

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

AMANDA CRISTINA ROEDER

**O PAPEL DO SERVIÇO SOCIAL EM UMA INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA: O
ATENDIMENTO AOS FAMILIARES DE USUÁRIOS COM DEPENDÊNCIA
QUÍMICA**

**FLORIANÓPOLIS
2016.2**

AMANDA CRISTINA ROEDER

**O PAPEL DO SERVIÇO SOCIAL EM UMA INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA: O
ATENDIMENTO AOS FAMILIARES DE USUÁRIOS COM DEPENDÊNCIA
QUÍMICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial à obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Keli Regina Dal Prá.

FLORIANÓPOLIS

2016.2

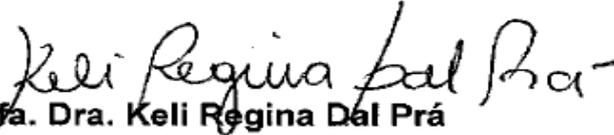
AMANDA CRISTINA ROEDER

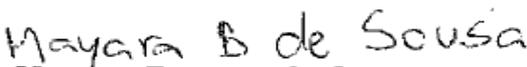
**O PAPEL DO SERVIÇO SOCIAL EM UMA INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA: O
ATENDIMENTO AOS FAMILIARES DE USUÁRIOS COM DEPENDÊNCIA
QUÍMICA**

Trabalho de Conclusão de Curso, aprovado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Centro Socioeconômico, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

Monografia aprovada em 02 de dezembro de 2016.

BANCA EXAMINADORA:


Profa. Dra. Keli Regina Dal Prá
Departamento de Serviço Social – UFSC
Orientadora


Mayara Berreta de Souza
Assistente Social
1a Examinadora


Profa. Dra. Maria Regina de Avila Moreira
Departamento de Serviço Social – UFSC
2a Examinadora

FLORIANÓPOLIS

2016.2

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a todos que de alguma forma fizeram parte dessa história.

Agradeço a Deus por iluminar a minha vida e colocar pessoas tão especiais nela.

Aos meus pais e minha avó por estarem ao meu lado em todos os momentos, especialmente durante a graduação.

Ao meu amor Eduardo, por me dar forças, e pela paciência durante esse último semestre.

As minhas amigas de graduação por toda a parceria, troca de conhecimentos e experiências que vivemos e enfrentamos juntas.

A minha querida supervisora de campo Mayara e a querida psicóloga Andréa por toda a paciência que vocês tiveram comigo e por todo aprendizado que me proporcionaram.

A minha orientadora Profa. Keli pela atenção durante o processo de realização do trabalho final de graduação.

Enfim, agradeço a todos que passaram pela minha vida durante esse período, levarei para sempre no meu coração.

ROEDER, Amanda Cristina. **O papel do serviço social em uma instituição psiquiátrica:** o atendimento aos familiares de usuários com dependência química. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso tem como tema o trabalho desenvolvido pelo serviço social junto às famílias no contexto da dependência química. O objetivo geral é refletir sobre a intervenção profissional do assistente social com as famílias dos pacientes diagnosticados com dependência química em uma instituição privada. A metodologia foi realizada por meio de um estudo bibliográfico da temática família, dependência química e saúde mental, e posteriormente, de um levantamento de dados sobre o perfil dos pacientes internados na Unidade de Dependência Química, que possibilitou verificar que a família, embora muito fragilizada, é fundamental durante o processo de recuperação, dando suporte e apoio no enfrentamento da doença. Como principais resultados, destacamos o numeroso índice de idosos usuários do álcool com dificuldades de aceitação da doença; o alto índice de pacientes desempregados; e as mães e as esposas como principais responsáveis por dar suporte ao paciente durante o tratamento. Indica-se a importância do tema para os assistentes sociais que atuam na área da saúde mental envolvidos no processo de tratamento e prevenção da dependência química, pois a atuação nesse contexto deve se dar em conjunto com as necessidades dos usuários e de suas famílias, na busca pela emancipação desses indivíduos e na luta pela efetivação dos direitos.

Palavras-chave: Dependência Química; Família; Serviço Social.

