

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ-SETOR LITORAL

JUREMA ODETE DE SOUZA ANDRÉ VIDAL

A contribuição do CAPS I (Centro de Atenção Psicossocial) Solar dos Girassóis no  
tratamento dos usuários com dependência química de Paranaguá.

MATINHOS

2017

JUREMA ODETE DE SOUZA ANDRÉ VIDAL

A contribuição do CAPS I (Centro de Atenção Psicossocial) Solar dos Girassóis no tratamento dos usuários com dependência química de Paranaguá.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Paraná como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Silvana Maria Escorsim.

MATINHOS

2017

## DEDICATÓRIA

### A DEUS

Assim diz o Senhor: Maldito é o homem que confia nos homens, que faz da humanidade mortal a sua força, mas cujo coração se afasta do Senhor.

Ele será como um arbusto no deserto; não verá quando vier algum bem. Habitará nos lugares áridos do deserto, numa terra salgada onde não vive ninguém.

Mas bendito é o homem cuja confiança está no Senhor, cuja confiança nele está.

Ele será como uma árvore plantada junto às águas e que estende as suas raízes para o ribeiro. Ela não temerá quando chegar o calor, porque as suas folhas estão sempre verdes; não ficará ansiosa no ano da seca nem deixará de dar fruto". Jeremias: 17: 5/8

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus meu norteador para prosseguir em frente e pela oportunidade da conclusão de mais uma graduação, embora singular para as minhas expectativas e condições físicas, durante os quatro anos senti fortes dores pela ausência das cabeças fêmurais, pois necessito de uma artroplastia total de quadril, porém nunca perdi o foco do aprendizado, que levarei para a vida profissional e pessoal, venci os obstáculos do preconceito em sala de aula, do ser diferente para as companheiras de sala, o conflito de geração foi o fator determinante para que eu não fosse aceita pela minoria da turma, esse fato foi marcante por se tratar de estudantes do mesmo curso de Serviço Social, essas barreiras só serviram para fortalecer as minhas expectativas e entender que jamais devemos nos render diante dos obstáculos, que veio somente servir de suporte para subir mais um degrau na vida pessoal, profissional e agregar experiências.

Ao meu esposo por me acompanhar durante o processo do vestibular.

Ao meu filho Renan André Vidal, a essência para que eu não desistisse e eu pudesse ser exemplo para ele, por ter me acompanhado durante os últimos dois anos, para a realização das pesquisas e trabalhos acadêmicos fora da universidade.

Ao meu filho Renato André dos Passos, que dá maneira dele torce por mim.

Aos meus sobrinhos que sempre tiveram orgulho de ver a tia continuar com o exercício acadêmico e torceram pela minha vitória

Aos meus irmãos e amigos que torceram e estiveram presente em cada etapa da minha vida,

In Memoriam

Aos meus pais que tenho a absoluta certeza que se eles estivessem aqui ficariam orgulhosos, em assistir a mais uma etapa vencida da filha mais velha, Rosi Souza e Eduardo André Paulino.

Ainda In Memoriam

Não posso deixar de relatar que durante o processo da caminhada acadêmica, nos últimos dois anos, foi muito difícil para mim, só o fato de lembrar me traz melancolia, perdi oito membros da minha família, pessoas que ajudaram os meus pais a me criar atendendo as minhas necessidades físicas e fisiológicas, contribuíram para o meu crescimento pessoal, ainda hoje lamento o falecimento de cada um deles, pois todos foram especiais na minha vida.

Aos meus Pastores Ari Neves Fernandes e Maria de Fátima Fernandes, que estiveram o tempo todo intercedendo em oração para o meu fortalecimento espiritual.

Aos professores em geral pelo aprendizado acadêmico, profissional, pessoal e paciência, foram quatro anos de expectativas sobre a profissão, medos de não atingir os objetivos.

A orientadora Dra Silvana Escorsim, através da sua sabedoria aprendi com tranquilidade, obtive um excelente resultados através das nossas conversas informais, ouvindo seus relatos profissionais.

As orientadoras de campo Maraildes Custodio do Amaral e Tathiane Silva Ferreira, a toda equipe do CAPs I Solar dos Girassóis, do Município de Paranaguá, que me acolheu durante o meu processo de estágio,

As companheiras de sala, que durante o processo do aprendizado nos tornamos amigas para além da universidade, Célia Pietrobeli, Cleuza Veiga, Hiesa Mathias, Kátia; Karilla, Lidiane; Tatiane, Vânia Namba.

A minha companheira de estágio, Patrícia Carolina Machado Dolenga, tivemos momentos contributivo uma com a outra nas trocas de experiências pessoais e acadêmicas.

## RESUMO

No decorrer das últimas décadas a saúde mental perpassou por várias transformações. Partindo desse pressuposto, emerge a Reforma Psiquiátrica, buscando alcançar um modelo ideário que viesse substituir o modelo de hospital psiquiátrico no Brasil, instituídos em modelos humanizados e democráticos, trazendo uma nova roupagem no atendimento à saúde mental e dependência química. Através de implementações na legislação e nas diversas políticas públicas. O Projeto para a implantação de uma instituição do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I), em Paranaguá surgiu da necessidade da população de atendimento especializado no município e da dificuldade de deslocamento para realizar tratamento em Curitiba e ou/região metropolitana, devido à demanda espontânea de pessoas com diagnóstico de transtorno mental e dependência química. Desta forma, foi inaugurado em 01 de agosto de 2007 o CAPS I, com sugestão para a implantação do CAPS II. Conforme dispõe a portaria 336/2002, do ministério da saúde. Foi um fator determinante na consolidação de uma estratégia de tratamento e assistência a pessoa com distúrbio mental e dependência química, tendo seu tratamento garantido dentro do seu município de residência, o CAPS conta com a rede de atendimento da Assistência Básica, através do Programa de Saúde da Família (PSF); o grupo de Alcoólicos anônimos (AA), segundo a portaria 336/2002, são grupos de autoajuda para auxiliar os pacientes alcoolistas e dependentes químicos. Considerando-se a análise dos referenciais teóricos concluiu-se que o CAPS foi um marco estratégico para a humanização do atendimento em dependência química e saúde mental e foi possível a sua expansão em todo o território brasileiro. Seu papel é a promoção a partir da prestação de serviços aos usuários de dependência química e saúde mental e do acompanhamento social, procurando garantir o desenvolvimento da autonomia e da cidadania dos usuários, a partir desse perfil os sujeitos de direitos serão reintegrando a vida social e ao convívio familiar. Dentro dessa contextualização foi registrado a História da Saúde no Brasil, a História do Serviço Social e o Serviço Social na Saúde, finalizando com as análises avaliativas sobre a equipe multidisciplinar que compõe e desempenha o seu papel no aparelho do CAPS, assim como o próprio aparelho CAPS, proposto no Pré-Projeto.

**Palavras Chaves:** Saúde mental, Reforma psiquiátrica, Direitos, Centro de Atenção Psicossocial, Assistência básica.

**SUMÁRIO** ..... **Error! Bookmark not defined.**

1INTRODUÇÃO.....	9
PROBLEMA DE PESQUISA .....	12
QUESTÕES NORTEADORAS .....	12
OBJETIVOS .....	12
ESPECÍFICOS:.....	12
JUSTIFICATIVA .....	13
METODOLOGIA DE PESQUISA.....	14
CAPÍTULO I .....	16
1.1História da Política de Saúde no Brasil.....	16
1.2Início da República 1889/1930 – Um Quadro Sanitário.....	17
1.3 A Lei Orgânica da Previdência Social e o Processo de Unificação dos IAPS.....	22
1.4 O Nascimento do SUS.....	26
CAPÍTULO II .....	32
2.1 História do Serviço Social no Brasil.....	32
2.2 O Desenvolvimentismo.....	34
2.3 O Movimento de Reconceituação.....	35
2.4 Vertentes da Reconceituação.....	37
2.5 Serviço Social nos anos 70.....	39
2.6 Serviço Social nos anos 80.....	40
2.7 Serviço Social nos anos 90.....	41
2.8 Serviço Social na Contemporaneidade.....	42
2.9 O Serviço Social na Saúde.....	43
CAPÍTULO III.....	49
3.1 Análise e interpretação .....	49
3.3 Considerações finais.....	57
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>59</b>

## 1INTRODUÇÃO

O Projeto para a implantação da instituição CAPS I em Paranaguá surgiu da necessidade da população de atendimento especializado no município e da dificuldade de deslocamento para realizar tratamento em Curitiba e ou/região metropolitana, devido a demanda espontânea de pessoas com diagnóstico de transtorno mental e dependência química. Desta forma, foi inaugurado em 01 de agosto de 2007 o CAPS I, com sugestão para a implantação do CAPS II. Conforme dispõe a portaria 336/2002, do ministério da saúde.

O Centro de Atenção Psicossocial CAPS I Solar dos Girassóis está situado na Avenida Belmiro Sebastião Marques, 1033, no bairro Parque São João na cidade de Paranaguá.

CAPS I é destinado ao atendimento em municípios com população entre 20 e 70 mil habitantes. O horário de funcionamento deve ser das 08:00 às 18:00 horas, em dois turnos, nos 5 (cinco) dias úteis da semana e deverá ser constituído por uma equipe técnica mínima composta por 01 (um) Coordenador, 01 (um) Médico/Psiquiátrico, com formação em saúde mental, 03 (três) Psicólogo, 01 ( um ) Enfermeiro, 02 (dois) Terapeutas ocupacionais, 01 (um) Assistente social, 01 (um) Recepcionista, 01 (um) Serviço Gerias, contando sempre com a presença de 02 (dois) Estagiários, segundo a portaria 336/2002, do ministério da saúde.

Atualmente, o CAPS Solar dos Girassóis atende aproximadamente 180 pacientes, com idade entre cinco (18) e sessenta e cinco (65) anos, cujo atendimento é focalizado para pacientes de Transtorno Mental e Dependência Química.

Segundo o último censo do (IBGE / 2015), o município ultrapassa de 140, 150 habitantes e com estimativa de 169, habitantes para o ano de 2016, portanto conforme a lei no município de Paranaguá deveria inserir-se o CAPS II que é adequado para população entre 70 a 200 mil habitantes. Desse modo, o CAPS I - Solar dos Girassóis, não condiz com a realidade do município de Paranaguá, conforme determina a portaria 336 / 2002, do ministério da saúde.

A inserção dos pacientes é realizada da seguinte forma: Pacientes com transtorno mental são encaminhados das UBS (Unidade básica de saúde), ESF (Saúde Familiar), Hospital Regional, Hospitais Psiquiátricos e Ambulatório de Saúde Mental e os pacientes com dependência química são admitidos em modalidade porta aberta. Ambos passam por uma triagem por profissionais do CAPS para avaliar se eles serão encaminhados para

acolhimento no CAPS ou Ambulatório de Saúde Mental, uma vez que o tratamento e acompanhamento dos pacientes não têm um prazo estabelecido ou determinado.

Os pacientes com Transtorno Mental recebem atendimento conforme suas modalidades: Intensivo (5x semana), Semi-intensivo (3x semana) e Não intensivo (3x ao mês). Nos dias indicados, os pacientes realizam atividades com os profissionais: psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermeiro e assistente social. Atualmente, não é realizada nenhuma atividade de oficina devido à falta de material e profissional para desenvolver estas oficinas, segundo a portaria 336/2002.

Atividades desenvolvidas com ambos os grupos desenvolvem-se da seguinte forma: as segundas-feiras contam com a caminhada, passeios terapêuticos programados, fazem alongamento e exercícios físicos o que é benéfico para a saúde e bem-estar. As quartas-feiras recebem atendimento psicológico e psicoterapia. As sextas-feiras participam das aulas de natação e hidroginástica na piscina do complexo de natação Nereu Gouvêa, equipamento público da Prefeitura, segundo a portaria 336/2002.

Os pacientes com transtorno mental são divididos em grupos conforme a patologia diagnosticada pelo médico e conforme plano terapêutico estabelecido pela equipe multidisciplinar, sendo assim, existe o Grupo Intensivo, Semi-intensivo e Não Intensivo composto por pacientes de Transtorno Mental e/ou Deficiência Mental com grau de comprometimento grave (Intensivo), grupo (Semi-intensivo), composto por pacientes com diversas patologias. Estes desenvolvem atividades terapêuticas adaptadas ao grau de dificuldade de cada paciente, e são observados pela equipe, podendo migrar para outro grupo. Grupo (Não-intensivo): são pacientes que apresentaram melhora significativa e/ou já foram inseridos no CAPS, apresentando patologias com grau menor de comprometimento. Durante a sexta-feira também acontecem às reuniões de Alcoólicos anônimos (AA), segundo a portaria 336/2002.

Os pacientes com Dependência Química são atendidos prontamente assim que procuram o CAPS. Atualmente, é atendido na modalidade Porta Abertos, ou encaminhados diretamente após alta hospitalar e terem cumprido o período determinado pelo hospital psiquiátrico para realizar o tratamento de desintoxicação além destas patologias.

O CAPS Solar dos girassóis recebe também pacientes encaminhados do Ministério Público, Conselho Tutelar, Centro de Referência da Assistência Social, (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Vara da Infância e da Juventude, Varas Criminais e órgãos afins. Geralmente, quando o dependente químico decide buscar pelo tratamento, encontra-se muito fragilizado fisicamente e

emocionalmente devido a situação de vulnerabilidade que se encontra.

O grupo de dependência química conta com os seguintes acompanhamentos: as segundas-feiras tem atividade laborativa desenvolvida na horta do aparelho, o qual possibilita a promoção do bem-estar dos envolvidos lembrando que são acompanhados por profissionais como psicólogos e assistentes sociais da instituição, cuja finalidade é atender as necessidades e limitações de cada usuário, considerando que o contato com alimentos orgânicos e plantas medicinais possibilitam uma alternativa de modelo de vida mais saudável e preventivo para outras doenças, segundo a portaria 336/2002.

A atividade na horta terapêutica assume um papel auxiliar na reintegração social e ajuda a aumentar a autoestima, dos usuários, pois na maioria das vezes é diminuída pelo processo da doença. Às terças-feiras participam da palestra psicoterápica ministrada pela terapeuta ocupacional. Os pacientes chegam ao CAPS com a orientação dos órgãos que encaminham esses pacientes a participarem das palestras como medida preventiva, sendo impostas pelo Juiz, as sextas-feiras eles participam do dia social que contam com atividades externas, como visitas em exposições de eventos sócio educacionais quando há na cidade, fazem visitas na biblioteca, visitas no aquário, visitas ao Sesc de Paranaguá entre outros setores.

Na atualidade, existem várias formas de tratamento para uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, programas de desintoxicação, grupos de autoajuda, tratamento em regime de internação como comunidades terapêuticas ou que atuam na prevenção, intervenção e tratamento da dependência química, os centros de atenção psicossocial (CAPS), como também o grupo de Alcoólicos anônimos (AA), segundo a portaria 336/2002, são grupos de autoajuda para auxiliar pacientes alcoolistas e dependentes químicos e são movimentos primordiais para obter-se um resultado favorável no tratamento. Atualmente temos o mercado das drogas lícitas e ilícitas em vasto crescimento, e que por diversos fatores, os jovens podem ser atraídos para o mundo das drogas, seja como consumidores ou como trabalhadores. Geralmente quando o dependente químico decide buscar pelo tratamento, frequentemente encontra-se muito fragilizado físico e emocionalmente devido a situação de vulnerabilidade que se encontra.

Ao obter conhecimento do funcionamento dos equipamentos através da vida acadêmica, surgiu a oportunidade de analisar com mais complexidade o aparelho, os sujeitos envolvidos no sistema e usuários, observar resultados obtidos através do tratamento, para melhor compreensão e aprimoramento dos serviços ofertados no CAPS, na recuperação dos indivíduos no CAPS.

## PROBLEMA DE PESQUISA

- Quais as contribuições que o CAPS I Solar dos Girassóis oferece no tratamento dos usuários com dependência química?

