, neste universo sócio ocupacional uma grande diversidade de referência salarial.

Gráfico 3 - Carga horária semanal de trabalho.

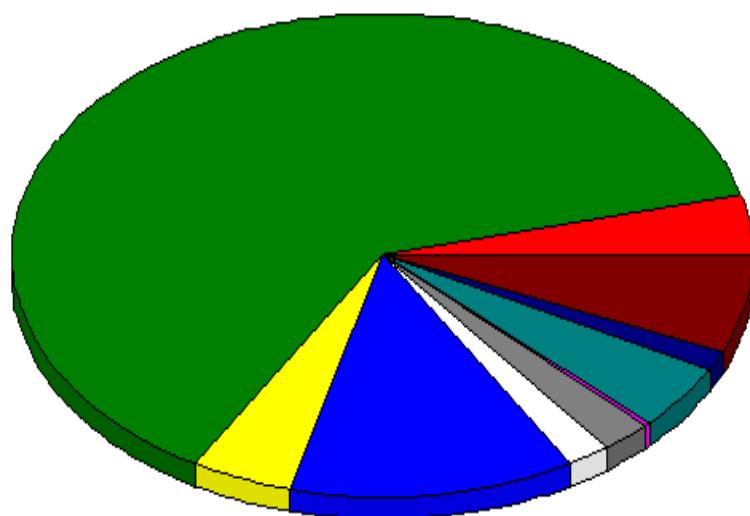


Fonte: Fiscalização 2015/2015 CRESS 6ª Região

A carga horária de trabalho verificada indica que 85% dos profissionais trabalham entre 20 e 30hs semanais, sendo que 49% realizam 30hs semanais, o que a princípio indica cumprimento do artigo 5º da Lei 8662/93, que trata da carga horária semanal dos assistentes sociais.

Gráfico 4 - Vinculo Empregatício.

Vinculo Empregatício



Legenda

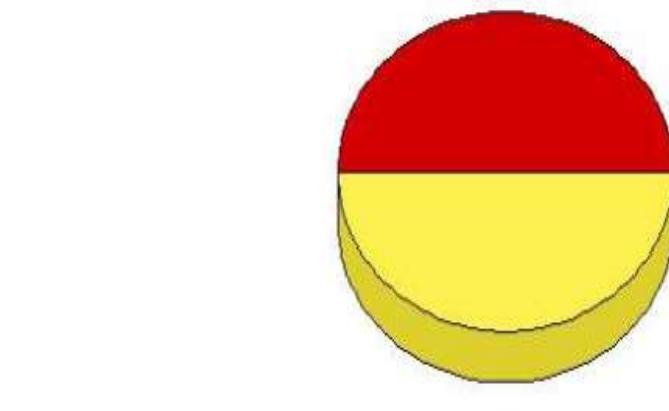
- █ 13)AUTONOMO - 4,06 %
- █ 200)CLT - 62,50 %
- █ 14)CLT/EFETIVA - 4,38 %
- █ 40)CONTRATADO TEMP. - 12,50 %
- █ 6)CONTRATO POR TEMPO INDETERMINADO - 1,88 %
- █ 7)ESTATUTÁRIO - 2,19 %
- █ 1)LICITAÇÃO - 0,31 %
- █ 14)Não informado - 4,38 %
- █ 4)PRESTADOR DE SERVIÇO - 1,25 %
- █ 21)TRABALHO VOLUNTARIO - 0,56 %

Fonte: Fiscalização 2015/2015 CRESS 6ª Região

Os dados acima indicam uma grande diversidade de modalidades de vínculos empregatícios empregadas pelas instituições. Embora os dados indiquem que 62% dos assistentes sociais que atuam nas comunidades terapêuticas têm vínculo empregatício celetista, verificou-se ainda assim, contratos bastante precários. A forma de contratação e de ingresso nas instituições no geral é simplificada e/ou por indicação, e como podemos verificar no gráfico abaixo, boa parte dos profissionais das comunidades terapêuticas atuam em outros campos.

Gráfico 5 - Possui outro emprego.

4 - Trabalha em dois empregos?



Legenda:



Não - 50,00 %
Sim - 50,00 %

Fonte: Fiscalização 2015/2015 CRESS 6ª Região

Verificamos que, 50% dos profissionais possuem outro emprego. Este dado reitera o que descrevemos nos gráficos retro mencionados acima, ou seja: salários em disparidades, carga horário menor ou igual a trinta (30) horas semanais, fazendo com que o assistente social, em tese, tenha necessidade de acumular dois cargos para subsidiar e/ou complementar a sua renda salarial.

Esclarecemos que o assistente social é caracterizado como profissional da área de saúde, legalmente reconhecido como tal, conforme dispõe a Resolução Nº. 218, de 06 de março de 1997, do Conselho Nacional de Saúde.

Sendo assim, esta caracterização abre espaço para que os assistentes sociais que atuam na área da saúde tenham a possibilidade, em tese de acumular dois cargos públicos. Possibilidade que está amparada pela Emenda Constitucional Nº. 34, de 13 de dezembro de 2001 que dá nova redação a alínea c do inciso XVI do art. 37 da Constituição Federal, a saber: "*c) a de dois cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde, com profissões regulamentadas; (NR)*".

