



Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ  
Centro de Filosofia e Ciências Humanas  
Escola de Serviço Social

**O Serviço Social e a Política de assistência no  
atendimento ao usuário de álcool e outras drogas na  
Unidade de Atenção à Problemas Relacionados ao uso  
de Álcool e outras Drogas (UNIPRAD)**

Kátia Souza Teixeira

Orientadora: Ana Izabel Moura de Carvalho Moreira

Rio de Janeiro

2022

Kátia Souza Teixeira

**O Serviço Social e a Política de assistência no atendimento ao usuário de álcool e outras drogas na Unidade de Atenção à Problemas Relacionados ao uso de Álcool e outras Drogas (UNIPRAD)**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

**Orientadora:** Ana Izabel Moura de Carvalho Moreira

Rio de Janeiro

2022

## **AGRADECIMENTOS**

À minha irmã, Bruna Souza Teixeira, que desde o seu nascimento foi um grande presente em minha vida, me incentivou a ingressar em minha primeira graduação e tem me ajudado com suporte emocional e científico.

À minha orientadora, professora Ana Izabel Moura de Carvalho Moreira, que sempre se mostrou disposta a dividir seu conhecimento, que foi fundamental para o meu crescimento, e também pela imensa paciência, cuidado, atenção e carinho que conduziu a orientação dessa monografia.

À minha supervisora de estágio Ártemis S. Viot, por sua dedicação e pelos conhecimentos compartilhados.

Enfim, quero agradecer a todos que de alguma forma me deram suporte e ajudaram para que esse momento pudesse se tornar realidade.

TEIXEIRA, Kátia Souza.

O Serviço Social e a Política de assistência no atendimento ao usuário de álcool e outras drogas na Unidade de Atenção à Problemas Relacionados ao uso de Álcool e outras Drogas (UNIPRAD)/ Kátia Souza Teixeira – Rio de Janeiro, 2022.  
57 f.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Izabel Moura de Carvalho Moreira  
Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) Graduação – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Centro de Filosofia e Ciências Humanas – CFCH/ Escola de Serviço Social – ESS, 2022.

Bibliografia: f. 55– 57

1. Política de Saúde e Serviço Social. 2. Análise Institucional. 3. Estágio Supervisionado. I. **Ana Izabel Moura de Carvalho Moreira** II. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO – UFRJ. Escola de Serviço Social – ESS. III. Título.

BANCA EXAMINADORA:

---

Professora Dr<sup>a</sup> Ana Izabel Moura de Carvalho Moreira (orientadora)

---

Professora Dr<sup>a</sup> Joana Angélica Barbosa Garcia

---

Professora Dr<sup>a</sup> Rosana Morgado Paiva

DATA DA DEFESA E APROVAÇÃO:

Rio de Janeiro, 29 de Abril de 2022

“É horrível assistir a agonia de uma esperança.”

Simone de Beauvoir

## RESUMO

O presente trabalho refere-se à análise desenvolvida durante a realização do estágio de serviço social na Unidade de Atenção à Problemas Relacionados ao uso de Álcool e outras Drogas (UNIPRAD), localizado no Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA), no Rio de Janeiro. Buscou-se analisar como a assistência social, enquanto direito de proteção social, está atendendo a necessidade desses usuários, e em que condições a Política Nacional de Assistência Social insere, em programas de transferência de renda, os usuários de álcool e outras drogas que são atendidos no local. No desenvolvimento deste estudo, durante o estágio curricular obrigatório, observamos o perfil dos usuários e buscamos conhecer a situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social por violação de direitos associada ao consumo de álcool e outras drogas. A observação nos mostrou que o Sistema Único de Assistência Social conta com a Política Nacional de Assistência Social e com uma série de instrumentos que reconhecem a assistência social enquanto política pública, direito de toda a sociedade. Dessa forma, cabe destacar que, ainda se encontra presente no Brasil a cultura da assistência social como ato de caridade ou mero favor do Estado. Devido a isso, torna-se relevante o estudo acerca da consolidação da Política Nacional de Assistência Social enquanto política pública, já que seus programas e serviços buscam a transformação dos diferentes contextos sociais, construindo uma nova postura da sociedade para com o Estado.

Palavras chaves: Política de Saúde e Serviço Social; Análise Institucional; Estágio Supervisionado

## SUMÁRIO

<b>Introdução</b> .....	10
<b>Capítulo 1: Histórico da Política de Assistência</b> .....	14
<u>1.1 - Assistência social</u> .....	14
<u>1.2 - Constituição Federal de 1988</u> .....	16
<u>1.3 - Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS)</u> .....	18
<u>1.4 - Política Nacional de Assistência (PNAS)</u> .....	20
<u>1.5 - Sistema Único de Assistência Social (SUAS)</u> .....	21
<u>1.6 - Centros de Referência de Assistência Social (CRAS)</u> .....	22
<u>1.7 - Centro de Referência especializado de Assistência Social (CREAS)</u> .....	23
<u>1.8 – Proteção Social Especial</u> .....	27
1.8.1 - Proteção Social Especial de Média Complexidade .....	28
1.8.2 - Proteção Social Especial de Alta Complexidade .....	28
<b>Capítulo 2: Serviço Social</b> .....	29
<u>2.1- A concepção histórica do Serviço Social</u> .....	29
<u>2.2 - Serviço Social em sua atuação</u> .....	33
<u>2.3 - Serviço Social na saúde</u> .....	38
<b>Capítulo 3: Análise UNIPRAD</b> .....	45
<u>3.1 – Prestação de serviços da UNIPRAD</u> .....	45
<u>3.2 – Avaliação do atendimento da UNIPRAD</u> .....	46
<b>Metodologia</b> .....	49
<b>Resultados</b> .....	51
<b>Considerações Finais</b> .....	52
<b>Referência Bibliográfica</b> .....	55



## LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
BPC – Benefício de Prestação Continuada  
CAPS – Centro de Atendimento Psicossocial  
CAPSad – Centro de Atendimento Psicossocial – álcool e drogas  
CCS – Centro de Ciências da Saúde  
CHUFRJ – Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Rio de Janeiro  
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas  
CNSS – Conselho Nacional de Serviço Social  
CRAS – Centro Referência de Assistência Social  
CREAS – Centro Referência Especializado da Assistência Social  
ECA – Estatuto da Criança e Adolescente  
HESFA – Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis  
IST – Infecção Sexualmente Transmissível  
LBA – Lei Brasileira de Assistência  
LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social  
LSD – Dietilamida do Ácido Lisérgico  
MDS – Ministério do Desenvolvimento Social  
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social  
NOB – Norma Operacional Básica  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
PNAS – Política Nacional de Assistência Social  
SESI – Serviço Social da Indústria  
SNAS – Secretaria Nacional de Assistência Social  
SUAS – Sistema Único de Assistência Social  
SUS - Sistema Único de Saúde  
UNIPRAD – Unidade de Atenção as Pessoas com Problemas de Álcool e outras Drogas

## Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a terminologia droga, se refere a toda substância que, pela sua natureza química, tem a propriedade de produzir alterações no funcionamento bioquímico do organismo. Essas substâncias podem ser classificadas de acordo com a modulação da atividade cerebral causada, como: Drogas depressoras, que diminuem a atividade cerebral, como exemplos o álcool, calmantes, sedativos, barbitúricos, solventes, morfina e heroína. Drogas estimulantes, que aumentam a atividade cerebral, como a cocaína, anfetaminas, cafeína e nicotina. E as drogas perturbadoras, que alteram a percepção da realidade fazendo o cérebro trabalhar fora do padrão considerado normalmente saudável, sendo as de uso mais comum: maconha e psilocibina (substância encontrada em certas espécies de fungos, portanto, de origem natural), e o LSD, ecstasy e MDMA, de origem sintética. De acordo com a Lei 11.343/06, artigo 1º, parágrafo único, considera-se como entorpecente as substâncias ou produtos capazes de causar dependência. Sendo assim, são especificados em lei ou relacionados em listas que são atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União. Além disso, a definição de droga da Portaria da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) de nº 344/1998, artigo 66, é responsável por estabelecer quais são as substâncias que estarão abrangidas pela Lei 11.343/06.

O consumo de substâncias que podem produzir alterações mentais acompanha a humanidade há milênios. Durante esse longo período, diferentes grupos de pessoas passaram a associar essas substâncias a contextos variados, incluindo festas e comemorações, rituais religiosos ou tratamentos de doenças. Dentre as substâncias mais consumidas no contexto recreativo encontramos no topo da lista o álcool. Presente em uma grande variedade de bebidas, o álcool é socialmente aceitável e sua venda é livre para maiores de 18 anos. Assim como sua publicidade é amplamente divulgada em todos os meios de comunicação. Outrossim, o álcool ainda é uma substância que popularmente não é considerada uma droga que pode causar dependência física e psicológica. Quando se fala dos problemas relacionados com o álcool, é importante distinguir os termos uso, abuso e dependência.

A OMS usa o termo baixo risco de uso de álcool, para se referir à ingestão de álcool dentro dos parâmetros médicos e legais, que geralmente não resulta em problemas de saúde relacionados à bebida. O abuso de álcool é um termo geral para qualquer nível de risco, desde a ingestão aumentada até a dependência do álcool. O abuso de álcool pode produzir danos físicos e/ou mentais à saúde, mesmo na ausência de dependência. Já a dependência do álcool é uma síndrome que consiste em sintomas relacionados ao funcionamento mental, comportamental e psicológico.

A dependência do álcool afeta uma pequena, mas significativa, proporção da população adulta em muitos países (cerca de 3 a 5%), contudo, o abuso e uso arriscado do álcool, de modo geral, afetam grande parte da população (15 a 40%). A dependência química do álcool é uma doença crônica, portanto, sem cura, progressiva, ou seja, que piora com o passar do tempo, e primária, podendo levar ao desenvolvimento de comorbidades. Não raramente o consumo exagerado de álcool pode ser fatal. Os problemas relacionados às drogas são vistos como desvio da norma social e não como manifestações sociais e de saúde. Não são levados em consideração os sofrimentos consequentes à falta de cidadania, acesso a bens materiais, educação, saúde e habitação decorrente da dependência alcoólica.

Na última década, no Brasil, segundo o ministério da saúde, houve um aumento em alguns fenômenos relacionados às drogas, como maior frequência de uso coletivo de substâncias ilícitas em espaços públicos, exacerbação da quantidade da população brasileira apresentando danos à saúde decorrentes do uso excessivo de entorpecentes, e por fim, o aumento da criminalidade relacionada ao tráfico. O tema drogas passou a ser foco de discussões de políticas sociais nas áreas de segurança pública, saúde e assistência social. Atualmente, buscam-se respostas sociais em torno do planejamento envolvido com esse tema, como ações de combate ao narcotráfico, tratamento continuado de usuários de drogas e políticas socioassistenciais.