## QUESTÕES NORTEADORAS

- Quais as contribuições que cada um dos profissionais da equipe multiprofissional oferece no tratamento dos usuários com dependência química?
- Quais as contribuições que os projetos ofertados no CAPS I oferecem no tratamento dos usuários com dependência química?
- Os usuários com dependência química acessam programas como:
  - O Programa de volta para a casa;
  - Programa de Atenção aos usuários de álcool e outras drogas (CAPS);
  - Programa de Saúde da Família (PSF); previstos no SUS através do CAPS I ?
- Quais as sugestões dos usuários com dependência química para a melhoria dos serviços ofertados pelo CAPS I?

## OBJETIVOS

GERAL: Analisar as contribuições do CAPS I (Centro de Atenção Psicossocial) Solar dos Girassóis no tratamento dos usuários com dependência química de Paranaguá.

## ESPECÍFICOS:

1. Conhecer as contribuições que cada um dos profissionais da equipe multiprofissional oferece no tratamento dos usuários com dependência química.
2. Analisar as contribuições que os projetos ofertados no CAPS I oferecem no tratamento dos usuários com dependência química.
3. Identificar os acessos dos usuários com dependência química aos programas como:
  - O Programa de volta para a casa;
  - Programa de Atenção aos usuários de álcool e outras drogas (CAPS); previstos no SUS através do CAPS I.
  - Programa de Saúde da Família.
4. Analisar as sugestões dos usuários com dependência química para a melhoria dos serviços ofertados pelo CAPS I.

## JUSTIFICATIVA

Antes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, os doentes considerados alienados e loucos eram tratados em Instituições psiquiátricas, como se fossem objetos de descarte, como se eles não fizessem parte do mesmo grupo que compõem a sociedade, sendo pessoas excludentes de quaisquer tipos de direitos previstos na Constituição Federativa do Brasil, instituída e promulgada em 1988. A sociedade civil entendeu que era necessário se pensar num novo modelo de tratamento mais humanizado para esses indivíduos, através dos movimentos sociais de vários segmentos, surgiu a Luta Antimanicomial e grupos de defesa dos direitos humanos. Este movimento defendia principalmente a desinstitucionalização dos usuários e o resgate da sua cidadania através de sua reinserção no convívio social AMARANTE, 1995):

(...) a Reforma Psiquiátrica constitui-se como um “processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria”.

Vale ressaltar que após o processo da Reforma Psiquiátrica, houve um importante marco para a instituição do CAPS, onde os sujeitos são tratados, dentro de um modelo humanizado no formato fora dos hospitais psiquiátricos, tendo a convivência com a família e a equipe multidisciplinar, sendo inserido nos programas ofertados dentro Saúde Pública SUS.

O presente objeto servira de parâmetro na análise do equipamento referente a suas contribuições ofertados no CAPS I para o tratamento dos usuários com dependência química, conhecer as contribuições que cada um dos profissionais da equipe multiprofissional oferece no tratamento dos usuários com dependência química. Identificar o acesso dos usuários com dependência química nos programas, verificar junto aos usuários com dependência química a qualidade dos serviços oferecida pelo sistema no CAPS I e diagnosticar a demanda de usuários estabilizados com o tratamento oferecidos no aparelho.

Partindo desse pressuposto, essa pesquisa se justifica pelo interesse através dos resultados obtidos o aprimoramento dos serviços ofertados no CAPS, na recuperação dos indivíduos que utilizam o aparelho, e as condições de tratamento adequado ao usuário.

Através dos resultados obtidos serão norteadores para o Serviço Social, nas pontuações negativa ou positiva, dos serviços prestados dentro dos aparelhos, para a

partir daí desenvolver ações direcionadas nas demandas de aprimoramento do sistema, será um facilitador para o sistema e profissionais.

Foi uma experiência incomum, onde foi possível conhecer o cotidiano do aparelho, dos profissionais que integram a equipe multidisciplinar, como se desenvolvem as atividades ofertadas pelo sistema de saúde, conhecer a inserção e adesão dos indivíduos dentro dos programas com dependência química e transtorno mental.

## METODOLOGIA DE PESQUISA

Optou-se por realizar pesquisa qualitativa e quantitativa, de natureza avaliativa, por meio de documentos arquivados no Caps. Se utilizará da pesquisa bibliográfica que de referências de autores que proporcionaram a análise e reflexão da Reforma Psiquiátrica Brasileira, Ministério da Saúde Mental no Sus e legislação, por meio dos procedimentos realizados no âmbito do CAPS, averiguar informações de atendimentos dos profissionais junto aos pacientes, realizar pesquisas através dos pacientes referente a satisfação dos serviços ofertados ali, definir instrumentos para a aplicação das análises, bem como analisar e interpretar os dados.

A pesquisa Qualitativa é uma metodologia relacionada no levantamento de dados sobre as motivações de um grupo, compreender e interpretar determinados comportamentos, a opinião e as expectativas dos indivíduos de um determinado grupo ou população, para compor essa metodologia optou-se por entrevista semi-estruturada e análise de conteúdo, onde o pesquisador tem a oportunidade de aprofundar-se em determinado assunto, observação em campo (observar o comportamento dos indivíduos), entrevistas por telefone, etc...;

Já a pesquisa Quantitativa ela vai priorizar mais os números que irão aparecer com mais frequência e a intensidade dos comportamentos dos indivíduos de um determinado grupo, ou população, através desta metodologia é possível diagnosticar decisões a serem tomadas em determinados assuntos ou grupos, os meios de coleta de dados são estruturados, e entre eles estão a entrevista individual e os questionários.

A análise de conteúdo constitui uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos. Essa análise, conduzindo a descrições sistemáticas, qualitativas ou quantitativas, ajuda a reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum.

Os sujeitos dessa pesquisa serão 02 (dois) usuários, 01 (um) masculino e 01 (um)

feminino do equipamento, os profissionais que atuam no sistema de Saúde CAPS. A escolha será por ano e estabilidade, um no ano de dois mil e quinze e dezesseis, estabilizado, sem recaídas e retornando às suas atividades de rotina, principalmente ao trabalho, a aplicação da pesquisa será através de (visita, contato telefônico com disponibilidade) e 03 (três) profissionais de nível superior, sendo destes usuários selecionados (médico, assistente social, psicólogo).

Ao explorar a temática em estudo pretendeu-se, contar brevemente a História da Política de Saúde no Brasil, a História do Serviço Social no Brasil, para assim diagnosticar a questão do indivíduo estabilizados através do aparelho CAPS ( Centro de Atenção Psicossocial ), mostrando a realidade dos serviços públicos na atual conjuntura de déficit de repasses de verbas para que haja um bom funcionamento no âmbito dessas dependências, procurar sensibilizar os profissionais da suma importância do trabalho em equipe e o trabalho em rede.

Na elaboração desse estudo houve uma real reflexão acerca das políticas públicas brasileiras que englobam questões relativas ao uso de álcool e drogas ilícitas, todavia foram observados aspectos inerentes à assistência ao usuário do aparelho. Consequentemente foi debatido em relação à constituição das Políticas Públicas até atual conjuntura. Possibilitou também a relevante discussão sobre vários serviços ofertados ao usuário alcoolista e drogadição, após o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, é importante ressaltar que a reforma foi um marco histórico para a saúde pública no Brasil, com a real transformação de humanização no setor, buscando os princípios de integralidade da assistência e intersetorialidade como ferramentas essenciais para a formação de redes de atenção e apoio ao usuário de álcool e drogas.

O presente estudo esta estruturado em 03 (três) capítulos e 01 (Um) subtítulo, sendo o primeiro, a História da Política de Saúde no Brasil, o segundo a A História do Serviço Social no Brasil, Subtítulo O Serviço Social na Saúde, o terceiro é a Análise e interpretação.

## CAPÍTULO I

### 1.1 História da Política de Saúde no Brasil.

Segundo Polignano (2007)<sup>1</sup>, o Brasil foi descoberto pelos portugueses e ao chegaram a terras brasileiras encontraram povos indígenas com uma rica cultura peculiar e desprovidos de conhecimentos relativos à saúde num formato padronizado que diferente do deles, contextualizado em seus próprios conhecimentos empíricos tais como: a cura através das rezadeiras, ou seja, tornavam-se especialistas em curandeirismo, diferenciado do tratamento realizado na Europa.

Após trezentos anos do descobrimento do Brasil, houve a instalação do império na cidade do Rio de Janeiro, a família Real de Portugal estava acostumada com um alto padrão de qualidade de vida, porém o Brasil era desprovido de qualquer tipo de padrão de qualidade das necessidades básicas, seja na habitação, educação, saneamento básico, saúde, entre outros; diante da situação era necessário se criar mecanismos dentro da área sanitária que assistisse a família real e ao Império que se instalava na cidade do Rio de Janeiro, com excelência, uma vez que a saúde pública da época abrangia somente: Delegação das atribuições sanitárias, as juntas municipais e o Controle de navio e saúde dos portos.

O império já chegava ao Brasil com sua própria ideologia formatada dentro de um sistema organizacional de saúde voltada somente para atender as necessidades do Império, dessa forma tornava-se único e centralizava somente as demandas mínimas de atendimento de saúde da capital do Império na cidade do Rio de Janeiro, deixando bem claro que não era do interesse do império investir em saúde pública que pudessem ser estendidas as outras capitais brasileiras, o sistema de saúde atendia somente a nobreza real.

“A carência de profissionais médicos no Brasil Colônia e no Brasil Império era enorme, para ser uma ideia, no Rio de Janeiro, em 1789, só existiam

---

<sup>1</sup> Conforme cita Polignano S/D. Disponível em: <http://voyager1.net/economia/o-mito-do-milagre-economico-da-ditadura-militar/>

quatro médicos exercendo a profissão (SALLES, 1971).”<sup>2</sup>

A medicina era desprovida de profissionais em todo o país, sabendo-se que o Brasil era muito extenso em suas dimensões territoriais, observa-se a oportunidade da ampliação dos Boticários, nome que se dava na época para Farmácia, porém esses profissionais só eram autorizados a manejar formulas advindas do médico, segundo Korolkovas (1988).

O profissional da botica exercia com maestria as fórmulas prescritas pelos médicos e por causa desse discernimento os usuários quando necessitavam de remédios e pela falta de profissionais da medicina, se direcionavam diretamente aos Boticários pratica que persistiu durante muito tempo até a atualidade.

Não dispondo de um aprendizado acadêmico, o processo de habilitação na função consistia tão somente em acompanhar um serviço de uma botica já estabelecida durante um certo período de tempo, ao fim do qual prestavam exame perante a fisicatura e se aprovado, o candidato recebi a “carta de habilitação”, e estava apto a instalar sua própria botica. (SALLES, 1971.<sup>3</sup> Polignano, S/D pg 3).

Compreendendo a importância de se ter profissionais habilitados com teoricidade e pratica, era necessário se criar recursos e mecanismos para atender as demandas dos usuários que aumentavam drasticamente a procura dos serviços ofertados na saúde.

Observando essa conjuntura que a população estava vivenciando D. João VI em 1808, resolve fundar na cidade de Salvador a primeira do gênero no Brasil a Instituição Educacional voltada a medicina com a especificidade cirúrgica ligada ao Real Hospital Militar da Cidade de Salvador e na cidade do rio de Janeiro também houve a criação da Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro anexa ao Real Hospital Militar.

## 1.2 Início da República 1889/1930 – Um Quadro Sanitário.

Após a Proclamação da República, o Brasil continuava mergulhado no caos no âmbito da saúde, por falta de um modelo de Gestão Sanitarista; o país permeava dentro de um contexto caótico, devido as proliferações de epidemias de várias formas com vários tipos de enfermidades que se alastraram por todas as regiões do país tais como: a malária, varíola, a febre amarela, a peste e outras doenças levaram muitas pessoas ao óbito. Esse quadro afetou as transações comerciais com o exterior, visto que o Brasil

---

<sup>2</sup> Salles 1971, apud Polignano, S/D pg 03.

<sup>3</sup> Conforme cita Polignano S/D. Disponível em: <http://voyager1.net/economia/o-mito-do-milagre-economico-da-ditadura-militar/>

dependia dessas mercadorias transportadas por navios, diante da conjuntura que o país atravessava, era inevitável que não afetasse a atracagem de navios na cidade do Rio de Janeiro, pois o medo tomava conta dos tripulantes na contaminação das enfermidades que permeava pelo país.<sup>4</sup>

Devido a situação era necessário que o Presidente, Sr. Rodrigues Alves, tomasse decisões rápidas com resultados positivos, nesse ínterim, o Dr. Oswaldo Cruz foi o pioneiro no estudo das moléstias tropicais e da medicina experimental no Brasil, foi nomeado pelo Presidente da República para exercer o cargo de Diretor no Departamento Federal da Saúde Pública planejou o enfrentamento da epidemia da febre amarela que era a enfermidade mais temida pela população com total erradicação.

Esse Modelo de Intervenção ficou conhecido como Campanhista e consistia em ações realizadas com extrema hostilidade por parte dos “guarda-sanitaristas”. Diante desse contexto foi recebido pela população com olhares de não aceitação pela forma que era realizado através de métodos nada convencionais: a queima de roupas e colchões e tudo o que pertencia aos doentes; esse modelo era visto como uma ação anti-bactericida.

Apesar de toda a manifestação contrária da população em relação a aplicação das ações de forma hostil, os militares ficaram satisfeitos com os resultados, pois eles se justificavam mencionando que apesar de abuso de poder, destacava-se na frase “Em que os fins justificavam os meios” e até aquele momento era a única forma, de ação com resultados positivos. Outro marco durante da passagem de Oswaldo pela saúde foi a obrigatoriedade da vacina contra a varíola sob a Lei de nº 1261, de 31 de outubro de 1904, em todo o país, lançada em âmbito Nacional, mais uma vez a população, torna-se insatisfeita, essa passagem na história fica conhecida como a “Revolta da Vacina”<sup>5</sup>.

Apesar do modelo de saúde ser Campanhista, o médico Oswaldo Cruz, planejou ações rigorosas para serem aplicadas na cidade do Rio de Janeiro, pois a mesma vinha sofrendo epidemia com a febre amarela, Oswaldo imaginava que usando atitudes radicais, haveria êxito na eliminação da epidemia e o controle de doenças epidêmicas. Embora o povo não concordasse com esse tipo de atitude, esse foi o método encontrado para sanar a fase crítica e realmente a ação foi assertiva, visto que a cidade do Rio de Janeiro passava por um período difícil na área da saúde.

Partindo desse pressuposto, mais tarde foi possível a elaboração de estratégias retiradas das experiências das ações aplicadas para serem inseridas dentro de um sistema organizacional, nascia então o famoso Instituto Soroterápico Federal, onde mais

---

<sup>4</sup> Idem pg 04

<sup>5</sup> Idem pg 05

tarde passou, a chamar-se Instituto Oswaldo Cruz, e laboratórios bacteriológicos, serviços de engenharia sanitária e de prevenção da febre amarela com inspeção de isolamento e desinfecção<sup>6</sup>. Após esse período de caos, em 1920 Carlos Chagas, virou sucessor de Oswaldo Cruz, trazendo um discurso de poder político; cria-se uma releitura da saúde, com inovações, inclusive abrangendo outras cidades com especificidade em várias doenças e chegou-se a conclusão que deveriam investir em saneamentos básicos, pois era uma problemática da origem de todos os transtornos que se instalou no país, pois faltavam investimentos financeiros e cultura de higienização.

Com a explosão da industrialização no Brasil através da exploração do capitalismo existe a possibilidade de expansão das grandes cidades; na época entre 1850 a 1889, o país era movido pelas plantações de café e viviam de exportar essa monocultura, esse processo de crescimento chamou a atenção dos europeus, principalmente os (italianos, portugueses), que passaram a ser inseridos no quadro de trabalhadores do país, o que chamou a atenção da indústria brasileira pelas vastas experiências que eles possuíam no setor da agricultura e o café tinha peso de ouro<sup>7</sup>.

Quando os europeus chegam ao país, encontram os trabalhadores brasileiros sendo explorados pelos capitalistas, exercendo carga horária laboral excessiva, resultando em enfermidades graves e corriqueiras. Devido ao número expressivo de trabalhadores enfermos, a sociedade começa a demonstrar interesse pela exploração dos trabalhadores realizada pelos capitalistas.