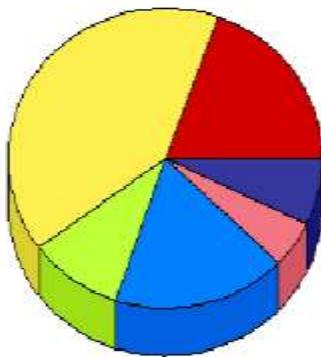
Apesar de ser legítimo devem-se levar em consideração algumas particularidades, pois o assistente social ao se submeter às condições aviltantes de trabalho como longas jornadas de 40 ou 44 horas, em tese podem comprometer a sua disponibilidade e desempenho, tendo em vista que este profissional realiza atividades que provocam desgaste físico ou psicológico.

Por fim, verificamos a baixa remuneração, os contratos precários, a modalidade de inserção nestas instituições, dentre outras questões, sugerindo um quadro de profissionais bastante instáveis do ponto de vista da continuidade e regularidade das intervenções.

Gráfico 6 - Data de implantação do Serviço Social na instituição.

Quadro: V - Identificação do serviço social

1 - Tempo de implantação do Serviço Social


Legenda:

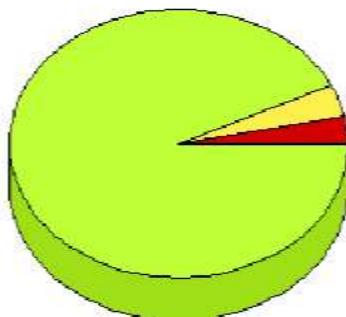
| | |
|---|-----------------------------|
| ■ | 0 a 1 ano - 19,51 % |
| ■ | 1 a 5 - 40,65 % |
| ■ | 10 a 20 - 9,76 % |
| ■ | 5 a 10 - 17,89 % |
| ■ | mais de 20 - 4,88 % |
| ■ | Não soube informar - 7,32 % |

Fonte: Fiscalização 2015/2015 CRESS 6ª Região

A análise deste dado nos traz o indicativo de fomento à incorporação dos Assistentes Sociais nas comunidades terapêuticas pós período de emissão da Resolução RDC ANVISA nº 29/11 que normatiza como uma das exigências, sendo: *“As instituições abrangidas por esta Resolução deverão manter responsável técnico de nível superior legalmente habilitado, bem como um substituto com a mesma qualificação”*. Já que percentualmente mais de 40% das instituições possui o/a profissional Assistente Social em seus quadros somente entre os últimos 05 anos.

Gráfico 7 - Aplicação dos Art. 4º e 5º da Lei 8.662/93.

2 - Com relação aos art. 4 e 5 da Lei 8.662/93 "das competências e atribuições do A.Social. Tem relacionado estes a prática profissional?



Legenda:

| | |
|--|--|
| | desconhece o conteúdo da lei. - 3,23 % |
| | Não - 4,03 % |
| | Sim - 92,74 % |

Fonte: Fiscalização 2015/2015 CRESS 6ª Região

Entre os/as profissionais fiscalizados 92,74% disseram que relacionam os Artigos 4º e 5º da Lei de Regulamentação da Profissão nº 8662/1993 à sua prática profissional e 4,03% que não.

Sobre estes fundamentais artigos discute-se a inegável sobreposição de atribuições, que se repetem em vários incisos do artigo 4º da lei antedita.

Ao legislador coube diferenciar o artigo 4º do 5º, reservando-se ao primeiro o estabelecimento simplesmente das competências do/a assistente social e ao segundo as atribuições privativas deste profissional.

Diferenciaram-se, assim, aquelas funções de caráter privativo e, portanto, exclusivas do/a assistente social, reservando ao artigo 4º as competências genéricas, que poderiam ser executadas por qualquer profissional, diferentemente de outras leis de profissões regulamentadas, que fixam, tão somente, as funções privativas. Considera-se, desta forma, que o artigo 4º pretendeu especificar aquelas atividades que competem ao/a assistente social executar, porém, não privativamente. Isto equivaleria dizer, a grosso modo, que outros profissionais poderiam, também, executá-las, eis que não houve diferenciação do legislador.

Agora ao serem arguidas as questões relativas à repetição das atribuições privativas, no corpo onde se define as competências, e após uma cuidadosa análise comparativa das atividades descritas nos incisos de ambos os artigos, deparamo-nos efetivamente com tal fato, o que tem criado assim dificuldades para a sua adequada interpretação e, sobretudo, para sua aplicação.

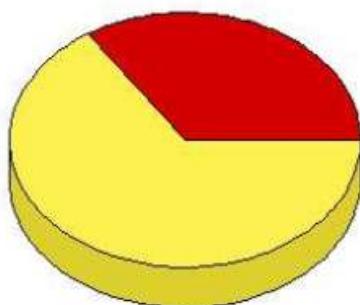
Vale ressaltar que as funções previstas pelo inciso X do artigo 4º são de natureza administrativa e não envolve a utilização de técnica específica do Serviço Social – O legislador distingue e reservou ao inciso II do artigo 5º da lei em questão – a previsão da execução das mesmas atividades, porém de natureza técnica, como sendo privativa do assistente social.

Tais reflexões tornam-se fundamentais, com vistas a respaldar o/a profissional quando, essencialmente, da elaboração do seu plano de intervenção profissional, este precisa estar pautado pelas normativas profissionais, explicitado o campo de atuação do serviço social, com vistas a não infringir tais normas.

Gráfico 8 - Possui Plano de atuação do Serviço Social.