Nesse contexto de aprimoramento (ou tentativas de fazê-lo, ainda que, num contexto, regressivo do ponto de vista de acesso a direitos e ultraconservador no terreno de políticas dirigidas a garantia de direitos humanos frente às múltiplas formas de violação de direitos) das políticas sociais voltadas ao

usuário de drogas, os assistentes sociais procuram reunir informações atualizadas sobre o tema uso de drogas, para atender a demanda por acesso a tratamentos, medicamentos e orientações a respeito de direitos sociais. Tais demandas tornaram-se recorrentes no âmbito da intervenção profissional do assistente social, inclusive, nem sempre são demandas colocadas pelos próprios usuários enquanto demanda primária. Nesse contexto, são necessárias intervenções relacionadas à violência doméstica, aos acidentes de trabalho ou a outras formas de violação de direitos.

Observando todo esse cenário a respeito da política de assistência para usuários de álcool e outras drogas no Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA), durante o estágio supervisionado obrigatório, despertou meu interesse em estudar as demandas dos usuários do atendimento prestado nessa unidade de saúde. Neste local foi observado que os usuários da Unidade de Atenção as Pessoas com Problemas de Álcool e outras Drogas (UNIPRAD), em sua maioria, jovens entre 25 e 40 anos, encontram dificuldades para acessar as políticas de assistência social.

Ao longo dessa experiência de estágio, foram vivenciadas situações diversas implicadas às condições de acesso aos equipamentos e serviços conformadores da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e, também, àqueles referentes às dificuldades de segmentos da população em acessarem diferentes políticas públicas. Muitas foram as questões levantadas durante a época do estágio, juntamente com as disciplinas de Orientação e Treinamento Profissional (cursadas concomitantemente ao estágio supervisionado). Essas inquietações de natureza teórica, metodológica, e ético-política não possuem “respostas” prontas e definitivas, pois, fazem parte da dinâmica contraditória das relações sociais. Assim sendo, foram construídas questões a serem problematizadas à luz das referências bibliográficas e da experiência do estágio, objetivando contribuir com o debate sobre a temática em tela e com a atuação profissional do assistente social nesses espaços.

Diante de um conjunto de questões que anseiam por respostas, foi eleita uma que comparece como objeto precípua dessa monografia: Quais são as contribuições do Serviço Social para a interlocução entre as políticas sociais no que tange a garantia de direitos e as demandas sociais que aparecem com o uso

de drogas? Tais como a criminalidade, a violência, o abuso de substâncias e os fenômenos das expressões da questão social. Sabemos que responder a essa questão não é tarefa simples, e exige esforço reflexivo e de pesquisa que estão para além dos limites desse trabalho de conclusão de curso. De toda maneira, destacamos que o esforço realizado permitiu a elaboração desse trabalho. Há caminhos a serem trilhados na busca por fortalecer a atuação do assistente social junto às políticas públicas e, acreditamos que a análise reflexiva aqui expressa pode contribuir para o debate levando a melhoria do atendimento prestado à população usuária dos serviços.

Esta monografia está estruturada em três capítulos, seguidos das considerações finais e referências bibliográficas utilizadas. O capítulo primeiro intitulado: “Histórico da política de Assistência Social”, abordará um breve resumo de como a política de assistência social se desenvolveu nos últimos anos no Brasil, e como políticas e leis foram implementadas para atender as necessidades dos usuários, com ênfase nas políticas que atendem aos dependentes químicos. Já o segundo capítulo traz o histórico da assistência social no Brasil e como essa profissão se relaciona com os usuários de drogas e atua na área da saúde. O capítulo três trata da experiência enquanto estagiária na assistência social ao atendimento aos usuários dos serviços oferecidos na UNIPRAD, como se dava o acesso desses usuários as políticas assistenciais disponíveis no momento e que atendiam suas necessidades. Por fim, o trabalho examina a dificuldade em acessar as políticas disponíveis aos usuários e como o não acesso a essas políticas de saúde afetam as vidas desses usuários.

## Capítulo 1: Histórico da Política de Assistência

### 1.1 - Assistência Social

A Assistência Social no Brasil tem sua origem histórica baseada na caridade, filantropia e na solidariedade religiosa. A partir dos anos 1930, sob o governo do então Presidente da República Getúlio Vargas, foram sendo introduzidas as primeiras políticas sociais no Brasil. Estas buscavam amenizar as expressões da questão social que se tornavam cada vez mais incômodas para os capitalistas. Sendo assim, veremos que, com a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) em 1943, as políticas sociais começaram a surgir destinando-se apenas aos trabalhadores de carteira assinada. Deste modo, percebe-se que o acesso às políticas sociais constituídas até aquele momento, como as políticas de saúde e previdência, só poderia ser acessado mediante vínculo empregatício formal. Sendo assim:

*“O perfil das políticas sociais do período de 1937 a 1945 foi marcado pelos traços de autoritarismo e centralização técnico-burocrático, pois emanavam do poder central e sustentavam-se em medidas autoritárias. Também era composto por traços paternalistas, baseava-se na legislação trabalhista ofertada como concessão e numa estrutura burocrática e corporativa, criando um aparato institucional e estimulando o corporativismo na classe trabalhadora”. (COUTO, 2004, p. 104)*

Aos que não possuíam vínculo empregatício formal e aos desempregados, restava a caridade das instituições de filantropia.

No ano de 1938, por meio de um decreto lei, Getúlio Vargas cria o Conselho Nacional de Serviço Social (CNSS), que tinha por objetivo centralizar e organizar as obras assistenciais públicas e privadas. A função primordial do CNSS era responder pelas demandas do público-alvo, isto é, os considerados desfavorecidos, elaborar inquéritos sociais e analisar adequações de entidades

sociais. Os usuários da Assistência Social nesta época, não participavam da elaboração e consecução dos programas/projetos de enfrentamento à pobreza. Rapidamente, a CNSS acabou tornando-se um meio de utilização do clientelismo político, de manipulação de verbas e subvenções. Após quatro anos e diante do insucesso da CNSS, foi criada em 1942, sob a coordenação da então primeira-dama Darcy Vargas, a Legião Brasileira de Assistência (LBA). Esta instituição possuía como objetivo atender as necessidades das famílias, cujos seus chefes foram mobilizados para a Segunda Guerra Mundial, além de exercer as funções que até então eram da CNSS.

Mesmo com as mudanças operadas, é perceptível que a assistência social permaneceria com práticas clientelistas, assistemáticas, de caráter focalizado e com traços conservadores. Portanto, não houve rompimento com os traços presentes na CNSS na criação da LBA, até porque esta sempre teve seu comando realizado pelas Primeiras-Damas supondo que seu direcionamento sempre esteve ligado aos interesses do governo vigente.

No período de 1946 a 1964 o contexto da assistência social não teve mudanças significativas, pois o Estado continuou operando as relações até então existentes nas demandas sociais. Buscava-se focalizar o trabalho nas disputas eleitorais. No ano de 1946 foi criado o Serviço Social da Indústria (SESI), com o objetivo de estudar, planejar e executar medidas que contribuiriam diretamente para o bem-estar social dos trabalhadores na indústria e nas atividades assemelhadas. Ainda no âmbito da criação do SESI, a intenção era gerar melhoria do padrão de vida no país e o aperfeiçoamento moral e cívico, além do desenvolvimento do espírito de solidariedade entre as classes.

No mesmo período, em 1947, foi criada a Fundação Leão XIII com o propósito de melhorar as favelas, no aspecto urbano, da educação e da saúde. A partir dos anos 1950, as instituições de assistência tornaram-se instrumentos de veiculação de políticas sociais. Nos anos 1960, período ditatorial, os recursos destinados às instituições de assistência foram reduzidos, mediante a ideologia do “deixar o bolo crescer para repartir”. Ou seja, com o crescimento da economia, os lucros seriam divididos, inclusive com as instituições de assistência social, fato esse que não ocorreu, pois mesmo mediante do quadro de crescimento econômico, a classe trabalhadora ficava cada vez mais empobrecida e o abismo

social se agigantava. Nos anos 1970, a política desenvolvimentista influenciou as instituições, visando um maior controle sobre a sociedade. Percebeu-se também o fortalecimento da LBA.

Sendo assim, as ações relacionadas à assistência social continuaram sendo realizadas de forma assistencialista e direcionada a parcela da população que atendia a critérios de merecedor da ajuda. Nessa categoria eram considerados os indigentes, filhos de pais pobres, desvalidos e pessoas em situação de rua, como exemplo. O acesso efetivo aos direitos sociais existentes permaneceu destinado principalmente aos trabalhadores formais. A consolidação da Assistência Social enquanto política de seguridade social não contributiva, que deve prover os mínimos sociais, dever do estado e direito do cidadão, só ocorreu após a consolidação da Constituição Federal de 1988.

## 1.2.- Constituição Federal de 1988

Devido ao aumento da desigualdade social e das pressões ao governo pela Democracia, a *questão da pobreza* tornou-se um dos temas centrais dos anos 1980. A partir das mudanças operadas pela Constituição Federal de 1988, foi conferido à Assistência social, o *status* de direito social, juntamente com outros direitos já existentes:

*“Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.” (CF, 1988, p. 12)*

Através da atual Constituição Federal, promulgada em 1988, veremos pela primeira vez na história do país um *modelo* de Seguridade Social. O modelo de Seguridade social que foi previsto por esta constituição foi estruturado no tripé Saúde, Assistência Social e Previdência Social, sendo a primeira de caráter universal, a segunda para quem dela necessitar e a terceira contributiva.



Voltando nossa atenção para a Assistência social, esta, tornou-se enfim, direito social de caráter não contributivo, e o mais importante, como política pública, direito de cidadania, portanto de responsabilidade do Estado.

Os artigos da Constituição Federal que tratam da Seguridade Social e dos integrantes do tripé encontram-se setorizados, os artigos 194 e 195 tratam da Seguridade Social, os artigos 196 a 200 tratam da Saúde e os artigos 201 e 202 tratam da Previdência Social.

Temos então à Assistência Social os artigos 203 e 204 da Constituição Federal:

**Art. 203.** *A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:*

*I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;*

*II - o amparo às crianças e adolescentes carentes;*

*III - a promoção da integração ao mercado de trabalho;*

*IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;*

*V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei. (CF, 1988, p. 144)*

**Art. 204.** *As ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social, previstos no art. 195, além de outras fontes, e organizadas com base nas seguintes diretrizes:*

*I - descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social;*

*II - participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis.*

**Parágrafo único.** *É facultado aos Estados e ao Distrito Federal vincular a programa de apoio à inclusão e promoção social até cinco décimos por cento de sua receita tributária líquida, vedada a aplicação desses recursos no pagamento de:*

*I - despesas com pessoal e encargos sociais;*

*II - serviço da dívida;*

*III - qualquer outra despesa corrente não vinculada diretamente aos investimentos ou ações apoiadas. (CF, 1988, p. 144 - 145)*

A Assistência Social passa a ser entendida como política pública pela Constituição Federal. Portanto necessitará de textos legais e institucionais para sua regulamentação. Alguns dos itens que compõem a Legislação da Assistência Social são: a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), de 1993 e a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) de 2004.

### 1.3.- Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS)

Nos anos seguintes a promulgação da Constituição Federal, foram realizados debates e reivindicações para efetivação e regulamentação dos direitos previstos pela Constituição Federal. Neste período foram lançadas diversas Leis regulamentadoras, dentre elas a Lei 8080/1990 (SUS) e a Lei 8.069/1990 Estatuto da criança e do adolescente (ECA).