Partindo dessa questão, os envolvidos tais como o aparelho estatal e sociedade, começam a criar movimentos em prol das condições de trabalho dos operários, a principal criação foi a medicina social e lazer, para suprir as demandas dos trabalhadores, entre outras<sup>8</sup>.

Dentro da perspectiva das lutas de classes e movimentos sociais na Europa, os trabalhadores europeus obtiveram êxito em algumas questões, como por exemplo, os direitos dos trabalhadores garantidos. Quando esses indivíduos chegaram ao Brasil como imigrante e para serem condicionados ao trabalho local, se depararam como uma realidade diferente da que eles estavam acostumados na Europa, depois das conquistas realizadas por eles em seu país de origem. A partir desse pressuposto, vendo a realidade dos brasileiros em questões de direitos trabalhistas, os imigrantes resolveram organizar os mesmo movimentos da Europa aqui no Brasil e colocando em pratica as suas

---

<sup>6</sup> Idem pg 06

<sup>7</sup> Idem pg 06

<sup>8</sup> Idem pg 06

experiências européias dentro do mesmo contexto assertivo europeu.

Os brasileiros sentiram-se motivados e influenciados pelos movimentos europeus, diante desse contexto histórico, perceberam que havia probabilidade assertiva aqui no Brasil, de se fazer a mesma movimentação européia, elaborando vários direitos trabalhistas para os brasileiros, dessa forma nascia às lutas para a formação de núcleos de organização de trabalhadores, um dos pontos principais que motivaram a formação dessas organizações, durante estas articulações.

Os sindicatos foram âmbitos de discussões na construção de parâmetros legais que garantissem os direitos dos trabalhadores, porém esses locais foram tomando proporções de maneira que começou a chamar atenção para a classe política, e sem perder a identidade sindical, o local de luta pelos direitos dos trabalhadores, passou a oportunizar a política, traçando importantes estratégias de luta, assim considerando as reivindicações dos sindicalistas em questão a saúde e outros setores em que vivia a classe operária, tais como amparar legalmente: Recurso de Subsistência de vida, amparar o trabalhador durante a sua ausência no trabalho por motivos relevantes <sup>9</sup>.

Após a fomentação dos trabalhadores em torno de conquistas legais de direitos, eles se unem com a classe política no Congresso Nacional para a aprovação da Lei Eloi Chaves em 24 de janeiro de 1923, esse dispositivo vai servir para a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS), esse mecanismo vai subsidiar legalmente as aposentadorias e pensões dos trabalhadores, quando necessitassem, mas somente uma parcela da população como o trabalhador urbano de carteira assinada, teria esse tipo de direitos <sup>10</sup>.

A criação das CAPS foi um projeto elaborado pela organização dos trabalhadores e empresas, para garantir futuramente uma aposentadoria ou pensão, caso o trabalhador viesse necessitar desse benefício, desde que ele preenchesse os requisitos exigidos.

Dentro desse modelo, compunha também uma assistência médica-curativa e fornecimento de medicações aos trabalhadores e poderiam se beneficiar de salários, para a manutenção de supostos afastamentos de trabalhos e aposentadorias<sup>11</sup>. As classes que mais lutaram politicamente pela criação das Caixas e as primeiras beneficiadas foram: os ferroviários em 1923, os estivadores e os marítimos em 1926, as outras classes conseguiram somente após 1930.

A partir de 1930, o país toma um novo formato na conjuntura de uma sociedade

---

<sup>9</sup> Idem pg 07

<sup>10</sup> Idem pg 07

<sup>11</sup> Idem pg 08

transformada pelas instalações e processos emergentes das industrializações desenfreadas, acelerando o crescimento urbano e seus trabalhadores sendo estrangulados pelo capitalismo, vivendo em condições de precariedade, o que possibilitou o surgimento dos movimentos sociais com as reformulações das reivindicações dos trabalhadores em relação as “questões sociais” de saúde, higiene e habitação; era essencial a intervenção estatal e da sociedade no reconhecimento das lutas de classe, na objetividade das conquistas dos direitos sociais da classe trabalhadora e atendendo com políticas públicas.

A partir desse momento histórico, o Estado passa a compreender a força da classe operária se auto-afirmando no cenário político e podendo ser aliada para atender os interesses estatais<sup>12</sup>.

Toda a construção da Política Nacional de Saúde permeia por várias transformações, por volta de 1933, as CAPS tomam um novo formato com a projeção dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's), foram organizadas por categorias profissionais, abrangendo assim um número maior, como marítimos, comerciários e bancários.

Os IAP's foram criados de acordo com a capacidade de organização, mobilização e importância da categoria profissional em questão. Assim em 1933 foi criado o primeiro instituto, o de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM), em 1934 o dos Comerciários (IAPC) e dos Bancários (IAPB), em 1936 o dos Industriários (IAPI), e em 1938 o dos Estivadores e Transportadores de Cargas (IAPETEL)<sup>13</sup>. Polignano, S/D pg 10

Os administradores do aparelho estatal compreenderam a importância, de investimento como fundo de reserva para as despesas e manutenção nos serviços disponibilizados na assistência social, que pudessem atender ao trabalhador com qualidade.

Todavia os capitalistas sempre foram os dominantes da classe operária que vendiam sua força de trabalho sem as mínimas condições de execução da tarefa, de dignidade humana, a classe burguesa por sua vez poderiam investir em estruturas hospitalares para o atendimento de seus empregados mantendo-os saudáveis no sentido de uma saúde preventiva, havendo uma resposta maior na produção das atividades laborais por parte dos empregados satisfeitos com a qualidade de atendimento de saúde.

O Departamento Nacional de Saúde Pública, era vinculado ao Ministério da Justiça, passa a ser desintegrado de suas atividades e cria-se em 1930 o Ministério da Educação

---

<sup>12</sup> Iamamoto Vilella Iamamoto / Carvalho de Raul, *RELAÇÕES SOCIAIS E SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL*, 29ª edição pg 126.

<sup>13</sup> Conforme cita Polignano S/D, pg 10, Disponível em: <http://voyager1.net/economia/o-mito-do-milagre-economico-da-ditadura-militar/>,

e Saúde Pública.

Em 1941 fica instituída a reforma Barros Barreto<sup>14</sup> com várias ações em destaque tais como:

Instituição de órgãos normativos e supletivos destinados a orientar a Assistência sanitária e hospitalar;  
Criação de órgãos executivos de ação direta contra as endemias mais importantes (malária, febre amarela, peste);  
Fortalecimento do Instituto Oswaldo Cruz, como referência nacional, descentralização das atividades normativas e executivas por 08 ( oito) regiões sanitárias;  
Destaque aos programas de abastecimento de água e construção de esgotos, no âmbito da saúde pública;  
Atenção aos problemas das doenças degenerativas e mentais com a criação de serviços especializados de âmbito nacional ( Instituto Nacional do Câncer)<sup>15</sup>.

Mais uma vez a saúde pública esbarra nos recursos financeiros para que essas ações pudessem fluir com qualidade no campo das práxis e sem dúvidas seria de grande valia para solucionar a problematização sanitária do país, ficando dessa forma somente no âmbito normativo.

Em 1956, ficou instituído o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), incorporando os antigos serviços nacionais de febre amarela, malária, peste são atrelados a esse departamento.

### 1.3 A Lei Orgânica da Previdência Social e o Processo de Unificação dos IAPS.

A Lei Orgânica foi sancionada em 1960 após um longo processo de discussão pela classe trabalhadora que era contrária a unificação dos IAPs, pois eles pontuavam com como um marco negativo essa união, significava perda de direitos adquiridos, garantidos através das lutas de classes e movimentos sociais.

No mesmo ano foi promulgada a Lei nº 3.807, para a criação da Lei Orgânica da Previdência Social, para que fosse constituída uma nova Previdência Social que pudesse ser estendida aos trabalhadores que eram regidos através do regime CLT, porém essa lei vem acompanhada de exclusão de classe trabalhadora que possua seu próprio regime trabalhista e até os que não possuem.

O processo de unificação só avança com movimento revolucionário de 64, que neste mesmo ano promove uma intervenção generalizada em todos os

---

<sup>14</sup> Idem

<sup>15</sup> Idem

IAPs, sendo os conselhos administrativos substituídos por juntas interventoras nomeadas pelo governo revolucionário. A unificação vai acontecer em 1967<sup>16</sup> Polignano, S/D pg 13.

A partir das demandas das instituições, foi necessária uma reformulação no sistema, dando início a uma nova realidade com a unificação das instituições IAPs, surgiu a partir da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), para dar suporte ao aparelho previdenciário, na distribuição dos serviços ofertados aos trabalhadores e as empresas prestadoras de serviços.

O país perpassava por um processo histórico turbulento em 1964 por causa do Regime Militar, havia se instalado um governo centralizador e autoritário, tendo em vista que o militarismo comandava o país e policiava os passos de cada cidadão, houve uma serie de conseqüências de retrocessos no desenvolvimento do Brasil, a população foi a que mais sofreu com inúmeras intervenções no cotidiano, tais como o aumento da pauperização e salários, houve repressão nas expressões de opiniões, os militares e as empresas privadas se beneficiaram com os serviços ofertado pela máquina estatal para o seu próprio beneficio realizando propaganda de suas ações, coibindo todo tipo de manifestação em prol da autonomia de vida e liberdade para lutar por uma perspectiva de cenário ideológico melhor.

O Regime Militar foi financiado pelo capital estrangeiro e pelos Estados Unidos, que por sua vez tinha interesse políticos no Brasil, e influencia nas decisões internas do país.

Partindo do pressuposto que a ditadura deixou um marco no período de repressão militar, o país perpassou por um longo período de experiências em todos os âmbitos de composição das estruturas de mecanismo para a fomentação e desenvolvimento da nação brasileira, dentro desse contexto, os militares foram os protagonistas. Para atenuar a imagem das ações que durante tempos os brasileiros presenciaram com rejeição, os militares resolveram criar uma equipe de tecnoburocratas que seriam pessoas comuns escolhidas no seio da sociedade, deixando transparecer uma falsa democracia gerida pelo povo e para o povo, para que pudessem repensar em um novo sistema organizacional dos serviços ofertados pela máquina estatal, e ao mesmo tempo seriam submetidos a tutela do Estado, para subsidiar os dogmas, o governo se vale do sistema previdenciário para garantir uma previdência social que pudessem abranger todos os trabalhadores, visto que as IAPs tinha um formato próprio e limitado de previdência pois ela atendia somente alguns trabalhadores.

Na década de 1970, o país passava por um crescimento econômico e acelerado, o

---

<sup>16</sup> Idem pg 13

sistema previdenciário da época era as IAPs e seu formato era peculiar. Devido a essa limitação ficou explícito a necessidade de se criar outro tipo de aparelho que abrangesse o atendimento a outros trabalhadores, como era um número expressivo de trabalhadores com carteira assinada. Perante a percepção da carência previdenciária, criou-se um órgão para alcançar a todos os assegurados, diante desse contexto surgiu o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), para dar suporte ao aparelho previdenciário, na distribuição dos serviços ofertados aos trabalhadores e as empresas prestadoras de serviços, automaticamente o INPS captava grande parte de recursos financeiros e a demanda das aposentadorias e pensões eram um número pequeno relativo ao percentual de recursos advindos das carteiras assinadas.<sup>17</sup>

O processo de unificação previsto em 1960 se efetiva em 02 de janeiro de 1967, com a implantação do Instituto Nacional de Previdência social (INPS), reunindo os seis Institutos de Aposentadoria e Pensões, o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Emergência (SAMDU) e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social<sup>18</sup> Polignano, S/D pg 14.

O governo militar percebeu que os extintos IAPs possuíam um sistema próprio e limitado de previdência e resolveu se apropriar de alguns benefícios oferecidos pelo sistema e incorporou no atual sistema que era o INPS alcançando um número maior de prestadores de serviços como: médico e hospitais, através de convênios, gerando assim um gasto para além do previsto com as demandas de consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares, Contratando serviços prestados pela maioria das instituições privadas de maneira que as públicas eram poucas, dessa forma o controle do sistema começa a dar sinal de descontrole, era necessário pensar num outro formato de controle orçamentário, que pudesse atender a parte administrativa e financeira para melhor gerenciamento dos recursos extraídos dos trabalhadores<sup>19</sup>.

Por volta de 1978, ficou instituída uma administração própria, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), prestava assistência médica e o IAPAS para gerir os recursos da previdência social<sup>20</sup>.

Durante o Regime Militar foi possível a realização de algumas ações de extrema importância no âmbito da saúde tais como:

Promulgação do Decreto Lei 200 (1967)<sup>21</sup> estabelecendo as competências

---

<sup>17</sup> Conforme cita Polignano S/D pg 14 e 15, Disponível em: <http://voyager1.net/economia/o-mito-do-milagre-economico-da-ditadura-militar/>

<sup>18</sup> Idem S/D pg 14

<sup>19</sup> Idem S/D pg 14

<sup>20</sup> Idem, S/D pg 15

<sup>21</sup> Idem, S/D pg 16

do Ministério da Saúde: formulação e coordenação da política nacional da saúde; responsabilidade pelas atividades médicas ambulatoriais e ações preventivas em geral; controle de drogas e medicamentos e alimentos; pesquisa médico-sanitário;  
Em 1970, foi instituída a (SUCAM), Superintendência de Campanhas da Saúde Pública, entre outras ações<sup>22</sup>. Polignano, S/D pg 16

O país passa por esse período amargando um plano fracassado que foi implantado pela ditadura militar, o Programa de Ação Econômica do Governo (PAEG), os capitalistas estrangeiros deixam de investir no Brasil, e devido a queda de crescimento, Delfim Netto (1973), defendeu o slogan “primeiro fazer o ‘bolo’ crescer, para depois dividi-lo”, a princípio a intenção dos gestores seria a captação de recursos financeiros através do fator previdenciário e redistribuí-lo a população de baixa renda, mas surte efeito contrário, “Os pobres ficaram mais pobres e os ricos mais ricos”, nesse contexto surge o arrocho salarial, permeando pelos baixos salários, desempregos e uma série de conseqüências desastrosas no perfil dos pobres submergindo as mazelas sociais <sup>23</sup>.

O setor privado era o que mais investia no crescimento interno do país, com o apoio dos militares e de alguns setores econômicos, o trabalhador pagava um alto preço com a instabilidade econômica. Com a desvalorização do salário mínimo, o petróleo sendo protagonista, o Brasil não era produtor do produto e necessitava do mesmo, porém a compra dele comprometia ainda mais a dívida externa e a crise financeira do país, pois era importado a preços altos e o país se obrigava se endividar mais e retirar verbas dos setores primordiais para complementar a compra do produto.

“Nessa época o Brasil ainda não produzia petróleo, e com o enorme salto preço dos barris, o governo precisou retirar recursos de programas de desenvolvimento, além de se endividar muito, para poder compra-los”<sup>24</sup>

Durante esse período, o país perpassou por vários momentos históricos, e antecedendo a fase turbulenta que o país ainda passaria por causa da alta do petróleo, a economia do Brasil é impulsionada com a importação do petróleo a preços baixos, oportunizando o crescimento de setores primordiais do país.

Nas décadas de 70 e 80, foram tempos que ficaram protagonizados nos processos históricos no cenário brasileiro, nesse ínterim o sistema de Proteção Social deu uma alavancada mostrando sinal de expansão e parâmetros para os programas e nos serviços sociais, essa movimentação serviu como espécie de ressarcimento pelos danos causados

---

<sup>22</sup> Idem S/D pg 16

<sup>23</sup> Conforme cita José Eudes, Disponível em: <http://voyager1.net/economia/o-mito-do-milagre-economico-da-ditadura-militar/>

<sup>24</sup> Conforme cita José Eudes, Disponível em: <http://voyager1.net/economia/o-mito-do-milagre-economico-da-ditadura-militar/>  
Acessado em: 25 de março de 2017.

pela ditadura militar.