Quadro: VII - Exercício Profissional - Instrumentos Metodológicos

1 - Possui plano de atuação do Serviço Social?



Legenda:

| | |
|--|---------------|
| | Não - 34,43 % |
| | Sim - 65,57 % |

Fonte: Fiscalização 2015/2015 CRESS 6ª Região

Quando se pensa em ação profissional, deve-se ter em mente que sua materialização se dá a partir da formulação de objetivos para a mesma.

Definir/construir objetivos para a intervenção do Serviço Social a partir da reflexão teórica, ética e política (para que fazer /finalidade) e definir as estratégias metodológicas de ação (instrumentos e técnicas de ação/ como fazer).

No campo dos instrumentos metodológicos, é no plano de atuação do serviço social que devem estar estas construções. No espaço institucional este constitui-se em instrumento fundante, como forma de dar concretude e visibilidade ao processo interventivo profissional do/a assistente social com vistas a responder as demandas da instituição à qual está inserido/a.

A Ação Profissional é definida por Nogueira e Mioto (2006, p.9) como:

"Conjunto de procedimentos, atos, atividades pertinentes a uma determinada profissão e realizadas por sujeitos/profissionais de forma responsável, consciente. Contém tanto a 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-metodológico e ético-político da profissão em determinado momento histórico."

Nesta perspectiva é mister refletir sobre os objetivos institucionais e da política social, área de atuação profissional, os quais não podem ser e/ou se confundir com os objetivos da profissão. Certamente podem se relacionar e se complementar, mas no campo interventivo, na construção do plano de intervenção profissional, os objetivos profissionais precisam estar delineados.

Os dados nos mostram que 65,57% dos/as profissionais fiscalizados/as afirmaram possuir plano de atuação do Serviço Social, e 34,43% disseram não possuir. Entretanto, na aplicação do questionário específico sobre as atribuições executadas pelo assistente social na instituição, percebe-se que muitas das atividades relacionadas e executadas não estão no campo de competência e atribuição do profissional. Algumas são atividades relacionadas à rotina dos internos e outras que estão em outros campos de intervenção, como participação nas atividades religiosas, ou atividades da gestão, dentre outras.

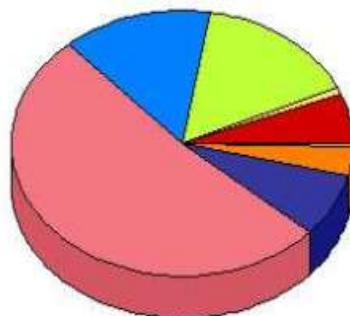
Diante deste quadro foi destacado no processo de fiscalização a importância da execução de um plano de atuação, que resguarde o fazer e as competências

profissionais, entendendo a importância do necessário posicionamento profissional considerando as demandas postas institucionalmente.

Gráfico 9 - Sobre o exercício Profissional/Instrumentos metodológicos nas Comunidades Terapêuticas - Principais Ações

Quadro: VII - Exercício Profissional - Instrumentos Metodológicos

4 - Principais Ações



Legenda:

| | |
|--|---|
| | Outros - 6,03 % |
| | Supervisão de estágio - 0,86 % |
| | Planejamento e coordenação de políticas e programas sociais - 15,52 % |
| | Administração de benefícios e serviços - 14,22 % |
| | Atendimento direto à população usuária - 51,72 % |
| | Assessoria e consultoria em políticas sociais - 7,76 % |
| | Assessoria e apoio a movimentos sociais - 3,45 % |
| | Docência em Serviço Social - 0,43 % |

Fonte: Fiscalização 2015/2015 CRESS 6ª Região

As reflexões postas sobre as ações desenvolvidas no exercício profissional, a maioria dos/as fiscalizados/as (51,72%) disseram realizar "atendimento à população usuária". Demais ações profissionais aparecem em menor percentual, mas citadas, como, supervisão de estágio, planejamento e coordenação de políticas e programas sociais, administração de benefícios e serviços, assessoria e consultoria em políticas sociais, assessoria e apoio a movimentos sociais.

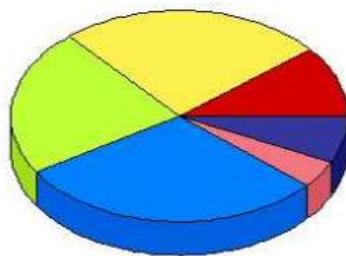
Com relação ao planejamento de atividades, tem-se que uma das exigências na Regulamentação das Comunidades Terapêuticas é que estas tenham consolidado um programa de acolhimento e que possam atuar de forma integrada com a rede de

cuidados. Associado a isto, os acolhidos precisam elaborar plano de atendimento singular (PAS), em consonância com o Programa de Acolhimento da entidade e deverão desenvolver atividades recreativas, de desenvolvimento da espiritualidade, de promoção do autocuidado e da sociabilidade e de capacitação, de promoção da aprendizagem, formação e as atividades práticas inclusivas.

No entanto, foram poucas as profissionais que expressaram com clareza que desenvolvem suas atividades seguindo as normativas.

Gráfico 10 - Sobre o exercício Profissional/Instrumentos metodológicos nas Comunidades Terapêuticas - Instrumentos de avaliação

Quadro: VII - Exercício Profissional - Instrumentos Metodológicos
2 - Quais os instrumentos utilizados para acompanhamento e avaliação?