LISTA DE SIGLAS

A.A – Alcoólicos Anônimos
AIS – Ações Integradas de Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CEPCAN - Comissão Executiva do Plano do Carvão Nacional
CID - 10 - Critérios de Classificação Internacional de Doenças - Décima Edição
I CNSM - I Conferência Nacional De Saúde Mental
CONASP - Conselho Nacional de Saúde Preventiva
CONAD - Conselho Nacional Antidrogas
CONAD – Conselho Nacional Sobre Drogas
CONFEN - Conselho Federal de Entorpecentes
CT - Comunidades Terapêuticas
DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF - Estratégia de Saúde da Família
FIESC - Federação das Indústrias do Estado de Santa Catarina
FHC – Fernando Henrique Cardoso
IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
IPASE - Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Servidores Estaduais
IPESC - Instituto de Previdência do Estado de Santa Catarina
IPQ – Instituto de Psiquiatria
ISJ - Instituto São José
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NA – Narcóticos Anônimos
NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial
NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OBID – Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
OMS - Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PAIF – Programa de Atenção Integral a Família
PADEN – Programa de Atendimento ao Dependente de Nicotina
PADEQ- Programa de Atenção ao Dependente Químico

PADEQ FAMÍLIA – Programa de Atenção ao Dependente Químico – Família

PCV - Programa de Volta para Casa

PISAM – Plano Integrado de Saúde Mental

PNAD - Política Nacional Antidrogas

PNAD – Política Nacional Sobre Drogas

PNASH - Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria

PROFAM – Programa de Família

PT – Partido dos Trabalhadores

PTA – Plano Terapêutico Avançado

PTS - Projeto Terapêutico Singular

PTM – Portador de Transtorno Mental

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Emergência

SENAD - Secretaria Nacional Antidrogas

SENAD – Secretaria Nacional Sobre Drogas

SESI - Serviço Social da Indústria

SESC – Serviço Social do Comércio

SISNAD - Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas

SHR - Serviço Hospitalar de Referência

SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS – Sistema Único de Saúde

UA – Unidade de Acolhimento

UDQ – Unidade de Dependência Química

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

USP – Universidade de São Paulo

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Rede de Atenção à Saúde Mental	33
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quadro de Funcionários do ISJ.....	43
Tabela 2 - Estágios de Mudança da Família	59
Tabela 3 - Critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV (DSM - IV) para dependência de substância.....	66
Tabela 4 - Critérios de Classificação Internacional de Doenças - Décima Edição (CID-10) para dependência de substâncias	66
Tabela 5 - Substâncias Depressoras da Atividade Mental	75
Tabela 6 - Substâncias Estimulantes da Atividade Mental.....	76
Tabela 7 - Substâncias Perturbadoras da Atividade Mental.....	77

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Frequência de Internações - Agosto 2016	71
Gráfico 2 - Frequência de Internações - Setembro 2016	71
Gráfico 3 - Frequência de Internações - Outubro 2016.....	71
Gráfico 4 - Faixa Etária - Agosto 2016.....	72
Gráfico 5 - Faixa Etária - Setembro 2016.....	72
Gráfico 6 - Faixa Etária - Outubro 2016.....	72
Gráfico 7 - Situação Trabalhista - Agosto 2016.....	73
Gráfico 8 - Situação Trabalhista - Setembro 2016.....	73
Gráfico 9 - Situação Trabalhista - Outubro 2016.....	73
Gráfico 10 - Tipo de Substância - Agosto 2016	74
Gráfico 11 - Tipo de Substância - Setembro 2016.....	74
Gráfico 12 - Tipo de Substância - Outubro 2016.....	74
Gráfico 13 - Responsável Pela Internação - Agosto 2016.....	77
Gráfico 14 - Responsável Pela Internação - Setembro 2016.....	77
Gráfico 15 - Responsável Pela Internação - Outubro 2016.....	78

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. ASPECTOS HISTÓRICOS DO SERVIÇO SOCIAL E DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL E EM SANTA CATARINA	14
2.1 Serviço Social e Saúde Mental no Brasil.....	14
2.2 Serviço Social e Saúde Mental em Santa Catarina.....	36
3. O PAPEL DO SERVIÇO SOCIAL NO ISJ: O ATENDIMENTO AOS FAMILIARES DE USUÁRIOS COM DEPENDÊNCIA QUÍMICA.....	42
3.1 O Instituto São José	42
3.2 Serviço Social e Família.....	48
3.2.1 O Serviço Social na Unidade de Dependência Química	60
3.3 Dependência Química.....	63
3.4 Características do perfil dos usuários com dependência química atendidos pelo Serviço Social.....	70
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
REFERÊNCIAS.....	82

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso pretende abordar questões sobre a saúde mental, especificamente sobre a dependência química, a inserção do serviço social nessa área e seu trabalho com as famílias.

A dependência química é uma doença progressiva e sem cura, e o número de usuários que abusam de drogas cresce a cada dia, afetando todos os tipos de relações existentes em sua volta, seja na família ou na comunidade como um todo. Por isso, o objetivo geral é refletir sobre a intervenção profissional do assistente social com as famílias dos pacientes diagnosticados com dependência química em uma instituição privada. Dessa forma é importante olhar para o dependente químico em sua totalidade, trazendo aspectos colaboradores no tratamento, na recuperação e na manutenção, junto com profissionais que formam uma equipe multidisciplinar, pois como é uma doença comportamental somente a prática medicamentosa não é suficiente. É necessário ter profissionais de diversas áreas, entre eles, o assistente social.