A sociedade civil foi construindo um novo formato de reorganização dentro do quadro político pós-ditadura, o povo brasileiro desejou mudanças, e aos poucos foram acontecendo com os movimentos sociais, um novo conceito de cidadania, a Seguridade Social foi incorporada na previdência social e a saúde partir da CF de 1988, como direito social. Após a estagnação do país começou a emergir demandas sociais e a oportunidade da democratização do país.

Diante desse contexto outro momento histórico protagonizou no Brasil, outra crise econômica entre os anos 70 e 80, que perdurou por anos, e conseqüentemente o impacto foram perceptíveis na vida dos cidadãos brasileiros, por outro lado o governo neoliberal ampliou os seus objetivos e se firmou com legitimidade no país<sup>25</sup>.

O Brasil aos poucos foi sendo redefinido, pós ditadura militar, foi necessário encontrar possibilidades de crescimento para o país e buscou estabilidade econômica para o país e os trabalhadores, porém para que esse evento tivesse acontecido, foi primordial importar o petróleo, o Brasil não era especialista na exploração do produto, e se fazia essencial o produto para o crescimento do mercado brasileiro, no entanto, o país havia pagado um valor exorbitante para importá-lo, ao longo do tempo foi ficando inviável a sua importação, o país teve que desembolsar um valor mais alto do que arrecadava o Produto Interno Bruto (PIB), conseqüentemente o petróleo sofreu alteração com proporção relativamente prejudicial no seu valor consumo para os brasileiros, e seu efeito foi ocasionado na vida dos trabalhadores, como: aumento da inflação desordenada, desempregos, alta taxas de juros, o alto custo de vida, com isso o governo foi controlando os percentuais de aumento dos salários não conseguiu acompanhar a inflação, resumindo com a crise do petróleo, o caos foi instalado no país por um longo período <sup>26</sup>.

#### 1.4 O Nascimento do SUS

No ano de 1988 foi concretizada a Promulgação da Constituição Federativa do Brasil (CF), que foi um marco para os brasileiros, tendo os seus direitos garantidos por lei, e abrangendo setores primordiais como a saúde, educação, habitação, lazer e outros. Descrito assim no capítulo VIII a Ordem social e na seção II referente a Saúde, define no

---

<sup>25</sup> Renda Mínima e Reestruturação Produtiva / Maria Ozanira da Silva e Silva – São Paulo – Cortez – 1997, pg 106.

<sup>26</sup> Conforme cita Leonardo Bruno Nascimento Nóbrega, Willyan D'Angelis Aires Costa, Dr. Alunilda Januncio, Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAXh0AF/reflexoes-sobre-cenario-economico-brasileiro-na-decada-1980>, Acessado em 17 de abril de 2017.

artigo 196 que: “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”<sup>27</sup>.

A definição do SUS por meio do art.198 diz:

“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera do governo;
  - II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventiva, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
  - III. Participação da comunidade.
- Parágrafo único – o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento as seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes”<sup>28</sup> Polignano, S/D pg 22.

A Reforma Sanitária entrou em discussão na 8º Conferência Nacional de Saúde, realizada em 03/1986, em Brasília – Distrito Federal, tendo como discussão importantes temas como: A Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, Financiamento setorial. As discussões pertinentes a Reforma Sanitária passa a ser protagonista no final dos anos 70, através dos movimentos compostos por técnicos do setor saúde, acadêmicos, secretários de saúde, simpatizantes da discussão de saúde, com o objetivo de universalizar o sistema de saúde; através dessa 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), foi possível a firmação de outras propostas como: Unificação do sistema (MS-INAMPS); integração das ações e atenção; descentralização e participação popular.

Nesse íterim, entrou em cenas novas discussões para a melhoria e novas idéias com propostas de universalizar dentro de uma coletividade com a sociedade civil e os movimentos sociais urbanos, redirecionando a saúde, no sentido de se criar novos mecanismos de gestão democrática transformando as descentralizações oriundas do governo e dividindo a responsabilidade junto com os Estados e Municípios, criando assim um Sistema Único de Saúde.

Após a promulgação da CF, o país ainda guardava em sua memória a experiência por ter passado por uma Ditadura Militar e por esse motivo o inevitável começa aparecer por meio da sociedade em busca de transformações, que pudessem atender as demandas da sociedade em todos os âmbitos que compusessem o bem estar dos

---

<sup>27</sup> Conforme cita Polignano S/D pg 22, Disponível em: <http://voyager1.net/economia/o-mito-do-milagre-economico-da-ditadura-militar/>

<sup>28</sup> Idem, S/D pg 22

trabalhadores.

A regulamentação do SUS aconteceu somente no ano de 1990, através da Lei nº 8.080, os recursos que garantiu o subsídio do SUS, sairá do Orçamento da Seguridade Social e esta regulamentada na mesma Lei de criação, uma das principais concepções de abrangência do sistema:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e economia do país<sup>29</sup> Polignano, S/D pg 23.

Após a promulgação da CF de 1988, onde ficou garantidos os direitos e acesso a uma rede de serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com demandas expressivas dos trabalhadores. Na atual conjuntura existe número vultoso de trabalhadores acessando algum tipo de direito, dentro da sua legitimidade, sabe-se que a gestão administrativa desse aparelho, ao longo dos processos históricos que o país sofreu, houve vários desvios de verbas destinadas à área da saúde, e esse reflexo vai ficar perceptível na qualidade de atendimento exercido pelo órgão.

A governabilidade Neoliberal começou a ser implementada através do Presidente Fernando Collor de Mello quando ele assumiu a presidência entre os anos de 1991 a 1992, com o discurso da redução de gastos públicos através das privatizações das empresas pertencentes ao Estado, para gerar economia para o país, mas esse modelo de gerir recursos também afeta a área da saúde.

O governo criou nesse período mecanismo normativo, para que pudesse atender as transferências de recursos financeiros advindos da União para os Estados e Municípios, as Normas Operacionais Básicas (NOB), para a organização da construção de planejamento das ações de saúde, mecanismo de controle social e outros<sup>30</sup>.

O modelo neoliberal entra com força no país como opção na redução dos gastos da economia nacional brasileira que perpassava por uma crise inflacionária fora do normal atingindo várias áreas de extrema importância, a crise afetou setores importante, para atender as demandas dos trabalhadores, lembrando que a Constituição de 1988, deixou clara a garantia de direito a saúde e a todo cidadão e incumbência do Estado como tutor do bem estar do cidadão, que é o pilar para o crescimento do país.<sup>31</sup>

Durante o governo Fernando Collor de Melo (1990 a 1992) e estendendo a outros

---

<sup>29</sup> Idem, S/D pg 23

<sup>30</sup> Idem, S/D pg 26

<sup>31</sup> Idem, S/D, pg 26.

governos como Fernando Henrique Cardoso (1995 a 2002), ficou explícita a implantação dos frutos do neoliberalismo, permeando pelas diversas privatizações estatais, abertura do mercado de importação, segundo o governo seria para arrecadar fundos financeiros com as vendas das empresas estatais e destinar essas verbas para sanar a escassez de recursos nas seguintes áreas: educação, saúde, segurança e outras.

Dentro desse contexto as áreas afetadas com a asfixia da economia brasileira ficam mais uma vez comprometidas, pois os recursos financeiros que vieram da venda das estatais foram desviados dos setores que receberiam essas verbas.

Após esse período entra em cena outros movimentos como a “globalização”<sup>32</sup>, sistema de comercialização com países que faziam parte do circuito comercial, a idéia é importar produtos dos países ricos, produtos fabricados por trabalhadores que tem seus salários inadequados, explorados em todos os aspectos, vivendo em condições precarizadas, no entanto é imprescindível fazer com que a produção resulte em produto final de baixo valor quando chega ao Brasil, afetando assim a economia brasileira com desempregos.

Com tantas perspectivas, contrária a vontade do povo, o governo continuou descumprindo as leis federais que obrigam o repasse de recursos financeiros para a área da saúde, tornando assim a saúde precária. FHC assumiu o governo em 1995, dando sequência ao sistema neoliberal e achatando cada vez mais a saúde. Em 1996 o governo por meio do Ministro da Saúde propôs a retirada do país da crise expondo que realmente pagou um valor irrisório as prestadoras de serviços da saúde, resolve implantar outro modelo de arrecadação de verbas advindas de movimentações financeiras realizadas por meio de processos bancários, CPMF (contribuição provisória sobre movimentação financeira), esses valores arrecadados ficou estipulados para custear somente a saúde por um determinado período de tempo, no entanto houve desvio no governo referente aos recursos arrecadados da contribuição da CPMF, causando danos relevantes a saúde deixando o setor assolado <sup>33</sup>.

O governo assumiu compromisso para elaboração de mecanismo que será norteador na estruturação de planejamento para a saúde, com distribuição de subsídio orçamentário e atendendo as demandas dos setores, dentro desse intuito ficou instituído a NOB-SUS 01/96, a partir dessa normativa criou outros novos modelos de ações para dar assistência e fortalecimento na implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) e a Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) especificamente as

---

<sup>32</sup> Idem S/D, pg 26

<sup>33</sup> Idem pg, 27

municipais<sup>34</sup>.

Faltou comprometimento dos governantes do país com política de saúde, na ocasião era Excelentíssimo Sr Fernando Collor de Mello, distribuição igualitária para os setores primordiais a subsistência de vida dos usuários, o modelo de saúde que prevalece atualmente o SUS, ele é um modelo que atende as necessidades do trabalhador, porém sua gestão é deficiente como segmento de saúde e segue caminhando para a precarização, terceirização do setor, a não conclusão da Reforma Sanitária, que realmente é significativo para se fazer a diferença com uma saúde de qualidade, e cumprindo o papel do Estado através do atendimento do SUS, para aqueles que não têm acesso a um atendimento no sistema privado de saúde.

Na Constituição Federal de 88, foi instituída a lei, para garantir recursos financeiros destinados para a saúde e educação, entretanto, esses recursos são defraudados para outros fins, por outro lado, o governo tornou-se opositor na acessibilidade das leis contidas na CF/88, para subsidiar dívidas contraídas em governos anteriores, através do FMI, (Fundo Monetário Internacional), banco destinado a socorrer países que se encontram em crise financeira. Tendo por objetivo, assegurar o crescimento no setor comercial e impedir que as transações financeiras sejam prejudicadas. O país que adere ao sistema deve preencher alguns requisitos, regulados pela organização, uma delas é o corte de gastos da máquina pública, aumento de juros, controle no consumo, redução dos investimentos sociais pelo Estado, demissões em massa do funcionalismo público e privatização, essas ações foram refletida de forma nociva na vida dos trabalhadores e na sociedade<sup>35</sup>.

No governo Lula a saúde pública foi redefinida, houve estimulação na constituição de um modelo de saúde baseado no planejamento local e regional com a descentralização da saúde, articulado intersetorialmente, e que no âmbito assistencial garanta cuidados integrais de modo a tornar o Sistema Único de Saúde socialmente eficaz e economicamente viável. Saúde como direito de todos. Atuar em cooperação com os governos estaduais e municipais para garantir a toda a população a saúde como um direito. Desenvolver, portanto, a implantação do SUS baseada na equidade e na integralidade das ações, na descentralização político-administrativa, na universalização do acesso com garantia de qualidade e na humanização do sistema. Priorizar, ampliar e fortalecer o setor público tornando-o democrático e sob controle da sociedade.

---

<sup>34</sup> Idem pg, 27

<sup>35</sup> Conforme cita Rodolfo F. Alves Pena em [Geografia humana](http://mundoeducacao.bol.uol.com.br/geografia/fmi.htm), disponível em: <http://mundoeducacao.bol.uol.com.br/geografia/fmi.htm>  
Acessado em: 23 de março de 2017.

Estabilidade e continuidade das políticas de saúde. Democratização e capacitação do Estado Promover uma reforma administrativa no setor, através dessa reformar a gestão da saúde deverão garantir os direitos de cidadania<sup>36</sup>.

No governo Dilma existiu o desafio do crescente modelo de Gestão privatista, as Organizações sociais, o Projeto de Lei de nº 1.749/11 Ebserh, o Pac 02 a construção e reforma das UBS. O Programa Mais Médico, que coloca à disposição dos municípios médicos estrangeiros pagos com recursos do Governo Federal. Para aumentar, em médio prazo, a oferta de médicos no Brasil, propôs-se a criação de mais vagas em cursos de medicina e em residência médica. A meta é criar mais 11.447 novas vagas em cursos de medicina até 2017, além de 12.372 novas vagas em residência médica em todo o País. A distribuição regional das novas vagas visa, à redução das desigualdades, com crescimento proporcionalmente maior nas regiões menos assistidas. Implantação da Vacina Anti-HPV (de 09 a 13 anos); Vacina Hepatite A (de 1 a 2 anos); Ampliação da Farmácia Popular; a alteração da Lei 13.097/15 o artigo 23 da Lei 9.080/90, dando abertura para o capital estrangeiro<sup>37</sup>.

---

<sup>36</sup> Conforme: Resoluções de Encontros e Congressos & Programas de Governo Partido dos Trabalhadores ([www.pt.org.br](http://www.pt.org.br)) / Fundação Perseu Abramo; disponível em: ([www.fpabramo.org.br](http://www.fpabramo.org.br))  
Acessado em 18 de abril de 2017.

<sup>37</sup> Conforme: Resoluções de Encontros e Congressos & Programas de Governo Partido dos Trabalhadores ([www.pt.org.br](http://www.pt.org.br)) / Fundação Perseu Abramo; disponível em: ([www.fpabramo.org.br](http://www.fpabramo.org.br))  
Acessado em: 18 de abril de 2017.

## CAPÍTULO II

### 2.1 História do Serviço Social no Brasil.

Para Aguiar<sup>38</sup> menciona como foi organizado o início da profissão, desde os primórdios, como foi formulado o Serviço Social e a sua implantação no Brasil em 1936, no qual as damas da sociedade eram vistas como as caridosas da sociedade, e mais tarde as Igrejas e o Estado, tomam para si as responsabilidades de atender as carências dos pobres; mostra também as desigualdades de classes sociais, e como surgiu a 1ª Escola do Serviço Social, no Brasil na cidade de São Paulo.

Dentro desse contexto social, os católicos sentiram a necessidade da criação de um Centro de Estudos e Ação Social (CEAS), abrangendo cursos na área social, que pudesse atender as diferenças sociais, grupos de estudos, cursos específicos e vários outros cursos e semanas temáticas, todos voltados para o social, dessa forma os participantes desses cursos idealizaram e fundaram as primeiras Escolas do Serviço Social. A igreja católica seguiu firme na influência da criação das escolas de Serviço Social no Brasil se estendeu a outros lugares, sempre com as diretrizes de formação social dentro da ideologia católica.

Um dos principais instrumentos que a Igreja Católica utilizou para a formação social das interessadas foram as Semanas Sociais, que surgiram na Europa e se estendeu a outros países, até o ano de 1950, a Igreja seguiu com muita influência na formação social<sup>39</sup>.

Compreende-se que na primeira fase da formação do Serviço Social se deu dentro dos formatos doutrinários ideológicos da Igreja Católica, somente mais tarde a profissão foi ser influenciada e reconhecida pela metodologia tecnicista americana, porém a linha de pensamento da igreja é que não se pode perder a essência cristã, tem que estar incorporados no Serviço Social e assim também na família, Estado, economia e na política<sup>40</sup>, nos moldes de corporativismo.

Por um longo período, o Serviço Social fica sob a influência da Igreja Católica, mesmo dentro das instituições de ensino, pois o corpo docente deveria ser exercido por católicos praticantes e somente as mulheres tiveram o privilégio, uma das principais

---

<sup>38</sup> Conforme Aguiar de 1985, 3ª edição, pg 28 e 29, Serviço Social e Filosofia das Origens a Araxá

<sup>39</sup> Idem

<sup>40</sup> Idem pg 31

características para exercício da função era que a candidata teria que ser impregnada pelo dom divino, uma vez que a igreja católica não cederia espaço para outro tipo de ideologia<sup>41</sup>.

