

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO SÓCIO ECONÔMICO**  
**DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**FALANDO SOBRE FAMÍLIA: A VEZ E A VOZ DO DEPENDENTE QUÍMICO**

**KÉSSIA ERSCHING**

**FLORIANÓPOLIS – SC**

**2011**

**Késsia Ersching**

**Falando sobre Família: A Vez e a Voz do Dependente Químico**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social orientado pela professora Mestra Cristiane Selma Claudino

**Florianópolis – SC**

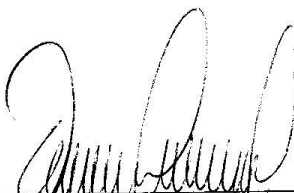
**2011**

**Késsia Ersching**

**Falando sobre Família: A Vez e a Voz do Dependente Químico**

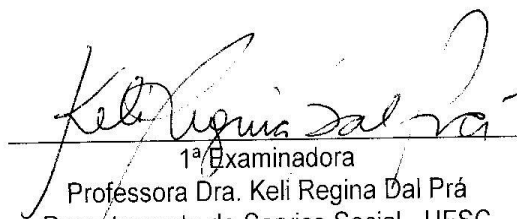
Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, de acordo com as normas do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina.

Banca Examinadora:



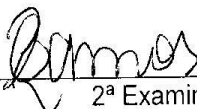
Presidente

Professora Ma. Cristiane Selma Claudino  
Departamento de Serviço Social - UFSC



1ª Examinadora

Professora Dra. Keli Regina Dal Prá  
Departamento de Serviço Social - UFSC



2ª Examinadora

Carla Leticia Raupp Ramos  
Assistente Social – Instituto São José-Centro de Psiquiatria e Dependência  
Química

FLORIANÓPOLIS, 01 de dezembro de 2011.

*Dedico este trabalho a todas as pessoas que sempre me apoiaram em tudo o que fiz na vida, especialmente a meus pais, José e Odaléia. Muito Obrigado.*

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar agradeço à Deus, pela oportunidade de vida e luz durante toda minha caminhada.

À minha mãe “mulher fortaleza” que me ensinou a ser forte em momentos difíceis, dócil quando a vida assim manda, determinada quando necessário e foi capaz de plantar na minha vida os princípios e valores que carrego comigo hoje e sempre. Pelas manifestações de amor e carinho durante toda a minha vida e por tudo que me ensinou e até hoje ensina.

A meu pai, que se mostrou companheiro e grande incentivador em todos os momentos (com destaque nas horas difíceis). Obrigada também por todos os ensinamentos.

A meu irmão, pela nobreza de caráter, e por ser acima de tudo um grande orgulho em minha vida.

Ao Maurício, principal incentivador nesta etapa de minha vida. Agradeço a paciência e todos os conselhos. Agradeço seu Amor!

Ao Dr. Aristeu V. Stadler, pela oportunidade de estágio e confiança.

A todos os funcionários do Instituto São José, em especial a minha supervisora de campo Carla Leticia Raupp Ramos, por todo aprendizado que me proporcionou, pela confiança nas atribuições que me eram conferidas e principalmente pela contribuição em meu crescimento profissional e pessoal.

A minha orientadora e amiga Cristiane Claudino por ter aceitado me orientar e acreditado em meu potencial.

Agradeço os pacientes da Unidade Jellinek pela contribuição nesta pesquisa, pela confiança e respeito durante todo meu estágio na Instituição.

A turma 2008.1 e em especial minhas queridas amigas Hilda, Kely, Aliene, Dinéia, Michaeli e a SUPER AMIGA Gabriele, por terem contribuído EM minha formação acadêmica e compartilharem dos diversos sentimentos que percorreram estes últimos 4 anos.

Enfim, agradeço a todos que mesmo indiretamente me apoiaram nesta caminhada.

Muito obrigada!

*“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo” (Albert Einstein)*

ERSCHING, Késsia. **Falando sobre família: a vez e a voz do dependente químico**. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

## RESUMO

O presente trabalho constitui-se num aprofundamento das relevantes questões levantadas durante a experiência de estágio e observação da atuação do Serviço Social do Serviço de Dependência Química no Instituto São José – Centro de Psiquiatria e Dependência Química. O objeto deste estudo centra-se na importância da família no processo de recuperação do Dependente Químico, na visão dos pacientes em tratamento na Instituição. O objetivo principal da pesquisa é identificar a importância da família no processo de recuperação do dependente químico a partir da visão do paciente. Para compreender a realidade pesquisada o itinerário metodológico foi pautado em análises qualitativas a partir do estudo de entrevistas semiestruturadas e estudo documental. A análise dos dados possibilitou verificar que para os pacientes a família é fundamental em seu processo de recuperação e, embora reconheçam que ela também adocece, os dependentes químicos percebem que encontram na família suporte e apoio no enfrentamento de sua doença. Nesse contexto ressaltamos a importância do tema para os usuários dos serviços de Saúde Mental como também para os assistentes sociais envolvidos no processo de prevenção e/ou tratamento da Dependência Química nas diversas Instituições que trabalham com esta temática cuja intervenção do assistente social deve estar em conjunto com as necessidades dos usuários, de forma a proporcionar autonomia, a emancipação dos indivíduos sociais na democracia e na luta pela efetivação dos direitos.

Palavras chave: Dependência Química, Saúde Mental, Família.



## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Tipo de Substância Psicoativa.....	63
Gráfico 2 – Idade dos Pacientes.....	65
Gráfico 3 – Escolaridade.....	65
Gráfico 4 – Ocupação.....	67
Gráfico 5 – Profissão.....	67
Gráfico 6 – Município de Origem.....	69
Gráfico 7 – Como moram os pacientes.....	72
Gráfico 8 – Arranjo Familiar.....	72
Gráfico 9 – Número de Internações.....	74
Gráfico 10 – Contribuição da Família no Consumo da Substância Psicoativa.....	77
Gráfico 11 – Dependência Química x Relacionamento Familiar.....	79

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Drogas depressoras da atividade mental.....	19
Quadro 2 – Drogas estimulantes da atividade mental.....	20
Quadro 3 – Drogas perturbadoras da atividade mental.....	21
Figura 1 – Unidades de tratamento para dependência química.....	48
Figura 2 – Unidades de tratamento para outras áreas psiquiátricas.....	50

## LISTA DE SIGLAS

A.A. – Alcoólicos Anônimos

AI – ANON – Grupos Mútua Ajuda para Familiares de Dependentes de Álcool

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Atenção psicossocial – Álcool e Drogas

CID-10 – Código Internacional de Doenças, 10ª Revisão

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CRESS – Conselho Regional de Serviço Social

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

INPS – Instituto Nacional da Previdência Social

IPASE - Instituto de Pensão e Aposentadoria dos Servidores Estaduais (extinto em 1977)

IPESC – Instituto de Previdência do Estado de Santa Catarina

MS – Ministério da Saúde

N.A – Narcóticos Anônimos

NAR – ANON - Grupos de Mútua Ajuda para Familiares de Dependentes de Drogas

OMS – Organização Mundial da Saúde

PADEQ – Programa de Atenção à Dependência Química

SDQ – Serviço de Dependência Química

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SNC – Sistema Nervoso Central

SUS – Sistema Único de Saúde

UDQ – Unidade de Dependência Química

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UJ – Unidade Jellinek

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>1 AS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E AS CONSEQUÊNCIAS DO USO</b> .....	16
1.1 BREVE HISTÓRICO DO USO DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E SUAS TIPOLOGIAS .....	16
1.2 FATORES DESENCADEANTES DO USO E/OU ABUSO DOS DIFERENTES TIPOS DE DROGAS .....	22
1.3 FORMAS DE TRATAMENTO E RECUPERAÇÃO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA .....	26
<b>2 FAMÍLIA E DEPENDÊNCIA QUÍMICA</b> .....	32
2.1 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL .....	32
2.2 FAMÍLIA: VÍNCULOS AFETIVOS E INCLUSÃO .....	38
<b>2.2.1 Características das famílias dos dependentes químicos</b> .....	42
2.3 O ATENDIMENTO À FAMÍLIA NO CONTEXTO DO INSTITUTO SÃO JOSÉ .....	45
<b>2.3.1 Caracterização do Instituto São José</b> .....	45
<b>2.3.2 O Serviço Social da Dependência Química na Instituição</b> .....	51
<b>2.3.3 A especificidade do trabalho do Serviço Social com as famílias no Instituto São José</b> .....	53
<b>3 A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE RECUPERAÇÃO DO DEPENDENTE QUÍMICO A PARTIR DA VISÃO DO PACIENTE: O GRUPO EM MOVIMENTO</b> .....	57
3.1 O SERVIÇO SOCIAL OPORTUNIZANDO ESPAÇO PARA OS PACIENTES EXPRESSAREM ACERCA DE SUAS VIVÊNCIAS FAMILIARES. ....	57
<b>3.1.2 Itinerário Metodológico</b> .....	59
3.2 A VEZ E A VOZ: Apresentando sujeitos .....	62
3.3 A VEZ E A VOZ: O DEPENDENTE QUÍMICO FALANDO SOBRE FAMÍLIA .....	71
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	83
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	86
<b>APÊNDICES</b> .....	90
<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	91
<b>APÊNDICE B – Entrevista</b> .....	92

## INTRODUÇÃO

Atualmente a temática das drogas, constitui-se questão relevante nos mais diversos debates acadêmicos, políticos ou da mídia em geral. A dependência química enquanto expressão da questão social é uma doença progressiva, crônica e fatal, e atua como processo que envolve não apenas o usuário da substância psicoativa; a dependência química, afeta toda uma rede social ligada àquele, rede esta que atinge desde o convívio social, o trabalho e até a família, ou seja, afeta os níveis individuais e coletivos.

A família enquanto instituição geradora de cuidados e atuante também no repasse de ideologias a seus membros, vê-se muitas vezes impotente diante da problemática das drogas instalada em seu meio. Esta impotência, acompanhada da dificuldade em lidar com a questão das drogas, muitas vezes põe em xeque o próprio tratamento do dependente químico, ou seja, ao mesmo tempo em que ajudam no processo de recuperação também podem atrapalhar o mesmo.

Assim, o interesse pela presente pesquisa e temática originou-se a partir da realidade vivenciada através do estágio realizado no Instituto São José – Centro de Psiquiatria e Dependência Química, mais precisamente na Unidade Jellinek (Unidade para tratamento do alcoolismo e outras drogas através do convênio SUS) no período de março a dezembro de 2011.

Através do contato com os pacientes desta Unidade, espaço institucional onde foi centrada minha atuação enquanto estagiária de Serviço Social, percebeu-se que os mesmos traziam necessidades múltiplas no tocante às suas famílias; necessidades estas que iam desde falar sobre seu convívio familiar até como obterem formas de lidar com a dependência química no seu meio, pois os pacientes geralmente quando encerram o tratamento na Instituição retornam ao mesmo ambiente familiar. De encontro a esta necessidade percebemos também que a importância da família para a recuperação do dependente químico também é destaque no debate entre os pacientes.

A partir desta realidade, buscamos por meio de entrevistas e reuniões, buscar estratégias para que os pacientes pudessem externar a importância da família em seu processo de recuperação. Assim, constitui-se como objeto da presente pesquisa

**a Importância da Família no processo de Recuperação do Dependente Químico.** Este processo de recuperação para manter-se abstêmico, além de necessitar de motivação por parte do dependente químico, encontra na família suporte no enfrentamento desta problemática.

Por isso, o desenvolvimento deste trabalho é relevante para identificar como a instituição família é percebida pelos pacientes da Unidade Jellinek e como o Serviço Social, a partir desta pesquisa, pode contribuir com respostas assertivas e com novas propostas de intervenção na Instituição.

Desta forma, para melhor compreensão da realidade estudada como também para nortear as ações da presente pesquisa, o trabalho tem como objetivos:

**Geral:**

- identificar a importância da família no processo de recuperação do Dependente Químico a partir da visão do paciente.

**Específicos:**

- Compreender a Dependência Química e a instituição família embasados em referencial teórico;
- Demonstrar a relevância das Reuniões realizadas com os pacientes em tratamento na Instituição;
- Apresentar as demandas acerca das famílias apontadas pelos pacientes nas Reuniões;
- Verificar se as relações familiares contribuem no desenvolvimento e manutenção da dependência química e por fim;
- Apontar novas possibilidades de abordagem no processo interventivo da atuação do Serviço Social junto aos pacientes.

O itinerário metodológico centrou-se num estudo bibliográfico da temática família e dependência química, e posteriormente, numa pesquisa qualitativa, por meio de entrevistas e estudo documental dos relatórios das reuniões. A análise destes instrumentais centrou-se em descrever:

- Entrevistas: Esta foi utilizada como instrumento de coleta de dados pessoais como idade do paciente, ocupação, número de internações, dentre outras, e combinou perguntas abertas e fechadas para compreensão não apenas do que é visível aos

nossos olhos, mas sim, para apreensão da subjetividade do sujeito; seus valores, crenças e modo de lidar com sua doença;

- Estudo documental dos Relatórios das Reuniões: Nestes, a memória das Reuniões realizadas com os pacientes, aonde estes puderam externar acerca de suas vivências e realidades familiares, pôde ser sistematizada e iluminada pelo uso da técnica e de conhecimentos específicos embasados em referenciais teóricos.

Assim, o trabalho encontra-se organizado em 3 seções. Na primeira faço uma breve revisão da literatura sobre o tema, apontando as definições, tipologia, principais características das drogas psicoativas e os fatores que desencadeiam o uso e formas de tratamento e recuperação da Dependência Química que predominam no cenário nacional.

Na segunda, traço algumas considerações sobre família e dependência química, abordando o Serviço Social na Saúde Mental e caracterizando a Instituição do estágio obrigatório.

Na terceira seção, apresento os sujeitos da pesquisa e a importância da família no processo de recuperação do Dependente Químico a partir da visão deles. Por último, apresento as Considerações Finais, resgatando os pontos centrais deste trabalho e propondo a continuidade da permanente discussão do papel do Assistente Social na área da Saúde Mental e sua importância como mediador das relações família/paciente na contribuição para o tratamento do dependente químico e seu processo de recuperação.

## 1 AS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E AS CONSEQUÊNCIAS DO USO

### 1.1 BREVE HISTÓRICO DO USO DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E SUAS TIPOLOGIAS

O consumo das diversas substâncias psicoativas que se tem conhecimento data de muito tempo a.C, fazendo parte integrante da cultura dos povos. Masur (1987) refere que os primeiros registros do consumo de álcool datam de 6000 a.C, aonde o vinho e a cerveja foram as primeiras bebidas consumidas pela humanidade.

De acordo com Neto (2011) ao longo da história da humanidade o hábito do uso das diferentes drogas é reconhecido em liturgias religiosas de diferentes culturas como pretexto de comemorações e reuniões sociais. Encontram-se relatos na Bíblia do uso do álcool por Noé. O uso da *Canabis* e sua utilização tanto para a fabricação de matéria-prima para fibras e manufaturas quanto para rituais religiosos remontam há 4.600 a.C. Alguns países como a China, que tinham o hábito de usar o ópio, e outros países como Bolívia e Peru, que mascam a folha de coca ou a ingerem para mascarar a fome ou proporcionarem a sensação de maiores energias para suas atividades comprovam que as drogas sempre estiveram presentes na vida do homem.

Droga, segundo a OMS (2011), “abrange qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas produzindo alterações em seu funcionamento”.

Estas alterações podem ser tanto benéficas (quando utilizadas com a finalidade medicamentosa) quanto prejudiciais ao organismo (quando usadas de forma indiscriminada, prejudicando a saúde). Essa relação do indivíduo com cada substância psicoativa pode, dependendo do contexto, ser inofensiva ou apresentar poucos riscos, mas também pode assumir padrões de utilização altamente disfuncionais, com prejuízos biológicos, psicológicos e sociais. (DUARTE, MORIHISA, 2010, p.42)

Visto isto, o que deve ser levado em conta é se o uso de determinada substância psicoativa é feito de forma compulsiva, ou seja, de forma incontrolada e exacerbada gerando, a partir daí a dependência. Esta, de acordo com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD (2002, p.14) é descrita como:



a dependência é o impulso que leva a pessoa a usar uma droga de forma contínua (sempre) ou periódica (frequentemente) para obter prazer. Alguns indivíduos podem também fazer uso constante de uma droga para aliviar tensões, ansiedades, medos, sensações físicas desagradáveis, etc. O dependente caracteriza-se por não conseguir controlar o consumo de drogas, agindo de forma impulsiva e repetitiva.

Ou seja, nem toda substância psicoativa têm a capacidade de provocar dependência, no entanto existem algumas que aparentemente são inofensivas, mas apresentam esse poder. O Código Internacional de Doenças CID – 10, a qual apresenta as descrições clínicas e diretrizes diagnósticas das doenças que temos conhecimento destaca, em seu capítulo V, a lista das substâncias que podem provocar dependência:

Álcool;

Opióides (morfina, heroína, codeína, diversas substâncias sintéticas);

Canabinóides (maconha);

Sedativos ou hipnóticos (barbitúricos, benzodiazepínicos);

Cocaína;

Outros estimulantes (como anfetamina e substâncias relacionadas a cafeínas );

Alucinógenos;

Tabaco;

Solventes voláteis.

Sendo assim, as drogas do ponto de vista legal, são classificadas em lícitas e ilícitas de acordo com a legalidade na venda de determinada substância que a compõe. As drogas lícitas são aquelas comercializadas de forma legal, podendo ou não estar submetida a algum tipo de restrição. Como, por exemplo, álcool (venda proibida a menores de 18 anos) e alguns medicamentos que só podem ser adquiridos por meio de prescrição médica especial. Já as drogas ilícitas são aquelas proibidas por lei. (NICASTRI, 2008)

Outra classificação, baseada nas ações aparentes das drogas sobre o Sistema Nervoso Central (SNC) e que provocam mudanças nesta atividade cerebral e no comportamento do usuário de determinada substância também são relevantes de acordo com o autor acima:

Drogas depressoras da atividade mental: Substâncias que tendem a produzir diminuição da atividade motora, da reatividade à dor e da ansiedade, sendo comum um efeito euforizante inicial (diminuição das inibições, da crítica) e um aumento da sonolência, posteriormente. São exemplos desta classe: álcool, benzodiazepínicos, barbitúricos, opiáceos e solventes.

**Quadro 1: Drogas depressoras da atividade mental**

Substância	Origem	Conhecidas como	Possíveis efeitos	Possíveis efeitos
<b>Ansiolíticos ou tranquilizantes</b>	Substâncias sintéticas produzidas em laboratório	Sedativos, calmantes. Valium, Lexotan, Diazepan, Librium, Lorax, Rohypnol, Dalmadorm.	Alívio da tensão e da ansiedade, relaxamento muscular, sonolência, fala pastosa, descoordenação dos movimentos, falta de ar.	Em altas doses podem causar queda da pressão arterial. Quando usadas com álcool, aumentam os seus efeitos, podendo levar a estado de coma. Em grávidas podem causar mal formação fetal.
<b>Álcool etílico</b>	Obtido a partir de cana de açúcar, cereais ou frutas, através de um processo de fermentação ou destilação.	Álcool, “birita”, “mé”, “mel”, “pinga”, “cerva”.	Em pequenas doses: desinibição, euforia, perda da capacidade crítica. Em doses maiores: sensação de anestesia, sonolência, sedação.	O uso excessivo pode provocar náuseas, vômitos, tremores, dor de cabeça, tontura, liberação da agressividade, diminuição da atenção, da capacidade de concentração, bem como dos reflexos, o que aumenta o risco de acidentes. O uso prolongado pode ocasionar doenças graves como, por exemplo, cirrose no fígado e atrofia (diminuição) cerebral.
<b>Inalantes ou solventes</b>	Substâncias químicas	Cola de sapateiro, esmalte, benzina, lança perfume, “loló”, gasolina, acetona, éter, tiner, aguarrás e tintas.	Euforia, sonolência, diminuição da fome, alucinações. Tosse, coriza, náuseas e vômitos, dores musculares. Visão dupla, fala enrolada, movimentos desordenados e confusão mental.	Em altas doses, pode haver queda de pressão arterial, diminuição da respiração e dos batimentos do coração, podendo levar à morte. O uso contínuo pode causar problemas nos rins e destruição dos neurônios (células do sistema nervoso), podendo levar a atrofia cerebral. O uso prolongado está frequentemente associado a tentativas de suicídio.
<b>Narcóticos (ópio e seus derivados: heroína, morfina e codeína)</b>	Extratos da papoula ou produtos sintéticos obtidos em laboratório.	Heroína, morfina e codeína (xaropes de tosse, Belacodidi, Tylex, Elixir paregórico, Alfagan). Dolantina, Meperidina e Demerol.	Sonolência, estado de torpor, alívio da dor, sedativo da tosse. Sensação de leveza e prazer. Pupilas contraídas.	Pode haver queda de pressão arterial, diminuição da respiração e dos batimentos cardíacos do coração, podendo levar à morte. Na abstinência (interrupção do uso): bocejos, lacrimejamento, coriza, suor abundante, dores musculares e abdominais. Febre, pupilas dilatadas e pressão arterial alta.

Fonte: Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD (2002), Série Diálogo, Publicação nº1.

Drogas estimulantes da atividade mental: Substâncias que levam a um aumento do estado de alerta, insônia e aceleração dos processos psíquicos. São exemplos desta classe: cocaína, anfetaminas, nicotina e cafeína.