Mas somente após cinco anos da promulgação da nova Constituição Federal que a Assistência social, enquanto política pública, foi regulamentada, através da Lei regulamentadora 8.742 (LOAS), em 7 de dezembro de 1993 que regulamentou os artigos 203 e 204 da Constituição.

Além do atraso da lei regulamentadora da Assistência social, o processo de construção e aprovação da LOAS foi marcado por diversos conflitos que modificaram em diversos pontos o projeto original que contemplava as demandas históricas da sociedade por Assistência Social. São indicativas desse processo a concepção de mínimos sociais e a condicionalidade de renda inferior a  $\frac{1}{4}$  de salário-mínimo para acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC). Na vigência do governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, através de medidas provisórias, ocorreram inúmeras alterações à LOAS que culminaram na sua mutilação, se considerada a proposta original e a modificada naquela ocasião. Por exemplo, a mudança na periodicidade da realização das conferências nacionais de assistência social que deixaram de ser a cada 2 anos, para serem convocadas de 4 em 4 anos. Em seu artigo primeiro a LOAS coloca:

**Art. 1.** *A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas. (SIMÕES, 2014, p. 308)*

A LOAS encontra-se estruturada em 42 artigos e os seguintes capítulos abaixo:

- I – Das Definições e dos Objetivos;*
- II – Dos Princípios e das Diretrizes;*
- III – Da Organização e da Gestão;*
- IV – Dos Benefícios, dos Serviços, dos Programas e dos Projetos de Assistência social;*
- V – Do Financiamento da Assistência Social;*
- VI – Das Disposições Gerais e Transitórias;*

Princípios e diretrizes da Lei Orgânica de Assistência Social - LOAS:

***Dos Princípios:***

*Art. 4º A assistência social rege-se pelos seguintes princípios:*

- I - supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica;*
- II - universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas;*
- III - respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade;*
- IV - igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se equivalência às populações urbanas e rurais;*
- V - divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão. (LOAS, 2016, p. 8)*

**Das Diretrizes:**

Art. 5º A organização da assistência social tem como base as seguintes diretrizes:

*I - descentralização político-administrativa para os estados, o Distrito Federal e os municípios, e comando único das ações em cada esfera de governo;*

*II - participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis;*

*III – primazia da responsabilidade do Estado na condução da política de assistência social em cada esfera de governo. (LOAS, 2016, p. 9)*

#### 1.4.- Política Nacional de Assistência (PNAS)

A elaboração e aprovação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) em setembro de 2004 tem como intenção construir coletivamente o redesenho da Assistência social enquanto Política Pública:

*“Um elemento importante refere-se à organização da rede socioassistencial. Um primeiro desafio colocado para os assistentes sociais é compreender o significado político deste processo, pois se trata de um movimento que hipoteca o funcionamento da política de Assistência Social à existência das parcerias com o setor privado. Estas parcerias implicam na coexistência de duas lógicas distintas: a do setor público-estatal e a do setor privado, ainda que sem fins lucrativos. (...) (MOTA et.al., 2010, p.195)*

Foi através da implantação da PNAS em 2004 que se institui o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), logo a PNAS estabelece dois patamares de proteção social: a básica e a especial, garantindo assim a segurança de

sobrevivência (de rendimento e autonomia); acolhida e convívio ou vivência familiar.

Um dos avanços postos a partir das diretrizes estabelecidas pela PNAS, diz respeito à matricialidade sociofamiliar que coloca a centralidade na família para concepção e implementação dos benefícios, serviços, programas e projetos (MDS, 2005, p 40 - 41). A adoção deste princípio se configura como um avanço na história da assistência social, pois anteriormente à PNAS, a assistência era direcionada ao atendimento dos indivíduos, desconsiderando-se a família. No entanto, apesar do avanço que representa este princípio, também é composto por contrariedades, pois o arcabouço que se utiliza para colocar a família no centro das políticas de assistência, não exclui a contradição e o conservadorismo.

#### 1.5.- Sistema Único de Assistência Social (SUAS)

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) foi instituído no ano de 2005, durante o governo do Presidente Luis Inácio Lula da Silva, e se caracteriza como o novo modelo de gestão para a política pública de assistência social sendo descentralizado e participativo. O SUAS é constituído na regulação e organização em todo o país do atendimento das demandas da população em relação à proteção e seguridade sociais, através de um conjunto articulado de serviços continuados, benefícios, programas e projetos, objetivando assegurar e afiançar o disposto na LOAS.

Os benefícios, programas e projetos que compõem as ações de assistência social, já definidos, destinam-se ao atendimento das demandas comuns da população, marcada pela vulnerabilidade, pobreza e risco social. Tais ações são organizadas em dois tipos de proteção social. Uma delas é a Proteção Social Básica - que tem como objetivo prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e/ ou fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras). Segundo a PNAS (2004),

prevê o desenvolvimento de serviços, programas e projetos locais de acolhimento, convivência e socialização de famílias e de indivíduos, conforme identificação da situação de vulnerabilidade apresentada. Deverão incluir as pessoas com deficiência e ser organizados em rede, de modo a inseri-las nas diversas ações ofertadas. Os benefícios, tanto de prestação continuada como os eventuais, compõem a proteção social básica, dada a natureza de sua realização. Os programas e projetos são executados pelas três instâncias de governo e devem ser articulados dentro do SUAS.

Em relação aos serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica, estes devem se articular com as demais políticas públicas locais. Dessa forma a garantir a sustentabilidade das ações desenvolvidas e o protagonismo das famílias e indivíduos atendidos, a fim de superar as condições de vulnerabilidade e a prevenir as situações que indicam risco potencial. Deverão, ainda, articular-se aos serviços de proteção especial, garantindo a efetivação dos encaminhamentos necessários.

#### 1.6.- Centros de Referência de Assistência Social (CRAS)

A porta de entrada da Proteção Social Básica é através dos chamados Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). O CRAS é uma unidade pública estatal localizada nas áreas em que há os maiores índices de vulnerabilidade e risco, seu objetivo é fornecer atendimento socioassistencial às famílias localizadas nas áreas abrangidas.

Esta instituição é responsável por executar os serviços de proteção social básica, organizar e coordenar a rede dos serviços socioassistenciais locais da política de assistência social. Segundo a PNAS 2004:

*“O CRAS atua com famílias e indivíduos em seu contexto comunitário, visando a orientação e o convívio sociofamiliar e comunitário. Neste sentido é responsável pela oferta do Programa de Atenção Integral às Famílias. Na proteção básica, o trabalho com famílias deve considerar novas referências para a compreensão dos diferentes arranjos familiares, superando o*

*reconhecimento de um modelo único baseado na família nuclear, e partindo do suposto de que são funções básicas das famílias: prover a proteção e a socialização dos seus membros; constituir-se como referências morais, de vínculos afetivos e sociais; de identidade grupal, além de ser mediadora das relações dos seus membros com outras instituições sociais e com o Estado.” (PNAS, 2005, p. 35)*

Os serviços de proteção básica de assistência social definidos pela PNAS são os que atuam no sentido de potencializar a família como unidade de referência. Fortalecendo seus vínculos internos e externos de solidariedade através do protagonismo de seus membros e da oferta de um conjunto de serviços locais que visam à convivência, a socialização e o acolhimento, em famílias cujos vínculos familiar e comunitário não foram rompidos. Assim como a promoção da integração ao mercado de trabalho. Sendo estes: Programa de Atenção Integral às Famílias, Programa de inclusão produtiva e projetos de enfrentamento da pobreza e os Centros de Convivência para Idosos. Existem ainda os serviços voltados para crianças de 0 a 6 anos, que visam o fortalecimento dos vínculos familiares, o direito de brincar, ações de socialização e de sensibilização para a defesa dos direitos das crianças. Serviços socioeducativos para crianças, adolescentes e jovens na faixa etária de 6 a 24 anos, visando sua proteção, socialização e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. Além de programas de incentivo ao protagonismo juvenil e do fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. Ademais, Centros de informação e de educação para o trabalho voltado para jovens e adultos.

#### 1.7.- Centro de Referência especializado de Assistência Social (CREAS)

A Proteção Social Especial é desenvolvida no CREAS, que é parte integrante do SUAS, constitui-se numa unidade pública estatal, responsável pela oferta de atenções especializadas de apoio, orientação e acompanhamento a indivíduos e famílias com um ou mais de seus membros em situação de ameaça

ou violação de direitos. O objetivo é fortalecer as redes sociais de apoio da família, contribuir no combater a estigmas e preconceitos, assegurar proteção social imediata e atendimento interdisciplinar às pessoas em situação de violência visando sua integridade física, mental e social. Além disso, visa prevenir o abandono e a institucionalização, fortalecer os vínculos familiares e a capacidade protetiva da família.

O CREAS oferta acompanhamento técnico especializado, desenvolvido por uma equipe multiprofissional, de modo a potencializar a capacidade de proteção da família e favorecer a reparação da situação de violência vivida. O atendimento é prestado no CREAS ou pelo deslocamento de equipes em territórios e domicílios, e os serviços devem funcionar em estreita articulação com o Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, Conselhos Tutelares e outras Organizações de Defesa de Direitos, com os demais serviços socioassistenciais e de outras políticas públicas, no intuito de estruturar uma rede efetiva de proteção social.

A política social no Brasil tem uma espécie de “cultura” que nega a identidade social dos subalternos, oculta e legitima a dominação, pois não são reconhecidos os direitos, e espera-se a lealdade dos que recebem os serviços. Para Yasbek (1996) as políticas sociais assumem o papel de atenuar, através de programas sociais os desequilíbrios no uso da riqueza social entre as diferentes classes sociais. Segundo Raichelis (2000) as ações públicas de enfrentamento à pobreza na sociedade brasileira têm sido acompanhadas de algumas distorções ambíguas, como: matriz do favor, do apadrinhamento, produzindo a cidadania invertida, vincula-se ao trabalho filantrópico, voluntário e solidário. Há uma conformação burocrática e inoperante pela escassez de recursos para área.

Com a promulgação da PNAS em 2004, houve mudanças no ordenamento da assistência social. Essa política coloca como público os usuários da política de assistência social, cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e risco, tais como, família e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade. A PNAS define o SUAS como elemento essencial à execução da política de assistência social, possibilitando a normatização dos padrões nos serviços e atendimento. Nessa ótica, o SUAS materializa o conteúdo da LOAS, cujo modelo de gestão é



descentralizado e participativo, constituindo-se em todo território nacional, na regulação e organização das ações socioassistenciais.