A escolha do tema foi motivada pela experiência do estágio em serviço social não obrigatório II e estágio obrigatório I e II que foi realizada no Instituto São José (ISJ) - Centro de Psiquiatria e Dependência Química, na Unidade de Dependência Química (UDQ), no setor de Serviço Social, localizado na cidade de São José, no período de maio de 2015 a dezembro de 2016.

Por meio do contato com os pacientes se percebeu a importância da família junto ao tratamento e com isso a importância das orientações para os familiares para que possam lidar com a dependência química e melhorar a qualidade de vida.

Sendo assim, é com a família que o assistente social vai lidar diretamente, por isso acolher a família que chega ao serviço, tão fragilizada e passar as orientações necessárias é parte fundamental no processo de recuperação do usuário.

Em termos metodológicos o trabalho foi realizado por meio de revisão bibliográfica sobre a temática família e dependência química, e posteriormente, de um levantamento de dados sobre o perfil dos pacientes internados na UDQ.

A revisão de literatura que fundamentou este trabalho foi realizada em obras dos autores como: Bisneto (2007), Vasconcelos (2000), Amarante

(2008), Miotto (2009), Gomes (2009), Schneider (2010), Teixeira (2013) e Diehl, Cordeiro e Laranjeira (2011).

Portanto este trabalho se estrutura a partir de duas grandes seções. A primeira abordará os aspectos históricos do serviço social e da saúde mental, trazendo a Reforma Psiquiátrica como grande avanço na perspectiva de direitos e de socialização do usuário da saúde mental que possui transtorno mental, não sendo mais mantido em manicômios e completamente fora do convívio social.

A segunda seção trata da apresentação do ISJ, especialmente da UDQ. Além disso, também abordará o tema da família e seu convívio com o usuário de álcool e outras drogas, bem como o papel do assistente social na UDQ. Em seguida será abordada a dependência química como sendo uma expressão da questão social, seus conceitos e formas de tratamento. Bem como a apresentação dos dados coletados na unidade que exemplificam as questões pertinentes do trabalho.

SEÇÃO I

2. ASPECTOS HISTÓRICOS DO SERVIÇO SOCIAL E DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL E EM SANTA CATARINA

A história da saúde mental no Brasil foi marcada por grandes conquistas. Foi através do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica que acontece o reconhecimento dos direitos aos portadores de transtorno mental, bem como o processo de entrada do serviço social na área de saúde mental. Portanto, a seção I abordará os aspectos históricos do serviço social e da saúde mental no Brasil e em Santa Catarina.

2.1 Serviço Social e Saúde Mental no Brasil

No Brasil durante muito tempo a loucura não era considerada uma doença, segundo Gomes (2009), no início da colonização, os loucos andavam pelas ruas e não possuíam qualquer tipo de assistência. Alguns eram cuidados por suas famílias, ou se a família tinha uma boa situação financeira, eram enviados para a Europa em busca de tratamento. Outros iam parar nas prisões por perturbação da ordem pública e lá sofriam de maus tratos. Segundo Amarante (1998), aos loucos pobres, desde que mansos e passivos, lhes era permitido vagar pelas ruas das vilas, aldeias e campos, vivendo da caridade alheia.

Era para as Santas Casas de Misericórdia que a maioria dos loucos eram enviados, e lá ficavam jogados e sem qualquer tipo de cuidados. Porém, as Santas Casas de Misericórdia começaram a lotar, e os loucos tiveram que ser colocados também em prisões, onde dividiam celas com criminosos, condenados, bêbados e arruaceiros (AMARANTE, 2008).

Na concepção de Gomes (2009) o Estado somente começou a intervir na questão da loucura quando a família imperial chegou ao Brasil em 1808, acompanhados pela alta nobreza, militares e comerciantes. Com o aumento significativo da população e o já esgotamento das Santas Casas de Misericórdia, cada vez mais loucos vagavam pelas ruas. “Tal fato fez surgir a necessidade do controle da população, e com isso, o recolhimento dos loucos

das ruas, não com a finalidade de curá-los, mas sim, de proteger a sociedade do convívio com a loucura” (GOMES, 2009, p.15). Portanto, em 1830, a Comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro realiza um diagnóstico dos loucos na cidade registrando o início das transformações, onde os loucos passam a ser considerados doentes mentais, necessitando de um espaço só deles onde passam a ser tratados (AMARANTE, 1994).

O primeiro hospício do Brasil, denominado de Hospital Pedro II, foi inaugurado no dia 05 de dezembro de 1852, no Rio de Janeiro. O objetivo do hospício era recolher essas pessoas que, segundo o Império, ameaçavam a ordem pública e por isso não podiam andar pelas ruas da sede da corte (GOMES, 2009).