Partir das décadas 1940 e 1950, a presença Norte Americana, passa a ter influência marcante no Serviço Social brasileiro, pois ela trouxe o pragmatismo funcionalista atrelado às técnicas e a filosofia tomista, sem deixar as influências da igreja católica; essa mediação aconteceu por intermédio dos Estados Unidos (EUA) segundo destaca Maria de Lourdes Medeiros citada por Aguiar (1985, p. 58): Assim como a Europa nos abriu as idéias e aos princípios filosóficos, os Estados Unidos \_EUA\_ nos despertaram para as práxis.

Durante esse processo o governo dos EUA ofereceu convites às escolas de Formação de Serviço Social brasileiro, dentro do Programa de Bolsa de Estudos, intercâmbio para as estudantes, para que as mesmas pudessem ser especialistas na área. Por trás dessa relação Brasil/EUA, existiu um interesse político dos americanos no Brasil, o intercâmbio das estudantes foi à forma coerente que eles encontraram para dar seqüência nos seus objetivos que eram políticos e econômicos e garantir a instalação das suas bases militares em solos brasileiros, acompanhadas também de outros benefícios como empréstimos em longo prazo, para dar suporte a implantação de indústrias e a construção da Companhia Siderúrgica Nacional, o governo americano tinha pleno conhecimento da necessidade de investimentos no país, pois era de seu interesse <sup>42</sup>.

Em 1942, com a segunda Guerra Mundial, se fez vários acordos entre o governo Norte-americano e o Brasil em várias áreas, já no Serviço Social o acordo foi significativo e um marco para a profissão, com o ingresso das estudantes dos Programas de bolsistas nos EUA. Elas trouxeram consigo vastos conhecimentos e técnicas desenvolvidas lá, como: Serviço Social de Casos de início, Serviço Social de Grupo e Serviço Social de Comunidade. Sabe-se que o SS norte-americano difere do Brasil, para que se pudessem aplicar aqui todas as técnicas adquiridas pelas assistentes sociais, foi necessário importar esse conhecimento, pois a profissão precisava ser embasada em instrumentos, tanto técnica como metodológicos. O Serviço Social americano foi se firmando no meio do Serviço Social brasileiro com prerrogativas funcionalistas que ao longo dos anos foi sendo incorporados no âmbito do Serviço Social brasileiro<sup>43</sup>.

Segundo a Teorização do Serviço Social (1986), no ano de 1967, entre os dias de 19 a 26 de março, aconteceu o I Seminário de Teorização do Serviço Social, em Minas

---

<sup>41</sup> Idem pg 34

<sup>42</sup> Idem pg 59 e 60.

<sup>43</sup> Idem pg 60

Gerais (Araxá), o serviço social foi tomando outra postura no Brasil, para melhor entendimento dos processos históricos, junto com a população, governo e assistentes sociais, elaboraram o Documento de Araxá onde vão constar várias definições para a divisão de especificidades dentro de suas particularidades das demandas do serviço social <sup>44</sup>.

## 2.2 O Desenvolvimento de Comunidade

Para Aguiar (1985), o Serviço Social vai tomando novos redirecionamentos, como por exemplo, o Desenvolvimento vai surgir como uma nova perspectiva ideológica para demarcar os períodos que vão antecedendo, assim como a história brasileira, sendo que um dos objetivos do desenvolvimento é o crescimento do país.

Essa metodologia assim como outras técnicas veio importada dos Estados Unidos e vão se adequando conforme as demandas brasileiras e perpassaram por várias datas históricas, assim o serviço social e o desenvolvimentismo se fundiram durante o crescimento da industrialização, com a modernidade na qual é protagonista como objeto detentor de uma reflexão, como será implantado o conhecimento através das experiências. Essas vertentes fizeram parte da composição da ação das estruturas organizacionais da profissão para uma contextualização que faz parte do processo histórico<sup>45</sup>.

Para que essa nova técnica fosse transformada em sucesso os assistentes sociais resolveram participar dessa proposta do projeto desenvolvimentista e nesse novo formato de processo de mudança existiu a possibilidade de novas soluções técnicas para as problemáticas de estruturas sociais.

O desenvolvimento de comunidade é a definição que mais se adéqua com o Serviço Social, por ser detentor das ações de diagnosticar as demandas dos usuários e intervir, visando somente a ocupar-se de seus objetivos para a estruturação das teorias e praticas disciplinares profissionais para consolidação de suas ações organizacionais com a área governamental e o capitalismo<sup>46</sup>.

Pode-se compreender O Desenvolvimento de Comunidade assim:

Processo através do qual os esforços do próprio povo se unem aos das autoridades governamentais, com o fim de melhorar as condições econômicas, sociais e culturais das comunidades, integrar essas comunidades na vida nacional e capacitá-la a contribuir plenamente para o

---

<sup>44</sup> Teorização do Serviço Social: documentos, Araxá, Teresópolis e Sumaré – AGIR CBCISS – 2ª edição – 1986, pg 08

<sup>45</sup> Conforme Aguiar de 1985, 3ª edição, pg 28 e 29, Serviço Social e Filosofia das Origens a Araxá, pg 69.

<sup>46</sup> Idem pg 69.

progresso do país. (AMMANN apud AGUIAR, 1995, p. 89)<sup>47</sup>.

O Desenvolvimento de Comunidade perpassou por várias definições, mas o termo foi o que mais se adequou com a realidade e as demandas brasileiras, porém os profissionais estavam vivendo uma nova fase da profissão junto com o país, então foi necessário encontrar vertentes para o processo histórico.

Para Aguiar (1985), por volta de 1945, fica instituída a Organização das Nações Unida (ONU) que vem para dar suporte aos países que sofreram com as guerras e situação econômica precarizada, em crescimento industrial da América Latina e aos países subdesenvolvidos, para a modernidade capitalista, desenvolvendo ações, projetos com técnicas de contribuição sociais e econômicas, atreladas com o serviço social brasileiro para resolver ou viabilizar norteadores para as demandas sociais brasileiras <sup>48</sup>.

Nos anos 60, permeado pela Ditadura Militar, uma nova idéia desenvolvida na Inglaterra a partir da ideologia da ONU, tem por objetivo dar subsidio em oferecer alimentos e aparato financeiro, para amenizar a pobreza e é distribuído na América Latina e no Brasil com o slogan: Aliança para o Progresso e Alimento para a Paz e junto com esses alimentos vem a era do desenvolvimentismo e o Serviço Social da comunidade, com esse novo formato, o foco era organizar metodologias de implantação de política desenvolvimentista do governo, o qual era presidido por Juscelino Kubitschek.

O Serviço Social toma outra forma de expansão sendo desenvolvido dentro das empresas, e mantendo vinculo com a classe burguesa, procurando resguardar os direitos da classe operária, pois havia uma intenção por trás dos cuidados dos assistentes sociais com os operários, eles sabiam o quanto era importante manter os empregados amparados, para que esses não viessem se rebelar contra a política imposta no momento por parte dos dominantes<sup>49</sup>.

### 2.3 O Movimento de Reconceituação

Segundo Araujo (2012), o Serviço Social foi inserido em outras dimensões e novas demanda, havia limites para a atuação dos profissionais, eram impedidos de questionamentos políticos e de outros setores como sociais e econômica, devido ao período político, assim emerge o Movimento de Reconceituação, houve uma compreensão por parte dos profissionais, de que era necessário pensar uma profissão

---

<sup>47</sup> Conforme cita Araujo de P. R. C. G, Pratica Profissional do Assistente Social no Cras, 48 pgs, Monografia, Centro Universitário Geraldo DI Biase Fundação Educacional Rosemar Pimentel Instituto de Ciências Sociais e Humanas Serviço Social, Bairro de Fátima em Porto Real, Volta Redonda 2012, pg 21.

<sup>48</sup> Conforme Aguiar de 1985, 3ª edição, pg 28 e 29, Serviço Social e Filosofia das Origens a Araxá,pg 70.

<sup>49</sup> Idem pg 70

que fosse desenvolvida com teorias, técnicas e metodologias, o movimento surgiu com um novo viés para a profissão, emergiu a oportunidade do questionamento ao modelo tradicional do serviço social, sendo vinculado ao conservadorismo.

“O Serviço Social latino americano é sensibilizado pelos desafios da prática social. Sua resposta mais significativa se consubstancia na mais ampla revisão já ocorrida na trajetória dessa profissão, que tem aproximadamente seis décadas de existência. Essa resposta é o movimento de reconceituação. Esse se perfilou, como um movimento de denúncia – de autocrítica e de questionamentos societários – que tinha como contra face um processo seletivo de busca da construção de um Serviço Social latino-americano. Saturado de historicidade, que apostasse na criação de novas formas de sociabilidade a partir do próprio protagonismo dos sujeitos coletivos.” (IAMAMOTO, 2001, p.207. Grifo à autora)<sup>50</sup>.

O Serviço social perpassou por vários processos históricos e marcos, em meio a esses processos, o profissional continuou buscando por renovações que pudessem atender as demandas da classe operária e as adequações dentro do sistema capitalista, porém para que isso fosse possível foi necessário cessar com as metodologias tradicionalistas que regiam a profissão até o presente momento, para dar lugar a nova metodologia onde os assistentes sociais, compreendiam ser a mais adequada, para a compreensão da política, da economia brasileira e da sociedade.

Dentro dessa perspectiva, houve um progresso nas reflexões sobre as teoricidades do serviço social, relacionados às práticas do assistencialismo, tendo por objetivo traçar metas com as discussões sobre a profissão sendo aliada a realidade das demandas dos trabalhadores, esse movimento não aconteceram por meio de idéias e posições homogêneas. A criticidade permeou pelo sistema capitalista e a problematização sobre o papel do assistente social e suas demandas derivadas do capitalismo.

Compreendeu-se que o Movimento de Reconceituação do Serviço Social, emergiu na América Latina, os profissionais se posicionam em relação para expressar a decepção com sobre a execução da profissão porém, eles tinham o conhecimento das restrições teórico-instrumentais e político-ideológicas.

Houve algumas correntes e tendências que nasceram do movimento de reconceituação, a partir dessas tendências o projeto tecnocrático para modernizar a profissão vai ser expresso através da elaboração dos documentos de Araxá e Teresópolis, entretanto esse documento somente após a Ditadura Militar torna-se amplamente divulgado<sup>51</sup>.

---

<sup>50</sup> Conforme cita Araujo de P. R. C. G, Prática Profissional do Assistente Social no Cras, 48 pgs, Monografia, Centro Universitário Geraldo DI Biase Fundação Educacional Rosemar Pimentel Instituto de Ciências Sociais e Humanas Serviço Social, Bairro de Fátima em Porto Real, Volta Redonda 2012, pg 21.

<sup>51</sup> Idem pg 23

## 2.4 Vertentes da Reconceituação

Segundo a Teorização (1986), o fenômeno da Ditadura Militar, que mexeu com as estruturas do país ainda produziu efeitos no cenário do Serviço Social, apareceu com perspectivas de mudanças dentro da profissão e no perfil dos profissionais, buscando atender as demandas dos indivíduos, inserindo qualidade de serviços ofertados pela profissão, trazendo uma nova releitura dentro do contexto social da classe operária, essa transformação foi chamada de Vertente Modernizadora com viés conservador, e fundamentada no estrutural funcionalismo norte-americano, procurou adequar o Serviço Social ao desenvolvimento nos anos setenta, entretanto em meados dos anos setenta, teve o intuito de referenciar a profissão com instrumentos e técnicas sociais, na utilização de estratégias capitalistas que pudessem atender as demandas da classe operária, para se chegar nessa conclusão foi necessárias a discussão dos profissionais do serviço social em encontros realizados em forma de Seminários, como a Teorização do Serviço Social, onde resultou em documentos específicos, foram três momentos históricos, sendo o primeiro o Documento de Araxá em 1967, o segundo foi discutido sobre a Metodologia do Serviço Social em Teresópolis em 1970, e o último foi discutido sobre a Cientificidade do Serviço Social em Sumaré em 1978 <sup>52</sup>.

Para Netto (2011), o Materialismo Histórico Dialético sempre vai estar em constante transformação, a vertente modernizadora, assim como outras vertentes emergiram como dicotomia do Movimento de Reconceituação, seu processo se dá no seminário de Araxá de 1967 e foi se consolidar no Seminário de Teresópolis em 1970, dentro desse formato o serviço social surgiu como interlocutor no processo desenvolvimentista<sup>53</sup>.

Outra vertente referenciada é a Reatualização do Conservadorismo, surgiu com metodologias singulares da intervenção do profissional, ela se propõe a manter os valores tradicionais, visto que o conservadorismo do serviço social veio de alguns profissionais, atrelados as tradições da profissão que resistiram na dissolução de compromisso assumido com o estatuto, consistiam em manter a visão sobre a sociedade com pensamento que emergiram da igreja católica tradicional, alguns profissionais acreditavam que o Serviço Social era atribuído como contributiva psicossocial.

Para compreender como foi o processo do Serviço Social, em algumas fases, a Fenomenologia realiza estudo dos fenômenos e como se manifestam, seja através do tempo ou do espaço, é uma matéria que consiste em estudar a essência das coisas e

---

<sup>52</sup> Teorização do Serviço Social: documentos, Araxá, Teresópolis e Sumaré – AGIR CBCISS – 2ª edição – 1986, pg 08.

<sup>53</sup> Netto, José Paulo, - Ditadura e Serviço Social: Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64, 16ª edição – São Paulo – Cortez, 2011, pg 156.

como são percebidas no mundo. No âmbito do Serviço Social, ela influenciou através dos resultados dos estudos realizados pela fenomenologia, o profissional poderá traçar métodos de como atuar no seu cotidiano, utilizando esse instrumento como interventivo entre sujeito e sociedade, e ajudou a compreender como foi à adaptação das várias transformações que a profissão perpassou, refletiu também na vida dos usuários que utilizam os serviços, para que eles possam entender como eles são visto pela sociedade e no seu âmbito social, e qual a sua consciência e concepção da visão de mundo.

Existia uma contradição entre os profissionais, alguns ainda eram influenciados pela imposição funcionalista da ditadura, enquanto outros lutavam por novas perspectivas pela vertente modernizadora<sup>54</sup>.

O Movimento de Reconceituação do Serviço Social da América Latina, foi norteador para as contribuições do processo de aceleração da Ruptura com o tradicional conservadorismo do serviço social brasileiro, houve renovação crítica da execução da profissão, devido aos movimentos sociais por causa das desigualdades sociais a formulação da perspectiva aconteceu em oposição a autocracia burguesa com as crises da autocracia burguesa o movimento de reinserção dos anos setenta e oitenta, do movimento operário que se inicia nova dinâmica de liberdade e democracia dessa perspectiva construiu com novas bases esta intenção crítica e apropriada de um eixo que expressavam o processo de laicização de ruptura da sociedade burguesa que marcaram a erosão do tradicionalismo e o questionavam, segundo o reflexo da crise econômica e política, diante desse contexto os profissionais almejavam novas técnicas que fossem adequadas ao sistema e que atendessem as demandas dos trabalhadores, utilizando os instrumentais técnico-operativos, segundo (MARTINELLI, 1994 p. 137), é um “conjunto articulado de instrumentos e técnicas que permitem a operacionalização da ação profissional”, o profissional deverá ter conhecimento dos instrumentos técnico-operativos, teórico e prático para a sua aplicabilidade no seu cotidiano como: Acesso à Cidadania são: folha de produção diária, conversas informais, documentação, reunião, observação, entrevistas, fichas de cadastro, encaminhamentos, registros, acompanhamento social, relatórios e visitas domiciliares. Diante desse cenário, a profissão e os profissionais, continuam a caminhada em busca de perspectivas que atendam os seus anseios, que seja dinâmico e criativo, conforme o crescimento das desigualdades sociais<sup>55</sup>.

Compreende-se que o Serviço Social teve sua origem embasada nos fundamentos teóricos cristão da Igreja Católica, e ao longo do tempo a profissão perpassou por vários

---

<sup>54</sup> Idem, pg 208, 209, 210, 211.