O SUAS tem a lógica da universalidade e qualidade dos serviços de assistência social. A sua implantação deve garantir o rompimento com a fragmentação programática, entre as esferas de governo e de ações por categoria e segmentos sociais. “É um sistema articulador e provedor de ações de proteção básicas e especiais, junto aos municípios e Estados”. (SPOSATI, 2004, p. 181). Sposati (2004) afirma também que a proteção especial não pode submeter o usuário ao princípio da tutela, mas sim à condição de autonomia, protagonismo, capacitação, acesso às condições de convívio e socialização. Nas palavras dela:

“Substituição do paradigma assistencialista: apartador de cidadãos à condição de “categoria de necessitados” pelo paradigma de proteção social, básica e especial, organizada sob sistema único, descentralizado e participativo de âmbito nacional com comando único por esfera de governo”. (SPOSATI, 2004, p. 182).

Há vários desafios a serem enfrentados por esse sistema, como a ressignificação da assistência social junto à seguridade, a construção de sistema de dados e informações sobre essa política, a capacitação para técnicos, gestores e conselheiros.

Em 2006 foi aprovada a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS, a norma evidencia a importância da valorização dos profissionais que atuam na política de assistência social. Esse documento descreve como devem ser compostas as diversas equipes de referência responsáveis pela organização e oferta de serviços, programas, projetos e benefícios sociais de proteção social, o assistente social integra todas as equipes, constituindo-se, assim, um espaço privilegiado de atuação para esse profissional. Segundo Yamamoto (2008) “O assistente social é o profissional que trabalha com políticas sociais, de corte público ou privado, e não resta dúvida ser essa uma determinação fundamental na constituição da profissão”.

Conforme pôde ser visto na breve descrição acima, as políticas de assistência social no Brasil têm sua origem, em sua grande maioria, baseada na caridade, filantropia e na solidariedade religiosa, sobretudo católica. De forma

muito morosa as políticas sociais e leis foram aos poucos implementadas para atender as necessidades dos usuários. Contudo, no princípio, as ações relacionadas à assistência social continuaram sendo realizadas de forma assistencialista. O acesso efetivo aos direitos sociais existentes permaneceu por muito tempo destinado apenas aos trabalhadores formais. A consolidação da Assistência Social enquanto política de seguridade social não contributiva, que deve prover os mínimos sociais, dever do estado e direito do cidadão, só ocorreu após a consolidação da Constituição Federal de 1988. Através dessa Constituição, veremos pela primeira vez na história do país um modelo de Seguridade Social. Esse modelo foi estruturado no tripé Saúde, Assistência Social e Previdência Social. Sendo a primeira de caráter universal, a segunda para quem dela necessitar e a terceira contributiva. A Assistência social tornou-se, enfim, direito social, de caráter não contributivo. Nesse contexto, ocorre a mudança, de caridade para a profissionalização do Serviço Social e temos o reconhecimento da Assistência Social como status de Política de Seguridade Social, passando assim a ser um direito do cidadão e não um favor do Estado ou das entidades filantrópicas. No entanto, somente em 1993, foram regulamentados artigos pertinentes as instituições de assistência, caracterizando assim o desinteresse do poder público com a assistência e com sua desvinculação das relações históricas de clientelismos político e filantropia. Um passo importante para isso foi a promulgação da PNAS em 2004, essa política coloca como público usuário da assistência social, os cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e risco. A PNAS define o SUAS como elemento essencial à execução da política de assistência social, possibilitando a normatização dos padrões nos serviços e atendimento. Nessa ótica, o SUAS materializa o conteúdo da LOAS, cujo modelo de gestão é descentralizado e participativo.

Nesse cenário de mudanças nas políticas sociais, veremos a frente como se deu a atuação do profissional de assistência social em meio a tantas mudanças pela interferência governamental na profissão, e como no tempo presente, esse profissional atua e pode atender seu usuário por meio das políticas existentes atualmente. Em especial políticas que envolvam a área da saúde, e em específico, as políticas voltadas as demandas diretas e indiretas dos indivíduos em dependência e abuso de drogas e álcool.

## 1.8.- Proteção Social Especial

Esta modalidade de proteção social desenvolvida destina-se as famílias e indivíduos que se encontram em situações de risco pessoal e social, devido ao abandono, maus tratos físicos e/ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, trabalho infantil, entre outras. Estas situações requerem um acompanhamento mais efetivo e individual, e uma maior flexibilidade nas soluções protetivas, comportam encaminhamentos monitorados, apoios e processos que assegurem qualidade na atenção protetiva e efetividade na reinserção almejada. Segundo a PNAS 2004:

*Os serviços de proteção especial é a modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e, ou, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras.*

*São serviços que requerem acompanhamento individual e maior flexibilidade nas soluções protetivas. Da mesma forma, comportam encaminhamentos monitorados, apoios e processos que assegurem qualidade na atenção protetiva e efetividade na reinserção almejada.*

*Os serviços de proteção especial tem estreita interface com o sistema de garantia de direito exigindo, muitas vezes, uma gestão mais complexa e compartilhada com o Poder Judiciário, Ministério Público e outros órgãos e ações do Executivo.*

*Vale destacar programas que, pactuados e assumidos pelos três entes federados, surtiram efeitos concretos na sociedade brasileira, como o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI e o Programa de Combate à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes. (PNAS, 2005, p. 37-38)*

Esta modalidade de Proteção subdivide-se em duas categorias, sendo elas:

#### 1.8.1.- Proteção Social Especial de Média Complexidade

São considerados serviços de média complexidade aqueles que oferecem atendimentos as famílias e indivíduos com seus direitos violados, cujo vínculo familiar e comunitário não foram rompidos. Neste sentido, necessitam de estruturação técnico-operacional mais especializada, além de atenção individualizada, e/ ou, de acompanhamento sistemático e monitorado, tais como: Serviço de orientação e apoio sociofamiliar, Plantão Social, Abordagem de Rua, Cuidado no Domicílio, Serviço de Habilitação e Reabilitação na comunidade das pessoas com deficiência e Medidas socioeducativas em meio-aberto (Prestação de Serviços à Comunidade – PSC e Liberdade Assistida – LA).

A proteção especial de média complexidade envolve também o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), visando à orientação e o convívio sociofamiliar e comunitário. Difere-se da proteção básica por se tratar de um atendimento dirigido às situações de violação de direitos.

#### 1.8.2.- Proteção Social Especial de Alta Complexidade

Os serviços de proteção social especial de alta complexidade são aqueles que garantem proteção integral – moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido para famílias e indivíduos que se encontram sem referência e/ ou, em situação de ameaça, necessitando ser retirados de seu núcleo familiar e/ ou, comunitário. Tais como: Atendimento Integral Institucional, Casa Lar, República, Casa de Passagem, Albergue, Família Substituta, Família Acolhedora ou Medidas socioeducativas restritivas e privativas de liberdade (semiliberdade, internação provisória e sentenciada) além de Trabalho protegido.

## **CAPÍTULO 2: Serviço Social**

### 2.1. A concepção histórica do Serviço Social

O objetivo central dessa monografia é retomar a experiência de estágio supervisionado – buscando analisar algumas “situações e vivências” dessa experiência formativa -, assim sendo, destaca-se que a análise diminuta sobre a história do Serviço Social (gênese, desenvolvimento, consolidação e seu significado sócio-histórico) presente nas linhas que seguem, se apoiam em referências clássicas da literatura do Serviço Social, notadamente Marilda Yamamoto e José Paulo Netto, bem com os insumos teóricos recolhidos ao longo das disciplinas cursadas na graduação.

O Serviço Social tem sua origem no Brasil em um amplo movimento social que a Igreja Católica desenvolve com o objetivo de recristianizar a sociedade brasileira. Com o crescimento da industrialização e, conseqüentemente, das populações em áreas urbanas, surge a necessidade de controlar a massa operária. Para tanto, o Estado absorve parte das reivindicações populares, que demandavam condições de alimentação, moradia e saúde. Dessa forma, ampliam-se as bases do reconhecimento da cidadania, através de uma legislação social e salarial. Essa atitude visava principalmente o interesse do Estado e das classes dominantes de atrelar as classes subalternas ao Estado, facilitando sua manipulação e dominação.

A partir do objetivo de obter um controle mais amplo, o Estado passa a intervir não somente na regulação do mercado, através da política salarial e sindical, como também, no estabelecimento e controle da prática assistencial. Nesse contexto o Serviço Social, enquanto profissão situa-se no processo de reprodução das relações sociais, como atividade auxiliar e subsidiária no controle social e na difusão da ideologia da classe dominante entre a classe trabalhadora.

Ainda no cenário de controle da massa operária era necessário maior quantitativo profissional, então, em 1930, a Igreja criou escolas de Serviço Social, onde o laicato da Igreja era quem formava os assistentes sociais. Porém era o Estado quem profissionalizava dando a eles o papel na execução da intervenção

de políticas sociais. Os assistentes sociais eram formados pelo modelo Franco-Belga e no momento da profissionalização era usado o modelo norte-americano. Era o Estado quem financiava esses estudos.

Após esse período supracitado, começou a ocorrer uma mudança na profissão, de caridade para a profissionalização, o Serviço Social cria mecanismos de autojustificação. Ele precisa se justificar para a sociedade e se livrar do estigma do assistencialismo.

Durante o período (1937/1945) do Estado Novo foram criadas as instituições de assistência social no Brasil, dentre as quais:

CNSS: criado em 1938, seu objetivo era centralizar e organizar as obras assistenciais públicas e privadas sendo utilizado como mecanismo de clientelismo político e de manipulação de verbas e subvenções públicas.

LBA: criada em 1942, organizada em consequência do engajamento do País na Segunda Guerra Mundial. Seu objetivo era o de cuidar e prover as necessidades das famílias que tiveram seus entes mobilizados para o campo de batalha, sobretudo quando esses, eram os provedores da família. Tal conjuntura favorece sua criação, uma vez que ocorreu significativa queda do poder aquisitivo do proletariado e da pequena burguesia urbana. Mesmo dispondo de técnicos capacitados para a função, o comando da LBA era posto a cargo das esposas dos presidentes em exercício na ocasião, caracterizando o aspecto filantrópico, de ações clientelistas, conforme os interesses dos governos vigentes.

As instituições sociais e assistenciais, a partir da década de 30, tornam-se instrumento de controle social e político dos setores dominados e de manutenção do sistema de produção tanto por seus efeitos econômicos, quanto pela absorção dos conflitos sociais e das relações sociais vigentes.

A partir do período de 1946 a 1964, temos um panorama que não constou de mudanças significativas no campo das instituições de assistência, pois o Estado deu continuidade ao controle nas relações existentes e menos no que se refere às demandas sociais, buscava-se focalizar o trabalho nas disputas eleitorais. Então são criadas as seguintes instituições:

Fundação Leão XIII: criada em 1947 pelo governo federal a partir do objetivo de atuar especificamente junto aos moradores de favelas, concentrados

nos grandes centros urbanos. Provem da articulação entre estado e hierarquia católica.

SESI: criado em 1946, no pós-guerra, visando atuar no bem-estar do trabalhador industrial. Nesse período o empresariado conforme interesses próprios, se insere na política de controle social. No entanto o investimento do empresariado nesta ação é mínimo no que tange a responsabilidade do Estado, que provem com recursos públicos as políticas sociais voltadas para os trabalhadores.