**Quadro 2: Drogas estimulantes da atividade mental**

<b>Substância</b>	<b>Origem</b>	<b>Conhecidas como</b>	<b>Possíveis efeitos</b>	<b>Possíveis efeitos</b>
<b>Anfetaminas</b>	Substâncias sintéticas obtidas em laboratório	Matanfetamina, “icé”, “bolinha”, “rebite”, “boleta”. Modere, Hipofagin, Inibex, Desobesi, Reactivan, Pervertin, Preludin.	Estimulam atividade física e mental, causando inibição do sono e diminuição do cansaço e da fome.	Podem causar taquicardia (aumento dos batimentos do coração), aumento da pressão sanguínea, insônia, ansiedade e agressividade. Em doses altas podem aparecer distúrbios psicológicos graves como paranóia (sensação de ser perseguido) e alucinações. Alguns casos evoluem para complicações cardíacas e circulatórias (derrame cerebral e infarto do miocárdio), convulsões e coma. O uso prolongado pode levar à destruição de tecido cerebral.
<b>Cocaína</b>	Substância extraída da folha de coca, planta encontrada na América do Sul.	“Pó”, “brilho”, “crack”, “merla”, pasta base.	Sensação de poder, excitação e euforia. Estimulam a atividade física e mental, causando inibição do sono e diminuição do cansaço e da fome. O usuário vê o mundo mais brilhante, com mais intensidade.	Pode causar taquicardia, febre, pupilas dilatadas, suor excessivo e aumento da pressão sanguínea. Podem aparecer insônia, ansiedade, paranóia, sensação de medo ou pânico. Pode haver irritabilidade e liberação da agressividade. Em alguns casos podem aparecer complicações cardíacas, circulatórias e cerebrais (derrame cerebral e infarto do miocárdio). O uso prolongado pode levar à destruição de tecido cerebral.
<b>Tabaco (nicotina)</b>	Extraído da folha do fumo.	Cigarro, charuto e fumo.	Estimulante, sensação de prazer.	Reduz o apetite, podendo levar a estados crônicos de anemia. O uso prolongado causa problemas circulatórios, cardíacos e pulmonares. O hábito de fumar está frequentemente associado à câncer de pulmão, bexiga e próstata, entre outros. Aumenta o risco de aborto e de parto prematuro. Mulheres que fumam durante a gravidez têm, em geral, filhos com peso abaixo do normal.

Fonte: Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD (2002), Série Diálogo, Publicação nº1.

Drogas perturbadoras da atividade mental: Substâncias que provocam o surgimento de diversos fenômenos psíquicos anormais (dentre os quais alucinações e delírios), sem que haja inibição ou estimulação globais do SNC. São exemplos desta classe: *cannabis* e derivados, LSD, *ecstasy* e anticolinérgicos.

**Quadro 3: Drogas perturbadoras da atividade mental**

Substância	Origem	Conhecidas como	Possíveis efeitos	Possíveis efeitos
Maconha (tetraidrocanabinol)	Substância extraída da planta <i>Cannabis sativa</i> .	Maconha, haxixe, “baseado”, “fininho”, “marrom”.	Excitação seguida de relaxamento, euforia, problemas com o tempo e espaço, falar em demasia e fome intensa. Palidez, taquicardia, olhos avermelhados, pupilas dilatadas e boca seca.	Prejuízo da atenção e da memória para fatos recentes; algumas pessoas podem apresentar alucinações, sobretudo visuais. Diminuição dos reflexos, aumentando o risco de acidentes. Em altas doses, pode haver ansiedade intensa; pânico; quadros psicológicos graves (paranóia). O uso contínuo prolongado pode levar a uma síndrome motivacional (desânimo generalizado).
Alucinógenos	Substâncias extraídas de plantas ou produzidas em laboratório.	LSD (ácido lisérgico, “ácido”, “selo”, “micropono”), psilocibina (extraída de cogumelos) e mescalina (extraída de cactos).	Efeitos semelhantes aos da maconha, porém mais intensos. Alucinações, delírios, percepção deformada de sons, imagens e do tato.	Podem ocorrer “má viagens”, com ansiedade, pânico ou delírios.
Ecstasy	Substância sintética do tipo anfetamina, que produz alucinações.	MDMA, “êxtase”, “pílula do amor”.	Sensação de bem estar, plenitude e leveza. Aguçamento dos sentidos. Aumento da disposição e resistência física, podendo levar à exaustão.	Alucinações, percepção distorcida de sons e imagens. Aumento de temperatura e desidratação, podendo levar à morte. Com o uso repetido, tendem a desaparecer as sensações agradáveis, que podem ser substituídas por ansiedade, sensação de medo, pânico e delírios.

Qualquer destas substâncias psicoativas tem o poder de provocar uma dependência; podendo ser tanto física quanto psicológica. De acordo com a SENAD (2002) a dependência física é caracterizada quando o indivíduo para de usar a droga ou diminui bruscamente seu uso aonde aparecem alguns sintomas e sinais físicos; a este caso também denominamos como síndrome de abstinência.

Os sinais e sintomas de abstinência dependem do tipo de substância utilizada e aparecem algumas horas ou dias depois que ela foi consumida pela última vez. No caso dos dependentes do álcool, por exemplo, a abstinência pode ocasionar desde um simples tremor nas mãos a náuseas, vômitos e até um quadro de abstinência mais grave denominado “delirium tremens”, com riscos de morte, em alguns casos. (SENAD, 2002, p.14)

Já a dependência psicológica, pode variar de pessoa para pessoa e corresponde a um estado de mal estar e desconforto quando aquela para de usar a droga. Os sintomas mais comuns são ansiedade, euforia, irritabilidade, dificuldade de concentração, entre outros.

Hoje em dia, com as diferentes formas de intervenção e tratamento da dependência química e com os medicamentos existentes que atuam no sentido de auxiliar na recuperação e manutenção deste tratamento, geralmente o que faz com que a pessoa volte a usar a droga é a dependência psicológica. Por ser mais difícil de ser tratada do que a dependência física, a dependência psicológica, num primeiro momento, requer tratamento adequado e posterior continuação com médicos e psicólogos capacitados e experientes nesta questão.

## **1.2 FATORES DESENCADEANTES DO USO E/OU ABUSO DOS DIFERENTES TIPOS DE DROGAS**

A história do ser humano é relacionada com a busca incessante pelo prazer que está diretamente relacionada com a química cerebral. De acordo com Neto (2011), a dopamina – neurotransmissor responsável pela sensação de prazer - é produzida e liberada no cérebro a partir de estímulos externos que podem ser desde saborear um prato de comida predileto, nas relações sexuais, através de um elogio ou até mesmo no consumo dos diversos tipos de drogas. Algumas drogas estimulam

a liberação de dopamina enquanto outras podem inibir esta produção. O consumo de determinada substância pode, liberar tanta dopamina que o cérebro não é capaz de absorver como também, inibir o mecanismo da absorção deixando-o inundado desse neurotransmissor; ou seja, em qualquer desses casos, a droga proporciona ao indivíduo a sensação de euforia e bem estar.

Desta forma, vê-se que tanto as drogas lícitas como as ilícitas podem proporcionar determinada sensação de prazer ao indivíduo, fato que o faz despertar certa curiosidade e então experimentá-las. Pires (2000, p.42), ao abordar o tema em questão adverte para o fato de que:

Na fase inicial, as drogas são consumidas pelo prazer que causam. Quando a dependência se instala, fazem-se necessárias para aliviar o desespero da privação. (...) Certas drogas provocam uma compulsão tão desesperadora, que os dependentes preferem morrer a continuar sofrendo (...)

O uso indevido de álcool e outras drogas é fruto de uma multiplicidade de fatores. Muitas são as razões que podem levar uma pessoa a usar drogas. Seja pelo prazer que proporcionam ou pelo vício propriamente instalado, as drogas têm, na predisposição genética, nos fatores socioambientais, nos comportamentos familiares e nos grupos sociais lugares privilegiados de inserção e disseminação de seu uso e/ou abuso.

Existem alguns fatores (de risco e de proteção) que convergem ou não ao consumo de drogas. Os fatores de risco são os que tornam a pessoa mais vulnerável a ter comportamentos que podem levar ao uso ou abuso de droga. Já os fatores de proteção são os que contrabalançam as vulnerabilidades para os comportamentos que podem levar ao consumo das substâncias psicoativas. (ZEMEL, 2008). Os fatores de risco e proteção podem estar nas relações familiares, na herança genética, nos aspectos biológicos, nas oportunidades de contato com a droga, na cultura em que cada indivíduo vive e nas peculiaridades das relações interpessoais como descrito abaixo:

Herança/predisposição genética: O uso de substâncias psicoativas, principalmente as lícitas como o caso do álcool, podem ter no ambiente familiar, difusão ou estímulo ao consumo. Segundo Laranjeira (2010), o ambiente familiar atua como *“um componente ambiental transmitido de geração para geração que vai influenciar as escolhas pessoais”*. Ou seja, se o indivíduo estiver inserido numa

cultura<sup>1</sup> que valoriza o seu uso, a tendência é que esse comportamento seja transmitido entre as várias gerações, tornando-se muitas vezes sério problema. Neto (2011) atribui aos fatores genéticos 60% de vulnerabilidade de uma pessoa à dependência química, os outros 40% seriam resultados de fatores ambientais ressaltando que:

Estudos com gêmeos e suas famílias indicam que há uma contribuição genética substancial para o risco de desenvolvimento da dependência de nicotina. Estimativas da transferência por herança da nicotina e outros tipos de dependência de drogas variam de 39% a 80%, indicando que a suscetibilidade a esses estados é influenciada pela constituição genética, bem como por fatores ambientais. Também parecem ser únicos e sobrepostos os fatores genéticos para a iniciação ao uso da droga e a progressão para o uso regular e dependência. Os genes que afetam o metabolismo da droga e a neurotransmissão dopaminérgica são candidatas plausíveis para genes que estão por trás da herança do vício da nicotina (e outros tipos de dependência de drogas). (HALL, 2004, apud NETO, 2011, p.183).

Como mencionado, a propensão genética está diretamente relacionada ao tipo de dependência química e intensidade do uso de determinada substância, porém não a faz isoladamente, pois fatores ambientais também apresentam sua parcela considerável na adicção às drogas.

Grupos sociais e fatores socioambientais: Muito se discute sobre a influência das amizades entre os adolescentes no mundo das drogas. Quando iniciam este período, é normal que a curiosidade esteja mais aguçada e a vontade de explorar e adquirir novas experiências vem a ser compartilhada, geralmente, com amigos que possuem esta mesma vontade/afinidade, constituindo-se num grupo de iguais. Neto (2011, p.179) reflete esta discussão:

A influência de amigos deve ser vista como a interação num grupo de iguais, de forma que todos influenciam e são influenciados entre si. A espontânea tendência à formação de grupos entre pessoas, aí incluídos os adolescentes, dá-se exatamente em função das identificações correntes entre seus integrantes, surgindo conseqüentemente um clima propício ao intercâmbio e ao compartilhamento de experiências. Ao compartilhar bebidas alcoólicas e tabaco, assim como outras drogas, ocorre a socialização e a aceitação dentro de cada grupo. As pessoas que fazem parte de um grupo

---

<sup>1</sup>Um estudo desenvolvido por profissionais do Hospital de Clínicas de Porto Alegre revelou que os hábitos, a cultura e o ambiente são fatores que potencialmente influenciam o uso de álcool na infância. Muito embora se saiba que a grande maioria dos casos ocorra por influência de amigos e colegas de escola, é preciso prestar atenção para a influência do ambiente familiar. A pesquisa realizada no ano de 1991 teve como base a cidade gaúcha Flores da Cunha, na região da Serra, considerada o maior pólo produtor de uva e vinho do País.



influenciam e são influenciados entre si, tanto nos aspectos positivos como nos negativos. (p.179)

Embora a “pressão do grupo” tenha influência na escolha ou atitude de alguns jovens/adolescentes para aceitação em determinado grupo, nem sempre isto pode ser visto como simples comportamento da idade. Muitos jovens que geralmente dependem exageradamente da aprovação do grupo são justamente aqueles que têm outros tipos de problemas (por exemplo, sentem-se pouco amados pelos pais, deslocados, pouco atraentes, etc.). O uso de drogas pode ser uma tentativa de amenizar sentimentos de solidão, de inadequação, baixa autoestima ou falta de confiança. (SENAD, 2002, p. 21). Desta forma podemos dizer que o uso das drogas para “resolver” determinados conflitos - que não conseguem ser resolvidos com seu próprios recursos – se tornam instrumentos de satisfação de necessidades e resolução de dificuldades.

A depressão e a ansiedade têm sido ligadas ao uso e abuso de drogas. O indivíduo tenta fugir dos estados depressíveis e ansiosos que o ameaçam, porque se sente incapaz de suportar seu peso. Apela, então, para os mecanismos maníacos, ou seja, que lhe dão a sensação de poder, recorrendo às drogas, muitas vezes abusivamente, para amenizar o seu sofrimento psíquico. (NETO, 2001, p.184).

Desta forma, podemos concluir que se a criança cresce em um ambiente familiar sem amor, sem limites, sem atenção, ela pode tornar-se um indivíduo sem estrutura emocional para enfrentar os mais diversos problemas de sua vida. Quando se torna um adolescente, essa mesma estrutura emocional frágil aliada às mudanças da adolescência são fatores de risco para que ele vá em busca de um escape. Porém, observamos em muitos casos que mesmo a criança recebendo toda atenção e cuidado indispensáveis ao seu desenvolvimento o contato com a droga não é evitado por completo; ou seja, o uso das drogas é um somatório de fatores aonde, definir corretamente o que ocasiona seu uso ainda é difícil para a comunidade científica, para os médicos e para a sociedade em geral. O que certamente se sabe é que a prevenção e a discussão de forma adequada à idade da criança e/ou adolescente ainda são estratégias que contribuem ao afastamento das substâncias psicoativas.

### 1.3 FORMAS DE TRATAMENTO E RECUPERAÇÃO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Nas últimas décadas, o uso abusivo das diferentes substâncias psicoativas vem crescendo consideravelmente no país, obrigando governos e também instituições não governamentais a voltarem seu olhar para esta questão, na busca de soluções e no combate e repressão às drogas. Segundo a OMS - Organização Mundial de Saúde, a dependência química atinge 10% da população mundial dos centros urbanos de todo o mundo, que consomem abusivamente substâncias psicoativas independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. É definida como doença biopsicossocial<sup>2</sup> caracterizada como sendo crônica, primária, progressiva, incurável e fatal, mas tratável, apesar de apresentar problemas significativos para o dependente.

De acordo com Jonhson (1992):

Crônica—Todo dependente químico ou alcoolista que pára o uso da substância psicoativa pode voltar ao antigo hábito de consumo se não forem tomadas medidas adequadas desde o início do tratamento. Segundo o autor, “a meta não é curar, mas sustar a doença”.

Primária – A dependência química se instala na pessoa fazendo que qualquer outro cuidado de saúde físico e/ou emocional possa ser dispensado. Primeiro é necessário tratar a dependência para depois se tratar os aspectos físicos e terapêuticos.

Progressiva- Nenhum dependente começou usando muito e nem usando todos os dias. Todos começaram com o uso esporádico e com doses bem inferiores à que se submetiam quando precisaram de tratamento (fundo do poço). Os sintomas físicos aparecem, vão se acumulando e ficam cada vez mais intensos. Os sintomas emocionais aparecem e evoluem. Os distúrbios mentais se tornam cada vez mais destrutivos.

Incurável - Embora se conheçam algumas determinantes da doença, ela é multicausal e a totalidade de suas causas não é conhecida, o que dificulta a cura.

Fatal – Porque se não for interrompida, a dependência química levará seu portador a morte prematuramente ou a demência irreversível.

---

<sup>2</sup>Que interfere em aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

Para Silveira Filho (1995) a droga acaba exercendo um papel central na vida dos usuários, na medida em que, por meio do prazer, ela preenche lacunas importantes, tornando-se indispensável para o funcionamento psíquico dos mesmos. Em linhas gerais, a dependência das drogas é mundialmente classificada entre os transtornos psiquiátricos, sendo considerada uma doença crônica, que acompanha o usuário por toda a vida, porém possível de ser tratada com relevante capacidade de manutenção e controle.

#### Segundo a Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD:

A dependência encontra-se classificada mundialmente entre os transtornos psiquiátricos, embora suas repercussões abranjam áreas de funcionamento não circunscritas à Medicina (social, psicológica, legal e criminal, educacional etc.). O tratamento deste transtorno psiquiátrico deve, portanto, incluir aspectos comuns a todos os indivíduos acometidos (aspectos comuns da população de dependentes), bem como aspectos individualizados (particulares) de cada paciente. (2002, p.06).

Desta forma, a dependência química aqui entendida, segundo a SENAD - Secretaria nacional Antidrogas, necessita ao seu portador, de um tratamento que abranja todas as áreas de impacto do consumo sobre a vida do usuário de drogas, e assim, uma abordagem multiprofissional é extremamente necessária para a eficácia do tratamento. Por isto vemos que a prevenção como medida primordial no enfrentamento a esta questão social constitui-se ferramenta fundamental para a mudança dessa realidade.

Sendo assim Nicastrí e Ramos (2001 apud SOUZA, 2010, p.32) apontam três subtipos de prevenção:

- Prevenção primária: Evitar que o uso de drogas se instale, dirigindo-se a um público que não foi afetado. Deve-se trabalhar a formação educacional, reforço da autoestima, a ampliação do senso crítico. Previne-se o uso das drogas principalmente valorizando a vida.
- Prevenção Secundária: Efetuar ações que evitem a evolução do uso para usos mais prejudiciais, através do estímulo à abstinência de drogas, à motivação para uma vida saudável; buscar conhecimentos sobre os malefícios da droga, etc.

- Prevenção Terciária: Tratar os efeitos causados pelo uso da droga, melhorando a qualidade de vida das pessoas. Acreditar e apoiar a recuperação, colaborar na reintegração social e familiar, colaborar na busca de profissionais e/ou grupos de mútua ajuda.

Atualmente, o Brasil conta com uma política específica para atender às demandas relativas às questões das drogas. A Lei nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002 dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica. Em seus artigos 11 e 13 podemos perceber as disposições quanto ao tratamento da doença:

Art.11.O dependente ou o usuário de produtos, substâncias ou drogas ilícitas, que causem dependência física ou psíquica, relacionados pelo Ministério da Saúde, fica sujeito às medidas previstas neste Capítulo e Seção.

Art.12.(VETADO)

§ 1º O tratamento do dependente ou do usuário será feito de forma multiprofissional e, sempre que possível, com a assistência de sua família.

§ 2º Cabe ao Ministério da Saúde regulamentar as ações que visem à redução dos danos sociais e à saúde.

§ 3º As empresas privadas que desenvolverem programas de reinserção no mercado de trabalho, do dependente ou usuário de produtos, substâncias ou drogas ilícitas, ou que causem dependência física ou psíquica, encaminhados por órgão oficial, poderão receber benefícios a serem criados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

§ 4º Os estabelecimentos hospitalares ou psiquiátricos, públicos ou particulares, que receberem dependentes ou usuários para tratamento, encaminharão ao Conselho Nacional Antidrogas 3/4 Conad, até o dia 10 (dez) de cada mês, mapa estatístico dos casos atendidos no mês anterior, com a indicação do código da doença, segundo a classificação aprovada pela Organização Mundial de Saúde, vedada a menção do nome do paciente.

§ 5º No caso de internação ou de tratamento ambulatorial por ordem judicial, será feita comunicação mensal do estado de saúde e recuperação do paciente ao juízo competente, se esse o determinar.

Art.13. As instituições hospitalares e ambulatoriais comunicarão à Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD os óbitos decorrentes do uso de produto, substância ou droga ilícita.

Concomitante a esta Lei o Ministério da Saúde através da Portaria GM / 336 de 19 de fevereiro de 2002 (MS, 2002) define normas e diretrizes para a organização de serviços que prestam assistência em saúde mental, tipo “Centros de Atenção Psicossocial – CAPS”- incluídos aqui os CAPS voltados para ao atendimento aos

usuários de álcool e drogas, os CAPSad. Já a Portaria SAS / 189 de 20 de março de 2002 (MS, 2002) regulamenta a Portaria GM / 336, criando no âmbito do SUS serviços de atenção psicossocial para o desenvolvimento de atividades em saúde mental para pacientes com transtornos decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas.

Segundo a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (2003) estes dispositivos, os já mencionados CAPSad, devem oferecer atendimento diário, sendo capazes de oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Possibilitam ainda intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento. Assim, a rede proposta se baseia nestes serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária (internação domiciliar, participação comunitária na discussão dos serviços), de acordo com as necessidades da população-alvo dos trabalhos.

Nos CAPSad são desenvolvidas atividades que envolvem atendimentos aos dependentes químicos e seus familiares através de uma ampla rede de serviços aos quais se destacam: atendimento médico e psicológico; atendimento individual; atendimentos grupais; atendimento aos familiares; oficinas terapêuticas; visitas domiciliares; tratamento clínico; orientações pedagógicas preventivas para a comunitária. Estas atividades são oferecidas regularmente, de acordo com a necessidade de cada pessoa e são realizadas por profissionais, como: Assistente Social, Clínico Geral, Educador Físico, Enfermeiro, Psicólogos, Psiquiatras, Terapeuta Ocupacional, além da equipe técnica composta por Auxiliares de Enfermagem, Auxiliares Administrativos, Auxiliares de Serviços Gerais, dentre outros. (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2009).

Além do trabalho realizado nos Centros de Atenção Psicossocial, existem também outras formas de tratamento e prevenção aos usuários e dependentes das substâncias psicoativas que podem ser determinados de acordo com a necessidade de cada paciente. Segundo De Bom e Kessler (2008, p.156)

(...) o tipo de tratamento a escolher depende da gravidade do uso e dos recursos disponíveis para o encaminhamento (...). Eles devem ser indicados conforme os critérios previamente estabelecidos e muitas vezes se constituem em abordagens complementares para um mesmo indivíduo, de modo que não devem ser vistos como excludentes.