Legenda:

| | |
|--|--|
| | Pesquisa e/ou levantamentos sistemáticos - 10,89 % |
| | Registro de atendimentos - 25,40 % |
| | Relatório de atividades - 22,58 % |
| | Reuniões - 29,84 % |
| | Outros - 4,03 % |
| | Nenhum - 7,26 % |

Fonte: Fiscalização 2015/2015 CRESS 6ª Região

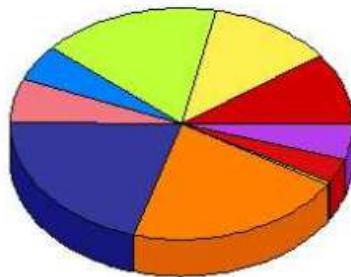
No tocante ao acompanhamento, avaliação e sistematização da intervenção profissional os meios citados e mais utilizados pelas profissionais são através de reuniões (29,84%), registro dos atendimentos (25,40%) e relatório de atividades (22,58%).

Em relação às intervenções profissionais, as queixas apontam para dificuldades em executar o planejamento do trabalho e de sistematizar uma rotina de atendimento, da identificação do papel do Assistente Social na Comunidade Terapêutica, bem como, de dificuldades para a realização do trabalho interdisciplinar.

Gráfico 11 - Sobre o exercício Profissional/Instrumentos metodológicos nas Comunidades Terapêuticas – Realiza Relatórios de atividades.

Quadro: VII - Exercício Profissional - Instrumentos Metodológicos

8 - Realiza relatórios de atividades/periodicidade:



Legenda:

| | |
|--|-----------------------------------|
| | Diário - 9,96 % |
| | Semanal - 11,88 % |
| | Mensal - 16,86 % |
| | Anual/ entre outras - 4,98 % |
| | Sem periodicidade - 6,13 % |
| | Quantitativo - 20,69 % |
| | Qualitativo - 20,69 % |
| | Quantitativo/Qualitativo - 0,38 % |
| | Outros - Especificar - 3,45 % |
| | Não faz - Justificar - 4,98 % |

Fonte: Fiscalização 2015/2015 CRESS 6ª Região

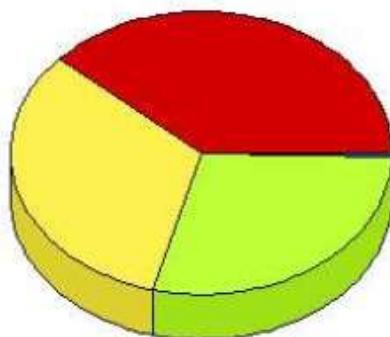
Os instrumentos são essenciais no exercício profissional, já que os mesmos norteiam a ação profissional, entretanto o agir profissional não se restringe aos instrumentos, mas também na forma como são operacionalizados, ou seja, na capacidade que o profissional tem para fazer a utilização dos mesmos.

Segundo o dado acima, o registro da intervenção profissional se faz especialmente através da realização de relatórios. Nesta perspectiva 20,69% das profissionais fiscalizadas/as disseram produzir relatórios com dados quantitativos e 20,69% produzem relatórios qualitativos. Destarte, quando perguntados sobre a periodicidade dos relatórios produzidos, 16,86% dos/as assistentes sociais informaram que os fazem mensalmente; já 6,13% falaram que elaboraram os relatórios de atendimentos, porém não possui uma periodicidade definida, e 4,96% dos/as profissionais

fiscalizados expuseram não realizar a construção destes registros em formato de relatórios.

Gráfico 12 - Abordagem Profissional.

3 - Abordagem:



Legenda:

| | |
|---|-----------------------------------|
|  | Individual - 38,49 % |
|  | Coletiva - 32,49 % |
|  | Equipe interdisciplinar - 28,71 % |
|  | Outros - 0,32 % |

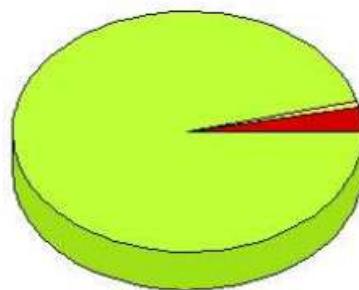
Fonte: Fiscalização 2015/2015 CRESS 6ª Região.

Como identificado nos dados acima, as modalidades de abordagem estão no campo, nesta ordem, atendimento individual e coletiva (família e/ou grupo) e através da intervenção da equipe multiprofissional.

Foram feitas intervenções no sentido de identificar indícios de intervenção terapêutica nestes espaços. Entretanto, esta não fora uma modalidade identificada, ficando os atendimentos individuais como espaço para orientações sobre o processo de acompanhamento, permanência, benefícios, encaminhamentos, acesso a documentação civil, contatos e atendimentos familiares, dentre outras. Já as abordagens coletivas são espaços para palestras (com temáticas diversas), lazer, esporte, reflexões bíblicas; intervenções interdisciplinares que ocorrem nas situações de oficinas, cursos e algumas solicitações individuais.

Gráfico 13 - Avaliação quanto ao reconhecimento do Serviço Social na instituição.

5 - Avaliação quanto ao reconhecimento do Serviço Social na instituição?