Nos anos 50 a partir da modernização do aparelho do estado, no governo do Presidente Juscelino Kubitschek, as instituições de assistência passam a ser instrumentos de veiculação de políticas sociais com aspectos claramente assistencialistas.

A partir da mudança do regime político no ano de 1964, em consequência da ditadura militar, os recursos para as instituições são reduzidos, muito embora, o país atravessasse uma fase que ficou conhecida como milagre econômico. No entanto, apesar do contexto de crescimento econômico, a classe trabalhadora seguia em um processo de empobrecimento crescente, com aumento considerável da discrepância socioeconômica entre classes.

Na década de 70, as instituições são influenciadas pela política desenvolvimentista, burocrática e modernizada, que visavam obter maior controle sobre a sociedade. Nesse contexto, houve o fortalecimento de instituições, como a LBA, que realizou concurso público para preenchimento das vagas, inclusive para a área de Serviço social.

Na década de 80, como consequência do fracasso da década perdida, devido ao endividamento estatal durante o milagre econômico, temos o crescimento do nível de pauperização da fatia da população que já fazia parte do segmento marginal do processo produtivo. Foram registrados níveis expressivos de miséria absoluta, altos índices de mortalidade infantil e desnutrição. Nesse contexto, são inseridos nas instituições diversos programas, constituídos de ações fragmentadas, que buscam atender as exigências desse contingente da população cada vez mais dependente de benefícios.

Diante desse cenário de aumento da desigualdade social e crescimento da parcela da população com demandas sociais proeminentes, ficou

previsto na Constituição Federal de 1988 o reconhecimento da Assistência Social como tendo status de Política de Seguridade Social. Dessa forma a política social passa a ser um direito do cidadão e não um favor do Estado ou das entidades filantrópicas. No entanto, somente em 1993 foram regulamentados artigos pertinentes as instituições de assistência, caracterizando o desinteresse do poder público com a assistência e sua desvinculação das relações históricas de clientelismos político e filantropia.

Nesse contexto, desde sua origem, a LBA constituía-se em uma estrutura fortalecida, em que as estruturas estaduais e municipais eram dependentes dos ditames políticos e financiamento da LBA e de seus programas centralizados, os quais foram geridos em Brasília. No entanto, na década de 90, mais especificamente no governo de Fernando Collor de Melo, a LBA entra em decadência devido aos desmandos políticos, levando a instituição à extinção. No período Collor se constituiu o desmonte do padrão de proteção social, sem uma efetiva substituição dele.

No ano de 1995, o então presidente Fernando Henrique Cardoso extingue a LBA por decreto, sendo que nenhuma outra instituição foi criada com o objetivo de substituí-la. Com a finalização da LBA foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), ligado a Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS) que assumiria o papel da LBA e do também extinto Ministério do Bem-estar Social.

Ainda no ano de 1995 aconteceu em Brasília a 1ª Conferência Nacional de Assistência Social com ampla participação da sociedade. Neste movimento a Política de Assistência ganhou seus primeiros contornos como direito e não como favor. No ano de 1996 a LOAS começa a ser implementada a partir da concessão de benefício para diferentes seguimentos como os idosos, portadores de deficiência, criança e adolescentes. Também neste período ocorreu o processo de descentralização, gerando mecanismos em que a execução e responsabilidade das ações sociais são delegadas aos estados e municípios.

No que tange a proposta de descentralização das ações, cabe apontar, que esta foi concebida enquanto um método voltado para a implementação de uma ideologia de eficiência e eficácia e deste modo as três esferas de governos (União, Estado e Município) assumem funções bem definidas. Contudo, os



recursos não são compatíveis para o enfrentamento das necessidades sociais. Esta estratégia é baseada em uma proposta de maior integração em nível local entre os recursos públicos e das organizações não-governamentais no que concerne ao financiamento das políticas sociais. No entanto, cabe ressaltar, que destituída de mecanismos adequados de repasse, a proposta descentralizadora obterá efeito contrário, ao acentuar os graus das desigualdades individuais, sociais e regionais.

Nesse cenário foi então criado o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), que unificou os programas sociais que estavam dispersos em vários ministérios, na qual também ocorreu a aprovação da Política Nacional de Assistência Social e a aprovação na Norma Operacional Básica (NOB). A NOB SUAS é responsável por avanços significativos como a implantação dos Pisos de Proteção no financiamento da Assistência Social e o respeito à diversidade nacional.

## 2.2. O Serviço Social em sua atuação

Serviço Social é uma profissão inscrita na divisão sociotécnica do trabalho capitalista. Exerce, portanto, seu fazer profissional no contexto da contradição e luta de classes fundamentais: burguesia e proletariado. Nesse espaço sócio-ocupacional o assistente social participa do processo de reprodução das relações sociais, fazendo com que a mesma ação interventiva atenda aos interesses das duas classes sociais.

A afirmativa de que o Serviço Social se legitima a partir de sua inserção na divisão social e técnica do trabalho, quando o Estado e o empresariado passam a requisitar um profissional que seja capaz de executar as políticas sociais públicas e privadas; como resposta às demandas da classe trabalhadora, delimita o marco de sua instituição.

Entende-se que existem ações desenvolvidas por diferentes agentes e instituições, que resultam na conciliação de classe e buscam amenizar as expressões da questão social. Algumas dessas intervenções existiam antes do período histórico de efervescência das manifestações da classe trabalhadora,

mas a ameaça de reversão da ordem colocada explicitamente exige uma gama de novas ações. Portanto esse processo não se dá sem continuidade e ruptura. Se pensarmos em relação a essas formas anteriores e posteriores de intervenção em determinados períodos identifica-se que surgem novos agentes e objetivos neste processo.

Pode-se destacar como ruptura a forma de intervenção por parte do Estado, o que levará a requisição de novas profissões como o Serviço Social. Assim o assistente social é requisitado como profissional para executar as políticas sociais. Se antes a questão social era caso de polícia, com o Estado e o empresariado atuando em sua intervenção por meio de ações pontuais e coerção, quando a classe trabalhadora se coloca como classe em si, o Estado passará a mediar essa relação por meio de política social. Segundo Yamamoto (2008, p. 95): O pano de fundo do processo de institucionalização do Serviço Social, como profissão na sociedade, é a “questão social”: isto é, o processo de formação e desenvolvimento da classe operária e seu ingresso no cenário político, exigindo, a partir de suas lutas, o seu reconhecimento como classe por parte do Estado e do empresariado. O Estado passa a intervir nas relações entre o empresariado e a classe operária através de legislação social e trabalhista, da prestação de serviços sociais previstos nas políticas sociais. Estes tornam-se meios de enfrentamento do processo de pauperização das classes trabalhadoras e do processo de organização e da luta em defesa de seus interesses classistas e de suas necessidades imediatas de sobrevivência.

Portanto, para entender a *natureza da* ação profissional é necessário analisar o significado dos serviços sociais prestados pelas grandes instituições, dos quais o Assistente Social será um dos executores.

As mudanças no mundo do trabalho com a consolidação dos ideais neoliberais, “a política de corte nos gastos sociais foi acompanhada por uma significativa retração das políticas sociais, quando não, por processo de desresponsabilização estatal. Isso se desdobrou em várias formas, dentre as quais destacamos o processo de mercantilização, o qual nos oferece elementos para analisar as novas tendências da seguridade social no Brasil, que incluem: a expansão da assistência social, a privatização da previdência social e da saúde pública” (MOTA et.al., 2010, p.151), tem refletido no Serviço Social,

condicionando novas relações de trabalho e redução dos seus espaços de atuação, resultado da precarização das políticas públicas. Ao mesmo tempo, e contraditoriamente, novos espaços de atuação profissional estão surgindo, tanto como em entidades não-governamentais, resultado da transferência responsabilidades do Estado, quanto em espaços diversos, resultado de novas demandas impostas pela complexificação da questão social. Cabe ao assistente social estar capacitado e atento à realidade para poder antecipar novas demandas. Para assim garantir a sua inserção e permanência no mercado de trabalho sem perder de vista os princípios da ética profissional e a perspectiva da transformação da ordem social vigente.

No que concerne ao mercado de trabalho do assistente social, o campo da política de assistência social se caracteriza como um amplo nicho de absorção de assistentes sociais. Mesmo esta, sendo uma política com campo de trabalho multiprofissional e interdisciplinar, os profissionais de referência tendem a ser os assistentes sociais. Sobretudo depois do reconhecimento da Assistência Social como política pública através da CF de 1988 e, posteriormente, na promulgação de suas leis regulamentadoras, como a Lei nº 8.742/1993 – Lei Orgânica de Assistência Social ou a Política Nacional de Assistência Social, entre outras.

Com a implantação do SUAS, novos espaços sócio-ocupacionais foram criados, como os CRAS e os CREAS, que exigirão do profissional o desenvolvimento de novas competências nos âmbitos da assessoria, planejamento, monitoramento e avaliação.

O desenvolvimento dessas novas competências, não deve desconsiderar os princípios e compromissos éticos postos à profissão pelos seus estatutos normativos. Para que não se realize uma prática profissional conservadora e pragmática, que ao invés de orientar em prol da liberdade e construção de uma nova ordem societária, acaba por colaborar para manutenção da ordem vigente. Logo:

*O reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional (conforme estabelecido nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS), demanda uma atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação dos determinantes socioeconômicos e culturais das desigualdades sociais. A intervenção orientada por esta*

*perspectiva crítica pressupõe a assunção, pelo/a profissional, de um papel que aglutine: leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos/as trabalhadores/as em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os/as trabalhadores/as, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e ampliação dos direitos. (CFESS, 2011, p. 18)*

Além de desenvolver como postura profissional a capacidade crítica/reflexiva para compreender a problemática e as pessoas as quais atende e suas demandas. Tem extrema importância a habilidade para comunicação e expressão oral e escrita, e a articulação política para proceder a encaminhamentos técnico-operacionais, sensibilidade no trato com as pessoas, conhecimento teórico, capacidade para mobilização e organização em qualquer área que esteja situado. As atribuições gerais requeridas do Serviço social e na Política de assistência social são:

- *apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade;*
- *análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do Capitalismo no país e as particularidades regionais;*
- *compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio histórico, nos cenários internacional e nacional, revelando as possibilidades de ação contidas na realidade;*
- *identificação das demandas presentes na sociedade, visando a formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado (ABEPSS, 1996).*

Quanto às atribuições específicas do Assistente Social no âmbito da política de Assistência Social, temos:

1. *Uma dimensão que engloba as abordagens individuais, familiares ou grupais na perspectiva de atendimento às necessidades básicas e acesso aos direitos, bens e equipamentos públicos. Essa dimensão não deve se orientar pelo atendimento psicoterapêutico a indivíduos e famílias (próprio da Psicologia), mas sim à potencialização da orientação social, com vistas à ampliação do acesso dos indivíduos e da coletividade aos direitos sociais;*
2. *Uma dimensão de intervenção coletiva junto a movimentos sociais, na perspectiva da socialização da informação, mobilização e organização popular, que tem como fundamento o reconhecimento e fortalecimento da classe trabalhadora como sujeito coletivo na luta pela ampliação dos direitos e responsabilização estatal;*
3. *Uma dimensão de intervenção profissional voltada para inserção nos espaços democráticos de controle social e construção de estratégias para fomentar a participação, reivindicação e defesa dos direitos pelos/as usuários/as e trabalhadores/as nos Conselhos, Conferências e Fóruns da Assistência Social e de outras políticas públicas;*
4. *Uma dimensão de gerenciamento, planejamento e execução direta de bens e serviços a indivíduos, famílias, grupos e coletividade, na perspectiva de fortalecimento da gestão democrática e participativa, capaz de produzir, intersetorial e interdisciplinarmente, propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos/as cidadãos/ãs;*
5. *Uma dimensão que se materializa na realização sistemática de estudos e pesquisas que revelem as reais condições de vida e demandas da classe trabalhadora, e possam alimentar o processo de formulação, implementação e monitoramento da política de Assistência Social;*
6. *Uma dimensão pedagógico-interpretativa e socializadora de informações e saberes no campo dos direitos, da legislação social e das políticas públicas, dirigida aos/às diversos/as atores/atrizes e sujeitos da política: os/as gestores/as públicos/as, dirigentes de entidades prestadoras de serviços, trabalhadores/as, conselheiros/as e usuários/as. (CFESS,2011).*

Como pôde ser percebida anteriormente, a profissão Serviço Social e, especialmente, o trabalho profissional do assistente social, vem se tornando cada vez mais independente de políticas assistencialistas com ênfase em manter a classe proletária dependente e sentindo-se em dívida com um governo que executa caridades pela população vulnerável. Atualmente, é possível perceber

que as políticas sociais estão mais voltadas às demandas populacionais como um todo, e, principalmente, são dispostas como dever do Estado e direito do cidadão. Nesse contexto, o assistente social deve se manter sempre atualizado para as novas demandas impostas pela complexificação da “questão social”. Cabe ao profissional estar capacitado e atento à realidade para antecipar essas novas demandas. Para assim garantir a sua inserção e permanência no mercado de trabalho sem perder de vista os princípios da ética profissional e a perspectiva da transformação da ordem social vigente. Uma das expressões da “questão social” mais proeminente, atualmente, é a demanda na área da saúde, sobretudo na questão vinculada aos usuários de drogas e álcool. Dado que a parcela da população em uso de drogas lícitas ou ilícitas aumentou consideravelmente na última década, segundo estimativas da OMS. Nesse contexto, a atuação do profissional de serviço social na área da saúde e suas políticas assistenciais voltadas às pessoas em risco de saúde, se tornou imprescindível nos últimos anos.

### 2.3. O Serviço Social na saúde

A problemática do uso de drogas no Brasil que se configura como uma das expressões da questão social, tem sido alvo de esforços diferenciados por parte do governo, sociedade civil, empresas privadas e diversas outras organizações. Na contemporaneidade, têm-se buscado desenvolver estratégias que não se atenham a resolver as situações geradas pelo uso de drogas (dependência química, vulnerabilidade social, envolvimento em práticas ilegais), mas se antecipem ao implementar ações que tenham como finalidade principal a prevenção ao uso.

Tal busca se orienta pela necessidade constatada em estudos e pesquisas, das mais diversas áreas do conhecimento, que apontam para o desafio de se desenvolverem ações que tenham como foco as atitudes preventivas, visto que práticas como a criminalização do usuário, a repressão pontual e limitada (desenvolvidas até recentemente na história brasileira) não tiveram sua eficácia constatada na diminuição dos casos de dependência

química. Assim como em todas as situações advindas dela. Com a aprovação da Política Nacional sobre Drogas (27 de outubro de 2005), o Estado brasileiro reconheceu legalmente a necessidade de conjugar esforços para que as ações relativas à problemática do uso de drogas tenham o seu principal enfoque voltado para a prevenção.

Todavia, como política pública, a Política Nacional Sobre Drogas pressupõe o conjugar de esforços dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal) para o desenvolvimento das ações, além da mobilização da sociedade no intuito de reconhecer a prevenção como estratégia mais eficaz e humana do que a simples repressão. Considerando que o Serviço Social tem nas políticas públicas um espaço privilegiado para o exercício profissional, as ações da Política Nacional sobre Drogas podem configurar-se como possibilidades de trabalho efetivo na defesa de direitos e principalmente como partícipe nesse conjugar de esforços com vistas à prevenção ao uso de drogas. Nesse sentido, a inserção do profissional de Serviço Social nesse *lócus*, pode ser entendida para além da possibilidade de ocupação profissional, mas como dever de uma profissão, que tem no seu caráter ontológico o compromisso ético da defesa e aprofundamento da cidadania.

Esse compromisso confere ainda especificidade e identidade à profissão, na medida em que, para assumi-lo, o assistente social deve fundamentalmente estabelecer alianças, tanto com outras categorias, como com as classes trabalhadoras.

*“Assumindo sua dimensão social e despojando-se de pensamentos corporativistas, a prática social emancipada, livre da alienação, deve fortalecer-se cada vez mais, não só através da maior coesão da categoria profissional, mas também através de sólidas e consistentes alianças com as classes populares, com outras categorias profissionais e com todos os segmentos sociais cuja prática contenha um firme desejo revolucionário e uma convicção de que as pessoas são capazes de transformar a realidade, como seres histórico-sociais e membros de uma classe articulada”*(MARTINELLI, 1993, p.151).

A partir das considerações de Martinelli é perceptível a emergência da inserção participativa do profissional de Serviço Social, consolidando a intervenção social em espaços diversificados e fortalecendo-se enquanto categoria. Em relação à Política Nacional sobre Drogas, as possibilidades de implementação de ações de prevenção perpassam as esferas municipal, estadual e federal. De formas diferenciadas e em âmbito municipal, na Vigilância Sanitária encontra-se um espaço privilegiado para efetivá-las. Esse órgão, cuja função insere-se nas ações de saúde, tem como atribuições, a sua prevenção e a promoção, para além do enfoque meramente curativo. Prevenir e promovê-la, implementar atitudes, planos e programas que partam do ideal de bem estar para a humanidade e retornem a esse mesmo ideal. Assim, a Vigilância Sanitária tem um papel destacadamente prevencionista, a partir de uma estrutura interdisciplinar comportando a viabilização do trabalho profissional de Serviço Social.

Conforme estabelecido na Política Nacional sobre Drogas, a prevenção trata de desenvolver ações firmadas em princípios éticos e direcionadas para o desenvolvimento humano, o que reitera a necessidade do trabalho profissional do Serviço Social nessa construção. Torna-se essencial a compreensão que vai para além da imediatez do real e que busca entender que a problemática do uso de drogas é também uma expressão da questão social, havendo a necessidade de uma intervenção que considere a complexidade das dimensões envolvidas nessa análise.

*[ ] o debate contemporâneo sobre os usos de drogas na realidade brasileira tem profunda relação com o debate sobre a questão social, daí a importância de um posicionamento fundamentado e coerente com o projeto profissional do Serviço Social diante do uso de drogas como prática social e das respostas formuladas pela sociedade brasileira à essa prática (CFESS, 2011, online).*

Trata-se efetivamente de articular esforços para ações, a partir do entendimento de que a responsabilidade na prevenção ao uso de drogas deve ser



entendida com vistas à interdisciplinaridade. Sendo assim, compartilhar responsabilidades é estabelecer parcerias para o alcance de um objetivo comum. Desenvolver estratégias partindo da concepção de que diante da complexidade da problemática em voga, os resultados são efetivos somente na medida em que contemplem as múltiplas dimensões da prevenção. Destaca-se que a prevenção deve ser entendida como o processo participativo e político de reflexão acerca da utilização de drogas lícitas e não lícitas e seus efeitos nas diversas dimensões, quais sejam: físico/biológicas, psíquicas e sociais.

A Política Nacional sobre Drogas estabelece como um dos pressupostos para o enfrentamento ao uso de drogas, priorizar a prevenção, entendida da seguinte forma:

*“A efetiva prevenção ao uso de tabaco e seus derivados, de álcool e de outras drogas é fruto do comprometimento, da cooperação e da parceria entre os diferentes segmentos da sociedade brasileira e dos órgãos da administração pública federal, estadual, distrital e municipal, fundamentada na filosofia da responsabilidade compartilhada, com a construção de redes que visem à melhoria das condições de vida e promoção geral da saúde da população, da promoção de habilidades sociais e para a vida, o fortalecimento de vínculos interpessoais, a promoção dos fatores de proteção ao uso do tabaco e de seus derivados, do álcool e de outras drogas e da conscientização e proteção dos fatores de risco ” (BRASIL, 2019).*

Tal conceituação torna-se plena de significados para o trabalho do profissional de Serviço Social em espaços onde são desenvolvidas ações de prevenção ao uso de drogas, sendo fundamental o entendimento da necessidade de comprometer-se e compartilhar responsabilidades, o que integra o desafio da interdisciplinaridade. Esse desafio pode ser visualizado também na necessidade de articulações entre as políticas públicas, incluindo as políticas de assistência social e saúde. No que diz respeito à política pública de assistência social têm-se construído avanços significativos, na medida em que se alteram paradigmas para o atendimento e se estabelece o escopo legal para as ações a serem

desenvolvidas. A promulgação da nova Constituição Brasileira em 1988 é um dos marcos para a mudança na concepção da assistência social, ao reconhecê-la como dever do estado e, portanto, política pública.

Tal pressuposto é pleno de significados. A assistência social passa a ter objetivos, que vão para além da “ajuda”, que buscam garantir o atendimento real das necessidades dos cidadãos. Ainda no que diz respeito à assistência social como política pública, que articulada a outras (em especial a saúde) tem papel fundamental na implementação de ações de prevenção ao uso de drogas. A aprovação do PNAS em 2004 vem dar materialidade à assistência social, da forma como está proposta na Constituição e regulamentada na LOAS, consolidando então o paradigma de direitos. Em relação à Política Pública de Saúde, da forma como está estruturada legalmente, abre espaços significativos para a inserção do assistente social, a partir de uma concepção de saúde que vai além do tratamento. Partindo da necessidade de prevenção como a estratégia que vai trazer resultados significativos. Portanto, o entendimento do indivíduo como sujeito de direitos e a necessidade de garantir o bem-estar desse indivíduo é essencial para efetivação de políticas de prevenção ao uso de drogas.