Ainda de acordo com os autores os tratamentos podem ser:

Tratamento Farmacológico (Intervenção farmacológica): Utiliza medicamentos para tratamento da dependência química considerando dois principais aspectos: diminuir o consumo e reduzir o desejo pela droga. Estes medicamentos são relevantes até mesmo na medida em alguns pacientes apresentam sobreposição de alguma outra doença psiquiátrica (depressão, ansiedade, etc.) além da dependência química e que por isso, também necessitam tratá-las. Por isso são administrados muitas vezes medicamentos para tratar esta outra comorbidade, pois, para um bom tratamento da dependência química é primordial o tratamento também daquelas.

Desintoxicação: A desintoxicação tem como objetivos o alívio dos sintomas existentes, a prevenção do agravamento do quadro (como por exemplo, convulsões) e a vinculação e engajamento do indivíduo no tratamento. Pode ser realizada em três níveis: ambulatorial, internação domiciliar e internação hospitalar.

Comunidades Terapêuticas: Também chamadas de “fazendas” realizam o tratamento da dependência química e em geral, utilizam uma filosofia terapêutica baseada na disciplina, no trabalho e na religião. Geralmente comportam pacientes que necessitam de um longo período de tratamento, pois não apresentam nenhuma capacidade de manter abstinência sem auxílio. Algumas disponibilizam atendimento médico e também podem, se necessário, fazer uso de medicamentos para tratar esta doença como eventualmente outras comorbidades.

Grupos de mútua ajuda: São grupos gratuitos que servem de apoio ao dependente químico, baseados na filosofia dos “Doze Passos” empregados pelos Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA). Seus participantes, através desta filosofia dos “Doze Passos” apreendem idéias psicológicas e espirituais que facilitam lidar com as pressões diárias do dia a dia e a estabelecer um estilo de vida sóbrio (sem uso da droga).

Importante ressaltar que os grupos de mutua ajuda devem estar sempre associados aos tratamentos convencionais para os transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas.

Tratamentos Psicossociais: Os tratamentos psicossociais são normalmente os mais utilizados e costumam estar disponíveis entre os mais diversos níveis do sistema de saúde. São realizados nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPSad), nos postos de saúde, e nos hospitais em geral. Dentre as diversas formas de tratamento destacam-se a entrevista motivacional, aconselhamento, a internação

breve, terapia de grupo e familiar, a terapia cognitivo-comportamental e a prevenção de recaída.

Os resultados dos tratamentos citados acima são a redução do consumo de substâncias psicoativas, a menor utilização do Sistema Único de Saúde e hospitais em geral, menor participação em comportamentos ilícitos (associados direta ou indiretamente ao uso de álcool e drogas) e uma nova possibilidade de mudança de padrões comportamentais que certamente contribuem para o processo de recuperação da dependência química. Vale destacar aqui a fundamental importância da família no processo de recuperação de seu dependente na medida em que este, quando termina seu tratamento geralmente retorna ao mesmo convívio familiar.

## 2 FAMÍLIA E DEPENDÊNCIA QUÍMICA

### 2.1 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL

A instituição família é objeto de trabalho do Serviço Social desde os primórdios da profissão (década de 1930) onde era baseada numa perspectiva assistencialista e ao mesmo tempo funcionalista de cunho fiscalizador e de adequação de padrões comportamentais, inclusive dos hábitos de higiene da população.

De acordo com Iamamoto (1995), o Serviço Social no Brasil surge da iniciativa de grupos e frações de classes dominantes, que se expressam através da Igreja Católica e do Estado com intenção de doutrinar e educar a família trabalhadora para que, além de prevenir os problemas sociais possa também adaptá-la ao cenário em que está inserida e livrá-la das influências das vanguardas socialistas do movimento operário. “Está voltado para uma ação de soerguimento moral da família operária, atuando preferencialmente com mulheres e crianças”. (IAMAMOTO 1995, p.19)

Concomitante a este processo, Bisneto (2011) aponta que o Serviço Social entrou na área da Saúde, mais especificamente na Saúde Mental no ano de 1946 atuando nos Centros de Orientação Infantil e Juvenil desenvolvendo o chamado “Serviço Social Clínico”.

O tratamento psiquiátrico em algumas outras instituições, inclusive para o alcoolismo era caracterizado por longos períodos de internação e conseqüente afastamento do doente mental de sua família.

Nessa época o Serviço Social passou a ser mais requisitado na área da saúde, pois a ação profissional também aumentou frente à expansão do capitalismo. A prática profissional dos Assistentes Sociais começa então, lentamente, a sofrer mudanças no sentido de não mais julgar moralmente o indivíduo usuário dos seus serviços, mas sim passando a analisá-lo a partir de cunho psicológico; ou seja, a partir de uma série de questões que estão implícitas à sua saúde.

A área de Saúde transformou-se no principal campo de absorção profissional a partir de 1948 quando o novo conceito de Saúde, elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS): “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não mera ausência de doença ou enfermidade”; passou a enfatizar os aspectos biopsicossociais,



determinando a requisição de outros profissionais para atuar no setor, entre eles o assistente social. (VITAL, 2007, p.13)

Durante as décadas seguintes de 1950 e início de 1960, o Serviço Social, continuou com a influência do funcionalismo, incorporando também a influência do desenvolvimentismo e da psicanálise como formas de melhor compreensão dos problemas sociais possibilitando a criação de abordagens individuais e grupais. Surge então o Serviço Social de casos, grupos e de comunidade.

O Serviço Social de Caso visava adaptar o indivíduo ao seu meio; o de Grupo tinha como objetivo “ajudar” as pessoas pelas experiências em grupo; e o de Comunidade trabalhava em uma perspectiva de organização de comunidade sob forte influência do desenvolvimentismo. (SANTOS 2007 apud BISNETO 2007).

O chamado Serviço Social de casos, baseado no atendimento imediatista onde a responsabilidade perante qualquer situação problema apresentado pelo indivíduo e/ou família eram de responsabilidade dos mesmos predominava na categoria dos assistentes sociais. Mioto (2010, p. 164) destaca que *“o estudo social de caso traz implícita a idéia que as relações sociais dos indivíduos eram compreendidas no plano do imediato e a solução dos problemas sociais como responsabilidade dos próprios indivíduos, leia-se das próprias famílias”*.

Foi em meados da década de 1960, durante o governo de JK (Juscelino Kubistchek) que surgem dentro da categoria dos Assistentes Sociais que trabalhavam em comunidades, alguns questionamentos sobre a prática tradicional e conservadora da profissão aonde que, influenciados pela militância católica de esquerda, passam a formar grupos de debates sobre tal prática. Porém estes debates foram abortados pelo Golpe Militar de 1964 e somente a partir da década de 1970 de acordo com Vasconcelos (2000), ocorre a efetiva entrada dos Assistentes Sociais na psiquiatria, influenciados pelo modelo de atendimento norte-americano de psiquiatria preventiva.

Destacamos aqui que o Serviço Social na área da psicanálise, impulsionado pelo Movimento de Reconceituação, começa, a partir de 1978 com o Movimento da Reforma Psiquiátrica, Movimento da Reforma Sanitária, com o movimento dos trabalhadores da Saúde Mental e da sociedade civil organizada a questionar o modelo excludente de atendimento dado à Saúde Mental na tentativa também de

romper com uma prática conservadora, revendo sua atuação em níveis teóricos, metodológicos, operativo e político. A saúde mental então toma a definição de saúde proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e postula que a etiologia da doença mental é biopsicossocial, ou seja, composta pela união dos enfoques biológicos, psicológicos e sociais.

O Movimento da Reforma Sanitária tinha como objetivo democratizar o atendimento na saúde partindo do princípio de que o Estado deveria entender a saúde não apenas como ausência de doenças, e também, fazer oposição ao modelo privatista de saúde que vinha sendo amplamente difundido. Junto a este movimento, a Reforma Psiquiátrica no país surge, no final dos anos 70 com a proposta de superar o atual modelo de assistência mental vigente, denunciando as atrocidades cometidas aos pacientes que se tratavam nas Instituições de saúde mental e denunciando as precárias condições de trabalho dos profissionais inseridos naquelas.

Vital (2007, p.24) aponta também o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental como um importante momento para esta discussão:

No ano de 1978 ocorre a reemergência dos principais movimentos sociais no Brasil, após um longo período de repressão militar, ficando marcado este ano como sendo o início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. Dentro de grandes movimentos sociais, se destaca o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), sendo o movimento que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura e a construir coletivamente uma crítica à assistência às pessoas com transtornos mentais baseado no asilamento em hospitais psiquiátricos.

Ou seja, o portador de transtorno mental deveria receber o mesmo atendimento dos demais usuários do sistema de saúde e passarem a não mais ser tratados como loucos e sim como cidadão com direito de usufruir com qualidade da saúde, educação, habitação, cultura, lazer e ser atendido nas suas múltiplas necessidades.

O significado destes movimentos possibilitou uma ampla reforma no Serviço Social, principalmente quando, no início da década de 1980 é introduzida na categoria, através da contribuição de diversos autores, a teoria social crítica de Karl Marx.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (impulsionada pelos movimentos acima descritos) vários debates e discussões ocorreram na categoria dos assistentes sociais culminado com a reformulação do antigo Código de Ética<sup>3</sup> da profissão. A partir do Código de Ética de 1993 novas diretrizes nortearão o fazer profissional. Segundo Yamamoto (2008) Código de Ética nos indica um rumo ético-político, um horizonte para o exercício profissional. O desafio é a materialização dos princípios éticos na cotidianidade do trabalho, evitando que se transformem em indicativos abstratos, deslocados do processo social. Afirma, como valor ético central, o compromisso com a parceria inseparável, a liberdade. Implica a autonomia, emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais, o que tem repercussões efetivas nas formas de realização do trabalho profissional e nos rumos a ele impressos.

O Código de Ética dos Assistentes Sociais é direção para ações de forma crítica e fundamentada teoricamente atuando com compromisso ético na exclusão de quaisquer formas de exploração, opressão e alienação dos usuários de seus serviços. Por isso Bisneto (2011, p. 59) ao discutir a importância do Serviço Social constituir-se criticamente na conjuntura em que está inserido, sendo neste caso a Saúde Mental, observa que:

(...) a associação da loucura com problemas sociais variados é uma constante, a relação de implicação entre a “questão social” e a Saúde Mental se dá em duas direções: os problemas sociais deflagram os problemas mentais e quem é portador de problemas mentais tem agravada a sua problemática social. Decorre daí uma grande população psiquiátrica que precisa de assistência social conjuntamente com a assistência médica.

O agravamento da questão social advindo da Política Neoliberal dificultou ainda mais o acesso aos recursos financeiros e também os incentivos na saúde como um todo, pois mesmo estando o país orientado pela atual Constituição de 1988, vê-se que muitos de seus artigos ficam apenas no papel.

Após 12 anos no Congresso esperando aprovação, a Lei Federal 10216/2002 – Lei Paulo Delgado - é sancionada e regulamentada. Fruto das manifestações da Reforma Psiquiátrica e do Movimento Sanitarista nos seus múltiplos

---

<sup>3</sup> (...) o Código de Ética Profissional de 1986 foi uma expressão daquelas conquistas e ganhos, através de dois procedimentos: negação da base filosófica tradicional, nitidamente conservadora, que norteava a “ética da neutralidade”, e afirmação de um novo perfil de técnico, não mais um agente subalterno e apenas executivo, mas um profissional competente teórica, técnica e politicamente. (CÓDIGO DE ÉTICA DO ASSISTENTE SOCIAL, 1997, p.14).

desdobramentos dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental; constitui a política de Saúde Mental oficial para o Ministério da Saúde, bem como para todas as unidades federativas. Assim, de acordo com a Lei 10216 (MS, 2002) destacamos alguns de seus artigos:

**Art. 1º** Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

**Art. 2º** Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

**I** - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

**II** - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

**III** - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

**IV** - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

**V** - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

**VI** - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

**VII** - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

**VIII** - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

**IX** - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

**Art. 3º** É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Concomitante a esta Lei e no mesmo ano, a III Conferência Nacional em Saúde Mental em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica vai de encontro ao processo de desinstitucionalização<sup>4</sup> que começou na década de 1990, defendendo uma política essencial aos usuários de álcool e outras drogas. Este processo prevê o progressivo fechamento de leitos e hospitais psiquiátricos, dando ênfase para a modalidade de atendimento ambulatorial, com a promoção da

---

<sup>4</sup> A desinstitucionalização pretendia mudança na forma de tratar o doente mental e sua família. Os serviços prestados pelos hospitais psiquiátricos, com longas internações, passaram a ser realizados pelos serviços comunitários de saúde mental, com atendimento ambulatorial e, quando necessário, períodos curtos de internação. O tratamento oferecido por estes serviços passou a priorizar a reinserção social e a promoção da qualidade de vida dos pacientes.

permanência dos pacientes perto de suas esferas familiar e social e práticas voltadas á reabilitação e reinserção social, culminando na criação dos CAPS e conferindo a estes, modelo estratégico neste tipo de atenção à Saúde Mental.

Esta situação contribuiu para uma mudança positiva no que diz respeito aos cuidados necessários que as famílias devem ter para subsidiar seus doentes mentais, seja estes portadores de transtornos psiquiátricos ou dependentes químicos; pois hoje, a família é vista como principal aliada no cuidado destes pacientes, e segundo pesquisas, necessita ao mesmo tempo de um cuidado específico, pois a sobrecarga que carregam pode muitas vezes atrapalhar o tratamento do seu familiar.

Porém em muitos casos as famílias encontram-se em dificuldades financeiras ou não tem tempo em realizar visitas, apropriam-se da pensão do familiar que está internado como também entram em conflito com a instituição exigindo desta maior atenção ou assistência ao parente-usuário dos serviços. (BISNETO, 2011)

Por isso, o Serviço Social enquanto profissão interventiva é capacitado a atuar nas múltiplas questões sociais que permeiam os sujeitos usuários das instituições e políticas da Saúde Mental. O autor ainda aponta que o trabalho dos Assistentes Sociais nas instituições psiquiátricas envolve, além das inúmeras demandas impostas nestas, o trabalho com as famílias no sentido de orientarem-nas quanto a necessidade de ajuda ao paciente internado.

Nas famílias também se dão conflitos materiais, de poder e de idéias que atravessam o comportamento dos usuários em tratamento nos estabelecimentos de saúde mental. Uma boa reabilitação em termos familiares é possível se o portador de transtornos mentais, os parentes e os profissionais mantiverem entre si práticas não opressivas. (BISNETO, 2011 p.196)

Sendo assim, o Serviço Social atua nesses conflitos de modo a permitir que tanto o paciente quanto a família possam participar do funcionamento e programas da instituição possibilitando a ambos maiores chances de sucesso no tratamento. A atuação do Assistente Social em instituições de Saúde Mental trouxe à categoria, a discussão da necessidade de instituir uma nova forma de pensar e trabalhar a família como possibilidade de nova intervenção a esta demanda.

## 2.2 FAMÍLIA: VÍNCULOS AFETIVOS E INCLUSÃO

Tomando como princípio de análise a categoria família e sua relevante importância para a constituição e desenvolvimento do indivíduo enquanto sujeito, a mesma enquanto instituição de cuidados e repasses de ideologias constrói sua própria história dentro dos padrões e cultura em que está inserida através das próprias experiências vividas. Desde a antiguidade ela é tida como base fundamental na criação de seus membros e relevante para o convívio saudável do indivíduo com o meio ao qual está inserido.

Silva (2001) destaca que a família, independente de sua constituição possui funções de ordem:

- Biológica e demográfica: garantindo reprodução e sobrevivência do ser humano;
- Educadora e socializadora: transmissora de conhecimento, valores e afetos;
- Econômica: (produtora e consumidora) no campo do trabalho;
- Seguridade: cuidando da seguridade física, moral e afetiva;
- Recreativa: atividades diversas como festas de família e atividades de lazer;
- Ideológica: promovendo também a reprodução social educando os indivíduos que constituem biológica e socialmente a estrutura familiar.

Hoje, o modelo concebido de família ainda transmitido em nossa cultura é o modelo nuclear, ou seja, o modelo de família constituído por pai, mãe e filhos. Porém, vê-se que esta não é a única forma de organização familiar existente nos dias de hoje, inúmeras outras formas de organização ou arranjos contemporâneos advêm de outros fatores que estão diretamente ligados às transformações que ocorreram no sistema capitalista modificando não só sua dinâmica, mas também as relações e as formas de convivência no ambiente doméstico. Ainda em Silva (2001) a globalização, a nova ordem econômica e social, as relações de trabalho, as novas tecnologias, o aumento do número de divórcios e do número de pessoas vivendo sozinhas contribuem para o surgimento de novos arranjos familiares que podem ser:

- Famílias mono parentais: chefiadas apenas pelo pai ou pela mãe;
- Famílias com união estável: caracterizadas pela união de duas pessoas sem que haja necessariamente o “casamento civil”;

- Produção independente: a mulher, sem a necessidade de um companheiro estável, através da técnica de inseminação artificial ou adoção tem a possibilidade de ter um filho, ou até mesmo o homem que também pode participar do processo da adoção;
- Famílias recompostas: novas famílias formadas a partir da dissolução de outras;
- Famílias constituídas através da união homo afetiva: união legalizada neste ano de 2011<sup>5</sup> e que constitui grande avanço na luta pelos direitos sociais; entre outras formas.

Outras situações familiares, nos tempos atuais, estão cada vez mais freqüentes. Algumas, de temporárias, acabam virando definitivas, como o homem que se separa da mulher e volta a morar com os pais, “apenas por alguns dias”, ou então aquelas em que os filhos adultos permanecem residindo na casa dos pais e retardam ao máximo o grito de independência, prolongando a convivência familiar e saindo, apenas, quando julgam que está na hora de constituir uma nova família ou de morar sozinho. (NASCIMENTO, 2006)

Visto isto, o conceito de família foi ampliado, e de acordo com Mioto (1997, p.120) família é:

um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consangüíneos. Ele tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros, e se encontra dialeticamente articulado com a estrutura social na qual está inserido.

Partindo na mesma idéia da autora, para o Censo de 2000, família foi considerado sendo o conjunto de pessoas que residem num mesmo domicílio unidas por laços consangüíneos ou não. Mioto (2000) ao abordar o tema, ainda adverte para o fato de que:

A realidade atual indica que as formas de organização das famílias são totalmente diversas e modificam-se, continuamente, para atender as exigências que lhe são impostas pela sociedade, pelos sujeitos que a compõem e pelos eventos da vida cotidiana. O terreno sobre o qual a família se movimenta não é o da estabilidade, mas o do conflito, o da contradição. As relações são profundamente marcadas pelas contradições entre as expectativas que a sociedade tem e as possibilidades objetivas de realização. (p.219)

---

<sup>5</sup> Através do Projeto de Lei 4914/09, o Supremo Tribunal Federal (STF) legalizou a união civil homossexual em 05 de maio de 2011.

Ou seja, a família se organiza para suprir suas necessidades sociais e econômicas como para cuidar de seus membros e lhes transmitir valores e ideologias. Porém nem sempre encontram condições materiais e/ou psicológicas de suprir com suas necessidades, aonde podem, muitas vezes, encontrar no mundo das drogas motivo para camuflar determinados conflitos que por ventura possam estar ocorrendo na vida familiar ou social de algum de seus membros. Por isso, não é possível saber entre as pessoas que começam a usar drogas quais serão apenas usuários experimentais, quais serão os ocasionais e por fim, quais serão os usuários dependentes. Desta forma é relevante destacar que de acordo com Neto e Osório (2011), existe na sociedade moderna uma tendência em culpabilizar a família pelo processo de dependência química de seu membro, porém, em nada significa qualificá-la, como fator principal ou desencadeante da manifestação daquela.

A responsabilidade da família pelo uso patológico de drogas de um de seus membros restringe-se, em alguns casos, somente à herança genética. As possíveis causas biológicas da dependência às drogas, os fatores individuais, a forma como se deu a sua socialização, e a cultura do seu grupo de iguais, certamente têm uma influência mais significativa que a família isoladamente. Esta, como toda a sociedade, é responsável pelo uso generalizado de drogas. (NETO, OSORIO, 2011, p.180)

Desta forma, vê-se que com o advento da vida moderna e suas constantes mudanças, nem sempre as famílias estão preparadas ou possuem condições (emocionais /sociais) para lidar com esta nova realidade. As novas configurações no mundo do trabalho e a falta de equipamentos sociais que dêem conta das mais variadas demandas, constituem, dentre outras, esta nova realidade. Nessa perspectiva parece que mesmo existindo no âmbito familiar novas composições parece que os papéis familiares continuam os mesmos. A mãe com a função cuidadora da casa e dos filhos e o pai como provedor ainda prevalecem culturalmente na sociedade. Ou seja, segundo Mito (2001):

(...) espera-se um mesmo padrão de funcionalidade das famílias, independente do lugar em que estão localizadas na linha da estratificação social, padrão este calcado em postulações culturais tradicionais referentes aos papéis paterno e materno, principalmente.

Por isso vê-se que as políticas sociais voltadas à família possuem uma concepção funcional de família, aonde a figura materna e paterna é pensada nesta



perspectiva. O Estado ao invés de proteger e subsidiar as famílias e seus membros propõe saídas pontuais e focalizadas na tentativa de minimizar de imediato determinadas demandas como alimentação, Aluguel Social, Bolsa Família, dentre outras. Sendo assim, as necessidades que não forem atendidas por tais políticas tornam-se então como responsabilidade das famílias atendê-las.

Temos observado que, à medida que o Estado restringe sua participação na “solução” de questões de determinados segmentos – como, por exemplo, crianças, adolescentes, idosos, portadores de deficiências e pessoas com problemas crônicos de saúde – a família tem sido chamada a preencher esta lacuna, sem receber dos poderes públicos a devida assistência para tanto. (GUEIROS, 2002).

Estas medidas pontuais, que já são precárias desde sua gênese, tomadas ao sabor dos acontecimentos ou dos resultados desta ou daquela avaliação, sem uma continuidade coerente por parte do Estado, não dão conta de atender a toda uma demanda que vai além destes projetos focalizados; pois o que se constata é que as políticas sociais não atacam as causas, e sim incidem precariamente e de forma minimizada nos segmentos mais vulneráveis da sociedade.