Segundo Amarante (2008, p.75), “da criação do Hospício Pedro II até a Proclamação da República, os médicos não poupam críticas ao hospício, excluídos que estavam de sua direção e inconformados com a ausência de um projeto assistencial científico”. Esses médicos reivindicam o poder institucional que está nas mãos da Provedoria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro.

Conforme Amarante (1994), com a chegada dos republicanos ao poder, em 1890, o Hospício Pedro II é desvinculado da Santa Casa, passando a denominar-se Hospício Nacional dos Alienados, ficando subordinado à administração pública. Foi criada também no ano de 1890 a primeira instituição pública de saúde, a Assistência Médica e Legal dos Alienados. Em 1903 foi criada a Lei n.1.132, de 22 de dezembro, a primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados, tendo como objetivo fiscalizar as instituições psiquiátricas.

Na concepção de Gomes (2009, p.48), é durante a década de 1920 que a profissão de serviço social, nos Estados Unidos da América, toma como referência a metodologia de caso proposta por Mary Richmond, “sendo que durante muitos anos a profissão teve sua intervenção/atuação atrelada às questões relacionadas ao reajustamento dos enfermos após a alta hospitalar e à sua reintegração social”.

Nos Estados Unidos o serviço social atua na área de saúde mental desde sua constituição, sendo uma de suas primeiras áreas de atuação. Atuava, segundo Bisneto (2007), no rejuvenescimento dos doentes mentais e na prevenção das recaídas. O primeiro setor de serviço social foi criado no Hospital Psiquiátrico de Boston em 1912. Por consequências da Primeira

Guerra Mundial, a psiquiatria teve um grande avanço devido ao grande número de neuróticos de guerra que precisavam da assistência psiquiátrica nos Estados Unidos. O serviço social nessa área também cresceu com o atendimento às famílias desses soldados, atuando também em clínicas de orientação juvenil junto às famílias de usuários de saúde mental.

Contudo, o serviço social em saúde mental nos Estados Unidos, segundo Bisneto (2007), segue a linha de apoio terapêutico, se munindo de diversos referenciais teóricos em que se pautava a sua atuação, principalmente o funcionalismo, o estrutural-funcionalismo, o higienismo e as psicologias.

Em 1923, segundo Gomes (2009), é criada a Liga Brasileira de Higiene Mental, para eles a doença mental estava diretamente ligada a moral. Conforme Amarante (2008) a carta dos princípios da Liga é constituída por um programa de intervenção no espaço social, possuindo características eugenistas¹, xenofóbicas, antiliberais e racistas. Os problemas sociais foram aumentando com o avanço do capitalismo e a abolição da escravatura, pois não havia emprego para todos. “Neste sentido, o alcoolismo é percebido como causa da pobreza e da condição moral de seus dependentes; a sífilis é entendida como herança genética dos negros. E a miscigenação racial torna-se motivo da desorganização social e política” (ROSA, 2003, p.92). A intenção do movimento de higiene mental era combater doenças, principalmente as contagiosas. Com o passar do tempo, o movimento mudou seu objetivo, fazendo um trabalho de prevenção contra o alcoolismo.

“Nesse período, o que se observou, foi uma concepção equivocada entre vícios, loucura e doenças contagiosas, em que o problema não era o viciado, o louco, mas sim a desordem social que se instalava a partir desses atores sociais” (ALFLEN, 2008, p.19).

Assim como relata Gomes (2009), é na década de 1930, que a psiquiatria começa a fazer descobertas relacionadas ao uso intenso de terapias, fazendo os pacientes dos hospitais psiquiátricos passarem por um grande sofrimento. Ainda na mesma década, na tentativa de humanizar o tratamento do doente mental é feito o Decreto nº. 24.559/1934, promulgando a 2ª Lei Federal de Assistência aos Doentes Mentais.

¹ O termo eugenia foi criado por Francis Galton (1822-1911), que o definiu como: o estudo dos agentes sob o controle social que podem melhorar ou empobrecer as qualidades raciais das futuras gerações seja física ou mentalmente (GOLDIM, 2016).

Ainda referenciando a autora supracitada, foi em 1940 que se deram as primeiras práticas dos assistentes sociais na área de saúde mental no Brasil, nos Centros de Orientação Infantil e Centros de Orientação Juvenil que aconteceu o início do serviço social clínico, mas o número de assistentes sociais nessa área ainda era muito pouco. Entretanto, cabe ressaltar que, as práticas dos assistentes sociais estavam distantes com relação ao serviço social atual, pois naquela época a prática abordada era a da higiene mental.