Legenda:

| | |
|---|-----------------|
| ■ | Não. - 3,25 % |
| ■ | Outros - 0,81 % |
| ■ | Sim. - 95,93 % |

Fonte: Fiscalização 2015/2015 CRESS 6ª Região

Historicamente o/a profissional de Serviço Social é reconhecido como categoria que tem sua ação voltada para os interesses da classe trabalhadora.

Este compromisso é reafirmado através do projeto ético-político da profissão e no reflexo da sua atuação cotidiana junto aos/as usuários/as do serviço.

É o profissional que atua no enfrentamento das expressões da questão social, estabelecendo junto ao/a usuário/a uma relação que afiança a autonomia e sua emancipação. Nesta perspectiva, pode-se afirmar que para o Serviço Social, a ética profissional está imbricada na sua práxis, o que pressupõe uma ação consciente, reflexiva e propositiva, direcionada a garantia de direitos.

Portanto, cabe ao/a profissional ter posicionamento político frente às questões que aparecem na realidade social, para que possa ter clareza de qual é a direção social da sua prática, o que implica em assumir valores ético-morais que sustentam o seu fazer profissional.

O reconhecimento, pois, institucional do Serviço Social se dá, ou deveria, à partir do (re)conhecimento dos pressupostos acima identificados, inerentes à profissão. Dos/as

profissionais fiscalizados/as, 95,93% afirmaram que há reconhecimento do Serviço Social por parte do empregador, somente 3,25% disseram que não há reconhecimento.

Nesta perspectiva, o posicionamento profissional é fundamental, a partir da materialização da práxis do Serviço Social nas comunidades terapêuticas, perpassando pelo compromisso ético-político dos/as profissionais e sua capacidade teórico metodológica e técnico-operativo na construção de respostas que viabilizem o fortalecimento da categoria profissional e se concretizem no acesso e garantia dos direitos dos/as usuários/as deste serviço.

Gráfico 14 - Conhecimento da Resolução CFESS 533/2008.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL 6ª R. - CRESS 6ª R/MG

Data: 26/11/2015

Versão - 1.2.1.28

Pág: 03

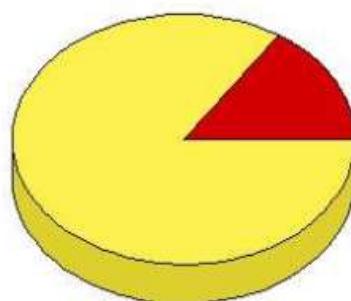
Relatório de pesquisas - sintético

Pesquisa: Fiscalização1

Período de 01/01/2015 à 09/11/2015

Quadro: IV - Instrumentos Normativos

7 - Tem conhecimento da Resol. CFESS 533/08?



Legenda:

| | |
|---------------------------------------|---------------|
| ■ | Não - 15,70 % |
| ■ | Sim - 84,30 % |

Fonte: Fiscalização 2015/2015 CRESS 6ª Região

O Estágio supervisionado em Serviço Social constitui-se em elemento central na formação do/a Assistente Social. O estágio objetiva capacitar o/a aluno/a para o exercício profissional, por meio da realização das mediações entre o conhecimento apreendido na formação acadêmica e a realidade social. No estágio, exercita-se o conhecimento da realidade institucional, a problematização teórico-metodológica, a elaboração e

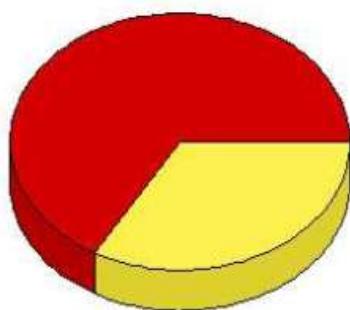
implementação do plano de intervenção do/a estagiário/a, articulado à discussão teórico-metodológica e à utilização do instrumental técnico-operativo do Serviço Social, pertinente ao campo específico da ação.

E considerando a supervisão de estágio em serviço social como uma atribuição privativa do/a assistente social, as regulamentações e orientações sobre Estágio e Supervisão têm seu marco regulatório expresso nas normativas da profissão, A Lei nº 8.662/1993, Código de Ética Profissional e na Resolução CFESS nº 533/2008, que regulamenta as condições para o exercício da supervisão direta de estágio em Serviço Social.

Assim, compreender estes marcos regulatórios é de fundamental importância para a formação e para o exercício profissional, e nesta perspectiva o dado identificado na fiscalização é bastante positivo, já que 84,30% dos/as profissionais fiscalizados/as afirmaram conhecer tais instrumentos e somente 15,70% disseram desconhecer as disposições da Resolução.

Gráfico 15 - Possui Campo de Estágio.

Quadro: VI - Estágio
1 - Possui campo de estágio?



Legenda:
■ Não - 66,67 %
■ Sim - 33,33 %

Fonte: Fiscalização 2015/2015 CRESS 6ª Região

Importa salientar que este campo sócio-ocupacional ainda não se configura de forma expressiva como campo de estágio, já que 33,33% dos/as profissionais

fiscalizados/as não possuem estagiários, e 66,67% disseram que a instituição é campo de estágio.

É notório que essa porcentagem tem relação com a ausência do vínculo empregatício, pois conforme prevê a Resolução CFESS Nº 533/2008 em seu Art. 5º que diz:

Art. 5º. A supervisão direta de estágio de Serviço Social deve ser realizada por assistente social funcionário do quadro de pessoal da instituição em que se ocorre o estágio, em conformidade com o disposto no inciso III do artigo 9º da lei 11.788, de 25 de setembro de 2008, na mesma instituição e no mesmo local onde o estagiário executa suas atividades de aprendizado, assegurando seu acompanhamento sistemático, contínuo e permanente, de forma a orientá-lo adequadamente.