A realidade atual indica ainda que as políticas voltadas às famílias são assistencialistas e voltadas para a concepção de que estas falharam no cumprimento de suas responsabilidades com seus dependentes, do que elas deixaram de fazer e que isto é resultado da incapacidade da própria família. Neste sentido, as ações destinadas a elas têm como objetivo torná-las aptas novamente ao cumprimento de seu papel, sem comprometer a estabilidade e ordem econômica do país. (MIOTO, 2000).

Porém, desenvolver apenas tais políticas não é suficiente na diminuição ou até mesmo na extinção dos mais variados conflitos que permeiam as relações familiares. Os problemas e as soluções perpassam questões de ordem social, econômica, cultural, política e tampouco de alguma área específica como habitação, educação e saúde.

A C.F - Constituição Federal preconiza que “A saúde é direito de todos e dever do Estado” e a Lei Federal 8080/1990, que regulamentou o SUS, prevê em seu artigo 7º, como princípios do sistema, entre outros, a universalidade de acesso e a integralidade de assistência. No que tange a responsabilidade da família no cuidado a seus membros conforme determinado nos artigos 227 e 229 da C.F de

1998 e nos artigos 19 e 22 do ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990 vemos que a família não dispõe do básico para promover a integração social e o desenvolvimento pessoal de seus membros. Percebe-se claramente a omissão do Estado no que tange ao cumprimento de suas atribuições à família e o quanto a capacidade instalada de serviço de média e alta complexidade, público e privada, no Brasil encontra-se precarizada.

Nesse contexto a dependência química como expressão da questão social ganhou lugar de destaque nos diversos debates a respeito do tema e pauta na formulação de estratégias para seu enfrentamento. Vê-se a cada dia um aumento significativo no número de dependentes químicos que necessitam de tratamento e que não dispõem de condições financeiras para a realização do mesmo. Atualmente o Brasil possui uma política social específica - para atender as demandas de álcool e drogas - regulamentada pela Lei nº 10.409 de 11 de janeiro de 2002 que dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica. Em seu conteúdo, é reforçado que o tratamento do dependente químico envolve o trabalho de uma equipe interdisciplinar e a participação da família, sempre que possível, como agente de extrema importância no tratamento do paciente. Desta forma, conhecer as famílias que o Assistente Social irá trabalhar é elemento indispensável na realização e compreensão da totalidade ao qual se destinará suas ações.

### **2.2.1 Características das famílias dos dependentes químicos**

Com o aumento crescente da incidência da dependência de álcool e outras drogas estudos tem mostrado que os efeitos do uso das substâncias psicoativas prejudicam não apenas os usuários como também a família e demais pessoas do convívio social daquele. Os relacionamentos tornam-se difíceis e tensos e os valores familiares, humanos e morais perdem espaço para violências de toda ordem. A partir deste processo diversas situações tendem a culminar com a desintegração da família ou abalarem-nas fortemente. A saída do dependente de casa, e a separação

conjugal, constituem exemplos do quanto às drogas desintegram as famílias e seus membros.

Porém é comum que a família negue a problemática da drogadição, ela normalmente a percebe quando o quadro se agrava permitindo-a ver que também está incluída nele. Geralmente a família sofre um impacto tão profundo quando se dá conta do uso de drogas por um de seus membros que este impacto pode ser descrito através de quatro estágios de acordo com Figlie (2004, p. 03):

1. Na primeira etapa, é preponderantemente o mecanismo de negação. Ocorre tensão e desentendimento e as pessoas deixam de falar sobre o que realmente pensam e sentem.
2. Em um segundo momento, a família demonstra muita preocupação com essa questão, tentando controlar o uso da droga, bem como as suas conseqüências físicas, emocionais, no campo do trabalho e no convívio social. Mentiras e cumplicidades relativas ao uso abusivo de álcool e drogas instauram um clima de segredo familiar. A regra é não falar do assunto, mantendo a ilusão de que as drogas e álcool não estão causando problemas na família.
3. Na terceira fase, a desorganização da família é enorme. Seus membros assumem papéis rígidos e previsíveis, servindo de facilitadores. As famílias assumem responsabilidades de atos que não são seus, e assim o dependente químico perde a oportunidade de perceber as conseqüências do abuso de álcool e drogas. É comum ocorrer uma inversão de papéis e funções, como por exemplo, a esposa que passa a assumir todas as responsabilidades de casa em decorrência o alcoolismo do marido, ou a filha mais velha que passa a cuidar dos irmãos em conseqüência do uso de drogas da mãe.
4. O quarto estágio é caracterizado pela exaustão emocional, podendo surgir graves distúrbios de comportamento e de saúde em todos os membros. A situação fica insustentável, levando ao afastamento entre os membros gerando desestruturação familiar.

Porém, nem sempre estes estágios são presenciados de igual maneira por todas as famílias, mas sua grande maioria sente-se culpada e até mesmo envergonhada por estar nesta situação uma vez que estão totalmente despreparadas e desinformadas para trabalharem com estes problemas.

Muitas famílias negam ou omitem a doença da dependência química tornando-se facilitadoras e/ou mantenedoras do comportamento do dependente químico. De acordo com Neto (2011, p. 173):

Codependente de drogas é a pessoa que adota um comportamento vinculado ao comportamento do usuário de drogas procurando incessantemente controlá-lo. São pessoas que se relacionam com o outro como se fossem uma "causa". Suportam heroicamente todo tipo de problema advindo do uso da droga pelo dependente com quem se

relaciona. Comportam-se como se aquele “fardo” fosse um “carma” ou desígnio de Deus.

A codependência é vista como um comportamento doentio, pois, ao invés do familiar auxiliar o dependente químico propondo-o a um tratamento, ele reforça o comportamento do mesmo e faz com que o ciclo se repita.

Visto isto, Figlie (2004) ressalta que a família é fundamental como instituição de apoio no tratamento da dependência química e para posterior processo de recuperação da mesma. A orientação dada aos familiares sobre os sintomas e tratamento da doença é fundamental para que eles se tornem capazes de perceber seus comportamentos codependentes e buscarem maiores orientações a respeito do mesmo. Desta forma, segundo a autora existem três modelos teóricos de intervenções familiares em dependência química:

- O modelo da doença familiar: este modelo considera que o uso do álcool e outras drogas não afeta apenas o usuário, mas também a família. Têm nos grupos de mútua-ajuda (Al-Anon e NAR-Anon) possibilidades de entender a doença e como lidar com ela, seguindo os princípios dos Alcoólicos Anônimos.
- O modelo sistêmico: considera a família um sistema aonde se organiza dentro dele de forma a atingir a homeostase. Esta homeostase refere-se tendo o dependente e a família um equilíbrio dinâmico (mesmo com a dependência instalada em um de seus membros), aonde uma mudança no padrão de funcionamento pode desestruturá-la mesmo que seja para se atingir a sobriedade.
- O modelo comportamental: baseado na teoria da aprendizagem, afirma haver no comportamento familiar indícios e interações que reforcem a cultura do uso de substâncias psicoativas. Objetiva mudar o comportamento dos membros familiares que podem, mesmo involuntariamente, estimular o consumo nocivo de álcool e drogas, através de estratégias que visem melhorar a comunicação familiar, conhecer mais a fundo a problemática das drogas, entre outras.

Estes modelos de intervenções familiares trabalhados contribuem e auxiliam as famílias no entendimento da doença da dependência química.

Portanto há vários fatores que contribuem para que o tratamento de um dependente químico seja realizado com sucesso, entre esses fatores está a

participação ativa da família, e quando não existe o apoio familiar as chances do tratamento ser bem sucedido é reduzida. Sendo assim, considerar a família no tratamento significa envolvê-la nas atividades para que essa participe ativamente e acompanhe passo a passo o processo do tratamento do dependente (Bernardi, 2002; Monteiro, 2003).

Sabendo-se da imprescindível participação da família em todo o processo do tratamento de seu dependente, pois, constitui elemento fundamental no processo de recuperação daquele no momento em que desempenha papel no processo de recuperação e manutenção da abstinência, sua disponibilidade para tal é fator relevante para um bom tratamento, tanto ela quanto o seu dependente químico, pois tratar o dependente não se resume à busca pela abstinência e sim a busca por uma nova qualidade de vida. Quanto maior o suporte que um usuário abusivo possa reunir, maiores as chances de consecução e manutenção da abstinência, bem como de mudanças de comportamento.

## 2.3 O ATENDIMENTO À FAMÍLIA NO CONTEXTO DO INSTITUTO SÃO JOSÉ

### 2.3.1 Caracterização do Instituto São José

Até meados da década de 1960 a maioria dos atendimentos psiquiátricos realizados no município de São José era prestada pelo Hospital Colônia Santana, atual IPQ - Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, aonde eram atendidos apenas os clientes conveniados pelo INPS - Instituto Nacional da Previdência Social, IPESC - Instituto de Previdência do Estado de Santa Catarina e IPASE - Instituto de Pensão e Aposentadoria dos Servidores Estaduais.

O Instituto São José teve início numa conjuntura de ditadura militar governada pelo general Artur Costa e Silva. A ditadura restringia o exercício da cidadania e reprimia com violência todos os movimentos de oposição. Desta forma a saúde não era vista e nem tomada pela hegemonia brasileira como prioridade à população.

Foi em 25 de maio de 1968 que um grupo de médicos e um dentista alugaram um antigo convento Franciscano situado no centro do município de São José e deram início aos tratamentos psiquiátricos. Surge então o Instituto São José, Centro

de Psiquiatria. A equipe técnica era composta inicialmente por alguns funcionários responsáveis pela parte administrativa, vindos da Colônia Santana e pelos fundadores: Dr. João Harold Bertelli, Dr. Abelardo Vianna Filho, Dr. Júlio César Gonçalves, Dr. João Augusto de Mello Saraiva e Dr. Antonio Santaella, além do cirurgião dentista Hamilton Figueira Ferrari. Em seguida, passou a fazer parte deste grupo o médico Ivan Bastos Andrade, substituindo Hamilton Ferrari e a partir de 1980, Dr. Aristeu Stadler. (INSTITUTO SÃO JOSÉ)

Hoje, a responsabilidade técnica é exercida pelo Dr. Aristeu Stadler e a Direção Geral é exercida pelo Dr. Júlio César Gonçalves. O Corpo Médico do Instituto São José realiza diariamente consultas médicas aos pacientes internados, atendimento às famílias e participações nas reuniões específicas de: Corpo Clínico, do plantão médico, do setor de consultórios e ambulatório e da reunião técnico-administrativa semanal, esta, de fórum normativo das atividades da Instituição.

O Instituto São José – Centro de Psiquiatria e Dependência Química - é uma organização de natureza privada, onde realiza atendimentos particulares ou por convênios, incluindo o SUS. Os recursos financeiros da instituição têm como principal fonte os atendimentos particulares e os conveniados, atuando de forma mútua no desenvolvimento das atividades e programas realizados com os pacientes. Dentro destes recursos encontram-se os destinados ao Serviço Social (tanto da Psiquiatria como o da Dependência Química) aonde se desenvolvem as competências das profissionais. Estas são em número de 4: três na Unidade de Psiquiatria e 1 na Unidade de Dependência Química.

Compõem também a equipe do Hospital: Médicos, Enfermeiros, Assistente Social, Psicólogos, Nutricionista, Terapeuta Ocupacional, Farmacêutico, profissionais de Educação Física, Estagiárias de diversas áreas, Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Cozinha, Cozinheiros, Serventes de Limpeza e Manutenção, e por fim, a Equipe Administrativa e de Recepção.

O Instituto São José, é hoje, um Hospital referência no atendimento a transtornos psiquiátricos e no tratamento da dependência química. Tem como objetivo geral atender estes pacientes na sua totalidade como também atender e orientar as famílias em suas múltiplas demandas no tocante ao familiar internado. Como objetivo específico, trabalha no intuito de fornecer aos pacientes internados como também aos ambulatoriais sua inserção em grupos e programas que promovam uma melhora da auto-estima, aceitação de sua doença e entendimento

da mesma, assistência clínica e psicológica e orientação às famílias no sentido da promoção da qualidade de vida.

A instituição tem como missão “Promover a qualidade, praticando a assistência integral à saúde, apoiados em princípios técnicos, éticos e humanos, visando à satisfação dos clientes, colaboradores e comunidade”. (INSTITUTO SÃO JOSÉ)

Os serviços ali prestados estão subdivididos em: Serviço de Psiquiatria e Serviço de Dependência Química. Na área da dependência química conveniada pelo SUS, o hospital atende pacientes com idade superior ou igual á 18 anos. Na área de dependência química particular e/ou convênios, o tratamento é destinado à pacientes com idade igual ou superior aos 16 anos de idade sem distinção de sexo. Já na área psiquiátrica, dependendo da unidade de tratamento, existem vagas exclusivas a pacientes do sexo feminino de qualquer faixa etária.

Os Serviços Psiquiátricos estão divididos em 4 unidades, indicadas com os sobrenomes de alguns dos fundadores da Instituição:



**Figura 1: Unidades de Tratamento para o Serviço de Psiquiatria.**

O Serviço de Dependência Química (SDQ) tem como objetivo a abstinência total de qualquer substância psicoativa que possa estar de alguma forma prejudicando o usuário deste serviço, fazendo com que aquele consiga levar uma vida livre da submissão às drogas. De acordo com Wanderley Ribeiro Pires (2000) quanto mais cedo forem instituídas ações terapêuticas no tratamento da dependência maiores serão a eficácia do mesmo.

Atualmente a equipe do SDQ é composta de: 1 Coordenador, 2 Médicos Clínicos, 4 Médicos Psiquiatras, 1 Assistente Social, 1 Psicóloga, 1 Consultor em dependência química, 9 Técnicos de Enfermagem, 1 Nutricionista, 1 Educador Físico, 2 Enfermeiras, 1 Copeira e 1 Auxiliar de Serviços Gerais.



A equipe do SDQ trabalha de forma interdisciplinar disponibilizando aos pacientes um programa terapêutico abrangendo atividades diversas como desintoxicação, assistência clínica e psicológica, assistência às famílias dos pacientes, trabalhos em grupos, acompanhamento médico periódico e orientação tanto aos pacientes quanto aos familiares sobre a doença da dependência química e a melhor forma de entendê-la e lidar com a mesma. A interdisciplinaridade é uma metodologia de trabalho que vem sendo a cada dia mais enfatizada, principalmente na Saúde Mental. Com isso valoriza-se a construção de cotidianos criativos, o trabalho em equipe, a conjugação de saberes, levando em conta o ser humano como um todo, seu contexto social, cultural, político, que é o que o torna único.

Além do trabalho voltado para a interdisciplinaridade, algumas outras características como o senso de propósito, a fluidez da comunicação, a flexibilidade e adaptação da equipe e gerência, o respeito mútuo e a aprendizagem contínua, por exemplo, tornam uma equipe eficaz, culminando num trabalho de excelência. (...) Tanto o bem viver quanto o adoecer humano são multifatoriais, e o conhecimento direcionado para o entendimento de ambos deve ser adquirido através do diálogo entre as vertentes biológica, psicológica, sociológica e etc., possibilitando que a prática dos profissionais da saúde seja baseada na articulação desse saberes. (OLIVEIRA, 2007, p. 97 e 98)

Vê-se então que o trabalho desenvolvido na instituição é realizado por uma equipe interdisciplinar, onde a especificidade de cada profissão é também determinante no sucesso do tratamento do paciente.

A Assistente Social desenvolve suas atividades e sua intervenção no interior desta equipe pautado no Código de Ética<sup>6</sup> da profissão em consonância com os princípios do SUS, que visa à universalidade, integralidade, equidade, participação social e descentralização.

O programa diário do tratamento compreende atividades terapêuticas como, por exemplo, os grupos, seminários, reuniões, leituras, vídeos, visitas de grupos de mútua ajuda como Alcoólicos Anônimos (A.A) e Narcóticos Anônimos (N.A), além de atividades esportivas e de lazer. Já para as famílias a instituição dispõe de reuniões semanais com objetivo de orientação sobre a problemática da dependência e compulsão, bem como está sendo realizado o tratamento e a contribuição da família

---

<sup>6</sup> O Código de Ética do Assistente Social aprovado em 13 de março de 1993 constitui-se num projeto social vinculado aos interesses da população trabalhadora a partir de uma visão crítica e fundamentada teoricamente para o exercício da profissão.

no mesmo. As famílias também recebem atendimento individualizado da assistente social, psicólogo e psiquiatra no sentido de ter maior conhecimento em como lidar com as dificuldades e os conflitos familiares gerados pela doença, e como esta pode ser controlada. O tempo de internação/tratamento pode variar, mas geralmente o tempo médio de permanência é de 30 dias, com possibilidade de alteração, dependendo do quadro médico do paciente. O Serviço da Dependência Química está dividido em duas unidades: Unidade Jellinek<sup>7</sup> e Unidade de Dependência Química.

**Unidade Jellinek: unidade de tratamento destinada exclusivamente aos usuários do sexo masculino do convênio SUS.**

- Dispõe de 35 vagas para pacientes do sexo masculino sendo a maioria destinada ao tratamento do alcoolismo e outras ao tratamento da dependência de outras drogas (cocaína, crack, etc.).

**Unidade de Dependência Química: unidade de tratamento para convênios ou particular.**

- Com capacidade de atendimento a 22 pessoas independentemente do sexo, e tipo de droga. São atendidos pacientes a partir dos 16 anos de idade.

**Figura 2: Unidades de Tratamento para Dependência Química**

Além dos serviços apresentados acima, o Serviço da Dependência Química do Instituto São José também desenvolve programa ambulatorial.

PADEQ – Programa de atenção á Dependência Química: Visa à reintegração social e familiar do paciente no Serviço de Dependência Química, através de uma equipe multidisciplinar formada por psicóloga e consultor de dependência química. O programa ocorre duas vezes ao mês e está subdividido em:

- **PADEQ A** – Prevenção e Manutenção da Abstinência – Álcool.

<sup>7</sup> Prof. Elvin Morton Jellinek, Decano do Instituto de Estudos sobre Alcoolismo da Universidade Cristã do Texas, Forth Worth, E.U.A. Foi consultor em alcoolismo da OMS no período de 1950/1951.

- **PADEQ AD** – Prevenção e Manutenção da Abstinência – Álcool e outras drogas.

### **2.3.2 O Serviço Social da Dependência Química na Instituição**

Quando do início de seu funcionamento, o Instituto São José não trabalhava ainda com a área da dependência química. Inicialmente havia apenas uma assistente social que, com o tempo e com a demanda institucional, passou a ter seu trabalho subdividido e aperfeiçoado no âmbito de atendimento aos dependentes químicos. Apenas em 1980 foi implantado o Serviço de Dependência Química (SDQ), sendo este, o primeiro do Estado de Santa Catarina.

O objetivo do Serviço Social na área da dependência química é compreender os pacientes na sua totalidade despertando-os a uma consciência crítica de sua doença, como também intermediar com a família a sua inserção no tratamento de seu familiar com objetivo de compreender a adicção<sup>8</sup> e orientar para uma melhor qualidade de vida de ambos.

Quando um paciente interna na Instituição para um tratamento, inicialmente recebe atendimento ambulatorial / recepção seguido de avaliação médica psiquiátrica e posterior encaminhamento pelo serviço de enfermagem à sua unidade de tratamento. Dependendo do estado e condição de saúde o paciente já pode iniciar nos programas, caso contrário, o mesmo é medicado até que obtenha as mínimas condições para entender seu processo de desintoxicação e o motivo da internação. Cabem à Assistente Social as seguintes funções: coordenar reunião com as famílias dos dependentes químicos internados, coordenar Grupos de Prevenção de Recaída, realizar seminários nas mais diversas áreas relacionadas à doença do alcoolismo/drogas, realizar entrevista e atendimento individual às famílias para coleta de dados da história pregressa e do momento, contato com as famílias e agendamento das altas dos pacientes e supervisionar a estagiária de Serviço Social.

---

<sup>8</sup>Adicção é o vício, e geralmente está relacionada com drogas ilícitas. Mas a adicção pode também significar qualquer dependência psicológica ou compulsão tipo, jogo, comida, sexo, pornografia, computadores, etc. (<http://www.quedroga.com.br/perguntas-frequentes/o-que-e-adiccao>)

Desta forma vê-se que a prática e instrumentos utilizados na ação profissional fazem parte daqueles que usualmente são utilizados por esses profissionais: reuniões, entrevistas semiestruturadas, observação, abordagem, registros nos prontuários. Lista de presença da Reunião de Famílias e cadernos de recados e ocorrências constitui outras formas de sistematização da prática e instrumentos de registro da mesma.

Como auxílio da atuação profissional existe os instrumentos técnico-operativos que segundo Martinelli e Koumrouyan (1994, p.137):

(...) são o conjunto articulado de instrumentos e técnicas que permitem a operacionalização da ação profissional”, (...) a intervenção do Assistente Social se torna de externa importância no sentido de que este consegue descrever a realidade a qual está inserido, criar ações e propostas eficazes a fim de alcançar os objetivos e finalidades.

As reuniões da equipe técnica são realizadas diariamente com o objetivo de avaliação e discussão do tratamento dos pacientes como já descrito acima.

A observação é um instrumento do Serviço Social que é utilizada a todo o momento, seja em atendimentos individuais aos pacientes, seja nos Grupos de Prevenção de Recaída e Seminários, nos corredores do Hospital, em suas atividades de lazer, etc. De acordo com Sarmiento (2005), para esta tarefa se realizar é preciso observar tudo que parecer necessário à compreensão do cliente e de seus problemas, procurando ver as coisas sempre como elas realmente são.