O serviço social no Brasil começou como assistência aos trabalhadores por meio de intervenções em fabricas, na previdência social e assistência social, ou seja, nas refrações mais imediatas da questão social.

O Serviço Social imediatamente entrou na área da saúde, porém não constituindo a Psiquiatria como campo de atuação separado no Serviço Social, em razão também ao pequeno número de assistentes sociais trabalhando exclusivamente com o problema da loucura (BISNETO, 2007, p. 20-21).

Como explica Bisneto (2007), esse processo da entrada do serviço social da área da saúde mental aconteceu aos poucos, porque naquela época a questão da psiquiatrização ainda era muito forte. O médico era tido como o principal entendedor da saúde mental, não existia ainda o trabalho em equipe e, além disso, o número de assistentes sociais na saúde mental também era mínimo. Esse processo de psiquiatrização “é fortalecido ainda mais na década de 1950 no país, com o aparecimento dos primeiros neurolépticos ou antipsicóticos, medicamento utilizado principalmente no tratamento de picoses” (GOMES, 2009, p.19).

Já na década de 1960, é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Conforme Bisneto (2007), após o golpe de Estado de 1964 o sistema da saúde e da previdência social tiveram grandes mudanças, os hospitais da rede dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) se incorporaram na rede do INPS perdendo assim o seu caráter trabalhista. Como relata Amarante (2008), o Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado, conseqüentemente, a doença mental se torna um objeto de lucro. O número de hospícios no Brasil aumentou consideravelmente, “foram criadas várias clínicas psiquiátricas privadas, através de convênio com o Estado” (BISNETO, 2007, p.23).

Segundo Amarante (2008), uma das propostas que buscou uma alternativa que não fossem os manicômios foi o Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM), pois eram planos de psiquiatria preventiva e comunitária, e de comunidades terapêuticas. Esta crise leva o Estado a adotar medidas racionalizadoras e disciplinadoras do setor privado, sendo implantado o processo de co-gestão entre os Ministérios da Saúde e da Previdência Social, é criado também o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Preventiva (CONASP) que trabalha na elaboração de um plano de reorientação da assistência psiquiátrica - o Plano do CONASP. Além disso, Amarante (2008) também aponta o surgimento das Ações Integradas e Saúde (AIS) que foi fundamental também para o processo de descentralização da saúde.

Com a abertura das clínicas psiquiátricas privadas houve um aumento da possibilidade de empregar os assistentes sociais na área de saúde mental. Porém,

(...) devemos ressaltar que não podemos confundir práticas tradicionais em Serviço Social com o chamado 'Serviço Social Psiquiátrico'. Por exemplo, o 'Serviço Social Clínico', baseado em modelo norte-americano não é necessariamente prática em estabelecimentos psiquiátricos. O modelo de 'Serviço Social Psicossocial' também não pode ser interpretado desse modo, pois se trata de metodologia que tinha aplicação em todas as áreas de atuação do Serviço Social. Modelos de práticas baseadas na área 'psi' eram comuns no Serviço Social no Brasil até o início dos anos 1970: psicanálise, psicologia do ego, psiquiatria, psicologias dinâmicas (...) (BISNETO, 2007, p.22).

O governo da ditadura militar via como um grande problema nos hospícios a pobreza, o abandono, a miséria e não somente a loucura, por isso o assistente social veio para mediar o sistema manicomial no fim dos anos de 1960. "O Serviço Social foi demandado pelo Estado ditatorial como executor terminal de políticas sociais na área de Saúde Mental, repetindo sua contradição histórica, de uma demanda pelas elites para atender aos necessitados" (BISNETO, 2007, p.25). Entretanto, nessa mesma época já existiam psiquiatras da esquerda que trabalhavam para elaborar políticas públicas dentro do Estado, reforçando a ideia de um atendimento mais humanizado através de equipes multiprofissionais.

A partir dos anos de 1970, segundo Amarante (2007), muitos debates sobre a loucura e os efeitos da instituição asilar vieram à tona, sendo que a

questão da violência institucional e do isolamento dos internos tornou-se pauta principal das discussões dos profissionais de saúde e grupos de familiares de internos. Por conta disso, vai se consolidando outro projeto assistencial, a proposta da desinstitucionalização, que:

concentra-se em uma mudança completa do paradigma de saber em saúde mental e, do ponto de vista assistencial, na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional é definitivamente antiterapêutico, e que a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição radical do hospital por um amplo rol de serviços abertos e comunitários, capazes de assistir os usuários desde a crise aguda e as demandas de cuidado psicológico até as necessidades mais amplas de caráter social (VASCONCELOS, 2000, p.39).

Esse novo projeto de desinstitucionalização coloca a saúde mental “no campo da conquista e reinvenção da cidadania” (VASCONCELOS, 2000, p.41), passando pelos direitos civis, sociais e políticos. O campo da saúde mental deve se refazer, procurando romper com o viés tradicional da área.