<sup>55</sup> Idem: pg 248

momentos históricos, compreendendo que o serviço social nasceu a partir das demandas burguesas, e foi se adequando conforme os períodos históricos, dessa forma os profissionais também foram se adequando e inseridos nessa transformação, sendo assim ambos passam pelo mesmo processo histórico, e as perspectivas de mudanças surgiram de forma vinculada para atender as demandas da classe operárias.

## 2.5 Serviço Social nos anos 70

Na década de 70 os assistentes sociais trabalhavam sem perspectiva, apesar de acreditarem em sua ideologia e são visto como controladores do Estado, trabalhavam meramente para atender suas necessidades físicas e fisiológicas dos usuários. Como já foi dito vale lembrar que o surgimento da profissão surgiu da necessidade que se instalou no país por causa do crescimento das cidades e do mercado de trabalho com o surgimento das indústrias, com isso, emergiu a classe operária, e começaram a se organizar para lutar pelos seus interesses tendo como imposição a burguesia e ao mesmo tempo o fortalecimento para o Serviço social<sup>56</sup>.

Lembrando que a ditadura militar ainda era presente na sociedade e o serviço social foi vivenciando as demandas emergentes da ditadura, e teve a oportunidade de repensar o seu objeto, tendo por objetivo fazer parte do movimento social que englobasse todas as categorias profissionais e várias instâncias, que pudesse garantir acessibilidade aos diferentes serviços ofertados por esses órgãos, dessa forma haveria distribuição igualitária nos programas sociais desde que os indivíduos preenchessem os requisitos.

Embora a profissão seja subordinada ao capitalismo, ela conseguiu se articular para compreender a importância do seu objeto, para se planejar uma reorganização e pensar numa linha de estudos objetivando as universidades, dentro do marxismo e suas teorias. Desse modo o Serviço social foi se firmando como profissão desenvolvida no âmbito das instituições, buscando a promoção e inserção dos indivíduos junto ao bojo da sociedade e família<sup>57</sup>.

---

<sup>56</sup> O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional, Marilda Villela lamamoto. - 3. ed. - São Paulo, Cortez, 2000, pg 43

<sup>57</sup> Netto, José Paulo, - Ditadura e Serviço Social: Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64, 16ª edição – São Paulo – Cortez, 2011, pg 250

## 2.6 Serviço Social nos anos 80

Para lamamoto (2000), com o passar dos tempos a profissão mostrou-se estar atrelada com a realidade imposta pela sociedade no geral, tendo em vista que ainda era necessário um processo de atualização constante que acompanhasse o ritmo de mudança. Os sujeitos sociais se tornaram protagonistas pelas lutas por uma sociedade democrática, os movimentos sociais se tornaram ascendente e essenciais na construção das mobilizações em torno da elaboração e aprovação da carta Constitucional de 1988. Nesse contexto, vários segmentos que compunham a sociedade civil pressionavam os assistentes sociais em relação a pratica profissional, essa pressão pela qual a categoria passou serviu de estímulo para ir buscar as diretrizes gerais para a composição dos cursos nos currículos mínimos dos quais não faziam parte como está estabelecido pelas diretrizes<sup>58</sup>.

Lembrando que o profissional da área de atuação deve seguir as concepções, teórico-metodológicos, deve mostrar-se engajado nas lutas para requerer direitos iguais na sociedade em relação aos que se encontram as margens de vulnerabilidade.

Segundo Netto (2011), compreende-se que a profissão surgiu das transformações e vinculados nos processos sócios histórico, pautada na regulamentação da categoria, embora seja um profissional liberal, mas é embasado nos teóricos-metodológicos, técnico-operativos, instrumentalidade, para a execução das atividades dos profissionais como mediador na relação capital/trabalho, dentro dos diferentes contextos que se apresentam as demandas sociais<sup>59</sup>.

Para lamamoto (2000), o profissional tem uma aproximação com os usuários no momento da sua participação no seu cotidiano, sendo que um dos seus norteadores serão os princípios fundamentais inscritos no Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais (1993):” ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos da classe trabalhadora”<sup>60</sup>.

---

<sup>58</sup> O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional, Marilda Villela lamamoto. - 3. ed. - São Paulo, Cortez, 2000, pg 50

<sup>59</sup> Netto, José Paulo, - Ditadura e Serviço Social: Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64, 16ª edição – São Paulo – Cortez, 2011, pg 51

<sup>60</sup> O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional, Marilda Villela lamamoto. - 3. ed. - São Paulo, Cortez, 2000, pg, 51

## 2.7 Serviço Social nos anos 90

Devido aos vários processos históricos pelo qual os assistentes sociais perpassaram, ao ingressarem nos anos 90, a categoria foi abarcada de experiências profissionais e se reconhecendo pesquisadora, no decorrer das discussões sobre as políticas sociais públicas, destaca-se a assistência social, por ser direcionada aos direitos sociais e esta atrelada ao Estado e sociedade civil, esse conjunto foi solidificar a importância do debate do assistente social se reconhecer dentro da sua identidade profissional, esse cenário se mostrou também como ruptura das várias discussões pelo que passou o profissional ao longo da sua construção como de estratégias técnico operativas no exercício da profissão <sup>61</sup>.

Na atual conjuntura existem desafios, devido às experiências da profissão que traz em seu cunho acúmulo de teorias, dessa forma vai haver um olhar mais denso para a concepção de estratégias, técnicas para a execução do trabalho profissional, com suas peculiaridades para os seus objetos de estudos e ações do assistente social.

Existe uma concordância entre os profissionais da inserção nos engajamentos políticos ou ainda uma base técnico-operativa, entendiam a necessidade de trabalho em conjunto para se buscar novas alternativas eficientes para a execução das atividades profissionais.

Partindo do pressuposto da abrangência para além do reconhecimento da importância da ação profissional no campo da política, e partindo do princípio da sua inserção nos movimentos da sociedade. A categoria segue na perspectiva das discussões sobre a identificação dos obstáculos encontrados na sua caminhada, que é o: o teorismo, o militantismo e o tecnicismo, para se diagnosticar soluções condizentes com a categoria, ou seja, para se alcançar o objetivo do exercício da profissão será através do empoderamento, dentro de uma concepção teórico-metodológica, vivenciadas no cotidiano e dando continuidade na linha de estudos de pesquisas tendo como ponto principal os questionamentos da profissão, para que ela possa ser legitimada dentro das suas indagações na busca de respostas envoltas nas atribuições da materialidade nos segmentos ético-políticos norteadores do projeto profissional, as pesquisas servirá de suporte para se entender os diversos processos sociais que perpassam pelas áreas de atuação dos profissionais <sup>62</sup>.

---

<sup>61</sup> Idem pg, 51

<sup>62</sup> Idem pg 51

## 2.8 Serviço Social na Contemporaneidade

O serviço social chega à Contemporaneidade, percebendo a importância de compreender a necessidade de ter transitado por os todos os processos pelo qual passou e entendeu o seu papel na sociedade da necessidade de ser interlocutor na sociedade civil, estado e sujeitos, dessa forma a profissão vem inserida numa nova roupagem preocupada com a classe operária e o trabalho propriamente dito, onde acontecem os processos de reprodução e produção expressas através da força de trabalho, sejam da vida material e dos modos de vida, por isso se faz necessário a presença dos assistentes sociais para as mediações nas questões dentro das relações sociais de trabalho, garantindo assim o desenvolvimento do setor político ideológico para a sobrevivência das relações sociais que necessitam de uma combinação transparente unificada <sup>63</sup>.

A partir desse pressuposto os profissionais, visam um comprometimento assertivo, englobando a legitimidade da democracia, da liberdade, da igualdade e da justiça social, sabendo que fortalecendo-os, buscar por direitos e pela ampla cidadania, esse conjunto de ações vai de encontro ao único objetivo de várias transformações pelo qual a profissão veio perpassando até aqui, que será o desenvolvimento social inclusivo.

Compreendendo-se que a busca por uma promoção ideológica dentro do serviço social, pelo menos duas concepções irão emergir: nos processos de redefinição dos sistemas de proteção social e as manifestações das expressões da questão social. Essa constante transformação dentro do contexto estrutural e dos profissionais vai demandar um profissional apto as mudanças com um perfil empoderado, dentro do teórico-metodológico, com uma visão ampla e esclarecida dentro da realidade da classe operária, para que possam fazer articulações entre o indivíduo com o coletivo, ou seja, esse profissional vai atuar a partir do contexto do qual ele vai fazer parte como mediador, interventivo, na promoção do bem estar dos sujeitos, seja através das organizações públicas ou empresas privadas, independe da modalidade pela qual ele estará inserido os atendimentos a esse cidadão vão acontecer, conforme descrito a Lei de nº 8.662, de 7 de junho de 1993, que regulamenta a profissão, a partir da CF de 1988, e também descrito conforme as diretrizes norteadoras do projeto desdobrado através do Código de Ética Profissional do Assistente Social, de 1993 <sup>64</sup>.

Durante o período dos anos 90 e 2000, as políticas sociais irão se consolidar na gestão do sistema sócio-assistencial onde vai acontecer a sua descentralização, os

---

<sup>63</sup> O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional, Marilda Villela Iamamoto. - 3. ed. - São Paulo, Cortez, 2000.

<sup>64</sup> Idem pg 28

programas e projetos sociais desenvolvidos, é para atender uma parcela da população desde que preencham os requisitos elaborados pelo sistema, tendo como alvo principal o pauperismo<sup>65</sup>.

Na atual conjuntura foram revistos pelo governo os requisitos, para a acessibilidade aos programas e projetos envoltos numa contenção, para privilegiar outros setores e mínimos sociais, privando dessa forma a contemplação abrangente de uma totalidade humana, que seria a forma de atender aos trabalhadores que delas necessitassem, porém essa visão emerge de maneira excludente.

Dentro desse contexto social, os assistentes sociais são contemplados com a abrangência da sua atuação para atender as demandas dos trabalhadores conforme elas irão surgindo diante das várias múltiplas expressões oriundas das reivindicações da classe operária, é necessário o exercício da prática de pensar e repensar os Fundamentos teórico-metodológicos da profissão, para que não haja retrocesso na prática dos assistentes sociais, devido às várias profissões e suas especificidades que estão emergindo com as transformações sociais e mercado de trabalho <sup>66</sup>.

## 2.9 O Serviço Social na Saúde

Segundo Tânia Regina Kruger (2010), o Serviço Social é uma profissão oriunda das necessidades sociais e tendo sua formação inicial dentro da Igreja Católica, ela se auto afirma, como especialização do trabalho coletivo que veio da divisão social do trabalho e que tem por princípio o ato da força de trabalho do homem através das relações sociais. Com a expansão da atividade do Serviço Social dentro dos parâmetros legais é necessário que haja profissionais especializados para atender as necessidades do indivíduo inserido na sociedade capitalista.

O Serviço Social começou a ter uma aproximação mais abrangente no âmbito da Proteção Social e da Seguridade, trata-se um novo desafio uma vez que a saúde hospitalar, habitação popular, movimentos sociais, gênero, adolescente e crianças já são mais dominados pelo Serviço social dentre outros.

Sendo assim o campo da política de Assistência Social, surgiu no âmbito da seguridade social por meio de lutas e propostas articuladas, para que houvesse um ajuste

---

<sup>65</sup> Idem pg 29

<sup>66</sup> Idem pg 29

na situação de benefícios não contributivos pertinentes a gestão da previdência social.

A partir do âmbito do SUS, o serviço social vem abrangendo um significativo espaço de atuação para os profissionais da área, “a força que a temática do social e do trabalho com o social vem ganhando no âmbito da saúde, através das diferentes profissões” (MIOTO, NOGUEIRA, 2009, p 223)<sup>67</sup>. Sendo assim fica visível um enfrentamento de desafios por parte dos profissionais abrangendo o teórico, instrumental e político.

Segundo Tânia Regina Kruger (2010), afirma que para alcançar um ideário modelo de saúde foi necessário perpassar por várias transformações até chegar ao SUS, deixando ao longo da sua caminhada vários legados da assistência social tanto racional como o funcional na área da saúde, exigindo assim dos profissionais uma perspicácia no reconhecimento das vertentes técnico-político que seriam praticadas pela Reforma Sanitária e do SUS.

Durante o debate da Reforma Sanitária e as proposições da 8ª Conferência, em relação, em relação às deliberações das relações sociais do processo saúde e doença, a visibilidade sobre concepção de saúde foi transitória durante as discussões no âmbito da conferência segundo o resumo de Sérgio Arouca (1987, p. 36):

Saúde não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem-estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e até, a informação sobre como se pode dominar o mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema, político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como a violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos os interesses que não sejam os do povo. Sérgio Arouca (1987, p. 36)<sup>68</sup>

Partindo desse pressuposto, os profissionais devem dominar a historicidade da área da saúde e na vida social, ou seja, não será aceito mero conhecedor por antecipação das características peculiares no âmbito da saúde, diante desse conhecimento técnico e teórico vai incidir o planejamento das ações da demanda profissional.

No âmbito do SUS para o profissional ser interventivo subentende a necessidade de reconhecer as questões defendidas pela sociedade, discernindo as potencialidades

<sup>67</sup> Segundo MIOTO, NOGUEIRA, (2009, p 223, apud Kruger , 2010, pg 123).

<sup>68</sup> Segundo Sérgio Arouca, (1987, p. 36, apud Kruger , 2010, pg 131).

enquanto política social sendo inclusiva e universalizadora, por outro lado, Kruger deixa claro que a política social atendida pelo sistema é tratada de forma superficial nas discussões dos segmentos sociais responsáveis pelas transformações na área da saúde, para que haja qualidade pelos profissionais e satisfação dos usuários usufruindo de um sistema gratuito ofertado pelo governo <sup>69</sup>.

Após o governo realizar as descentralizações dos repasses dos recursos financeiros e das responsabilidades pelos pagamentos de serviços realizados pelos municípios, através dos processos de municipalização, abre um leque de oportunidades para vários profissionais da área, permitindo um convívio mais amplo com os usuários, conhecendo o seu cotidiano e suas particularidades, dos processos de planejamento, entendendo a logística do sistema<sup>70</sup>.

Na atual perspectiva permeando nos processos de saúde e doenças atreladas com o reconhecimento das determinações sociais, no âmbito do executivo/gestão, foram direcionadas algumas especificidades de programas para subsidiar o atendimento dos usuários, ampliando assim o campo e as demandas do assistente social, devido ao índice do crescimento de enfermidades emergentes em relação ao estilo de vida e de trabalho. A partir daí surge à construção de novos espaços de atuação interdisciplinar e Inter setorial, na promoção e prevenção das doenças, como na área da educação em saúde, trazendo para legitimar espaços não pertencentes ao serviço social, diante desse cenário os profissionais podem formular toda a logística de funcionalidade através de planejamentos elaborados realizando análise para deliberar estratégias e técnico-operativo para atender essa nova realidade aparente no serviço social<sup>71</sup>.

Os assistentes sociais entendem que quando esse planejamento é realizado junto com os envolvidos no sistema, ou seja, comunidade, trabalhadores, é necessário a socialização de informações perpassadas pelos setores, relativas às orientações dos programas e serviços. Entende-se que esse tipo de socialização entre profissional e usuário surge como educação de cultura na construção das políticas sociais,

A municipalização foi um norteador proporcionado pelo SUS para que o serviço social entenda a sua tradição na área da saúde, e restrito na atenção básica, e ao mesmo tempo existe uma mudança de cenário conforme as reivindicações das necessidades sociais e da saúde. O serviço social foi abrangendo novos formatos de atuação conforme as necessidades, englobando conhecimentos das operacionalizações de todo o sistema,

---

<sup>69</sup> Tânia Regina Krüger: SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: ESPAÇOS DE ATUAÇÃO A PARTIR DO SUS. . Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. IX, n. 10, Dez. 2010, Disponível em: [file:///C:/Users/usuario/Downloads/7-Kruger%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/7-Kruger%20(2).pdf)  
Acessado em: 08 maio 2017 pg 125.

<sup>70</sup> Idem pg 131.