A abordagem não precisa ser necessariamente utilizada apenas quando há necessidade de um primeiro contato com indivíduo ou grupo, pode ser utilizada também como forma de apresentar-se, relacionar-se, de troca, entre outros. A abordagem é realizada na chegada do paciente à Instituição (depois deste passar pela consulta psiquiátrica inicial), nos seminários, nos corredores, etc. Desta forma, o Serviço Social tem na abordagem um processo de aproximação e estabelecimento de vínculos (respeito, segurança, confiança) que possam contribuir no processo do tratamento dos dependentes químicos.

### 2.3.3 A especificidade do trabalho do Serviço Social com as famílias no Instituto São José.

O Serviço Social da Dependência Química é responsável pelo atendimento aos pacientes e principalmente aos familiares das duas unidades que tratam a doença: Unidade Jellinek e Unidade de Dependência Química.

Qualquer familiar que interna seu dependente para tratamento, o Serviço de Dependência Química tem, na assistente social, profissional qualificada para tratar das múltiplas questões que permeiam o processo da drogadição.

O assistente social tem uma visão mais ampla de todas as questões, sendo, desta forma, um complemento essencial no tratamento de dependentes químicos. Podemos utilizar como exemplo: o psiquiatra tem uma visão relacionada mais ao diagnóstico e a aos medicamentos; o psicólogo tem um olhar mais voltado ao psiquismo e aos comportamentos; o enfermeiro, mais voltado às situações clínicas; e o assistente social tem o olhar mais abrangente sobre diversas situações. (SOUZA, 2010, p.41)

Ou seja, o Assistente Social, como profissional que trabalha com as múltiplas expressões da questão social incluindo a dependência química, tem relevância no quadro de profissionais que envolvem a equipe interdisciplinar, pois possui capacidade interventiva de análise da realidade e propositor de estratégias de ações.

O Serviço Social faz parte da base do processo de recuperação do dependente químico, tendo em vista que é o Assistente social o responsável por grande parte dos trabalhos desenvolvidos com os pacientes e seus familiares, envolvendo não só o tratamento durante a internação, mas também em projetos de prevenção, recuperação e manutenção da abstinência. (KAWAL, 2002 apud LASTE, 2004, p.31).

Além das atividades realizadas com os pacientes, o Serviço Social realiza atividades destinadas aos familiares que vão desde o atendimento individual, entrevistas, reunião de família, a encaminhamentos necessários durante a internação do dependente químico.

- Atendimento Individual/Entrevista familiar: Este atendimento é realizado às famílias dos pacientes internados no Serviço de dependência Química. Nele o profissional trabalha com as demandas das famílias e também com objetivo

de conhecer a dinâmica familiar no contexto em que está inserido o dependente químico em tratamento na Instituição. Este instrumento de trabalho permite ao profissional apropriar-se de dados relevantes referentes ao paciente quanto: a sua realidade pessoal e social, histórico de vida (com ênfase no uso das drogas/álcool) como também prestar orientação quanto ao tratamento e doença.

Essas informações permitem à Instituição “o controle do processo de prestação de serviço, no que tange ao comportamento previsto ou imprevisto do paciente. Essas informações são também usadas na admissão a alta do paciente, bem como no seu processo de adequação institucional e social”. (BISNETO, 2011, p.179).

- **Reunião de Família:** Esta atividade ocorre uma vez por semana, nas quartas feiras, e é dividida em três atos. Primeiramente os familiares assistem a uma palestra com os membros do AL-Anon e NAR-Anon, a fim de receberem orientações e também esclarecimentos de como lidar com seu dependente químico e como auxiliá-lo no processo de recuperação. No segundo momento os familiares realizam a visita a seus dependentes e por fim, a assistente social realiza uma palestra aos familiares com orientações acerca da doença da dependência química, enfocando a importância da família buscar orientação para si.
- **Encaminhamentos:** Os encaminhamentos correspondem às diversas demandas que ocorrem diariamente ao serviço social como: agendamento com a família sobre possíveis licenças ao paciente; organiza declarações de visitas de familiares ao Hospital para justificar a falta ao emprego dos trabalhadores que por ventura, realizaram a visita no horário de expediente; encaminha os pacientes para serviços diversos não prestados no Instituto tais como dentistas, fisioterapias e outras especialidades médicas. A Assistente Social também realiza encaminhamentos internos dentro da própria Instituição para reuniões ou outros programas que acontecem dentro do próprio estabelecimento.

Visto isto, na proporção em que estas práticas institucionais citadas demandam do profissional conhecimento acerca de suas habilidades e

competências, precisamos estabelecer uma consciência crítica da realidade social e institucional para que tais práticas não permaneçam automatizadas na sua aplicação.

Se são os objetivos profissionais (construídos a partir de uma reflexão teórica, ética e política e um método de investigação) que definem os instrumentos e técnicas de intervenção (as metodologias de ação), conclui-se que essas metodologias não estão prontas e acabadas. Elas são necessárias em qualquer processo racional de intervenção, mas elas são construídas a partir das finalidades estabelecidas no planejamento da ação realizado pelo Assistente Social. Primeiro, ele define “*para quê fazer*”, para depois se definir “*como fazer*”. (SOUSA, 2008, p.06).

Assim, é imprescindível que o profissional articule as dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa para não deixar-se acostumar com o que está posto na realidade, assumindo uma visão fatalista ou até mesmo achar que pode transformar ou mudar de qualquer jeito o que também está posto, assumido aí uma visão messiânica da mesma.

Para que as ações realizadas pelo Serviço Social se desenvolvam de acordo com a demanda apresentada à instituição, ao Assistente Social, embasado no Código de Ética da profissão e na Lei 8662/93 juntamente às legislações da empresa, é requisitado vasto conhecimento teórico da realidade do sujeito envolvido no tratamento como também formas de intervenções diversificadas e criativas. O Código de Ética oferece respaldo à decisão e atitudes profissionais com relações às suas ações dentro da Instituição. Dentre os Princípios Fundamentais do Código de Ética Profissional (Código de Ética do Assistente Social, 2003, p.17) destacamos alguns deles:

- ✓ Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes – autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;
- ✓ Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças;
- ✓ Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;

- ✓ Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional.

Dessa forma, a profissional articula suas reais intenções com a Instituição empregadora, indo de encontro à reflexão de Sousa (2008, p. 122), “buscando aprender sua essência, seus movimentos e as possibilidades de construção de novas possibilidades profissionais”.



### **3 A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE RECUPERAÇÃO DO DEPENDENTE QUÍMICO A PARTIR DA VISÃO DO PACIENTE: O GRUPO EM MOVIMENTO**

#### **3.1 O SERVIÇO SOCIAL OPORTUNIZANDO ESPAÇO PARA OS PACIENTES EXPRESSAREM ACERCA DE SUAS VIVÊNCIAS FAMILIARES.**

A experiência de estágio realizada no Instituto São José – Centro de Psiquiatria e Dependência Química, mais precisamente na Unidade Jellinek, deflagrou uma curiosidade investigativa, instigando-me a um estudo mais ampliado acerca desta realidade. Durante todo o ano, foi possível acompanhar as atividades realizadas pela Assistente Social da Dependência Química como também, através da observação, os grupos e seminários desenvolvidos pelos diversos profissionais da equipe desta Unidade.

Diante do contato com os pacientes percebeu-se durante as participações nas atividades dos mesmos (Reuniões de Sentimentos, Seminários e Grupo Médico) a necessidade recorrente dos pacientes em trazer recortes de suas realidades familiares; fato que nos instigou a pensar uma pesquisa centrada nesta demanda, haja vista ser essa uma área pertinente ao Serviço Social. Viu-se que, em algumas dessas atividades os pacientes trouxeram a tona como era seu relacionamento familiar antes de sua dependência e como se encontra após algumas internações; como podem fazer para se aproximar da família e/ou estreitar laços, dentre outros questionamentos que fizeram-nos refletir:

Qual a “idéia” de família que os mesmos concebem?

Como os pacientes percebem que a sua doença afeta a família?

Como podem fazer para se aproximar das famílias quando os vínculos familiares encontram-se estreitados e/ou desgastados?

Qual é a importância que a família tem no seu processo de recuperação?

Porque a família muitas vezes não se envolve no tratamento?

Por que é necessário entender que a mudança de comportamento é fundamental para o convívio entre o dependente químico e sua família?

Esses questionamentos somados à atuação do Serviço Social com as famílias dos dependentes químicos levaram ao interesse pela temática da presente

pesquisa, pois, o Assistente Social possui capacidade contributiva no tocante àquela e no processo de estímulo da reflexão crítica aos pacientes para que compreendam melhor sua condição e como fazer, de maneira consciente, sua recuperação.

A necessidade intrínseca nos pacientes para externarem e verbalizarem acerca de sua realidade familiar, também foi elemento fundante para apresentação da proposta de intervenção de estágio, o que culminou na estruturação de Reuniões, com abordagem grupal, intitulada de “Falando sobre Família”. As reuniões com os pacientes totalizaram quatro encontros, com a duração de 60 minutos com o principal objetivo de garantir espaço para os pacientes expressarem suas vivências familiares.

As Reuniões foram acompanhadas pelo Consultor em Dependência Química e pela Assistente Social. Foi levado em consideração que a cada semana interna na instituição em média de 7 a 8 pacientes e conseqüentemente tem-se este número de altas. Estes encontros tiveram a participação de todos os pacientes internados na Unidade Jellinek (35 pacientes do sexo masculino na faixa etária de 18 a 70 anos) e que apresentaram condições físicas e/ou psicológicas para participar. Priorizamos assuntos diferentes em cada uma (referente à temática família) no sentido de estimular e potencializar o paciente a debater o tema em questão, com ênfase na importância que tem a família em seu processo de recuperação.

Bisneto (2011) refere que os grupos como instrumento de trabalho do Serviço Social sempre estiveram presentes na atuação da categoria, principalmente na Saúde Mental. Alguns autores como Osório (2003) relatam que os grupos no tratamento, sendo neste caso chamados de reuniões operativas, ou seja, reuniões centradas na tarefa, neste caso educativa, proporcionam a troca de experiências e conhecimentos entre os indivíduos para que se façam compreender entre si. Sendo assim o assistente social trabalha com a temática que tenha relação com o objetivo da intervenção. Para Sarmiento (2005, p.37) “(...) a reunião está inserida na prática com grupos, vindo a ser realizada com instrumento privilegiado para intervenção nas relações grupais (...)”, indo de encontro ao processo de aprendizagem, ou seja, potencializando este processo.

Assim, o Assistente Social atua com o objetivo de provocar um processo de reflexão no grupo indo de encontro às expressões da questão social, neste caso, a dependência química. Por isto, compreender a particularidade histórico-cultural e articulá-la a um arcabouço teórico-operativo é fundamental, pois, são nesses

espaços que conseguimos, a partir da troca de experiências entre os participantes, chegar ao objetivo da atividade proposta.

Nas reuniões realizadas, o caráter preventivo e reflexivo permearam o processo, contudo, o principal objetivo centrou-se em garantir espaço para os pacientes externarem suas vivências em família. O Serviço Social enquanto profissão predominantemente interventiva e mediadora, voltado à dimensão sócio-educativa contribui para um processo reflexivo e potencializador dos sujeitos.

Segundo o CFESS (2009):

As ações socioeducativas e/ou educação em saúde não devem pautar-se pelo fornecimento de informações e/ou esclarecimentos que levam a simples adesão do usuário, reforçando a perspectiva de subalternização e controle dos mesmos. Devem ter como intencionalidade a dimensão da libertação na construção de uma nova cultura e enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas. Desta forma, tem-se por objetivo a consciência sanitária, conceito fundamental da reforma Sanitária.

Neste sentido, a dimensão socioeducativa do Serviço Social se consolida através de espaços de diálogos onde o processo crítico potencializa os sujeitos ali envolvidos.

### **3.1.2 Itinerário Metodológico**

Para o desenvolvimento deste estudo foi necessário pensar uma metodologia e uma abordagem junto aos pacientes que oportunizasse que os mesmos expressassem o seu pensar acerca da realidade familiar.

Assim, optou-se por uma pesquisa de caráter qualitativa, que de acordo com Gil (2006) é o método mais indicado, pois nos permite um contato direto e maior com o sujeito pesquisado onde conseguimos apreender toda uma realidade relatada por este sujeito; sua fala, seus valores, crenças e atitudes. E ainda nos apropriamos dos escritos de Minayo (2003):

A pesquisa qualitativa, no entanto, trata-se de uma atividade da ciência, que visa a construção da realidade, mas que se preocupa com as ciências sociais em um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com o universo de crenças, valores, significados e outros construtos profundos das relações que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 2003, p.18)

Assim, para que esta pesquisa pudesse ser concluída, o itinerário metodológico que adotamos para o seu desenvolvimento foi centrado em Entrevista Individual e Estudo dos Relatórios das Reuniões: Falando Sobre Família.

**Entrevista Individual:** Esta foi utilizada como instrumento de coleta de dados pessoais como idade do paciente, ocupação, quantas internações possui, dentre outras e que combinou perguntas abertas e fechadas. Todos os pacientes que participaram das reuniões foram entrevistados. As entrevistas foram realizadas em horários que não interrompesse outra atividade já destinada a eles dentro do tratamento. O objetivo daquela foi o de clarificar a necessidade do dependente químico falar sobre a família e sua dinâmica de funcionamento, ou seja, conhecer as demandas acerca das relações familiares a partir da visão do paciente.

Adotou-se como critério realizar essa entrevista com os pacientes (totalizando 35 destes) quando já estivessem passado pelo processo de desintoxicação<sup>9</sup> decorrente do uso abusivo de álcool/droga, ou seja, após decorridos 15 dias da internação. Este tempo para desintoxicação deve-se ao fato de que quando o paciente começa no tratamento ele normalmente está intoxicado pela substância psicoativa ao qual faz uso. Desta forma, a desintoxicação com o uso de medicamentos auxilia na eliminação dos sintomas agudos da abstinência onde, segundo Laranjeira (2007) levam cerca de 3 a 10 dias para começar a surgir efeito dependendo do tipo de droga e padrão de consumo do paciente. De acordo com o autor são estes os sintomas da abstinência: tremores (nos alcoolistas é chamado de *Delirium Tremens*, onde que, acompanhado destes tremores o alcoolista também

---

<sup>9</sup> Desintoxicação é definida como o processo de afastamento seguro e eficaz de um indivíduo do consumo de substâncias psicoativas. Muito frequentemente, quando um indivíduo depende de uma substância psicoativa (álcool, nicotina, cocaína/crack, maconha, benzodiazepínicos, opioides, etc) cessa o consumo imediato ou mesmo reduz drasticamente o uso das substâncias manifesta os chamados sintomas de síndrome de abstinência, os quais são relativamente específicos para cada tipo de substância utilizada. A desintoxicação pode acontecer tanto em regime de internação quanto durante o tratamento ambulatorial, dependendo da gravidade dos sintomas, da existência de outras doenças, do suporte familiar e do grau de exposição social. (Fonte: [http://www2uol.com.br/vyaestelar/desintoxicacao\\_ambulatorial.htm](http://www2uol.com.br/vyaestelar/desintoxicacao_ambulatorial.htm)) Acesso em: 02 maio 2011

pode apresentar alucinações visuais), sonolência, falta de coordenação motora, mente confusa, problema de memória, stress, alteração no sono, entre outros. Sendo assim percebemos que:

(...) o momento da entrevista é um espaço que o usuário pode exprimir suas idéias, vontades, necessidades, ou seja, que ele possa **ser ouvido** (em tempo: ser ouvido não é concordar com tudo o que usuário diz). Estabelecer essa relação é fundamental, pois se o usuário não é respeitado nesse direito básico, não apenas estaremos desrespeitando-o, como prejudicando o próprio processo de construção de um conhecimento sólido sobre a realidade social que ele está trazendo, comprometendo toda a intervenção. (SOUSA, 2008, p. 09)

Por isso, a entrevista, como parte constituinte da pesquisa é elemento fundamental neste processo, pois ao assistente social lhe é dada possibilidade de articular com o entrevistado seus conhecimentos teórico-metodológicos a fim de chegar ao objetivo da atividade.

**Estudo Documental – Relatórios das Reuniões: Falando Sobre Família:** Foram estudadas as memórias dos quatro encontros com o Grupo, sendo priorizado o registro das falas dos pacientes, onde os mesmos externam acerca de suas vivências ou expectativas familiares.

A fim de garantir a fidelidade aos sentimentos, anseios, necessidades e expectativas, os relatos dos pacientes foram escritos na integra, salvaguardando as identidades com nomes fictícios<sup>10</sup>.

Este estudo foi sistematizado a partir dos relatórios das reuniões e pode ser visto como potencializador do trabalho do Assistente Social e como futuro instrumento de consulta, passível de ser aprimorado, a fim de se chegar ao objetivo proposto.

De acordo com Sarmiento (2005) a informação como instrumento de trabalho do assistente social pode ser utilizada de três diferentes maneiras sendo a escrita, a verbal e a áudio visual. Segundo o autor:

---

<sup>10</sup> Segundo o Código de Ética do Assistente Social e de acordo com o Capítulo V – Do Sigilo Profissional: Art. 15º - Constitui direito do assistente social manter o sigilo profissional. Art. 16º - O sigilo protegerá o usuário em tudo aquilo que o assistente social tome conhecimento, como decorrência do exercício da atividade profissional. Art. 17º - É vedado ao assistente social revelar sigilo profissional. Art. 18º - A quebra de sigilo só é admissível, quando se tratarem de situações cuja gravidade possa, envolvendo ou não fato delituoso, trazer prejuízo aos interesses do usuário, de terceiros e da coletividade.

Escrita: quando da elaboração de relatos, relatórios, documentos, diários de campo, etc. (...) Quanto ao relatório, é um nível mais requintado de elaboração, com dados precisos e preparado para sua apresentação. É neste que se registra a produção científica, elaborando todo o processo de trabalho que foi desenvolvido em um determinado período. (SARMENTO 2005, p. 30).

Ou seja, informar através dos relatórios não é apenas descrever os fatos e dados, mas interpretá-los a partir de conhecimentos específicos correspondentes iluminando o uso da técnica com sua intencionalidade. Sistematizar as informações é potencializar o trabalho do Assistente Social no sentido de facilitar e fortalecer ações propostas.

Neste sentido, a preocupação com a sistematização se inicia com a própria delimitação dos referenciais que orientarão a eleição dos aportes teóricos, da condução metodológica, da definição das estratégias de ação, do reconhecimento do objeto da intervenção profissional, assim como de seus objetivos e da avaliação dos resultados alcançados. (ALMEIDA, 1997, p. 03)

Por isso, antes da confecção do relatório, é relevante que o Assistente Social faça um registro imediatamente à atividade realizada com o paciente. Os relatórios do Serviço Social servem para evitar esquecimentos de dados que, a princípio irrelevantes, auxiliam posteriormente na supervisão e na avaliação do processo desenvolvido junto ao paciente.

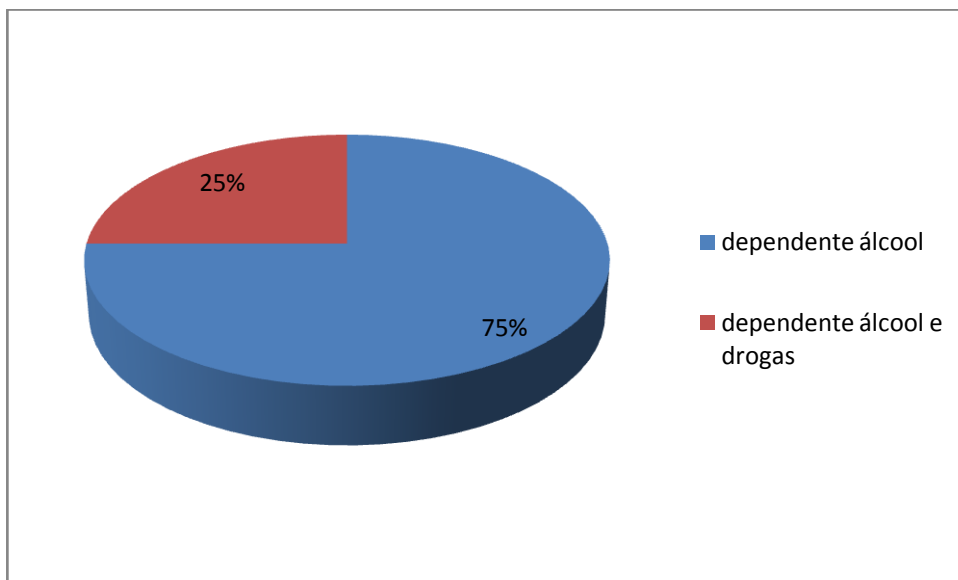
Assim, a materialização da prática do profissional pode ser condicionada às vezes pela instituição ao qual está vinculado, mas não deve fugir de sua essência como forma de refletir teoricamente sobre a dimensão da experiência.

### 3.2 A VEZ E A VOZ: Apresentando sujeitos

A dependência química é uma doença que atinge cerca de 10% da população mundial. No Brasil a maior incidência está relacionada ao consumo do álcool (atingindo 10% da população adulta) seguidos de 25% desta mesma população que possuem dependência ao tabaco (PAULA, 2001). Não está relacionada com raça, cor, condição social, credo ou religião. As motivações ou justificativas para o

consumo das diferentes substâncias psicoativas são as mais variadas, como já apontadas na seção 1.

De acordo com alguns autores, muitos dos usuários que hoje consomem as drogas ilícitas, começaram o uso destas através do consumo de álcool. Pires (2001) refere que na fase de iniciação ao consumo do álcool geralmente costuma haver uma bebida de preferência, e depois de instalada a dependência, o alcoolista começa a beber bebidas mais fortes podendo chegar ao consumo de perfumes, desodorantes, álcool etílico e às vezes passando a ser associada ao uso de outras drogas como a cocaína, o crack, e outras. O uso de drogas centrado no uso de álcool foi confirmado entre os entrevistados neste trabalho conforme elencado no gráfico:



**Gráfico 1: Tipo de Substância Psicoativa**

Fonte: Entrevistas

Elaboração: Késsia Ersching, Florianópolis/SC, 2011

De acordo com o gráfico 1 a dependência do álcool representa 75% das internações na Instituição e a dependência do álcool e outras drogas, também chamada de dependência cruzada, refletem 25% dos restantes das vagas. Segundo Neto (2011), o álcool é responsável por 90% das internações hospitalares por dependência química e aparece em 70% das autópsias das mortes violentas, principalmente entre os jovens.