Segundo Bisneto (2007) entre os anos de 1976 e 1978, após a repressão aberta pelo regime militar que impedia a sociedade civil de se expressar politicamente, acontece a reemergência dos principais movimentos sociais. Dentro destes movimentos se destaca o MTSM, que questionava a política de assistência psiquiátrica que existia na época. O movimento ganha força com a visita de líderes mundiais da psiquiatria, entre eles Franco Basaglia, que aprovou a Lei 180, de 13 de maio de 1978, na Itália que previa o fechamento da porta de entrada dos hospitais psiquiátricos.

Franco Basaglia nasceu em 1924 em Veneza, na Itália, era médico e psiquiatra, e foi o precursor da Psiquiatria Democrática. No ano de 1961, assumiu a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia iniciando mudanças na tentativa de transforma-lo em uma comunidade terapêutica, pois notava que era preciso transformar o modelo de assistência psiquiátrica que existia até então. Basaglia tinha uma crítica a postura tradicional da cultura médica, então quando foi nomeado o diretor do Hospital Provincial na cidade de Trieste, em 1970, iniciou o processo de fechamento desse hospital psiquiátrico, provendo a substituição do tratamento hospitalar e manicomial por uma rede territorial de atendimento. Em ano de 1973, a Organização Mundial de Saúde (OMS) credenciou o Serviço Psiquiátrico de Trieste como principal referência mundial

para uma reformulação da assistência em saúde mental. Portanto, a Lei 180 foi resultado de todo esse processo (UFRGS, 2016).

Aqui no Brasil, as reivindicações do MTSM, que acarretaram em uma greve, eram em torno da humanização dos hospitais psiquiátricos, da denúncia da indústria da loucura nos hospitais privados conveniados do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), de melhores condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos, e da expansão do serviço ambulatorial em saúde mental. Assim, é feita a primeira tentativa de mudança (BISNETO, 2007).

Segundo Bisneto (2007), as raízes do Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil vêm do exterior, mais especificamente pós-Segunda Guerra na Europa, aonde a “escassez de força de trabalho e esforço reabilitativo, a conjuntura de reconhecimento e afirmação de direitos civis, o desenvolvimento de serviços públicos, e a introdução de abordagens psicológicas e comunitárias” (BISNETO, 2007, p.33) conduziam a uma reforma na assistência.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica se desenvolve junto com o debate da Reforma Sanitária, que se fortalece com a Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde, que teve como sede a cidade de Alma-Ata, no ano de 1978, criando a Declaração de Alma-Ata (CHUPEL, 2005). Essa declaração vem na perspectiva da necessidade de todos os governos, dos trabalhadores da saúde e da comunidade mundial promoverem a saúde para todos os povos do mundo. A Declaração de Alma-Ata, afirma que a saúde:

I) (...) é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (...); II) A chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro de países, é, política, social e economicamente inaceitável, e constitui por isso objeto da preocupação comum de todos os países; III) O desenvolvimento econômico e social alicerçados numa ordem econômica internacional é de importância fundamental para a mais plena realização da meta de saúde para todos (...); IV) É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde. (...) (BRASIL, 1978, s/p).

Para Bisneto (2007), com esse processo, uma das causas da Reforma Psiquiátrica na Europa foi a emergência do keynesianismo e a crise do Estado de Bem-Estar. Em 1970 percebe-se um aumento das correntes europeias no âmbito da assistência psiquiátrica no Brasil devido ao desenvolvimento acadêmico e profissional da psicologia no Brasil, a volta de pós-graduandos da Europa e a vinda de psiquiatras argentinos marxistas.

Essas correntes europeias encontram no momento econômico, político e ideológico da cidade brasileira um terreno propício para sua disseminação: as reformas econômicas na Saúde e Previdência, iniciadas nos anos 1960 em decorrência das reformas institucionais ditadas pelo regime de exceção do golpe de Estado de 1º de abril de 1964; as lutas contra a ditadura militar, que uniam segmentos diversos das classes médias brasileiras; a contracultura que grassava entre os intelectuais e se expressava na luta pelos direitos das mulheres, negros, homossexuais e várias divergências sociais, nos quais também se incluía o direito de ser diferente sem ser classificado como doente mental (BISNETO, 2007, p.34).

Em 1978, segundo Amarante (2008), também acontecem dois eventos importantes que tiveram a participação do MTSM. O primeiro foi o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria que aconteceu em Camboriú (SC), esse evento possibilitou ao MTSM uma oportunidade para organizar o movimento no âmbito nacional. O segundo evento foi o I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, realizado no Rio de Janeiro.