Considerando a saúde no contexto do usuário de drogas, a Portaria Nº 1.028, de 1º de julho de 2005, que versa sobre a Redução de Danos, foi ao longo dos anos se tornando uma estratégia de produção de saúde alternativa às estratégias pautadas na lógica da abstinência, incluindo a diversidade de demandas e ampliando as ofertas em saúde para a população de usuários de drogas. A diversificação das ofertas em saúde para esse público sofreu significativo impulso quando, a partir de 2003, as ações de Redução de Danos deixaram de ser uma estratégia exclusiva dos Programas de IST/AIDS e se tornam uma estratégia norteadora da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas e da política de Saúde Mental. As ações de redução de danos que transversalizam os serviços da rede assistencial do SUS, em especial, os serviços de saúde mental (Centros de Atenção Psicossocial – CAPS) e os serviços de atenção primária à saúde (Estratégia Saúde da Família), ganham novas abordagens e evoluem para o entendimento atual de uma política de saúde cujos princípios e práticas têm como objetivos reduzir os danos e os riscos relacionados ao uso de álcool e outras

drogas. Essas ações são pautadas no protagonismo da população alvo, respeito ao indivíduo e o direito deste às práticas relacionadas ao consumo de drogas, almejando a construção de práticas saudáveis coletivas. Embora existam notórios avanços quanto à implementação e apropriação das políticas de Redução de Danos no Brasil (no que diz respeito ao atendimento e acesso à população usuária aos serviços de saúde), observa-se, porém, resistências e fragilidades em sua consolidação enquanto prática social interventiva. Inclusive observa-se o mesmo efeito na produção de políticas sociais (nas esferas regionalizadas no âmbito dos Estados e municípios) para o seguimento exposto à vulnerabilidade de consumo de álcool e outras drogas. Existem oposições por parte de algumas categorias na adesão ao projeto interventivo pautado na Redução de Danos, que são expressas pelas disputas entre projetos societários, legitimidade de saberes e práticas institucionais no tratamento à saúde, que sob uma ótica mitificada, se configuram em práticas conservadoras e cristalizadas, que enquadram o usuário dentro da lógica verticalizada, impondo a demanda ao usuário em uma relação de expropriação de suas relações sociais por um processo de monopólio ideológico. A exemplo disso, temos os embates sociais referente à implementação da política de internação compulsória, discutida por algumas categorias e legitimadas por saberes institucionais como primeira alternativa no enfretamento do consumo de álcool e drogas, seguindo na contra mão das práticas de Redução de Danos. A política de Redução de Danos sofrerá embates ideológicos e técnicos interventivos no interior das instituições de saúde.

Como visto até então, a problemática do uso de drogas no Brasil se configura como uma questão social da contemporaneidade de extrema importância. Buscando soluções para essa questão têm-se desenvolvido estratégias que não se atenam apenas a resolver as situações geradas após o uso de drogas, mas que se antecipem ao implementar ações que tenham como finalidade principal a prevenção ao uso. Conforme estabelecido na Política Nacional sobre Drogas, a prevenção trata de desenvolver ações firmadas em princípios éticos e direcionadas para o desenvolvimento humano, o que reitera a necessidade do trabalho profissional do Serviço Social nessa construção. As ações de redução de danos que transversalizam os serviços da rede assistencial do SUS, em especial, os serviços de saúde mental e os serviços de atenção

primária à saúde, ganham novas abordagens e evoluem para o entendimento atual de uma política de saúde cujos princípios e práticas têm como objetivos reduzir os danos e os riscos relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Justamente nesse contexto que se insere o trabalho desenvolvido pela equipe multidisciplinar, incluindo as assistentes sociais, do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis – HESFA, que é especializado na atenção à saúde com foco no ensino, pesquisa e extensão e possui abordagem multiprofissional e interdisciplinar. Foi nesse ambiente que foi desenvolvido o estágio curricular que gerou os questionamentos e observações levantados nesse trabalho de conclusão de curso, onde foi possível se deparar com as dificuldades encontradas no campo político e econômico vividos atualmente pelo país. Sobretudo onde a escassez de recursos do Estado não atende a demanda que chega ao HESFA, como pode ser visto mais detalhadamente adiante.

## CAPÍTULO III – Análise UNIPRAD

### 3.1.- Prestação de serviços da UNIPRAD

O Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis – HESFA, integra o Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CHUFRJ) que se caracteriza como órgão suplementar do Centro de Ciências da Saúde (CCS). A unidade presta ações e serviços de saúde ao Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de contratualização e do sistema de regulação no município do Rio de Janeiro.

O HESFA é especializado na atenção à saúde com foco no ensino, pesquisa e extensão, possui abordagem multiprofissional e interdisciplinar, realizando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação dos principais problemas de saúde da população.

A UNIPRAD tem como objetivo articular o ensino, a pesquisa e a assistência, visando à promoção, prevenção e tratamento de problemas relacionados ao uso, abuso e/ou dependência de álcool e outras drogas, trabalha de acordo com a Política Nacional do Ministério da Saúde na área de Álcool e outras Drogas e dentro desta, ainda com a Política de Redução de Danos, Portaria nº 1.028, de 1º de Julho de 2005 que: *“Determina que as ações que visam à redução. de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria”*. Segundo a Cartilha de Redução de Danos para Agentes Comunitários de Saúde (Ano 2010).

Como principais ações no campo de extensão e da assistência social estão os Grupos de Acolhimento realizados sempre as quintas-feiras. Essa reunião é destinada aos pacientes que chegam pela primeira vez à unidade. Onde o grupo acolhe e fornece informações gerais sobre a dinâmica do tratamento que será oferecido, e verifica-se se há real demanda e interesse, da parte do usuário, na proposta de acompanhamento.

O Grupo de Reflexão é realizado as segundas e quartas, onde os usuários tornam-se sujeitos ativos de sua reabilitação. Com temas indicados

pelos próprios participantes, a reunião tem por objetivo proporcionar um espaço de reflexão e troca de informações de acordo com os temas. Em média, são atendidos de 7 a 15 pessoas.

O Grupo de Família é realizado as terças na parte da tarde, são encontros semanais destinados aos familiares dos usuários, que visam fornecer um espaço onde o familiar também possa refletir sobre suas vivências. Em média são atendidos de 3 a 8 pessoas.

Em sua realidade social, os usuários atendidos na UNIPRAD, que são em média 59 usuários mensais no serviço social, são de idades a partir de 18 anos, alguns moram com a família, outros em abrigos e outros se encontram em situação de rua. Possuem uma renda baixa ou nenhuma renda, o que leva o serviço social, num primeiro momento, a dar orientações sobre direitos como Riocard Especial para continuidade do tratamento, inserção em programas de transferência de renda, nos casos em que os usuários estejam dentro das condicionalidades estabelecidas pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), e orientações com relação a outros tipos de atendimentos prestados na instituição, até que sejam identificadas outras demandas em futuros acompanhamentos.

### 3.2.- Avaliação do atendimento da UNIPRAD

Ao realizar a caracterização dos usuários de álcool e outras drogas, atendidos na UNIPRAD verificou-se que a unidade atende aos critérios de funcionamento estabelecidos pelo Ministério da Saúde, observando as políticas e práticas dirigidas para pessoas que apresentam problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas; e devem estar integradas às propostas elaboradas pela Área Técnica de Saúde Mental/Álcool e Drogas do Ministério da Saúde, bem como articuladas com as demais áreas do próprio Ministério da Saúde.

Vale ressaltar que a UNIPRAD atende a região da Área Programática 1.0, que compreende os bairros da região Central e parte da Zona Norte da Cidade do Rio de Janeiro, como os bairros Benfica, Cajú, Catumbi, Centro, Cidade Nova, Estácio, Gamboa, Mangueira, Paquetá, Rio Comprido, Santa

Teresa, Santo Cristo, São Cristóvão, Saúde e Vasco da Gama, região totalmente descoberta por serviços especializados em saúde mental, mais especificamente na área de álcool e drogas, pois nesta região não há Centro de Atenção Psicossocial na área de álcool e outras drogas (CAPSad). Sendo assim a UNIPRAD, acaba assumindo uma demanda importante da população desta região para os serviços de atenção aos Problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas com um altíssimo grau de vulnerabilidade social, como falta de empregos formais com carteira assinada, alimentação inadequada, transporte público precarizado, ausência de saneamento básico, moradias precárias ou ausência da mesma, escolas e unidades de saúde, municipais, estaduais e federais, sem infraestrutura para oferecer os serviços adequados, sendo esses direitos garantidos pela Constituição.

Muitos fatores contribuem para aumentar os problemas relacionados ao álcool e a outras drogas, incluindo comportamentos e escolhas dos indivíduos. O ambiente que eles escolhem para usar substâncias, leis e políticas públicas escolhidas para controlar o uso de substâncias. Muitas políticas e práticas, intencionalmente ou não, na verdade, aumentam os riscos e problemas dos indivíduos que usam drogas. Isto inclui a criminalização do uso de drogas, discriminação contra pessoas que usam droga, corrupção e abuso de práticas policiais, políticas públicas e leis restritivas, iniquidades sociais, bem como a inexistência de serviços apropriados que podem salvar vidas. Além do não oferecimento de programas de redução de danos que tem o dever de apoiar mudanças de comportamentos individuais.

Também é essencial questionar e lutar pela mudança de tratados, políticas e leis nacionais e internacionais, que amplificam os riscos e problemas do ambiente e, portanto, aumentam os riscos e problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas.

Construir um *novo fazer profissional* não é tarefa fácil para os assistentes sociais, justamente pelo estigma da benemerência vinculado à Assistência Social e pelas dificuldades encontradas no campo político e econômico vividos atualmente pelo país. Sobretudo onde a escassez de recurso do Estado não atende a demanda que chega ao HESFA. O Estado divide suas

responsabilidades com os próprios indivíduos e com a sociedade civil e fica cada vez mais distante o discurso de universalização de direitos sociais.



## Metodologia

Durante o curso da disciplina de Orientação e Treinamento Profissional (OTP), discutíamos questões vivenciadas pelos alunos em seus estágios, sob orientação das professoras. A oportunidade de debatermos sobre a experiência prática do serviço social colaborou de forma ímpar com a execução desse trabalho de conclusão de curso, visto que trouxe uma bagagem teórica para embasar o que era trabalhado em campo.

Entre o período de 2016 a 2018 atuei como estagiária no serviço social do HESFA sob a orientação da assistente social Artemis Viot. O trabalho realizado com os usuários consistia em reuniões, grupos de reflexão, atendimento individual e encaminhamentos diversos. Como exemplo, as segundas durante a manhã, eram realizadas as reuniões do Grupo de Reflexão. Para participar era necessário que o usuário abrisse um prontuário e recebesse um cartão de marcação de consultas no HESFA. Os próprios usuários do programa participavam da escolha de temas para discussão da reunião posterior. Este grupo é parte das diretrizes para minimizar os danos sociais e à saúde associados ao uso de substâncias psicoativas da Política de Redução de Danos (Portaria nº 1.028, de 1º de Julho de 2005). Também participei de atendimentos individuais, onde identificávamos que, para o usuário receber os benefícios a que teria direito, há necessidade de um laudo psiquiátrico. Vale ressaltar que também realizei busca ativa aos usuários marcados para o serviço social que não compareceram as suas consultas, para saber o porquê do não comparecimento.

As quintas durante a manhã eram realizadas as reuniões do Grupo de Acolhimento. Para participar bastava chegar ao HESFA as 09h. Neste grupo era informado aos participantes que é necessário abrir um prontuário para que sejam efetuadas as marcações para o Serviço Social, Enfermagem e Psiquiatria. Nesse mesmo grupo os usuários eram orientados sobre os grupos de reflexão e família.