Muitos são os motivos para que o álcool seja a droga mais consumida no Brasil: o álcool é um produto derivado da fermentação do açúcar e assim, facilmente

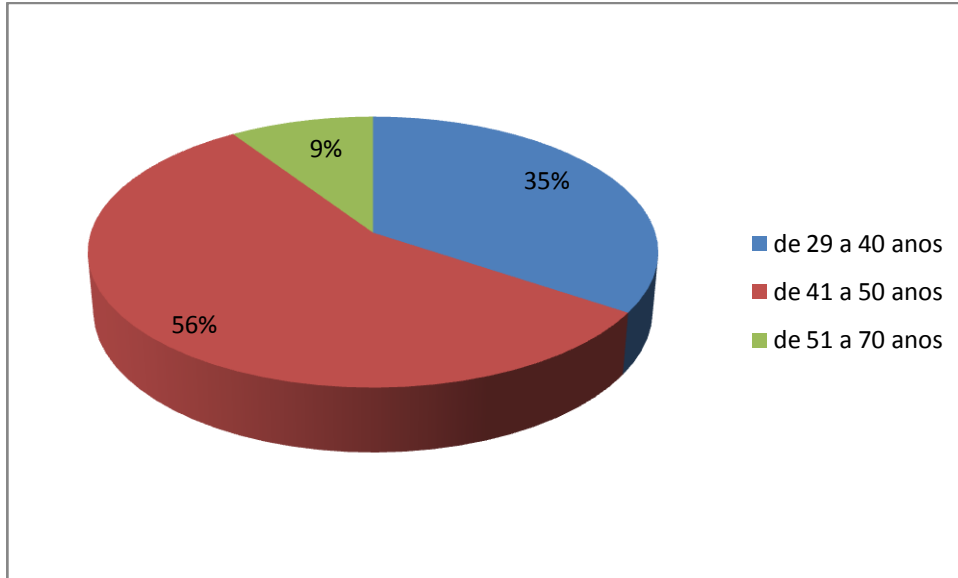
obtido em qualquer região do país; apresenta baixo custo em função da grande disponibilidade; atua como fornecedor de energia e produz além do efeito depressor do Sistema Nervoso Central, ação euforizante. (MASUR, 1987). Percebe-se que o álcool enquanto substância psicoativa lícita e assim de fácil acesso, está presente nos diversos segmentos da sociedade podendo ou não, constituir porta de entrada para uso das demais substâncias psicoativas ilícitas. No geral as drogas legais precedem as ilegais e isto pode ser visto na fala de Tiago (29 anos): *“Comecei a usar álcool com 12 anos de idade, e com 18 experimentei e me viquei em outras drogas, principalmente a cocaína”*.

Da mesma forma que Tiago, os 25% dos pacientes entrevistados que apresentaram ser dependentes de álcool e droga relataram que foi a partir do uso do álcool que conheceram outras drogas. Destes, 5 encontravam-se na mesma faixa etária que Tiago e o restante entre 30 e 40 anos.

De acordo com documentação do Serviço Social da Dependência Química do Instituto São José, a dependência ao álcool sempre constituiu a grande maioria das internações sendo estas, de pacientes a partir dos 18 anos de idade. Seguindo do uso de álcool encontramos a cocaína e o crack constituindo a segunda maior procura por internações na Unidade Jellinek.

A partir das entrevistas percebeu-se que os dependentes químicos com idades entre 41 e 50 anos constituem a maioria dos pacientes em tratamento na Instituição no período da pesquisa:





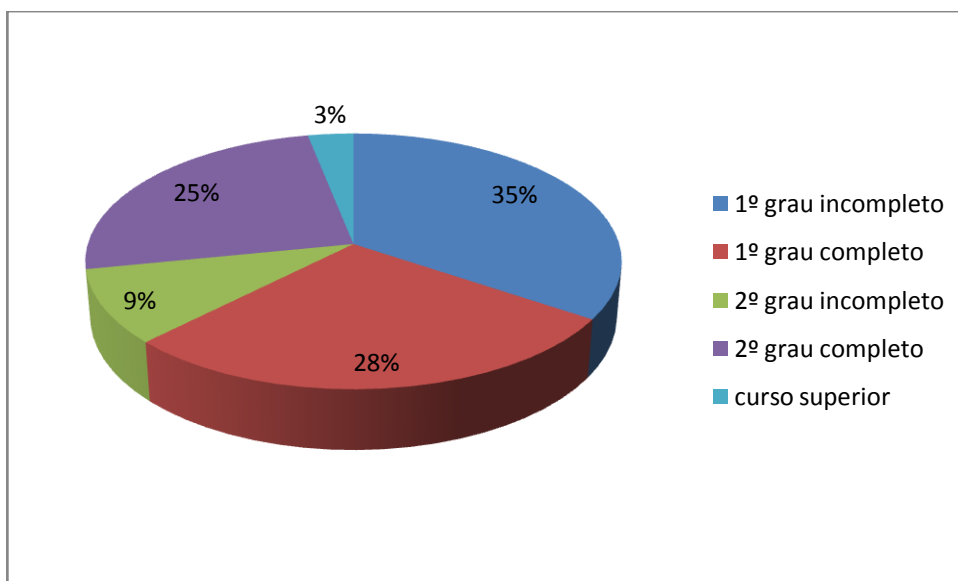
**Gráfico 2: Idade dos Pacientes.**

Fonte: Entrevista.

Elaboração: Késsia Ersching, Florianópolis/SC, 2011.

O gráfico pontua que a grande maioria das vagas ocupadas no período da pesquisa, ou seja, 56% delas são ocupadas por pacientes na faixa etária de idade entre 41 e 50 anos. Os pacientes com idade entre 29 a 40 anos constituem o segundo maior grupo, ou seja, 35% dos pacientes que se encontram em tratamento, e por fim, aqueles entre 51 a 70 anos constituem 9% das vagas ocupadas.

A baixa escolaridade também é elemento que compõe o perfil dos entrevistados:



**Gráfico 3: Escolaridade.**

Fonte: Entrevista.

Elaboração: Késsia Ersching, Florianópolis/SC, 2011.

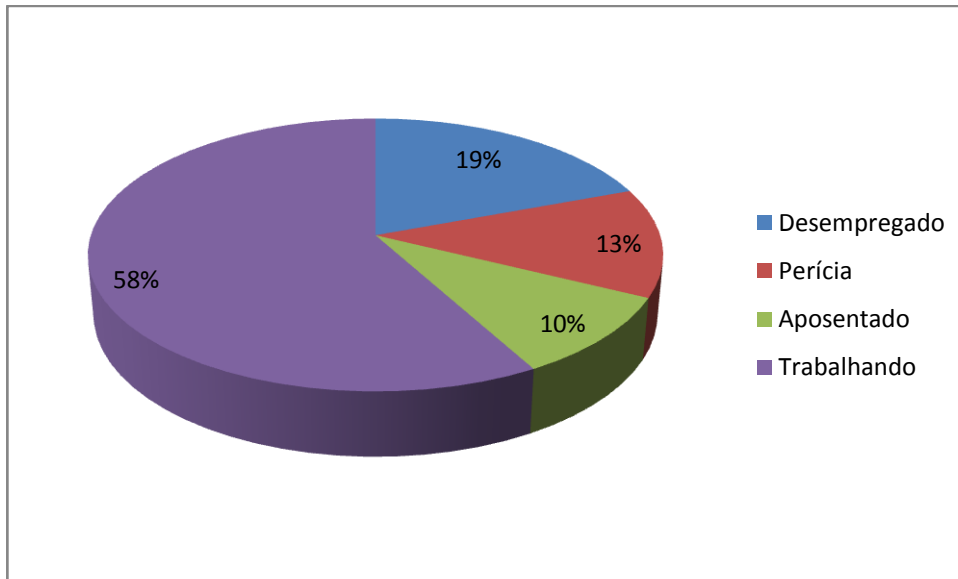
Percebe-se que 35% dos pacientes não completaram o 1º grau seguidos daqueles que conseguiram completar, ou seja, 28%. Já para aqueles que tiveram a oportunidade ou que conseguiram entrar para o segundo grau, ocorre o contrário. Destes, a maioria, ou seja 25%, apresenta o segundo grau completo seguidos de 9% que não conseguiram terminá-lo. Apenas 3% dos pacientes entrevistados apresentaram curso superior e 1% foi alfabetizado através do MOBRAL (Movimento Brasileiro de Alfabetização)<sup>11</sup>. A fala de um dos entrevistados evidencia a baixa escolaridade: *“Olha, eu até posso assinar este termo de compromisso, mas como fiz Mobral, eu lembro apenas de assinar, só sei mesmo escrever meu nome”*. (Roberto, 54 anos).

Com esse dado, observa-se que essas pessoas, ao iniciarem o tratamento, encontravam-se excluídas não só de empregos, mas também dos bancos escolares. Embora o grau de escolaridade não seja tão inferior, não possuem profissões definidas e deixaram os estudos há muitos anos, provavelmente influenciados pelas consequências do uso de drogas e álcool.

Fazendo uma relação com a faixa etária dos entrevistados, o grau de escolaridade e ocupação no mercado de trabalho, pode-se perceber que 56% das vagas são ocupadas por pacientes na faixa etária de idade entre 41 e 50 anos, 35% por pacientes com idade entre 29 a 40 anos, além de 9% com idade entre 51 e 70 anos, onde contata-se que a maioria encontra-se em faixa etária apta ao trabalho.

---

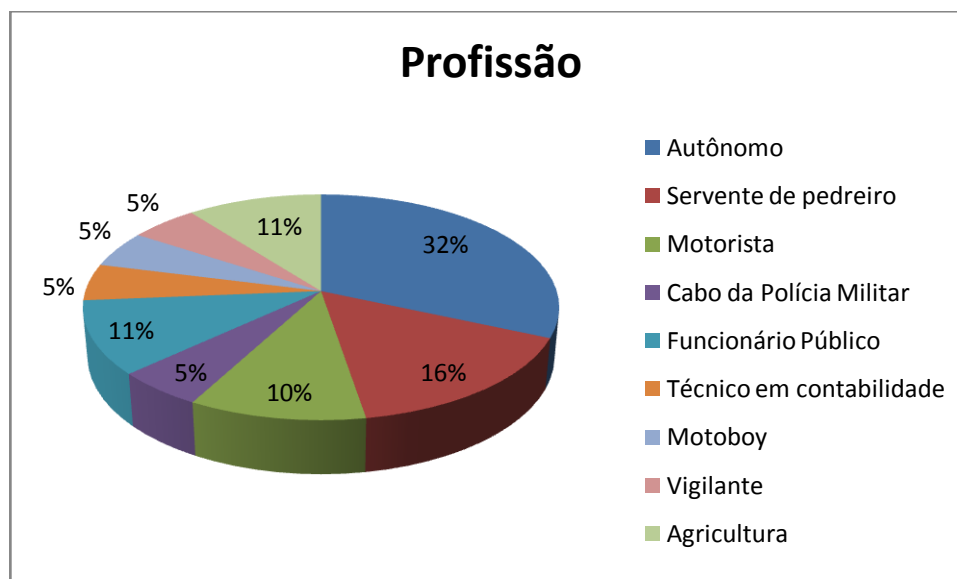
<sup>11</sup>Este movimento tinha como principal objetivo alfabetizar grandes parcelas de jovens e adultos de todo o país, porém, não tinha como objetivo incentivar a educação continuada. Ou seja, para os idealizadores do programa, ao aluno matriculado “basta aprender a ler, escrever e contar e estará apto a melhorar de vida” (VITÓRIA, 1993).



**Gráfico 4: Ocupação.**

Fonte: Entrevista.

Elaboração: Késsia Ersching, Florianópolis/SC, 2011.



**Gráfico 5: Profissão.**

Fonte: Entrevista.

Elaboração: Késsia Ersching, Florianópolis/SC, 2011.

Os gráficos acima (4 e 5), revelam que dentre os 35 pacientes entrevistados, a grande maioria, ou seja, 58% destes estavam trabalhando até o momento da internação. Vigilante, servente de pedreiro, motorista, Cabo da Polícia militar, funcionário público, trabalho relacionado à agricultura, técnico em contabilidade,

motoboy e trabalho autônomo caracterizam a atividade que exerciam. Dentre aqueles pacientes que tinham como atividade o trabalho autônomo, destacamos: eletricitista, pintor e os chamados bicos relacionados às atividades de servente de pedreiro quando surge alguma obra, eletricitista, pintor, jardineiro e marcenaria. Percebemos que a grande maioria dos trabalhadores não apresentavam vínculo empregatício, o que provavelmente está relacionado ao consumo das substâncias psicoativas e as diversas recaídas em sua recuperação.

Segundo Antunes (2002), o trabalhador da informalidade está automaticamente destituído de direitos como a seguridade social, pois estes estão ligados a formalidade do trabalho. Muitos outros pacientes recolhiam seu INSS como autônomo. Seguidos dos pacientes que estavam trabalhando verificamos que 19% do restante encontrava-se desempregado. Os pacientes que estavam na perícia caracterizavam 13%, finalizando com 10% dos pacientes na aposentadoria.

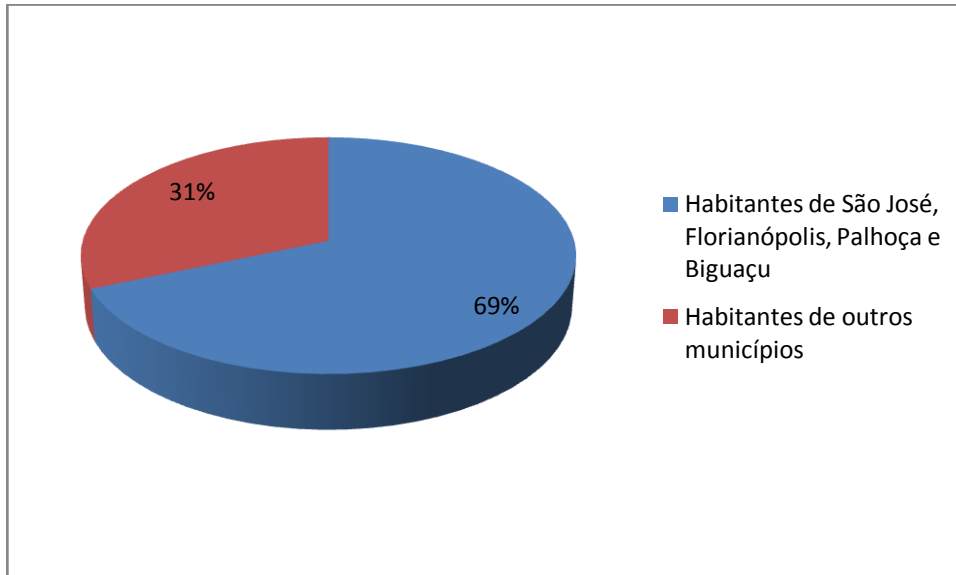
De acordo com Aliane, Lourenço e Rounzane (2006), através da realização de um estudo brasileiro realizado com dependentes e não dependentes de álcool para comparar suas habilidades sociais constatou-se que o uso e abuso de substâncias psicoativas comprometem as habilidades sociais dos indivíduos que as consomem privando-os também de desenvolvê-las. As habilidades sociais destes sujeitos pesquisados mostraram-se déficits significativos abaixo da média quando comparados à média populacional. Ou seja, o uso ou abuso de álcool e outras drogas, acarreta em inúmeras perdas ao dependente que vão desde a incapacidade para o trabalho e o desemprego, ao desestímulo ao estudo e a perda da família.

Embora o grau de escolaridade não seja tão baixo, muitos dos pacientes relataram que não possuem profissões definidas, pois muitos afirmam estarem naquele momento desempenhando tal atividade porque era a oportunidade atual.

Alguns relatos chamaram a atenção: a grande maioria dos pacientes que estavam trabalhando até o momento da internação refere que o chefe, ou amigo do trabalho, foram grandes incentivadores do tratamento e que, a partir do momento que receberem a alta médica, os aguardam para retorno ao antigo trabalho.

Estas atitudes por parte de amigos, chefes, e familiares são relevantes para o processo de recuperação do paciente, para a sua autoestima, no incentivo à realização e interesse pelo tratamento, e até mesmo para que tenham alguma atividade diária que não a ociosidade.

Outro ponto importante levantado no estudo refere-se ao local de origem dos pacientes:



**Gráfico 6: Município de origem.**

Fonte: Entrevista.

Elaboração: Késsia Ersching, Florianópolis/SC, 2011.

Dos 35 pacientes entrevistados, 11 moravam em municípios distantes de São José, ou seja, eram provenientes de Jaraguá do Sul, Saleté, Laguna e Tubarão e, muitos deste, chegam à internação encaminhados pelos CAPS e Secretarias de Saúde do município.

Estes municípios não contam com Instituições que realizem tratamento a nível de internação; muitos apresentam apenas tratamentos ambulatoriais, o que muitas vezes não abarca toda a necessidade física e psicológica que o dependente químico necessita. Por isso a internação é indicada em muitos casos: quando o usuário apresenta-se frequentemente intoxicado e com grau de dependência grave ao álcool e outras drogas ou quando sua dependência põe em risco a sua integridade física. Assim, ele precisa ser encaminhado para outro ambiente mais seguro para si e para aqueles que o atendem.

Porém é imprescindível que após o período da internação o dependente químico realize acompanhamentos constantes para manutenção e recuperação de sua doença. Ou realizando consultas nos CAPS e participando das diversas atividades que a Instituição oferece, frequentando grupos de mútua ajuda, inserção no mercado de trabalho, entre outras alternativas.

Neste sentido a Declaração de Caracas de 1990 é um marco na luta pelos direitos humanos e sociais dos usuários dos serviços de Saúde Mental, pois nela estão descritas:

1. Que a reestruturação da atenção psiquiátrica ligada a Atenção Primária de Saúde e nos marcos dos Sistemas Locais de Saúde permite a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e nas suas redes sociais;
2. Que a reestruturação da atenção psiquiátrica na região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;
3. Que os recursos, cuidado e tratamento devem: salvaguardar invariavelmente a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; propiciar a permanência do paciente em seu meio comunitário;
4. Que as legislações dos países devem se ajustar de maneira que: Assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes mentais; Promovam a organização de serviços que garantam seu cumprimento;
5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e psiquiátrica deve ser realizada apontando para um modelo cujo eixo passe pelo serviço de Saúde comunitário e propicie a internação psiquiátrica em hospitais gerais, de acordo com os princípios diretores que fundamentam esta reestruturação. (CFESS MANIFESTA, 2011, p. 01).

No 40º Encontro Nacional CFESS-CRESS<sup>12</sup> de 2011 os Assistentes Sociais se posicionaram sobre a Política de Saúde Mental e sobre a efetivação da Reforma Psiquiátrica. Dentre as deliberações estão incluídas: maior investimento nos serviços de saúde mental de encontro a não privatização dos serviços; incentivo aos Assistentes Sociais na maior participação nos espaços de debate referentes à Saúde Mental principalmente entre as instâncias que deliberam para efetivação dos CAPS, possibilitando que mais usuários possam acessar esses serviços; defesa da Política de Redução de Dano e fortalecimento dos movimentos sociais buscando nestes o protagonismo dos usuários dos serviços de Saúde mental e seus familiares.

Como parte do processo de recuperação e de encontro a atual Política de Saúde Mental, o dependente químico deve receber atenção não somente referente aos programas vinculados a sua doença, mas sim, de todos os serviços prestados no âmbito das Políticas Públicas. Isto inclui práticas que assegurem também o atendimento às famílias dos dependentes químicos, pois elas adoecem juntamente àqueles.

---

<sup>12</sup> Os Encontros Nacionais são Instâncias máximas de deliberações do conjunto CEFESS/CRESS.

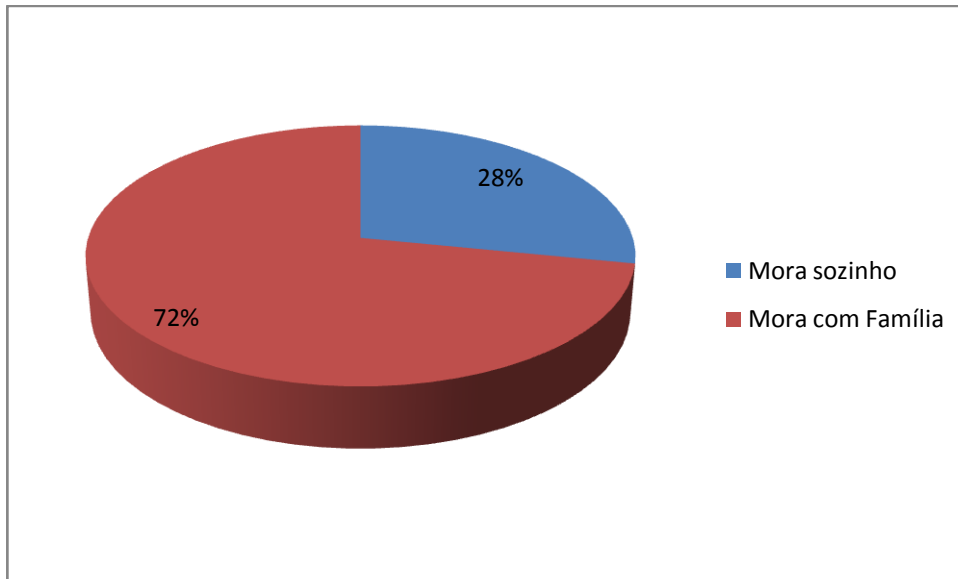
Relevante destacar que a família, enquanto Instituição de retorno para a maioria dos dependentes químicos internados deva possuir espaço de atenção e cuidados para além dos muros dos Hospitais psiquiátricos. A família adocece juntamente a seu dependente químico, e precisa de apoio para entender a esta doença e para poder se tratar de todas as consequências causadas pelo seu familiar usuário de álcool ou outras drogas.