Conforme Gomes (2009) em 1986 aconteceu, em Brasília, a VIII Conferência Nacional de Saúde, e tinha como principais questões: saúde como dever do Estado e direito do cidadão, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial. Pois, algumas propostas, que tinham longa trajetória de debate no campo da antiga oposição em saúde, encontram diferentes percepções e alternativas, pois antes eram submetidas à discussão pelas diversas representações da sociedade civil, das instituições oficiais e dos partidos políticos.

Assim como Gomes (2009) relata, logo no próximo ano, em 1987, grandes e importantes acontecimentos trazem ainda mais avanços na área de saúde mental. Na cidade de Bauru acontece o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, na perspectiva de reivindicar uma sociedade sem manicômios, originando o Movimento de Reforma Psiquiátrica. Acontece também, a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM) na cidade do Rio

de Janeiro, que tinha como proposta “a revisão e a reformulação de toda a legislação de saúde mental, revisão das leis reunidas no Decreto n. 24.559 instituído em 1934; do Código Penal e Civil Brasileiro de 1916” (GOMES, 2009, p.23). E nesse mesmo ano é criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, na cidade de São Paulo.

A realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, em desdobramento à 8ª Conferência Nacional de Saúde, representa um marco histórico na psiquiatria brasileira, posto que reflete a aspiração de toda a comunidade científica da área, que entende que a política nacional de saúde mental necessita estar integrada à política nacional de desenvolvimento social do Governo Federal. Por outro lado, permite que se reúnam as diferentes categorias profissionais ligadas à área específica, bem como partidos políticos, entidades religiosas, instituições privadas, associações de usuários, instituições de ensino e demais segmentos da sociedade para que, num esforço coletivo, viabilizem o intercâmbio de informações para a melhoria da qualidade assistencial, num processo participativo e democrático. Esta oportunidade não pode ser desperdiçada. As aparentes contradições entre o discurso científico e o discurso político nada mais são do que importantes elementos propulsores do processo de elaboração de propostas para a inserção das ações de saúde mental nas ações de saúde em geral, cuja consolidação tem início nesta I Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 1987, p.9).

Em 1988 foi promulgada a Constituição Federal Brasileira, estabelecendo o tripé da Seguridade Social (Saúde, Assistência Social e Previdência Social). E foi com a Constituição Federal de 1988 que é criado o Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Lei n. 8.080 de 1990 que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990, s/p) e da Lei n. 8.142 de 1990 que “dispõe da participação da comunidade na Gestão do SUS” (BRASIL, 1990, s/p). Fatores que impulsionaram a Reforma Psiquiátrica por colocar a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Com relação ao serviço social, “houve uma ampla aproximação com os princípios que já vinham direcionando o processo de reconceituação da profissão no país, entretanto, essas mudanças foram marcadas por profundos conflitos e contradições” (GOMES, 2009, p.50).

Os paradigmas em Serviço Social que tentavam orientar a prática nos anos 1970 não conseguiram estabelecer

uma metodologia de atuação em Saúde Mental. Por exemplo, no marxismo houve dificuldades de aplicação na prática, pois as políticas sociais são orientadas para um Estado Capitalista e o objetivo das instituições é conflitante com a teleologia de uma teoria transformadora da realidade social. Havia profissionais engajados, mas o próprio marxismo absorvido pela Reconceituação tinha dificuldades de abordar as questões da subjetividade na atenção ao sujeito singular. Por outro lado, a psicanálise, importada dos modelos norteamericanos, também não solucionou a questão metodológica, pois a atuação do Serviço Social no Brasil se defronta com a extrema pobreza da população usuária como reflexo da relação capital/trabalho, que não é satisfatoriamente teorizada pela psicanálise (BISNETO, 2007, p. 28).

Bisneto (2007) apresenta pontos do Movimento de Reforma Sanitária que se entrelaçam com o momento atual do serviço social, como por exemplo, o debate da transformação progressista das organizações institucionais psiquiátricas e de assistência social, bem como a ênfase no aspecto político da assistência social e da assistência psiquiátrica, além da necessidade da interdisciplinaridade e de democratizar as relações de poder entre técnicos e usuários.

O autor em questão aponta o fato de que as correntes que pensam a loucura como fenômeno social, político, histórico e institucional ainda estão presentes pela perspectiva crítica e dialética. E é por meio dessas portas que se encontra a expressão metodológica do serviço social atual no Brasil em saúde mental.

O movimento de Reforma Psiquiátrica entre nós ainda carrega teorias que sustentam aspectos institucionais ou marxistas: o debate da mediação institucional na prática psiquiátrica, tanto no sentido da discussão da legitimidade de seus fins, quanto na prática em estabelecimentos; que as práticas psiquiátricas não podem ser analisadas tão-somente pelo enfoque de um saber científico, mas também pelos seus efeitos políticos e interesses econômicos; e que a luta social embutida no fenômeno da loucura também é uma contrafação das lutas de classes e expressão da dinâmica do capitalismo (BISNETO, 2007, p.35-36).