Após um tempo estagiando atendendo aos usuários do HESFA em suas demandas, observei que nem todos os usuários, ainda que tivessem todas as condicionalidades para requerer um BPC, tinham sua requisição aceita. Portanto, o presente trabalho consiste em tentar apontar os motivos pelos quais alguns

usuários atendidos na UNIPRAD, têm sua solicitação de BPC negada. Por que alguns conseguem na primeira tentativa e outros necessitam retornar em até trinta dias a partir do indeferimento para uma nova análise? Visto que todos os usuários atendem as mesmas condicionalidades exigidas por lei.

Durante o estágio na UNIPRAD, acompanhei em média trinta usuários, que eram atendidos dentro da proposta de redução de danos, visando motivar o usuário ao tratamento e encaminhamentos para a unidade de referência e outros serviços. Para essa proposta foi executado um atendimento dentro da singularidade do usuário, e reunião com a equipe que o atende, para que o usuário tivesse o encaminhamento adequado para seu caso. O acompanhamento e a evolução do caso foram registrados em folha de evolução, que ficou arquivado na própria unidade, desse registro de evolução de casos foram retirados dados para a construção do perfil dos usuários. De acordo com a observação, dentro de trinta atendimentos mensais, todos aptos diante das condicionalidades exigidas por lei para o BPC, curiosamente, apenas 20 desses usuários atendidos tiveram seus benefícios deferidos, os demais tiveram que aguardar a partir da data de indeferimento mais trinta dias para um novo processo de solicitação de BPC, e se ainda assim tivessem seus requerimentos indeferidos, tinham que recorrer à justiça.

## **Resultados**

É importante ressaltar que os usuários que conseguiram o BPC tinham características parecidas: no geral, idosos, tinham endereço fixo, possuíam vínculos familiares e estavam sem o uso da substância entorpecente por um longo período.

Por outro lado, os usuários que tiveram sua solicitação de BPC indeferida, geralmente não tinham vínculos familiares. Além disso, estavam em situação de rua, então não tinham como comprovar seu endereço, mesmo que o endereço usado fosse de um CRAS ou da própria UNIPRAD, e em sua maioria eram homens entre 27 e 44 anos.

## **Considerações finais**

O uso de álcool e outras drogas, principalmente as ilícitas, é uma condição clandestina, pela qual as pessoas não querem ser identificadas ou rotuladas. O medo de sofrer retaliações as afastam da possibilidade de buscar atendimento, agravando seu estado de saúde física, psíquica e social. Por vezes, o uso dessas substâncias os leva à pobreza, que é um obstáculo ao seu desenvolvimento, e que é proveniente dos processos de concentração de bens e poder nas mãos da minoria. As políticas públicas deveriam ser destinadas caso a caso, não criar um critério único para tantas necessidades específicas.

Como visto até então, a problemática do uso de drogas no Brasil se configura como uma questão social da contemporaneidade de extrema importância. Buscando soluções para essa questão têm-se desenvolvido estratégias que não se atenam apenas a resolver as situações geradas após o uso de drogas, mas que se antecipem ao implementar ações que tenham como finalidade principal a prevenção ao uso. Conforme estabelecido na Política Nacional sobre Drogas, a prevenção trata de desenvolver ações firmadas em princípios éticos e direcionadas para o desenvolvimento humano, o que reitera a necessidade do trabalho profissional do Serviço Social nessa construção. As ações de redução de danos que transversalizam os serviços da rede assistencial do SUS, em especial, os serviços de saúde mental e os serviços de atenção primária à saúde, ganham novas abordagens e evoluem para o entendimento atual de uma política de saúde cujos princípios e práticas têm como objetivos reduzir os danos e os riscos relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Justamente nesse contexto que se insere o trabalho desenvolvido pela equipe multidisciplinar, incluindo as assistentes sociais, do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis – HESFA, que é especializado na atenção à saúde com foco no ensino, pesquisa e extensão e possui abordagem multiprofissional e interdisciplinar. Foi nesse ambiente que foi desenvolvido o estágio curricular que gerou os questionamentos e observações levantados nesse trabalho de conclusão de curso, onde foi possível se deparar com as dificuldades encontradas

no campo político e econômico vividos atualmente pelo país. Sobretudo onde a escassez de recursos do Estado não atende a demanda que chega ao HESFA.

Os relatos apresentados na UNIPRAD, onde os usuários em sua grande maioria possuem mais de 1 ano de tratamento, são de certa forma impactantes. Porém, o que chamou muita atenção, foi que quase todos faziam uso combinado de álcool e outras drogas. Na UNIPRAD nos deparamos com a questão do alcoolismo tratado como doença sem a estigmatização do indivíduo ser um dependente de álcool. Na sociedade o álcool é a droga psicoativa mais usada, tanto para celebração como para aliviar o sofrimento, pois libera as inibições. As pessoas consomem álcool para relaxar e se divertir. Para muitos, o álcool é uma companhia nos eventos sociais e, na maior parte das vezes, o consumo de álcool implica riscos relativamente baixos, tanto para quem bebe como para terceiros.

Pode-se entender que no trabalho com dependência é necessário trabalhar todos os vértices da doença, por isso a necessidade do trabalho de uma equipe multidisciplinar, que atenda o ser em sua totalidade.

Inclusive que atenda suas demandas sociais para viabilizar a sua reinserção no núcleo social e familiar. Contudo foi observado que nem todos os usuários tinham seus direitos assegurados. Foi visto que, mesmo com todas as condicionalidades exigidas para solicitação de BPC atendidas, alguns usuários tinham seu benefício indeferido. Esses usuários deveriam fazer nova solicitação e esperar, ainda que sem renda própria, nova análise para recebimento ou não do BPC. Em uma breve análise qualitativa entre todos os usuários que atendi durante o estágio e que encaminhei para solicitação de BPC, todos preenchendo as exigências para recebimento de tal benefício, pude observar um padrão específico de usuários que tinham seu BPC negado. Os usuários mais jovens, apesar de não terem mais condições de trabalhar devido aos danos à saúde permanente que possuíam pelo uso de substâncias ilícitas e álcool, geralmente tinham seu BPC negado. Outro padrão encontrado era com relação ao tempo em que o usuário estava em abstinência e tratamento para a adicção. Os usuários com menos tempo de tratamento também acabavam por ter seu benefício negado. Entretanto não é possível afirmar que o real motivo do indeferimento dessas requisições era a idade do usuário ou seu tempo de tratamento, pois no

termo de requerimento apenas vinha descrito como indeferido, sem explicações ou motivos.

Por fim, cabe destacar que a experiência de estágio supervisionado possibilitou a elaboração desta monografia. Muitas foram as dificuldades e limites vivenciados ao longo da elaboração deste Trabalho de Conclusão de Curso. Situações cotidianas, fragilidades diversificadas e circunstâncias alheias a nossa vontade impediram a concretização desse estudo imediatamente após a finalização dos estágios. Mas, mesmo tendo decorrido algum tempo desde a finalização dos estágios curriculares até o momento de fechamento dessa monografia, reconhecemos que esta experiência foi muito rica e contribuiu para “tentativas sucessivas” de leitura crítica da realidade social; especialmente, quando olhamos para o contexto atual e, imediatamente identificamos o aprofundamento de lacunas, de incompletudes e de descaso com a saúde pública, ou seja, as situações e entraves que visualizamos no momento de realização do estágio, não apenas se aprofundaram, como também se tornaram mais agudas, mais complexas e invariavelmente mais sofridas para a população pobre, especialmente as parcelas mais vulneráveis, onde merece relevo a população negra, os jovens, os idosos, as mulheres e as crianças. Nesse sentido, finalizamos essa monografia reafirmando a relevância do trabalho profissional do assistente social e, insistimos no seu potencial crítico para atuar nas múltiplas expressões da “questão social”: decifrando as *armadilhas* da realidade, elucidando situações de vulnerabilidades, elaborando projetos de intervenção, enfim, interferindo na dinâmica contraditória da realidade por meio da elaboração, implementação e avaliação de políticas sociais.

### Referência Bibliográfica:

Cartilha de Redução de Danos para Agentes Comunitários de Saúde (Ano 2010)

<https://idpc.net/pt/publications/2011/10/diminuir-para-somar>

BRASIL Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social PNAS/2004 – Norma Operacional Básica NOB/SUAS**. Brasília, 2005.<

[https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/PNAS2004.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf) >

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral à usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, 2003. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em <

<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/A-Pol--tica-do-Minist--rio-da-Sa--de-para-Aten----o-Integral-ao-Usu--rio-de---lcool-e-Outras-Drogas--2003-.pdf> >

BRASIL Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais**. Brasília, 2014. Disponível em

<[http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/tipificacao.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf) >

BRASIL Ministério da Saúde. **Política de Redução de Danos, Portaria nº 1.028**, de 1º de Julho de 2005. Disponível em, <

[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028\\_01\\_07\\_2005.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html) >

BRASIL Política Nacional Sobre Drogas. Brasília, Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas, 2019. <  
[https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/71137357](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/71137357) >

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Disponível em <  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm) >

Unidade 12 – Políticas de Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Drogas.  
Prof.Dr. Telmo M. Ronzani e Daniela C. Belchior Mota. (2016)

CFESS. Código de ética Profissional do Assistente Social. Brasília, 1993.

CFESS. CFESS Manifesta. Dia Internacional de Combate as Drogas. Brasília, 26 de Junho de 2011. Disponível em: <  
[http://www.cfess.org.br/arquivos/cfessmanifesta2011\\_SSdebateusosdrogas\\_APR\\_OVADO.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/cfessmanifesta2011_SSdebateusosdrogas_APR_OVADO.pdf) >

CFESS. Parâmetros para Atuação de Assistentes sociais na Política de Assistência Social Brasília, 2011. Disponível em <  
[http://www.cfess.org.br/arquivos/Cartilha\\_CFESS\\_Final\\_Grafica.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Cartilha_CFESS_Final_Grafica.pdf) >

RIO DE JANEIRO Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Primária. Coleção Guia de Referência Rápida – Álcool e Outras Drogas – Tratamento e acompanhamento de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. 1ª Ed. 2016. Disponível em  
<[http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6552790/4176314/GuiaAD\\_reunido.pdf](http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6552790/4176314/GuiaAD_reunido.pdf)>

MARTINELLI, Maria Lúcia. Serviço Social: Identidade e Alienação. São Paulo: Cortez, 1993.



MOTA, Ana Elizabete; MARANHÃO, Cezar Henrique; SITCOVSKY, Marcelo. As tendências da política de Assistência Social, o Suas e a formação profissional. In: O Mito da assistência social: ensaios sobre Estado, política e sociedade. MOTA, Ana Elizabete (org.). 4.ed. São Paulo. Cortez, 2010.

NETTO, José Paulo. Capitalismo Monopolista e Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2011.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Renovação e Conservadorismo no Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2008.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2011.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche: Capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2015.

RAICHELIS, Raquel. Intervenção Profissional do Assistente Social e as Condições de Trabalho no SUAS. Revista Serviço Social e Sociedade, nº 104, 2010

COUTO, Berenice Rojas. O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: uma equação possível?. São Paulo: Cortez, 2006. 198 p.

SIMÕES, Carlos. Curso de Direito do Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2014