Assim, é necessário que as políticas públicas estejam articuladas e que abarquem as diversas demandas, ou seja, que possam atender o dependente químico na sua totalidade, família e sociedade, para que assim, todos envolvidos na recuperação do dependente químico contribuam neste processo.

### 3.3 A VEZ E A VOZ: O DEPENDENTE QUÍMICO FALANDO SOBRE FAMÍLIA

Todo o tipo de tratamento para a dependência química seja ambulatorial, ou a nível hospitalar, destacam a participação da família como instituição de suporte e apoio principalmente no pós alta do dependente químico. Fliglie (2004) assinala que é relevante a família participar do tratamento como também receber informações sobre a doença da dependência química e formas de lidar com a mesma no convívio diário com seu dependente. Isto porque normalmente o dependente químico retorna ao mesmo ambiente familiar, e este, deve ter conhecimento de como poder auxiliar no processo de recuperação começando com mudanças de suas próprias atitudes e condutas.

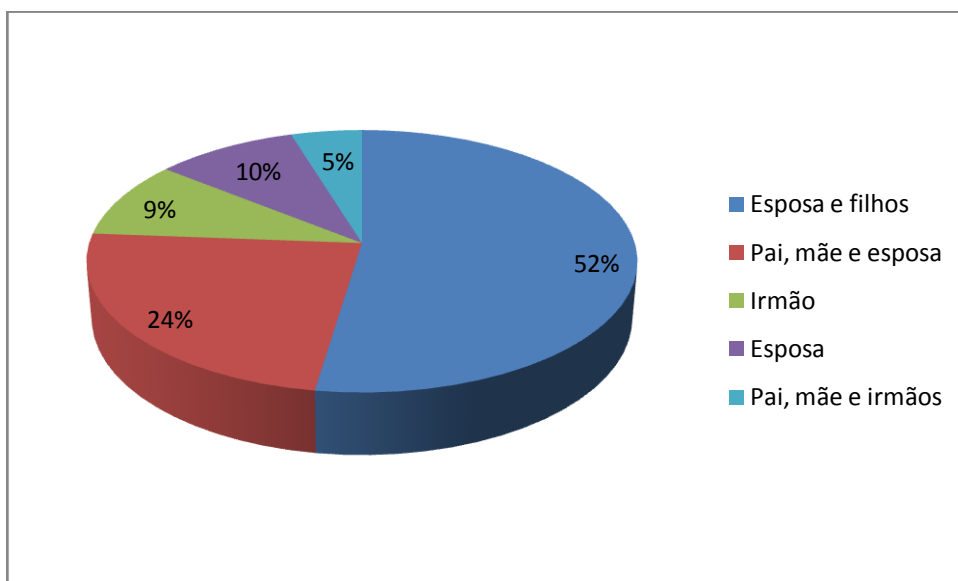
Pode-se perceber no gráfico seguinte que de encontro à autora, a maioria dos pacientes retorna para as famílias quando termina o tratamento, independente do arranjo familiar:



**Gráfico 7: Como moram os pacientes.**

Fonte: Entrevista.

Elaboração: Késsia Ersching, Florianópolis/SC, 2011.



**Gráfico 8: Arranjo Familiar.**

Fonte: Entrevista.

Elaboração: Késsia Ersching, Florianópolis/SC, 2011.

Assim, dos 72% que apresentam convívio diário com sua família observa-se no gráfico 8 que 52% convivem com a esposa e filhos, 24% convivem com o pai, a mãe e esposa; 10% apenas com a esposa; 9% com o irmão ou irmã e por último observamos 5% que moram com o pai, a mãe e irmãos.



Ou seja, mais da metade dos pacientes constituem o que chamamos de família nuclear (pai, mãe e filhos). De acordo com Mioto (1997) embora se registre diminuição neste tipo de arranjo familiar, a nuclear, ainda predomina no cenário brasileiro. Já as famílias recompostas, fruto das separações e divórcios vem aumentando nos últimos anos.

Szymanski (2002) chama a atenção para o fato de que a estrutura familiar não determina como os membros cuidam uns dos outros, pois podemos encontrar dois arranjos familiares iguais e apresentarem modos de relacionamento completamente diferentes. Assim percebe-se que família nuclear, monoparental, recomposta, dentre outros arranjos, apresentam em sua classe social de pertencimento, cultura e organização enquanto instituição, fatores determinantes no seu modo de cuidados.

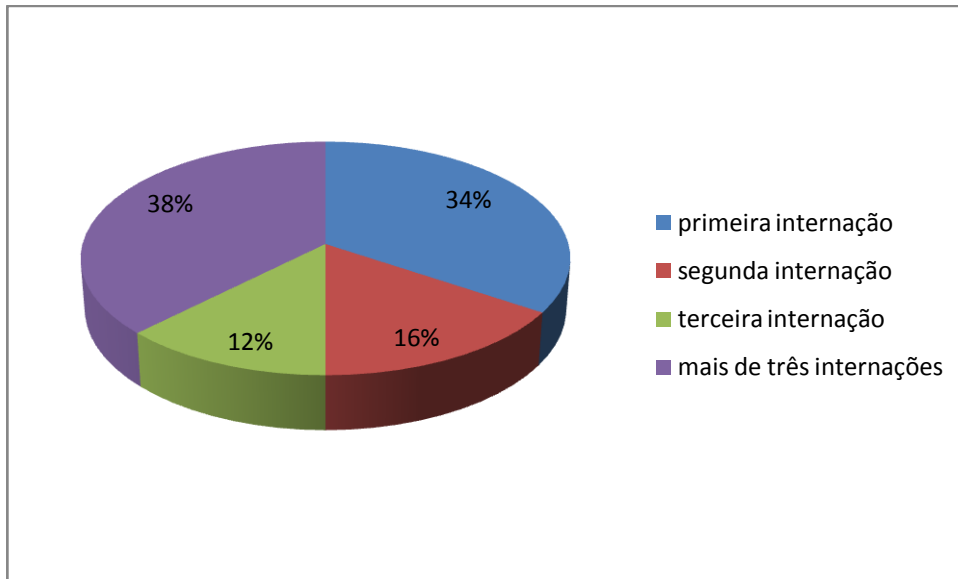
Classe social, portanto, é um dos elementos definidores dos modos de relacionamento interpessoal, por seus membros carregarem culturas próprias, por compartilharem uma história, pelas experiências vividas, pelas oportunidades educacionais que receberam e pelas condições de vida que experimentaram. (SZYMANSKI, p. 17).

Levando em consideração as mudanças ocorridas na atualidade em relação aos arranjos familiares, vê-se que as famílias menores, são mais vulneráveis às situações de desemprego, morte e doenças, incluindo a dependência química.

Assim, mesmo que a família não esteja acompanhando o tratamento do paciente dentro da Instituição por meio da participação das Reuniões de Família, da realização de visitas e do suporte referente ao fornecimento objetos de uso pessoal, ela o recebe novamente como membro, justamente pelo fato de compartilharem histórias e experiências de vida.

Neste sentido a maioria dos entrevistados relatou que a família participa de todo o programa que a Instituição oferece, porém muitas vezes nem todos os membros da família consegue acompanhar juntos este programa, então, em determinados dias, a mãe e a esposa assistem a Reunião de Família, no outro o pai e os filhos comparecem nas visitas e outros processos institucionais.

Contatou-se que a maioria dos entrevistados reincidiu no processo de internação institucional:



**Gráfico 9: Número de Internações.**

Fonte: Entrevista.

Elaboração: Késsia Ersching, Florianópolis/SC, 2011.

Conforme o gráfico 9 que 38% dos pacientes apresentaram mais de três internações (chegando a apresentarem até 10 internações). Nestas, incluímos reinternações no próprio Instituto São José como também em outras instituições que oferecem este tipo de tratamento ou tratamento similar para a Dependência Química. Realizando pela primeira vez o tratamento temos 34% dos entrevistados seguidos dos 16% que se encontram na segunda internação, e por fim, 12% dos internos estão pela terceira vez passando pelo processo da recuperação.

Percebe-se que aqueles pacientes que reiternaram na instituição mais de 3 vezes conseguem perceber e entender de certo modo a sua doença, porém, relatam que a recuperação é muito difícil. Um dos entrevistados, Danton (29 anos), e que estava realizando pela primeira vez o tratamento relatou que:

Na primeira vez que contei à minha família que estava usando drogas, cocaína,... eu contei porque não aguentava mais, contei porque estava precisando de ajuda mesmo. Só que minha família se afastou de mim, não sei por que, meu pai principalmente foi o que se afastou. Agora depois de um ano que pedi ajuda novamente, na verdade me encontraram dentro do box do banheiro de minha casa completamente “chapado” da cocaína, e resolveram, com meu consentimento e desespero me internar.

Já Antônio (42 anos), que estava em sua décima internação refere que:

Os últimos dois anos foi onde se concentrou o meu maior número de internações. Dentro deste período já realizei seis tratamentos e sempre fico apreensivo quando tenho alta médica aqui do hospital. Não consigo mais ficar limpo, pois me separei da minha mulher há dois anos e a partir daí minha recuperação está sendo bem difícil.

O processo da recuperação envolve a disciplina do querer a mudança; mudança no comportamento, de hábitos, lugares e pessoas da ativa. (Alcoólicos Anônimos). Durante as reuniões uns dos assuntos pertinentes trazidos pelos próprios pacientes eram sobre a abstinência e formas de mantê-la. O período do tratamento para álcool e drogas no Instituto São José é apenas um começo de todo um processo de recuperação que deve ter continuidade a partir do término da internação. Alguns pacientes trouxeram ao grande grupo que frequentar as reuniões dos grupos de A.A (Alcoólicos Anônimos) e/ou N.A (Narcóticos Anônimos) são imprescindíveis na manutenção da abstinência das substâncias ao qual faziam uso. Evitar antigos hábitos de ativa como lugares e amizades ligadas ao consumo das substâncias caracterizam formas de prevenção, como relatou Lima (41 anos):

Não adianta, eu, por exemplo, já estou na minha oitava internação e eu sei bem como é. Se a gente sai daqui e não vai aos grupos, ou vai durante alguns meses e depois abandona, ou não abandona os antigos hábitos e lugares como diz o A.A, pode ter certeza que uma hora a recaída acontece.

Ou seja, a prevenção constitui elemento fundamental no processo de recuperação da dependência química, pois a luta contra o vício costuma ser marcada por recaídas e fracassos, e a dependência sendo constatada como doença, como distúrbio cerebral, independe da personalidade ou da força de caráter da pessoa para manter-se abstinente.

Esta luta contra o vício refere Neto (2011), e a tentativa de levar para tratamento uma pessoa dependente de drogas pode se tornar uma tarefa que envolve grande parte da vida de seus familiares, principalmente pelas inúmeras recaídas, como é o caso dos alcoolistas. Muitas são as famílias que se tornam codependentes, ou seja, suportam todo tipo de problema advindo do uso da substância psicoativa da pessoa com quem se relaciona. Sendo também reconhecida como doença, a codependência é passível de ser tratada através de

acompanhamento médico e grupos de mútua ajuda como os grupos de Al-Anon e Nar-Anon. As famílias geralmente adoecem junto de seus dependentes químicos negando, projetando, controlando, protegendo, minimizando, afastando-se, sentindo vergonha e com comportamentos codependentes. Este adoecimento da família é percebido por muitos dos pacientes em tratamento na Instituição e foi trazido por alguns deles durante as reuniões:

Eu percebo que minha família adoeceu principalmente minha esposa, pois ela está hoje com depressão, tomando um monte de remédio pra dormir, anda muito nervosa e ansiosa. Quando eu estava na ativa ela me ligava toda hora querendo saber onde eu estava, com quem e fazendo o que. Ela ficava todo o dia me cuidando. (Fábio, 30 anos)

Minha esposa também adoeceu. Passou a tomar antidepressivos e eu sei que tudo isso é minha culpa, eu que causei. Ainda tenho com quem contar além dela que é o meu pai. E minha mãe... tenho muitas saudades dela, faz anos que eu não vejo ela e nem onde ela mora. (Marcos, 29 anos)

Agora que estou na terceira internação que consigo perceber o quanto minha família adoeceu. O meu pai já se cansou de mim, mas minha mãe procurou grupos de Al-Anon para também se tratar, para entender minha doença. Ela também participa aqui das reuniões de Família, e eu acho que vocês que estão aqui no tratamento comigo deveriam fazer o mesmo... chamar a família... porque depois não adiante mais reclamar quando a família desistir da gente. Outra coisa que eu percebo é que minha esposa e minha mãe estão combinando horários para que nenhuma delas me deixe em casa sozinho depois que eu tiver alta... elas estão combinando horários para que alguma delas fique em casa comigo. (Altamiro, 45 anos)

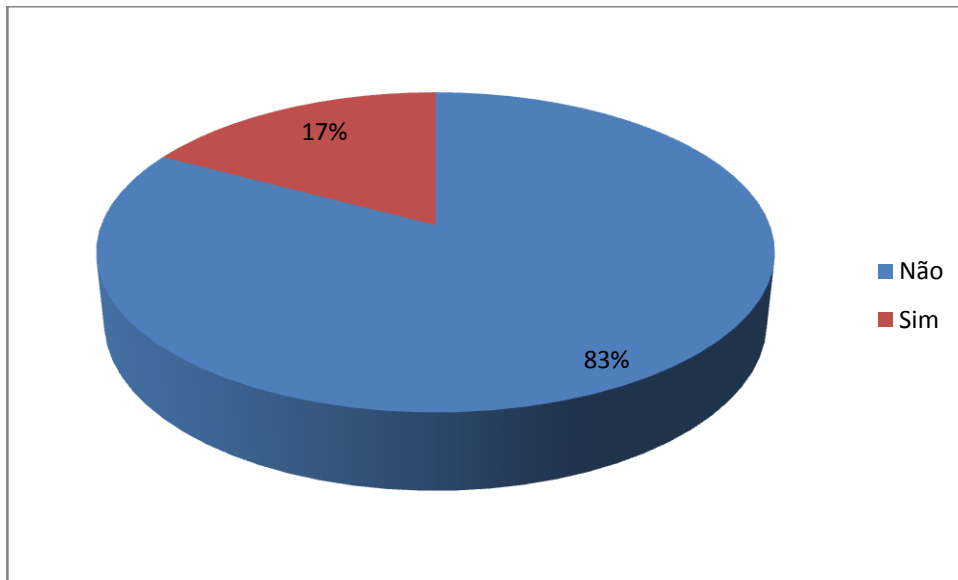
Eu percebi o afastamento da minha família. Meu pai e minha mãe não tem mais contato comigo faz anos. Eles realmente não querem mais saber de mim, acho que estão cansados. Minha filha que eu tive com minha primeira esposa está com 12 anos e apenas minha atual companheira me ajuda. (Macedo, 41 anos).

Assim, de acordo com Subbrack, do momento em que se descobre a existência da doença entre um membro da família até a aceitação daquela para poder ajudá-lo podem se passar meses, ou até mesmo anos para perceberem que precisam mudar, ou seja, a família pode se acostumar a viver na codependência de seu dependente químico.

Muitas são as famílias que, mesmo inconscientes contribuem para o início e manutenção do uso do álcool e/drogas. O incentivo ao primeiro gole na “espuma da cerveja”, facilitando comportamentos que perpetuem por um de seus membros, o próprio modelo de comportamento dos pais em relação ao uso destas substâncias reduzindo a transmissão de normas e hábitos saudáveis, o início do uso e abuso de

drogas pode precipitar-se pelo rompimento familiar, perdas, estresse, dentre outros fatores que convergem ao uso.

Diante dos dados apresentados no gráfico que segue, os entrevistados apontam a influencia intra ou extra familiar para o uso de drogas:



**Gráfico 10: Contribuição da família no consumo da substância psicoativa.**

Fonte: Entrevista.

Elaboração: Késsia Ersching, Florianópolis/SC, 2011.

Contata-se que dos 17% dos pacientes acreditam que a família contribuiu de alguma forma para o seu consumo de álcool ou outras drogas e 83% dos pacientes acha que a família não contribuiu para o consumo. A maioria destes pacientes relatou que bebem ou usam outras drogas por opção própria ou por incentivo de amigos. Contudo, alguns entrevistados acreditam na contribuição da família ao consumo das substâncias psicoativas:

Meu padrasto me influenciou a beber desde cedo, desde meus 12 anos... então mais tarde comecei a trabalhar em um lugar que era muito frequentado pela alta sociedade de Florianópolis, aonde eu experimentei a cocaína e não parei mais com os dois. (Fábio, 43 anos).

O V Levantamento Domiciliar<sup>13</sup> sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, realizado em 2010 nas 27 capitais brasileiras, com estudantes do ensino

<sup>13</sup>Este levantamento é uma realização da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), órgão do governo federal responsável por coordenar a implementação da Política Nacional sobre Drogas (PNAD), e da

fundamental, indicou que o primeiro uso de álcool se deu por volta dos 12 anos de idade e iniciou-se no ambiente familiar.

Estudos apontam que o uso das diversas substâncias psicoativas tenha parcela de contribuição genética. Neto (2011) refere que 60% da vulnerabilidade de uma pessoa à dependência química esteja associada a fatores genéticos, o restante seria associado a fatores ambientais. Segundo Laranjeira (2010), o ambiente familiar pode estimular o consumo como também servir de componente influenciador das escolhas pessoais.

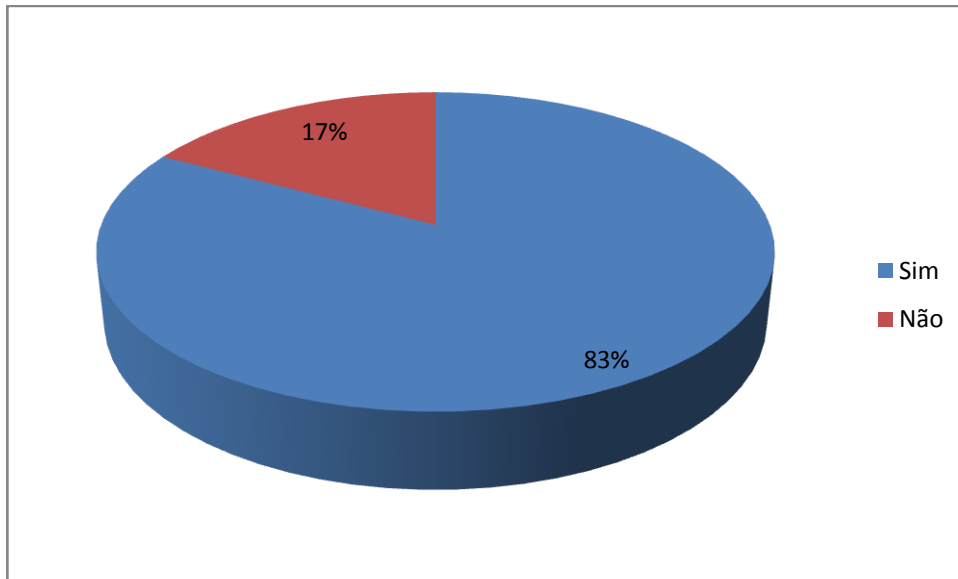
Outros entrevistados também entendem que a família contribuiu para o uso de drogas:

Meu pai também era alcoólatra e já me incentivou na bebida quando eu tinha só 10 anos. Meu pai e meu irmão mais velho morreram por causa do álcool. (Paulo, 41 anos)

Esta já é minha quarta internação, e acho que esta minha última recaída tem a ver com meu filho que é usuário de crack, está envolvido com uma turma da pesada, já foi pego com drogas e até preso ...parece que a história está se repetindo. (Osvaldo, 44 anos)

Eu acho que minha família, principalmente o meu pai, tem uma contribuição no meu uso de cocaína. Os meus pais durante minha adolescência sempre me chamavam de vagabundo...de que eu não queria fazer nada...não queria trabalhar...me chamavam de drogado.(Rodrigo, 29 anos)

Contribuindo ou não para o consumo das substâncias psicoativas, a relação do dependente químico com sua família muitas vezes é afetada; sendo possível identificar uma família com esta problemática: a negligência do dependente diante de suas responsabilidades, o desamparo aos filhos, crianças com problemas comportamentais, adolescentes revoltados e inseguros mesmo depois de adultos, as esposas marcadas pela dor, insegurança, desespero e incrédulas com a recuperação de seu familiar. Isso também foi externado pelos entrevistados e participantes das reuniões:



**Gráfico11: Dependência Química x Relacionamento Familiar.**

Fonte: Entrevista.

Elaboração: Késsia Ersching, Florianópolis/SC, 2011.

Vê-se que 17% dos pacientes em tratamento não acham que a sua doença afetou o relacionamento familiar. Porém, os outros 83% responderam que percebem no relacionamento familiar mudanças comportamentais por parte dos mesmos como por parte dos outros membros da família. A desconfiança, a insegurança, agressividade, a indiferença, aparecem em grande parte das falas dos entrevistados:

Antes desta internação eu estava bebendo mais ou menos 1 litro de cachaça por dia. Chegava em casa do trabalho já bêbado, não dava mais atenção aos meus filhos, não participava das atividades do colégio deles e também não dava tanta atenção para minha esposa...eu nem dormia mais com ela...eu dormia em outro quarto. (Emílio, 39 anos)

Eu que comecei a me distanciar da minha família. Bebia escondido, andava muito quieto, e quando minha mulher achava a bebida ela jogava fora e aí começavam as discussões. (Cleber, 46 anos)

Com certeza. Minha mulher começou a ficar ansiosa e sempre muito preocupada com o que eu fazia durante o dia, com quem eu estava, onde eu estava. Ela até estava tomando remédio para dormir e para depressão. (Robson, 31 anos)

*“Eu perdi minha esposa e meus irmãos se afastaram de mim” (Lúcio)*

É possível perceber que a família da maioria dos pacientes realmente é afetada pelo uso das substâncias psicoativas de seus dependentes, o que confirma a teoria de Figlie (2004). De acordo com a autora, no início a família sempre nega esta problemática em seu meio, porém, mais tarde, a situação fica insustentável e

inúmeras consequências emergem afetando o convívio familiar em todos os membros.