Parágrafo 1º. Sem as condições previstas no caput a supervisão direta poderá ser considerada irregular, sujeitando os envolvidos à apuração de sua responsabilidade ética, através dos procedimentos processuais previstos pelo Código Processual de Ética, garantindo-se o direito de defesa e do contraditório.

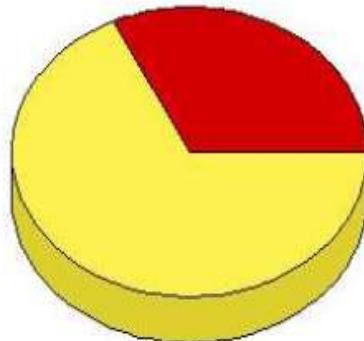
Parágrafo 2º. A atividade do estagiário sem o cumprimento do requisito previsto no caput poderá se caracterizar em exercício ilegal de profissão regulamentada, conforme previsto no artigo 47, da Lei de Contravenções Penais, que será apurada pela autoridade policial competente, mediante representação a esta ou ao Ministério Público.

Salientamos ainda, que constatamos campo de estágio com a ausência do supervisor de campo, e estagiário sendo supervisionado por profissional sem vínculo empregatício com a instituição. Assim, as agentes fiscais ao verificarem esta ilegalidade lavraram termo de visita e procederam com as intervenções necessárias, no que tange as normativas previstas da profissão.

Quanto ao acompanhamento sistemático da supervisão acadêmica, outra dificuldade analisada refere-se à ação continuada do estágio, considerando que alguns destes profissionais possui carga horária bastante reduzida, desenvolvendo as atividades profissionais à 01 ou 02 dias na semana.

Gráfico 16 - Lacração do Material Técnico Sigiloso.

6 - Tem conhecimento da Lacração do Material Técnico e em que casos pode ser utilizado?



Legenda:

| | |
|---|---------------|
|  | Não - 31,97 % |
|  | Sim - 68,03 % |

Fonte: Fiscalização 2015/2015 CRESS 6ª Região

Entende-se por material técnico sigiloso toda documentação produzida, que pela natureza de seu conteúdo, deva ser de conhecimento restrito, e portanto, requeiram medidas especiais de salvaguarda para sua custódia e divulgação.

Guardar sigilo profissional constitui-se num dever ético do/a Assistente Social, através do qual o/a usuário/a estará protegido em tudo aquilo que o/a assistente social tome conhecimento, como decorrência do exercício da atividade profissional.

Neste contexto o CFESS por meio da Resolução CFESS nº 556/2009 estabeleceu procedimentos para efeito da lacração de material técnico e material técnico-sigilo do serviço social quando da demissão, exoneração sem substituição do/a assistente social e/ou quando da extinção do serviço social. Percebe-se pelo dado acima, a necessidade de maior divulgação destes procedimentos já que 68,03% dos/as profissionais fiscalizados afirmaram conhecer tal normativa e 31,97% disseram desconhecer.

4 - ANÁLISE COMPLEMENTAR DOS DADOS SOBRE A ATUAÇÃO DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS NAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

No processo de intervenção, para além dos instrumentais próprios da fiscalização, fora também aplicado um questionário indicado pela COFI/CFESS com questões direcionadas a este campo sócio-ocupacional.

O Conteúdo deste questionário considerou o levantamento de dados como, composição da equipe multiprofissional, atividades desenvolvidas pela/o assistente social, atividades desenvolvidas na instituição, tempo de existência da instituição e público atendido.

Dados complementares identificados na fiscalização:

a) Composição da equipe interdisciplinar:

Nas instituições fiscalizadas pode-se observar vários profissionais compondo a equipe interdisciplinar, sendo eles: assistente social, psicólogo, técnicos de enfermagem e/ou enfermeiro, administrador, representantes do AA (voluntários), terapeuta ocupacional, psicanalista, farmacêutico, nutricionista, psicopedagogo, pedagogo, dentista, médico psiquiatra, clínico geral, neuropsiquiatria, fisioterapeuta, educador físico, professor de português e artes, cirurgião dentista, professor de vivência e práticas religiosas e econômicas, advogado, cozinheiro, teólogo, coordenador, contador, oficineiros, pastores e/ou representantes religiosos e monitores.

Vale ressaltar que em análise a composição destas equipes nota-se a presença de alguns profissionais nestas comunidades de forma mais expressivas, sendo: o/a assistente social, psicólogo, técnico de enfermagem, enfermeiro, monitores e pastores ou representantes religiosos.

A maioria das Comunidades Terapêuticas não tem disponibilidade de médico. Sendo uma das exigências que os acolhidos ingressem na instituição já com a prescrição de medicamentos psiquiátricos. Um complicador é que a administração dos

medicamentos é realizada pelos monitores, pelo coordenador ou pelo enfermeiro, quando, raras exceções, esta dispõe deste profissional.