<sup>71</sup> Idem pg 132.

onde são desenvolvidas as ações referentes aos programas de tratamento, na promoção e prevenção de saúde direcionada a públicos específicos, (idade, gênero, patologias, dependente químico, vigilância e saúde.),

É importante ressaltar que as relações dos multiprofissionais se fazem presente na intersetorialidade dos programas Estratégia Saúde da Família (ESF), o Programa de Saúde da Família é a estratégia definida pelo Ministério de Saúde (MS) para oferecer uma atenção básica mais resolutiva e humanizada no país. A Atenção básica é um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É a porta de entrada do sistema de saúde e se articula com os outros níveis de atenção. O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASFs). Segundo o [...] Departamento de Atenção Básica (DAB), NASF é uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, das Equipes de Atenção Básica para populações específicas, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes.

Criado com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, o NASF deve buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários e ambientais dentro dos territórios, por meio de atendimento do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)<sup>72</sup>.

Compreende-se a importância dos assistentes sociais, ocuparem todos os espaços de atuação que irão surgir conforme as necessidades, bem como serem inseridos nos Conselhos e Conferências de saúde, deixando claro que esse instrumento não vai ocupar o lugar dos movimentos sociais e sim para fortalecer e subsidiar as discussões das necessidades emergentes na vida dos usuários e no direcionamento dos profissionais atendendo as demandas dos usuários que são pontuadas no cotidiano extraídas das discutidas nas reuniões dessas instâncias.

Atualmente a atuação do serviço social na área da saúde vem se destacando, diante das circunstâncias conforme as enfermidades emergem em relação ao estilo de vida e trabalho na contemporaneidade, o homem tem seu ritmo de vida acelerado, tendo

---

<sup>72</sup> Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/dab.php>  
Acesso em: 10 de maio de 2017.

metas a cumprir, vivendo sob pressão, durante esse processo o sujeito está propenso a contrair doenças clássicas, de alta complexidade e as que são incógnitas para a medicina, outras necessitam de medicação de alto custo, cuja manipulação é fora do país, bem como o tratamento que não são ofertados aqui no país. Analisando essa perspectiva, as demandas do serviço social irão emergir em vários campos de trabalho como as diversas profissões que surgiram ao longo dos anos dessa forma são de responsabilidade do profissional a garantia de direito aos trabalhadores ao acesso às medicações e tratamentos.

Para Vasconcelos (2011), o debate da inserção do serviço social na da saúde trás para a categoria a essência de entendimento da importância das discussões em conjunto com a equipe multidisciplinar, desenvolver ações, da construção do projeto ético-político da categoria profissional no SUS, resultando um atendimento de qualidade à população usuária do sistema, buscando soluções através das ações para o enfrentamento das demandas que surgirão a partir das reclamações dos usuários feitas ao assistente social, para se alcançar esse objetivo se faz necessário que os assistentes sociais tenham conhecimento de como se identificam as prioridades das demandas que emergem das reclamações realizadas pelos usuários aos assistentes sociais, através das análises e planejamentos será possível traçar métodos e estratégias para realizar ações que atendem as demanda dos sujeitos de direitos no âmbito do seu convívio social.

Para que haja esse atendimento de qualidade vai exigir do profissional um compromisso de qualificação por meio de leituras, de planejamento, na construção de estratégias, enfim um conjunto de ações contidas no teórico-metodológico, essa qualificação será refletida através dos encaminhamentos direcionados aos usuários no atendimento de suas especificidades. Por outro lado o profissional qualificado tem possibilidade de assegurar o acesso e ampliação dos direitos às políticas públicas e do controle social.

Durante a construção da sociedade democrática, os sujeitos de direitos pertencentes a esse núcleo social, tiveram suas histórias de vida afetadas pelos processos históricos, esse momento foi refletido através das expressões da questão social, representada pelas desigualdades sociais, foi fator determinante para o crescimento da pobreza, fazendo com que o indivíduo viva em estado de vulnerabilidade.

Compreende-se que por meio das políticas públicas é viável condicionar os sujeitos em um nível de qualidade de vida, condizente com o padrão de vida garantido pela CF/88, podendo sair da vulnerabilidade social, mas mantendo o objetivo essencial que é a garantia ao acesso aos bens e serviços e dessa forma resultará numa condição

igualitária para todos.

Para Vasconcelos (2011) faz um questionamento, ressaltando que os assistentes sociais, devem ser aptos para identificar as ações localizadas baseadas na compreensão estrutural da problemática centralizada, possibilitando a prática do planejamento e avaliando as suas conseqüências, mesmo na, atual conjuntura da hegemonia neoliberal na economia e política, como será a pratica de mediação dos assistentes sociais por meio do Sistema Único de Saúde e o Projeto ético-político Serviço Social?

Para responder é necessário refletir como os assistentes sociais apresentam-se dentro dos seus conhecimentos profissionais, ele deverá ser um profissional interventivo, construir o seu planejamento, suas ações e estratégias voltadas para atender as demandas do trabalhador e subentendendo a necessidade de reconhecer as questões defendidas pela sociedade, discernindo as potencialidades enquanto política social sendo inclusiva e universalizadora<sup>73</sup>,

---

<sup>73</sup> Vasconcelos Ana Maria; Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde, pg, 17.

## CAPÍTULO III

Em relação ao questionário aplicado aos profissionais, encontrei dificuldade, a metodologia aplicada inicialmente foi a mesma descrita no Pré-projeto, onde os dados coletados seriam através da entrevista individual para coletar as respostas do questionários aberto através de telefone, e visita, porém não ocorreu como previsto, pois a assistente social solicitou que eu enviasse por e-mail o questionário, mas o seu retorno demorou além do esperado, pelo fato da equipe se encontrar com várias demandas aguardando respostas, e não contam com o número suficiente de pessoal especializado, estive pessoalmente no aparelho para entregar o questionário em mãos por indicação da Assistente social, com um mês e meio de antecedência antes do prazo estabelecido para o recolhimento das respostas, não obtive sucesso, o médico não soube responder o questionário por não ter conhecimento do assunto em questão, fiz a substituição por outra profissional conforme orientação da professora, porém ela também não deu retorno, por isso a análise se constituiu somente com esses dois profissionais e um usuário.

A pretensão da pesquisa a princípio seria com 02 (dois) usuários, por ano e estabilidade, um no ano de dois mil e quinze e um no ano de dois mil e dezesseis, sendo um masculino e um feminino estabilizado, sem recaídas e retornando às suas atividades de rotina, principalmente ao trabalho, entretanto não foi possível a realização da pesquisa com os dois usuários, porque um encontrava-se em estado de vulnerabilidade e houve recaída por não adesão totalmente ao tratamento ofertado no CAPS, por isso foi realizado somente com um usuário que se encontra estabilizado desde o ano de dois e quinze e retomou a sua vida normal.

### 3.1 Análise e interpretação

CATEGORIA DE ANÁLISE 1: contribuições que cada um dos profissionais da equipe multiprofissional oferece no tratamento dos usuários com dependência química.

Assistente Social: “É necessária uma abordagem multidisciplinar para que o tratamento seja eficaz. Desintoxicação, psicoterapia, terapia ocupacional e assistência social é apenas parte do tratamento. Além da articulação, há necessidade de grande dedicação por parte de quem aplica o tratamento. O atendimento ao usuário exige habilidade e disponibilidade emocional dos profissionais envolvidos o que demanda grandes investimentos, inclusive em treinamento e constantes capacitações e aperfeiçoamento. O sucesso do tratamento passa pela vontade do usuário de se manter

afastado das drogas. Ele se aproxima do conceito de abordagem multidisciplinar sendo que a desintoxicação tem seu papel no sentido de reduzir os danos a que está sujeito o usuário e ainda necessita de apoio médico, psiquiátrico, social, familiar e psicológico. A abordagem multidisciplinar deve levar em conta o uso concomitante de outras drogas em especial o álcool (muitas vezes porta de entrada para as outras drogas). A família é fundamental para que o usuário se mantenha motivado e comprometido com o tratamento. No entanto, a maioria destas famílias é disfuncional. Por isso a importância de trabalhar com as famílias no tratamento”.

Psicólogo: “O Psicólogo é antes de tudo um facilitador, ele trabalha no intuito de promover a auto-estima do usuário e da equipe de trabalho, quer seja dentro de um modelo de saúde pública, que pensa em ações preventivas, e educativas. É responsável ainda por promover trabalhos em grupo, facilitar o entendimento do cliente quanto sua nova condição de saúde, as necessidades e como deve cooperar com o tratamento. O psicólogo propicia ao usuário um espaço para expor suas dúvidas, pensar e falar sobre si e sobre tudo que o cerca; trazer seus verdadeiros anseios, medos e credos em relação a sua doença. Colabora com o estabelecimento do vínculo com a equipe e com isso promove a recuperação e inserção social através da confiança e elevação da auto-estima. Cabe ao psicólogo acompanhar desde a recepção dos pacientes, a exposição sobre seu histórico de doença atual e a percepção do tratamento, atuando de forma pontual de modo a fazer emergir as questões de ordem subjetiva. O enfoque que se espera do psicólogo nestes trabalhos é a informação, fundamental como elemento para o pensar, e todas as orientações comportamentais que facilitam os processos do tratamento. Ele é responsável por discutir assuntos que são constrangedores para outros profissionais e que tanto o usuário, quanto a família consegue discutir com o psicólogo. O psicólogo deve ter um papel ativo, que facilita tanto a equipe técnica quanto o grupo de pacientes a perceberem as implicações emocionais envolvidas em todas as fases da vida”.

**CATEGORIA DE ANÁLISE 2:** contribuições que os projetos ofertados no CAPS I oferecem no tratamento dos usuários com dependência química.

Assistente Social: “Os projetos do Caps são dinâmicos, podendo ser acrescido ou reformulado a qualquer momento. As atividades são programadas em uma base realista no potencial de cada usuário para as mudanças. Sendo assim os resultados e os objetivos estão concentrados na farmacológica, cuidados da vida diária e vida prática, estimulando cognitiva e na interação individuo-ambiente. A rotina estruturada com

horários de atividades pré estabelecidas possibilitando o exercício de novas respostas comportamentais e otimizar capacidades funcionais, focando em recursos, capacidades, habilidades, hábitos e costumes de cada usuário.

As abordagens privilegiem segurança nas relações interpessoais, no ambiente, orientação para a realidade e efetiva a ressocialização familiar e social, pois insere, integra, educa e apoia a família, tornando-a aliada”.

Psicólogo: “Ampliação da consciência a respeito do seu estado: causas e consequências; maior competência social desde relacionamento família a interações mais assertivas em contextos que facilitam recaídas; e reintegração psicossocial”.

CATEGORIA DE ANÁLISE 3: acessos dos usuários com dependência química aos programas como:

1. O Programa de volta para a casa
2. Programa de Atenção aos usuários de álcool e outras drogas (CAPS); previstos no SUS através do CAPS I.
3. Programa de Saúde da Família

Assistente Social: “Acessam o CAPS, a partir do momento que a família do usuário e o usuário entendam que ele necessite de tratamento para tratar a sua dependência química e acessam o Programa Estratégia Saúde da família (ESF) ou Unidade Básica de Saúde (UBS)”.

Psicólogo: “O Programa de Volta para a Casa atende a pessoas que estiveram por anos internadas em hospitais psiquiátricos e que não dispunham de condições para se reintegrar à vida social. Nos dez anos de implantação do serviço de saúde mental no município ainda não houve tal demanda. Quanto ao atendimento às famílias dos usuários, este é uma das condições para sejam acolhidos no CAPS, a participação da família no tratamento pois entende-se que a família precisa ser tratada para que possa cooperar também no tratamento do seu ente.

Muitos casos não precisam do atendimento em CAPS, pois enfoca na reabilitação psicossocial. Se o dependente químico, apesar do uso abusivo de álcool e outras drogas ainda consegue ter manejo adequado das atividades diárias da sua vida em âmbito doméstico, laboral, social, o tratamento pode ser feito pelo ESF (Estratégia Saúde da Família) sendo matriciado pelo NASF ou pelo CAPS, na falta daquele. “O objetivo é, também, dar alta para que a pessoa possa dar continuidade ao tratamento de forma menos intensiva no ESF”.

Análise:

Segundo a assistente social é necessário que haja interação entre a equipe multidisciplinar para o acolhimento do usuário, tão logo os profissionais cheguem a uma conclusão do diagnóstico assertivo, para que o usuário possa iniciar o seu tratamento em tempo hábil.

O trabalho em equipe tem a sua essência no conhecimento parcial da profissão um do outro, para obter resultados satisfatórios no atendimento dos usuários.

Na atualidade, existem várias formas de tratamento para uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, programas de desintoxicação, grupos de autoajuda, tratamento em regime de internação como comunidades terapêuticas ou que atuam na prevenção, intervenção e tratamento da dependência química, os centros de atenção psicossocial (CAPS), como também o grupo de Alcoólicos anônimos (AA), segundo a portaria 336/2002, são grupos de autoajuda encontrados para auxiliar pacientes alcoólatras e dependentes químicos e são movimentos primordiais para obter-se um resultado favorável no tratamento

Portanto é dever do Estado de assegurar esse tratamento como uma das políticas públicas essenciais, (artigo 98, inciso I, da Lei nº 8069/90).

O psicólogo traz em sua fala a concordância com a assistente social referente a interação com a equipe, conforme Furtado (2007):

Explicita que tanto em uma equipe multidisciplinar como em uma pluridisciplinar ou interdisciplinar, os profissionais trabalham na tentativa de atingir um objetivo em comum, o que as define é exatamente o grau de interação existente, para que este objetivo seja alcançado<sup>74</sup>.

O trabalho em equipe tem a sua essência no conhecimento parcial da profissão de cada um, para obter resultados satisfatórios no atendimento dos usuários.

A assistente social e o psicólogo ressaltam em suas respostas a importância da família integrada ao tratamento do usuário, a partir dessa combinação, os resultados emergem satisfatoriamente.

Segundo os projetos ofertados no CAPS, eles conseguem atender as demandas do grupo de dependência química segundo a portaria 336/2002, dentro de uma condição de

---

<sup>74</sup> Santos de Souza Ana Carolina; Ribeiro Mara Cristina; **A interdisciplinaridade em um CAPS: a visão dos trabalhadores**; Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 21, n. 1, p. 91-98, 2013; pg 94.  
Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/734/419>  
Acessado 20 de jun de 2017.

recursos de verbas e mão de obra precarizada, parcialmente satisfatório, seguindo o cronograma de horários e dias pré-estabelecidos para desenvolver as atividades laborativas conforme a pré-disposição de cada usuário.

Para o psicólogo os projetos fazem com que os indivíduos fiquem mais conscientes em relação aos hábitos que prejudicam a sua saúde de maneira geral.

A ressocialização é evidente na resposta da assistente social e o psicólogo compartilham da mesma pontuação, para Amarante (1995), para que haja resultados satisfatórios e o resgate da cidadania através de sua reinserção no convívio social. Após o processo da Reforma Sanitária, houve um importante marco para a instituição do CAPS, onde os sujeitos são tratados, dentro de um modelo humanizado no formato fora dos hospitais psiquiátricos, tendo sua convivência com a família e a equipe multidisciplinar, sendo inserida nos programas ofertados dentro Saúde Pública SUS. É essencial a interposição das instituições família/sociedade, aconteça de forma objetiva é preciso que aconteça a interação de ambas e estabeleçam uma consolidação em suas relações, a fim de buscarem soluções para essa problematização estabelecida entre os envolvidos.

Os usuários acessam o CAPS sejam com Dependência Química ou transtorno mental, são atendidos prontamente assim que procuram o CAPS. Atualmente, é atendido na modalidade Porta Abertos, ou encaminhados diretamente após, alta hospitalar após terem cumprido o período determinado pelo hospital psiquiátrico para realizar o tratamento de desintoxicação além destas patologias e o Programa Estratégia Saúde da família (ESF ) ou Unidade Básica de Saúde ( UBS ), previsto Constituição Federativa do Brasil (CF 1988), que foi um marco para os brasileiros, tendo os seus direitos garantidos por lei, e abrangendo setores primordiais como a saúde, educação, habitação, lazer e outros. Descrito assim no capítulo VIII a Ordem social e na seção II referente a Saúde, define no artigo 196 que: “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”.