Para Ramos (2002), além de a doença da dependência química afetar todos os membros da família, é necessário o reconhecimento desta acerca da doença porque todos estão implicados no mesmo processo, e desta forma, para que o tratamento do dependente químico obtenha sucesso é relevante a conscientização de todo o grupo familiar e de seu papel na recuperação daquele.

Outro elemento fundante para participação da família no processo de recuperação é a busca de serviços para além do processo de internação que garantam a convivência familiar e comunitária como os CAPS, grupos de mutua ajuda Al-Anon e Nar-Anon, o incentivo a seu dependente químico na participação das reuniões de A.A e N.A, dentre outros.

Para muitas famílias torna-se difícil a locomoção até a Instituição para participar das Reuniões de Família e visitas, pois muitas dependem daqueles órgãos (Secretarias de Saúde), para poder participar.

Dos pacientes entrevistados que moram próximos à Instituição como Florianópolis, Biguaçu, Palhoça, Tijucas, dentre outros municípios, percebemos que a presença e participação da família no tratamento é mais ativa, porém não significa que sempre foi assim. Soma-se a isso o número de internações apresentados no gráfico nº 9.

Os pacientes internados pela primeira vez relatam que a família está participando bastante do tratamento. Elas assistem às Reuniões de Família e visitam seus dependentes sempre que possível nos horários pré-estabelecidos pela Instituição.

Aqueles pacientes que apresentam um número maior de internações, independente de ter sido realizada no Instituto São José, enfatizaram que a família aos poucos vai diminuindo sua participação. Elas ainda visitam os pacientes, porém, no geral são as mães que persistem na recuperação dos filhos.

Minha família ainda acompanha meu tratamento, mas meu pai...ele não quer mais saber, não aparece mais aqui. Minha mãe é a que mais vem, e ela começou a participar dos reuniões do Nar-Anon para entender minha doença. Minha esposa não vem porque trabalha muito...se bem que eu acho que ela poderia pegar um atestado...mas é importante que a família venha...porque depois, se vocês não convidarem suas famílias a participar do tratamento não adianta reclamar. (Sidnei, 47 anos)



Minha mãe e meu pai não participam muito porque são muito idosos. Eu estou em minha 9ª internação e nas primeiras não havia aqui o programa para as famílias. Porém, mesmo agora com o programa apenas minha irmã mais velha é que vem me visitar. (Reinaldo, 39 anos)

Conforme relatado, geralmente as famílias diminuem a participação no tratamento de seu dependente, pois, muitas vezes, por não terem ou não procurarem orientação e tratamento para si acabam por não conseguir ajudar seu familiar na luta contra a dependência química, ou seja, acabam repetindo os velhos hábitos de controle, repressão e cuidados no pós alta dos mesmos, ocasionando às vezes o retorno ao uso da substância psicoativa por seu dependente. Por isso, como refere Ramos (2002), a família também precisa de tratamento para aprender como lidar com a doença da dependência química.

A esposa e a família constroem muitas defesas que criam problemas quando o alcoolista fica sóbrio. Se o alcoolista para de beber, a esposa não mais briga pelo ato de beber, mas pelo receio dele voltar a beber, o que paradoxalmente incita o retorno à bebida. Se todo o sistema não é trabalhado, e se a família não aprende novos modelos de relacionamento de uns com os outros para substituir àqueles que foram desenvolvidos durante o alcoolismo, a mais leve tensão ocasionará o retorno do alcoolista ao consumo de álcool e os membros da família também regredirão. (RAMOS 2002, p. 65).

Ou seja, todo o grupo familiar precisa mudar e rever seu comportamento adotando um funcionamento mais adequado a esta nova realidade enfrentada pelo seu dependente químico em recuperação.

Entretanto, considerando estes aspectos já elencados, os pacientes em tratamento na Instituição acreditam ser a família importante em seu processo de recuperação. Para eles, é a família que os ampara nas recaídas e que os fazem procurar imediatamente a recuperação:

Se não fosse minha esposa, pode ter certeza que eu já estaria morto. Ela que sempre me ajuda...tadinha...se a família deixa o cara jogado ele não vai pra frente. (Romulo, 39 anos)

A minha família é muito importante na recuperação e em tudo na vida. Se não fosse a bebida poderíamos conseguir juntos ajudar nosso filho. Ele está começando já na maconha e agora eu sei que tudo que eu falar ele vai me jogar na cara que também tem um pai alcoólatra. Eu espero que esse seja meu último tratamento para que eu e minha esposa consiga ajudar ele e reverter essas coisas. (Roberto, 52 anos)

Eu sou muito sozinho e a família vai me ajudar. Talvez eu volte a morar com a minha filha no interior porque quando eu morava com ela lá eu não bebia e até frequentei o A.A. (Cícero, 42 anos)

Se o dependente químico não recebe apoio e incentivo para sua recuperação ele pode se deixar vencer pela doença levando-o a sentimentos de menor valia, desânimo, frustração e descrença na própria capacidade de recuperação.

Por isso é de vital importância que a família entenda da doença da dependência química e que comunique aos outros membros que, apesar de incurável, fatal e progressiva, ela tem tratamento e a recuperação é para toda a vida. Porém é importante que todos os membros se fortaleçam e consigam o reequilíbrio antes perdido quando seu dependente estava na ativa, pois, ajudar requer conhecimento para que o dependente químico consiga resgatar os valores, princípios e a autoestima.

Considerando as análises das informações é possível compreender que a prática das reuniões juntamente às entrevistas representou uma contribuição efetiva no processo de reflexão dos sujeitos envolvidos no processo acerca de suas realidades familiares juntamente à recuperação do uso de álcool e/ou drogas. Suas percepções acerca de suas realidades familiares e como estas podem contribuir no processo de recuperação de suas doenças reforçam a relevância desse espaço de debate entre os pacientes, pois, nos relatos das experiências e vivências que os membros expõem é que conseguem fazer um processo reflexivo acerca de sua condição e perceber como diferentes sujeitos a enfrentam.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho que originou a presente pesquisa, baseado na prática do estágio curricular obrigatório no Instituto São José – Centro de Psiquiatria e Dependência Química iniciou-se a partir da proposta da atividade interventiva na Instituição culminando com a construção de reuniões que abarcaram as demandas percebidas pelos pacientes em tratamento para dependência química.

Considerando que o tratamento compreende dependentes químicos de álcool e outras drogas, é relevante entender que esta dependência é considerada doença, e assim reconhecida pela Organização Mundial de Saúde porque há alteração na estrutura e no funcionamento normal da pessoa, sendo-lhe prejudicial. Caracteriza-se por ser progressiva, ou seja, o indivíduo consegue atingir tolerância quanto à substância fazendo usos maiores e mais frequentes da mesma; é uma doença crônica, ou seja, não tem cura, mas tem tratamento; e é fatal, podendo matar o indivíduo.

Partindo deste conceito percebemos que a Dependência Química enquanto expressão da questão social é fruto de uma multiplicidade de fatores que permeiam o usuário de álcool e drogas. Estes fatores podem ser familiares, genéticos, o ambiente social, as amizades, dentre outros.

Assim, considerando a temática abordada no presente estudo verificamos que na visão dos pacientes entrevistados, a família, sobretudo na fase inicial do tratamento da dependência química, tem um papel fundamental no processo de recuperação de seu dependente, pois a maioria retorna ao mesmo convívio familiar a qual estava inserido. Este retorno representa importante etapa no egresso do tratamento da dependência química, devendo, na medida do possível ocorrer de forma tranquila, ou seja, de forma que o dependente químico possa mudar seus hábitos e estilo de vida de encontro à recuperação.

Para alguns pacientes este retorno é um processo quase que natural, porém para outros é mais difícil. A dependência química como conseqüente distúrbio de conduta é capaz de gerar inúmeros sentimentos na família tais como raiva e vergonha, que por sua vez levam a culpa e negação. Algumas relações estão completamente desgastadas e saturadas em conseqüência do uso das substâncias

psicoativas, e quando não há família orientada e principalmente interessada com a continuidade do tratamento, este pode ficar comprometido.

Nesta questão, as entrevistas e reuniões realizadas mostraram-se bastante esclarecedoras quanto as necessidade que os pacientes traziam em cada uma para falar sobre suas relações familiares junto à dependência química. A rotina da dependência química vivida pelos mesmos traz ressentimentos para toda a família transformando-se rapidamente no adoecimento de todo o grupo familiar. Este adoecimento é percebido pelos pacientes e ficou muito evidente que a grande maioria, ao contrário do que se pensa, tem naquela apoio e suporte sempre que ocorrem recaídas; demonstrando que a família ainda é capaz de reorganizar e superar momentos de crises.

Por isso, conhecer a família com a qual o dependente químico convive independente de seu arranjo, é imprescindível para se pensar futuras propostas de ações ao Serviço Social.

O desenvolvimento desta pesquisa só foi possível pela participação e receptividade dos pacientes em tratamento na Instituição que, através do sentimento de confiança, facilitaram a realização da mesma. No decorrer da pesquisa os pacientes mostraram-se confiantes para compartilhar suas vivências, emoções e sentimentos, como também para manter-se no caminho da recuperação.

A experiência deste estudo mostrou que, as reuniões realizadas com abordagens grupais possibilitam e contribuem para ampliação do conhecimento da realidade enfrentada pelos dependentes químicos que procuram a recuperação podendo auxiliá-los na tarefa de encontrar mecanismos de enfrentamento das questões do cotidiano, com ênfase nas questões familiares.

Faz-se fundamental perceber que as ações do Serviço Social devam ir além do atendimento pontual e individual das demandas trazidas pelos usuários e conseqüentemente suas famílias. O Serviço Social precisa garantir espaços de informação, de orientação e de debates, ou seja, garantir espaços reflexivos acerca da realidade dos usuários dos serviços de Saúde Mental e pensar com eles os encaminhamentos necessários à sua autonomia e emancipação.

Destacamos aqui que a preocupação com a dependência química está vinculada às demais expressões da questão social que por vezes são desencadeadas pelo uso do álcool e outras drogas. O compromisso com o acesso aos direitos – principalmente à informação - faz parte do trabalho do Serviço Social e

vão de encontro ao Projeto Ético Político Profissional. Por isso é relevante que o retorno ao meio familiar possa estar fortalecido para vivenciar as contradições inerentes a estas realidades e para que consigam fazer valer seus direitos e articular o atendimento de suas necessidades.

Este estudo possibilitou conhecer como se dão as relações no ambiente familiar após o uso de drogas ter se instalado na família, além de apontar quais as necessidades dos pacientes em relação à temática em torno dos debates no âmbito grupal, na qual pôde favorecer a troca de experiências e a socialização de informações, sendo este o principal objetivo deste espaço.

É contundente ressaltar, que este estudo poderá contribuir para o exercício profissional dos Assistentes Sociais e demais profissionais que trabalham na Saúde Mental, pois soma-se ao aporte teórico acerca do temário, estabelecendo ações profissionais frente a estas demandas e, conseqüentemente levantar dados que justifiquem as ações dos assistentes sociais diante destas expressões da questão social e dos sujeitos envolvidos, pois a profissão possui um caráter preventivo e interventivo, ou seja, atua nas diversas fases que este processo envolve.

Enfim, pretende-se que este trabalho possa subsidiar novas ações ou propostas na área da Saúde Mental e na área da família, para que consigamos avançar e ir de encontro ao proposto na Reforma Psiquiátrica e na Constituição vigente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABDUCH, C. (1999). **Grupos operativos com adolescentes**. Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento, 28, 289-299.
- ALIANE, P.P; LOURENÇO, L.M; RONZANI, T.M. **Estudo comparativo das habilidades sociais de dependentes e não dependente de álcool**. In: *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 1, p. 83-88, jan./abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/pe/v11n1/v11n1a10.pdf> Acesso em 10 Novembro 2011.
- ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 06. ed. São Paulo: Editora BOITEMPO, 2002 .
- BISNETO, J. A. **Serviço Social e Saúde Mental**: Uma análise institucional da prática. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- BRASIL, Constituição (1998). **Constituição da república Federativa do Brasil**: promulgada em cinco de outubro de 1998. Organização do texto: Senado Federal – Secretaria Especial de Editoração e Publicações. Brasília, 2006.
- BRASIL, **Código de ética do assistente social**. Lei 8662/93 de regulamentação da profissão. – 3. Ed. Re. E atua. – [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [1997].
- DE BOM, R. KESSLER, F. **Tratamento**. In: *Prevenção ao uso indevido de drogas: Curso de Capacitação para Conselheiros Municipais*. Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional Anti Drogas, 2010
- DUARTE, C. E; MORIHISA, R. S. Experimentação, uso, abuso e dependência de drogas. In: **Prevenção ao uso indevido de drogas**: Capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 2. ed. Brasília: Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.SENAD, 2010.
- ESPAÇO COMUNITÁRIO COMENIUS. A Carta de Jellinek – Disponível em: <http://www.espacocomenius.com.br/jellinek.htm>. Acesso em: 25 de abril 2011.
- FIGLIE, N. B. Disponível em: [http://adroga.casadia.org/codependencia/co-dependencia\\_tratamento\\_familia\\_dependencia.htm](http://adroga.casadia.org/codependencia/co-dependencia_tratamento_familia_dependencia.htm). Acesso em: 24 de julho 2011.
- GIL, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- GUEIROS, D. A. **Família e proteção social: questões atuais e limites da solidariedade familiar**. Serviço Social e Sociedade, nº71. São Paulo: Cortez, 2002. p.102-121.
- IAMAMOTO, M. V. **Serviço social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

IAMAMOTO, M. V. **As dimensões Ético-políticas e Teórico-metodológicas no Serviço Social Contemporâneo.** Disponível em: [http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto2-2.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-2.pdf) Acesso em: 17 julho 2011.

IAMAMOTO, M.V. **Renovação e conservadorismo no serviço social.** 3. Ed, São Paulo: Cortez. 1995.

INSTITUTO SÃO JOSÉ – Disponível em: <http://www.saojoesecentrodepsiquiatria.com.br/instituto.php>. Acesso em: 24 abril 2011.

JOHNSON, V.E. **Guia prático para tratamento do alcoolismo.** Vozes Ltda. Rio de Janeiro. 1992.

LARANJEIRA, R; RIBEIRO, M. **A Evolução do Conceito de Dependência Química.** In: GIGLIOTTI, Analice (Ed). **Dependência, Compulsão e Impulsividade.** Rio de Janeiro: Rubio, 2007.

Levantamento Domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil. Disponível em: [http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/web/noticia/ler\\_noticia.php?id\\_noticia=104059](http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/web/noticia/ler_noticia.php?id_noticia=104059) Acesso em: 10 novembro 2011.

MASUR, J. **O que é toxicomania.** 3. Ed. Coleção Primeiros Passos, São Paulo: Brasiliense, 1987.

MARTINELLI, M. L.; KOUMROUYAN, E. **Um novo olhar para a questão dos instrumentos técnico-operativos em Serviço Social.** Revista Serviço Social & Sociedade. Nº 54. São Paulo: Cortez, 1994.

MINAYO, M.C. de S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MIOTO, R. C. T. **Família e Serviço Social – Contribuições para o debate.** Revista Serviço Social e Sociedade nº55, São Paulo: Cortez, 1997 p.120.

NETO, F.B. **Adolescentes: o desafio de entender e conviver.** Florianópolis: Insular, 2011.

NICASTRI, S. In: **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: conhecer para ajudar.** Brasília: Secretaria Nacional Anti Drogas: Serviço Social da Indústria, 2008.

OSÓRIO, L.C. **Psicologia grupal:** Uma nova disciplina para o advento de uma nova era. Porto Alegre, Artmed, 2003.

PAULA, W, K.de. **Drogas e Dependência Química – Noções Elementares.** Florianópolis: Papa Livro, 2001.

PINHO, M. C. G. de. **Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação profissional.** Publicado *online* em 15 de agosto de 2006.

PIRES, W. R. **Drogas – Existe uma saída.** Campinas: Editora Komedi, 2000.

RAMOS, C.L.R. **A Família e a Dependência Química.** 2011.

SANTOS, R.J.F. **O debate sobre o serviço social clínico dentro da saúde mental.** Disponível em: <http://praticasterapeuticas.blogspot.com/2009/08/o-debate-sobre-o-servico-social-clinico.html>Acesso em: 03 setembro 2011.

SARTI, C. A. **Famílias enredadas.** In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (ORGS.). **Família: redes, laços e políticas públicas.** São Paulo: Cortez, PUC/SP, 2005. p. 21-36.

SENAD – SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS. **Um guia para a família.** Brasília: Série Diálogo nº1, 2002.

SILVA, F.M. **Antigos e novos arranjos familiares:** um estudo das famílias atendidas pelo serviço social. Bolsa PROEX, Unesp – C. Franca, 2001. Disponível em: <http://www.franca.unesp.br/ANTIGOS%20E%20NOVOS%20ARRANJOS%20FAMILIARES.pdf>. Acesso em: 20 julho 2011.

SILVA, M. O. da S. e. **O Serviço Social e o Popular: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura.** 1. ed. – São Paulo: Cortez, 1995.

SILVEIRA FILHO, D. **Drogas: uma compreensão psicodinâmica das farmacodependências.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

SOUSA, C.T. **A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional.** Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/119/117>Acesso em: 09 out. 2008.

SOUZA, J.J. **A Intervenção do Serviço Social na Prevenção da Recaída do uso de Substâncias Psicoativas.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade do Sul do Brasil. São José, 2010.

SUBBRACK, M.F.O. **A contribuição da abordagem sistêmica na compreensão e tratamento do alcoolismo.** *In:* Alcoolismo: como trabalhar essa questão. Brasília: SESI-DN, 1996 (Caderno Técnico n. 20)

SZYMANSKI, H. **Viver em família como experiência de cuidado mútuo: desafios de um mundo em mudança.** In: Revista Serviço Social e Sociedade, n. 71, São Paulo, Cortez, p.17, 2002.

VARELLA, D. **Tratamento do alcoolismo.** Disponível em: <http://drauziovarella.com.br/dependencia-quimica/tratamento-do-alcoolismo/>. Acesso em: 20 agosto de 2001.



VASCONCELOS, E.M. **O Movimento da higiene mental e a emergência do Serviço Social no Brasil e no rio de Janeiro.** *Serviço Social e Sociedade.* São Paulo: Cortez, n.63, 2000<sup>a</sup>.

VITAL, N.S. **Atuação do Serviço Social na Área de Saúde mental – Frente ao Neoliberalismo.** Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2007.

YASBEK, M. C. **Os fundamentos do Serviço Social na contemporaneidade. In: capacitação em Serviço Social e Política Social.** Mod. 4, Brasília: Cead, 200<sup>o</sup>.

**APÊNDICES**

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Centro Sócio Econômico

Departamento de Serviço Social

Trabalho de Conclusão de Curso

Orientadora: Profa. Cristiane Selma Claudino

Acadêmica: Késsia Ersching

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Sr.....

Esta pesquisa faz parte da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso da Universidade Federal de Santa Catarina, e está sendo desenvolvida pela acadêmica Késsia Ersching sob a orientação da Professora Cristiane Claudino.

O objetivo é analisar a importância da família no processo de recuperação da Dependência Química, a partir da perspectiva do paciente internado para tratamento no Instituto São José no período de 15 de setembro à 19 outubro. Para tal viemos respeitosamente solicitar a sua participação na pesquisa.

Solicitamos assim, a sua colaboração para a realização da pesquisa. As respostas serão sistematizadas e apresentadas no Trabalho de Conclusão de Curso, mantendo sigilo de identificação dos participantes.

Esclarecemos que sua participação no estudo é de caráter voluntário e, portanto, o Senhor não é obrigado a fornecer as informações e colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolva a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

A pesquisadora estará à sua disposição para o esclarecimento de quaisquer dúvidas.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido e dou o meu consentimento para participar do questionário e para publicação dos resultados.

.....

Ass.do Participante

.....

Ass. Pesquisadora

Florianópolis, Setembro de 2011.

**APÊNDICE B – ENTREVISTA****Entrevista****Instituto São José – Centro de Psiquiatria e Dependência Química.****Serviço Social da Dependência Química.**

1) Esta é sua primeira internação?

 Sim       Não2) Se você respondeu não na primeira pergunta; por quantas internações você já passou? 1       2       3       mais de 3

3) Qual sua idade?

4) Até que ano você estudou?

5) Atualmente você está:

 Trabalhando       Na perícia       Desempregado

6) Com o que você trabalha?

7) Você mora atualmente sozinho ou com sua família?

 Sozinho       Com a família

8) Quem mora com você?

- 9) Você acredita que a família contribui de alguma forma para o seu uso de álcool/drogas?
- 10) Como sua família reage diante das suas recaídas?
- 11) Você acredita que sua doença (alcooolismo e/ou drogas) afetou de alguma forma a sua relação com a família?  
( ) Sim      ( ) Não      Como?
- 12) Se você já esteve internado antes, a sua família participou do tratamento com você? Como?
- 13) Você sente vontade ou necessidade de conversar mais sobre família nos grupos realizados aqui no Instituto São José?  
( ) Sim      ( ) Não
- 14) Qual assunto referente ao tema “família” você gostaria que fosse abordado nas reuniões em grupo?
- 15) Você acha que a família é importante no seu processo de recuperação? Por quê?