Por fim, esclarecemos ainda, que algumas comunidades terapêuticas possuem parceria com a Secretaria de Saúde de alguns Municípios disponibilizando o médico do CAPS para atender aos internos, ou levá-los para atendimento especializado.

b) Sobre suas atribuições privativas e competências desenvolvidas na instituição:

Atribuições e Competências:

- Elaborar laudos, pareceres e relatórios sociais;
- Supervisionar estagiários de Serviço Social;
- Elaborar e executar projetos de intervenção social;
- Atendimentos aos usuários e/ou as famílias;
- Orientação aos residentes e/ou familiares;
- Acompanhamento aos pacientes e familiares;
- Articulação e/ou encaminhamento com rede social;
- Orientação e/ou encaminhamentos quanto a benefícios sociais e previdenciários;
- Reuniões;
- Encaminhamentos;
- Visitas domiciliares;
- Anaminese Social;
- Fortalecimento de vínculos familiares;
- Busca de recurso para instituição;
- Realização de estudos socioeconômicos
- Administração de benefícios;
- Comunicados judiciais;
- Entrevista social;
- Acompanhamento pós-tratamento.

c) Atividades desenvolvidas com público acolhido:

- Laboterapia;
- Espiritualidade;
- Reuniões matinais;

- Grupo 12 Passos;
- Palestras;
- Esporte/Lazer;
- Oficinas;
- Artes/artesanato;
- Cursos;
- Acompanhamentos: médico, nutricional, psicológico e social;
- Trabalhos domésticos;
- Passeios/eventos;
- Dinâmicas;
- Atividades lúdicas;
- Grupos de reflexões;

d) Total de usuários atendidos na instituição:

As instituições fiscalizadas apresentaram capacidade de instalação de 15 a 40 acolhidos, porém em análise observa-se que no ato da fiscalização presenciamos instituições com números menores de internos presentes ao que é disponibilizado pela Comunidade. Também verificamos Comunidades com ausência de vaga para a inserção de novos internos, por estar com capacidade máxima de lotação.

e) Perfil dos profissionais

- > Identificou-se que 95% das profissionais assistentes sociais que atuam nestas instituições são do sexo feminino;
- > A maioria não possui nenhuma especialização e/ou experiência nesta área de atuação;

f) Perfil das Comunidades Terapêuticas

- Foi observado em sua totalidade quase todas as instituições tem natureza confessional; a imposição de credo religioso, sendo uma prática evidenciada nestas instituições;
- O público atendido é eminentemente de homens, identificada apenas 01 instituição que atende mulheres e 01 que atende adolescentes;

- Há diferenças no tratamento em relação ao convívio social e familiar, visto que em algumas Comunidades Terapêuticas, os acolhidos não saem durante o tratamento, mas recebem a visita dos familiares, se comunicam por cartas e por telefone. Em outras após um período de 3 meses o acolhido já poderá ir em casa a cada 15 dias, alternando com a visita dos familiares;
- Em algumas Comunidades Terapêuticas o trabalho com as famílias ocorre antes, durante e após o processo de internação. Em outras antes e durante e na maioria delas apenas durante o período de internação, com a realização de grupos nas visitas mensais;
- Foram identificadas, entre as instituições, diferentes denominações para identificação dos sujeitos em acompanhamento, sendo: residentes, internos, alunos, acolhidos e dependentes químicos. Sendo a terminologia “acolhidos”, a que está referendada pela Resolução 001/2015 do CONAD;

g) Relatos dos desafios e dificuldades encontradas no exercício profissional

- questões relacionadas às dificuldades de se trabalhar em rede;
- os preconceitos existentes em relação ao trabalho Comunidades Terapêuticas em razão da vinculação religiosa,
- dificuldades na relação dos assistentes sociais com os acolhidos e suas famílias, tais como, manter o tempo de permanência dos acolhidos na comunidade terapêutica, elaborar um plano terapêutico que contemple as necessidades dos acolhidos; o desconhecimento por parte da família de que a dependência química é uma doença; o alto índice de recaídas, entre outros;
- necessidade de ampliação do número de profissionais da equipe de trabalho; do aumento de vagas para os acolhidos e as frentes de trabalho realizadas;
- dificuldades em se realizar o planejamento do trabalho profissional, de sistematização da rotina de atendimento; da identificação do papel do assistente social na instituição e de realização do trabalho interdisciplinar;

- percepção de resolutividade do trabalho, precárias condições de trabalho, insuficiência de recursos para melhor remuneração dos profissionais, sendo expressivo o trabalho voluntário na instituição;

h) Possibilidades apontadas para o exercício profissional:

- foram apontadas as especificidades quanto a formas de reconhecimento profissional percebidas por questões como: valorização profissional, estabelecimento de relação de confiança; representação de um elo entre a família e os acolhidos, estabelecimento de vínculo e abertura para o trabalho; valorização das orientações e encaminhamentos realizados pelos profissionais, compreensão de que o Serviço Social faz a diferença pela forma em que trabalha; outra abordagem é quanto a visibilidade e importância que o trabalho tem conseguido, o que contribui para a ampliação das ações.

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da sistematização das informações recebidas, observamos que a intervenção profissional do/a assistente social no âmbito das comunidades terapêuticas ainda requer muito estudo, análises e reflexões sobre a efetiva contribuição do serviço social neste espaço sócio ocupacional na perspectiva dos direitos.

As análises desenvolvidas evidenciam um claro contraponto ao que o conjunto CFESS/CRESS defende para o tratamento de pessoas que consomem drogas de forma abusiva, ou que delas criam dependência, no sentido de que este seja realizado no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), dos hospitais gerais e dos consultórios de rua, conforme deliberado e explicitado nos documentos finais da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010), na XIV Conferência Nacional de Saúde (2011) e, especialmente, na Lei nº 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica).