CATEGORIA DE ANÁLISE 4: sugestões dos usuários com dependência química para a melhoria dos serviços ofertados pelo CAPS I.

Usuário 1:

- Tratamento diário, pois quem precisa do tratamento seja psíquico ou dependência precisa todo dia.

- Não misturar as turmas, uma vez por semana seria bom a interação, mas aplicar o mesmo tratamento dos pacientes psíquicos aos dependentes tão freqüentemente estava desanimando a turma.
- O psicólogo deveria estar sempre presente nas sessões, e deveria ter pelo menos 20 minutos em individual.
- Interação com a família pelo menos a cada 15 dias acha que saber o que está acontecendo em casa ajudaria mais os pacientes tanto psíquicos quanto dependentes
- Atividades extracurriculares, algum tipo de curso qualificativo para ambos os tratamentos ajudaria inserir-los novamente no mercado de trabalho.
- Programa de reinserção na área de trabalho.
- Fiscalização, pois acredito muito que quem estava como funcionário no CAPS, fazia o que dava para fazer com o que tinham no momento, admiro o esforço mas não estavam conseguindo tratar nenhum dos tipos de pacientes.
- Ainda na área psíquica havia pacientes com problemas diferentes sendo tratados da mesma maneira que o paciente que tem retardo mental, e o que eu ouvia muito era o desanimo desses pacientes que tinham toc ou estresse.
- Os remédios não me ajudavam muito, na verdade até parei de tomar remédio na segunda semana e não me fez falta, acredito que quem receita os medicamentos deveria ser obrigatório que consultasse cada paciente numa freqüência de 15 dias com mais tempo e paciência junto com o psicólogo para saber exatamente do que o paciente precisa, as sessões diárias com psicólogo acompanhando acho que poderia diminuir a necessidade de remédio.

### Análise

O usuário traz em sua fala várias pontuações de negligências pelos profissionais e pelos serviços ofertados pelo aparelho, a família em sua concepção tem papel importante. Segundo após o processo da Reforma Sanitária, houve um importante marco para a instituição do CAPS, onde os sujeitos são tratados, dentro de um modelo humanizado no formato fora dos hospitais psiquiátricos, tendo sua convivência com a família e a equipe multidisciplinar, sendo inserida nos programas ofertados dentro Saúde Pública SUS. É essencial a interposição das instituições família/sociedade, aconteça de forma objetiva é preciso que aconteça a interação de ambas e estabeleçam uma consolidação em suas relações, a fim de buscarem soluções para essa problematização estabelecida entre os envolvidos.

Na sua visão o CAPS deveria buscar convênios com empresas privadas para que pudessem ofertar cursos extracurriculares e após essa qualificação eles pudessem ser reinseridos no mundo do trabalho.

Tem que haver uma divisão entre os usuários por grau de complexidade da enfermidade, talvez o usuário não tenha esse conhecimento, mas os pacientes com transtorno mental são divididos em grupos conforme a patologia diagnosticada pelo médico e conforme plano terapêutico estabelecido pela equipe multidisciplinar, sendo assim, existe o Grupo Intensivo, Semi-intensivo e Não Intensivo composto por pacientes de Transtorno Mental e/ou Deficiência Mental com grau de comprometimento grave (Intensivo), grupo (Semi-intensivo), composto por pacientes com diversas patologias. Estes desenvolvem atividades terapêuticas adaptadas ao grau de dificuldade de cada paciente, e são observados pela equipe, podendo migrar para outro grupo. Grupo (Não-intensivo): são pacientes que apresentaram melhora significativa e/ou já foram inseridos no CAPS, apresentando patologias com grau menor de comprometimento, segundo a portaria 336/2002.

Foi observada na fala do usuário a importância de atividades extracurriculares como cursos qualificados e programas de reinserção ao mercado de trabalho.

De acordo com a Lei Nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para a prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências, prevê no: Art. 24. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão conceder benefícios às instituições privadas que desenvolverem programas de reinserção no mercado de trabalho, do usuário e do dependente de drogas encaminhados por órgão oficial.

Existe no Estado de Alagoas o Projeto Rede de Reinserção do Acolhe Alagoas, que foi desenvolvido para atender as demandas dos usuários do CAPS, após o término do seu tratamento, para serem reinseridos na sociedade e ao mercado de trabalho com cursos de qualificação e outros dos quais eles não tiveram acesso devido ao seu estado físico onde encontravam-se dominado pelo uso das drogas, ao observar o projeto, percebi que seria relevante se fosse copiado por outras cidades, por se tratar de várias atividades incluídas no projeto, a chance assertiva de sucesso na vida dos usuários seria evidente. O Projeto de Alagoas faz encaminhamento ao mercado de trabalho, através de parcerias com o Sistema Nacional de Emprego (Sine Alagoas) e Centro de Integração Empresa-Escola (CIEE). Este último, para os jovens de 14 a 21 anos, voltados para o primeiro

emprego; • Encaminhamento à rede pública de ensino e aos parceiros – Colégios Marista e Madalena Sofia, Faculdade Seune e ProJovem Urbano e Rural; • Na área de esporte, com a Secretaria de Estado de Educação e Esporte (SEEE) para o projeto Estádio Vivo, que oferece onze atividades esportivas no Estádio Rei Pelé; • Parceria com a Defensoria Pública para acolhidos em conflito com a lei. • Na área de qualificação profissional, parcerias com o Senai para o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec) e com a Secretaria de Estado do Trabalho, Emprego e Qualificação Profissional (Seteq) para o Qualifica Alagoas; • Encaminhamento para a rede de cuidado emocional, além da psicoterapia individual e em grupo para os assistido e família no próprio Centro de Acolhimento, há encaminhamento para assistência no Cesmac, Fits e duas clínicas particulares; As comunidades acolhedoras que trabalham com adolescentes contam com o sistema de Educação de Jovens e Adultos (EJA) para escolarização – mais apto para receber alunos fora do período letivo formal –, e algumas comunidades para adultos já demonstraram interesse em implantá-lo. Isso facilitaria o processo de reinserção no mercado de trabalho, já que muitos dependentes possuem baixa escolaridade ou usaram substâncias psicoativas por tanto tempo que acabaram por prejudicar algumas capacidades cognitivas<sup>75</sup>.

Aqui no Paraná foi instituído recentemente, pelo então governador Carlos Alberto Richa, o Escritório Social para atender as demandas dos ex-detentos na sua reinserção social e ao mercado de trabalho, quando eu ouvi o noticiário logo pensei porque não ser abrangente a outros setores como o Caps.

O usuário menciona a presença do psicólogo em quase todas as sessões e atender aos usuários pelo menos 20 (vinte minutos) individualmente.

Segundo o último censo do (IBGE / 2016), o município ultrapassa o total de 151.829 mil habitantes em 2016, portanto conforme a lei no município de Paranaguá deveria inserir-se o CAPS II, que é adequado para população entre 70 a 200 mil habitantes, além dos dois turnos pode comportar 1 (um) terceiro turno até as 21:00 horas. A equipe deverá ser formada por 1 (um) médico psiquiatra, 1 (um) enfermeiro com saúde mental, 4 profissionais de nível superior e 6 profissionais de nível médico.

Desse modo, o CAPS I - Solar dos Girassóis, não condiz com a realidade do município de Paranaguá, conforme determina a portaria 336 / 2002, do ministério da saúde.

---

<sup>75</sup> Projeto Rede de Reinserção do Acolhe Alagoas Disponível em: <http://www.psd.org.br/acompanhe/projeto-de-reinsercao-social-ajuda-dependentes-quimicos-em-alagoas/>  
Acessado em: 21 de junho 2017

Entretanto como foi descrito os profissionais estão atendendo aos usuários dentro do seu limite máximo, ficando dessa forma o sistema comprometido e precarizado, resultando num atendimento de baixo nível de qualidade e afetando diretamente aos usuários e aos profissionais que ficam sobre carregado, para conseguir dar um atendimento no mínimo digno ao usuário.

### 3.3 Considerações finais

Durante a contextualização do objeto de estudo, como estudante do curso de Serviço Social, foi possível compreender os direitos garantidos aos sujeitos pertencente à sociedade, no qual esses direitos foram instituído pela Constituição Federativa do Brasil/88. Após a conclusão desse estudo, compreendo a importância de conhecer todos os mecanismos profissionalmente para poder desenvolver um trabalho de qualidade, e dar condições aos indivíduos para acessarem as políticas públicas e aos serviços ofertados pelos aparelhos.

Considerando os processos históricos pelo qual perpassou o Serviço social com a sua instrumentalidade, técnico-operativo, fundamentos teórico-metodológico, e as políticas públicas, instituídas pela CF/88, refletindo sobre os modos de produção capital/trabalho, essas transformações de uma maneira em geral foi refletida na saúde física e mental absorvendo de forma negativa, através de doenças corriqueiras, clássicas, de alta complexidade e as que são incógnitas para a medicina, outras necessitam de medicação de alto custo e são manipulados fora do país, bem como os tratamentos.

Partindo desse pressuposto, os sujeitos de direitos são contemplados pelos direitos adquiridos na CF/88, no município de Paranaguá no Centro de Atenção Psicossocial, (CAPS) I Solar dos Girassóis, que atende as demandas dos usuários com Transtorno Mental e Dependência Química, inserindo-os nos programas ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) através do equipamento, como; Programa de Atenção aos usuários de álcool e outras drogas (CAPS); Programa de Saúde da Família (PSF); e realizam as atividades que fazem parte das diretrizes do aparelho com os profissionais: psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermeiro e assistente social e médico psiquiatra.

Os profissionais procuram transferir todo o profissionalismo no atendimento aos usuários, embora eles trabalhem dentro do seu limite máximo, pela falta de recursos financeiros e mão de obra especializada, conforme a portaria 336 / 2002, do ministério da saúde, o município de Paranaguá deveria inserir-se o CAPS II, que é adequado para população entre 70 a 200 mil habitantes, além dos dois turnos pode comportar 1 (um) terceiro turno até as 21:00 horas. A equipe deverá ser formada por 1 (um) médico

psiquiatra, 1 (um) enfermeiro com saúde mental, 4 profissionais de nível superior e 6 profissionais de nível médico.

Segundo os projetos ofertados no CAPS, eles conseguem atender as demandas do grupo de dependência química, conforme a portaria 336/2002, dentro de uma condição de recursos de verbas e mão de obra precarizada, parcialmente satisfatório, seguindo o cronograma de horários e dias pré-estabelecidos para desenvolver as atividades laborativas conforme a pré-disposição de cada usuário.

Os usuários acessam o CAPS sejam com Dependência Química ou transtorno mental, são atendidos prontamente assim que procuram o CAPS. e o Programa Estratégia Saúde da família (ESF) ou Unidade Básica de Saúde (UBS). O usuário apresenta resultados parcialmente satisfatórios com o desempenho do aparelho e dos profissionais, pela falta de recursos no aparelho e mão de obra especializada, embora haja um esforço por parte dos profissionais mesmo trabalhando com poucos recursos, para que haja sucesso no tratamento dos indivíduos

Considerando os resultados da pesquisa de campo parcialmente satisfatórios, devido a precariedade que os profissionais atuam durante a execução das atividades, em algumas ocasiões faltam recursos de matéria prima para elaboração das atividades manuais como artesanatos, a horta com os insumos e culinária com os ingredientes, essas atividades fazem parte da grade curricular do tratamento do aparelho, serve de parâmetro na estabilidade desses usuários, percebeu-se uma insatisfação dos usuários durante a realização das atividades.

A pretensão da pesquisa a princípio seria com 02 (dois) usuários, por ano e estabilidade, um no ano de dois mil e quinze e um no ano de dois mil e dezesseis, sendo um masculino e um feminino estabilizado, sem recaídas e retornando às suas atividades de rotina, principalmente ao trabalho, entretanto não foi possível a realização da pesquisa com os dois usuários, por um se encontrar em estado de vulnerabilidade e houve a sua recaída pela não adesão totalmente ao tratamento ofertado no CAPS, por isso foi realizada somente com um usuário que se encontra estabilizado desde o ano de dois e quinze e retomou a sua vida normal.

Deixarei uma observação em relação ao desenvolvimento do estágio, deverá existir uma articulação mais direcionada com a confecção do Tcc, relativo ao tempo, dependendo do tipo do tema, quando for avaliativo, para que o aluno possa ter um tempo hábil em suas pesquisas de campo, pois o aluno tem mais possibilidade de desenvolver o seu trabalho durante a convivência com os usuários e equipe, as chances de sair um trabalho de qualidade será mais assertivo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO de P. R. C. G, **Pratica Profissional do Assistente Social no Cras**, 48 pgs, Monografia, Centro Universitário Geraldo DI Biase Fundação Educacional Rosemar Pimentel Instituto de Ciências Sociais e Humanas Serviço Social, Bairro de Fátima em Porto Real, Volta Redonda 2012, pg 21

AGUIAR, A. G. de; **Serviço Social e Filosofia: das Origens a Araxá** – São Paulo Cortez – Piracicaba: Universidade Metodista de Piracicaba, 3ª edição, 1985, pg 108.

ALVES P. R. F.; em Geografia humana, disponível em:  
<http://mundoeducacao.bol.uol.com.br/geografia/fmi.htm>  
Acessado em: 23 de março de 2017.

BRAVO, M. I. S. **A Política de Saúde no Brasil**: trajetória histórica. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde-textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

EUDES J., disponível em: <http://voyager1.net/economia/o-mito-do-milagre-economico-da-ditadura-militar/>  
Acessado em: 25 de março de 2017.

IAMAMOTO M. / Carvalho R. de: **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil; 38ª ed.** Esboço de uma interpretação histórico-metodológica.  
Disponível em: <http://voyager1.net/economia/o-mito-do-milagre-economico-da-ditadura-militar/>  
Acessado em: 12 de jan de 2017.

KRUGER T. R. **Serviço Social e Saúde: Espaços de Atuação a Partir do SUS**. Revista Serviço Social e Saúde. UNICAMP Campinas, v.IX, n. 10, Dez. 2010.

KOROLKOVAS, A.; BURCKHALTER, J.A. **QUÍMICA FARMACÊUTICA**. Rio de Janeiro, Editora Guanabara, 1988.

NASCIMENTO N. L. B., Aires C. W. D'A.; Dr. Januncio A. Disponível em:  
<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAXh0AF/reflexoes-sobre-cenario-economico-brasileiro-na-decada-1980>,  
Acessado em 17 de abril de 2017.

NETTO J. P., - **Ditadura e Serviço Social: Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**, 16ª edição – São Paulo – Cortez, 2011, pg 156.

POLIGNANO S/D. Disponível em: <http://voyager1.net/economia/o-mito-do-milagre-economico-da-ditadura-militar/>

Resoluções de **Encontros e Congressos & Programas de Governo Partido dos Trabalhadores** ([www.pt.org.br](http://www.pt.org.br)) / Fundação Perseu Abramo: disponível em: ([www.fpabramo.org.br](http://www.fpabramo.org.br))

Acesso em: 18 de abril de 2017

SILVA e S. M. O. da; **Renda Mínima e Reestruturação Produtiva** – São Paulo – Cortez – 1997, pg 106

**Teorização do Serviço Social: documentos, Araxá, Teresópolis e Sumaré** – AGIR CBCISS – 2ª edição – 1986, pg 08

VASCONCELOS A. M.; **Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde**; 2001.

Disponível em: <http://www.psd.org.br/acompanhe/projeto-de-reinsercao-social-ajuda-dependentes-quimicos-em-alagoas/>

Acessado em 21 de junho de 2017.

SANTOS de S. A. C.; <sup>2</sup>Ribeiro M. C.; **A interdisciplinaridade em um CAPS: a visão dos trabalhadores**; Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 21, n. 1, p. 91-98, 2013; pg

Disponível em:

<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/734/419>

Acessado 20 de junho de 2017.

## **ANEXOS**

**Apêndice com o termo de consentimento livre e esclarecido**

**Roteiro do questionário aplicado com as perguntas abertas**