Considera ainda, que a definição da política sobre drogas deve acompanhar e se adequar à concepção adotada pela Lei nº 10.216/2001, que, primeiro, representa um instrumento democrático que se submeteu ao processo legislativo para ser aprovado e, segundo, porque representa uma luta histórica da sociedade, que culminou com uma profunda reforma na estrutura psiquiátrica brasileira.

Uma questão significativa defendida pelo conjunto e não identificada ou considerada pelas Comunidades Terapêuticas é a inclusão da estratégia de redução de danos, que se pauta pela abstinência no processo de tratamento das pessoas que consomem drogas. Afirma o Ministério da Saúde: (...) a redução de danos deve se dar como ação no território, intervindo na construção de redes de suporte social, com clara pretensão de criar outros movimentos possíveis na cidade, visando alcançar em graus de autonomia dos usuários e seus familiares, de modo a lidar com a hetero e a autoviolência muitas vezes decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, usando recursos que não sejam repressivos, mas comprometidos com a defesa da vida. (MINISTÉRIO DA SAÚDE: 2004.).

As percepções evidenciadas nas visitas de fiscalização e no atendimento aos profissionais, sobretudo considerando as solicitações de declaração de Responsabilidade Técnica, nos levam a inferir que o Serviço Social tem significativa importância no contexto das Comunidades Terapêuticas, visto que as/os assistentes sociais, por meio do seu exercício profissional, interferem cotidianamente nas relações sociais e são requisitados ao atendimento às demandas geradas.

Outro aspecto é que os diferentes espaços sócio-ocupacionais possibilitam a atuação da/o assistente social em diversas políticas sociais e, ao mesmo tempo, exigem da/o profissional maior capacidade técnico – político – metodológica para o enfrentamento das manifestações da questão social.

Uma questão a ser pensada é em que medida a atuação e a afirmação profissional das/os assistentes sociais que atuam em Comunidades Terapêuticas estaria, mais ou menos vinculada, ao projeto profissional que estas/es assistentes sociais intentam se relacionar e dar visibilidade no cotidiano de sua intervenção profissional, ou seja, a sua aproximação ou distanciamento, pessoal e profissional do que propõe o, nosso “tão caro”, Projeto Ético Político Profissional.

Entende-se que o debate sobre o significado do exercício profissional do assistente social nas Comunidades Terapêuticas tende a oportunizar, de maneira diversa e singular, a ampliação da produção do conhecimento no Serviço Social.

Assim, considerando tratar-se de uma temática ainda pouco explorada no âmbito da formação e do exercício profissional da/o assistente social, diante da perspectiva de que o trabalho profissional ocorra na concretização de um processo que tem como matéria as diferentes e múltiplas expressões da questão social, faz-se mister que as/os assistentes sociais que hoje atuam neste espaço sócio-ocupacional construam um processo de trabalho exigente, com definição clara de objeto, objetivos, instrumentos e técnicas de atuação, além de referências teórico-metodológicas e ético-políticas, que dão sustentação à uma efetiva e qualificada intervenção, tendo ainda, como elementos fundantes desta intervenção projeto ético-político profissional, a defesa, da ampliação e consolidação dos direitos sociais, da democracia e da cidadania, cuja materialidade implica na realização de ações concretas, viabilizadoras do acesso dos sujeitos aos serviços e programas sociais.

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução nº 101, de 30 de Maio de 2001.

_____. **Conselho Nacional Antidrogas (CONAD). Política Nacional Sobre Drogas.** Resolução nº. 03 de outubro de 2005.

_____. **Conselho Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social.** Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004.

_____. **Constituição (1988).** Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. – 35. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012.

_____. Decreto nº. 696/2000. **Dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas.** (site: www.senad.gov.br/).

_____. Resolução nº 1/2015

_____. Lei nº. 368, de 21 de outubro de 1976. (site: www.senad.gov.br/).

_____. Lei nº 7.560, de 19.12.1986. **Cria o Fundo de Prevenção e Combate às Drogas de Abuso – FUNCAB.** (site: www.senad.gov.br/)

_____. Lei 9.782 de 26 de janeiro de 1999. **Cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ANVISA.** (site: www.senad.gov.br/).

_____. Ministério da Saúde. Política para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Brasília. 2004.

CFESS. Nota sobre a regulamentação das Comunidades Terapêuticas: contribuições do CFESS para o debate. Brasília, 28 de novembro de 2014. Gestão Tecendo na luta a manhã desejada (2014-2017).

COSTA, Selma Frossard. **As políticas públicas e as comunidades Terapêuticas no atendimento à dependência química.** Palestra proferida no I Fórum sobre Dependência Química de Maringá, em 28 de junho de 2006. Disponível em <<http://www.uel.br/revistas/ssrevista/pdf/2009/29%20AS%20POL%CDCAS%20P%DABLI%CAS%20E%20AS%20COMUNIDADE%20TERAP%CAUTICAS-COM%20REVIS%C3O%20DO%20AUTOR.pdf>>

_____. **O processo de Reinserção Social do Dependente Químico após completar o ciclo de tratamento em uma Comunidade Terapêutica** *In:* Serviço Social em Revista, vol. 3, nº. 2, jun. – jul. / 2001.