Contudo o Movimento de Reforma Psiquiátrica abre um leque de possibilidades para a atuação dos assistentes sociais na área de saúde mental, entretanto Bisneto (2007) destaca que os assistentes sociais não são capacitados pela formação universitária para entender a loucura, e o movimento de renovação é heterogêneo dentro da categoria e nem todos os

psiquiatras querem rever os mandados sociais e sua hegemonia no espaço profissional. Essas restrições acabam por interferir na prática do serviço social.

Outro ponto a ser destacado é a questão da interdisciplinaridade, pois as atividades desenvolvidas pelo serviço social na área de saúde mental abordam fatores biológicos, psicológicos e sociais, e para resolver essas demandas é necessário trabalhar em conjunto. Até porque a entrada do serviço social na saúde mental foi sobredeterminada pela criação das equipes multidisciplinares.

A origem da interdisciplinaridade não advém apenas da racionalidade científica, por parte da medicina e dos órgãos planejadores da saúde, também existem interesses e razões políticas e financeiras, conforme demonstra Bisneto (2007):

a) políticas, devido aos programas para atender as expressões da 'questão social' promovidas pela ONU e OEA, decorrentes da política externa norte-americana que almejava a manutenção da sua soberania na América Latina nos anos 1960, os quais enfatizaram o trabalho em equipe e integraram saúde como educação, prevenção, assistência, visando desenvolvimento e organização baseados em modelos copiados dos países de economia central; b) financeiras, porque propiciava melhor aproveitamento de técnicas, como, por exemplo, um médico e vários profissionais auxiliares 'mais baratos' (BISNETO, 2007, p.51).

Para Bisneto (2007) o assistente social trabalha de forma pluralista usando do marxismo para entender porque os loucos são excluídos e para sustentar a garantia de direitos sociais e cidadania para os portadores de sofrimento mental. Diferentemente dos anos de 1970 quando o assistente social era chamado para fazer parte das equipes multiprofissionais e trabalhava mais como auxiliar do psiquiatra do que como assistente social.

No Movimento da Reforma Psiquiátrica o assistente social não deve ser apenas o profissional do 'cuidado', da 'atenção', mas o técnico que pode desenvolver a crítica à sociedade burguesa e à loucura na sua correlação com o capitalismo. O assistente social não deve apenas se munir de técnicas para atuar na Saúde Mental, mas sim desenvolver metodologias, avançando na análise crítica da sociedade nas suas refrações com a loucura, para daí conceber as mediações para a intervenção no campo psiquiátrico (BISNETO, 2007, p.61).

O Movimento de Luta Antimanicomial deu uma concepção e prática em saúde mental mais politizada. O movimento da Reforma Psiquiátrica vem na perspectiva de propor novos encaminhamentos metodológicos, sendo que o

assistente social deve intervir de forma efetiva nas refrações da 'questão social' na área de saúde mental (BISNETO, 2007). Conforme Amarante (2008, p.88):

Para compreender as políticas de saúde mental é preciso ter claro que elas mediatizam saberes e práticas institucionais distintos, como uma evolução histórica específica, e que tanto esses saberes, quanto as práticas de intervenção institucional que eles originam não são monolíticos nem coerentes. Ao contrário, são muitas vezes contraditórios, tanto no nível do saber quanto no nível da intervenção. Daí resultam muitas contradições entre discurso – entendido como planos, programas, normas – e prática institucional.

Assim como relata Amarante (2008), o principal objetivo da Reforma Psiquiátrica é a possibilidade de transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabelecem com a loucura, conduzindo essas relações no sentido de superar o estigma, a segregação e a desqualificação dos sujeitos, estabelecendo uma relação de troca e de solidariedade.

É a partir de todo esse processo da Reforma Psiquiátrica que, segundo Gomes (2009), em 1989 a Secretaria Municipal de Saúde de Santos realiza um processo de intervenção no hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta, o local tinha registros de maus-tratos e mortes de pacientes. Por causa deste fato, que repercutiu nacionalmente, começou a se pensar na ideia da construção de uma rede de cuidados que substituísse o hospital psiquiátrico. Logo, foram implantados, em Santos, os primeiros Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e os CAPS através da Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992.

2.1 Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional. 2.2 Os NAPS/CAPS podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental. 2.3 São unidades assistenciais que podem funcionar 24 horas por dia, durante os sete dias da semana ou durante os cinco dias úteis, das 8 às 18 horas, segundo definições do órgão gestor local. Devem

contar com leitos para repouso eventual (...) (BRASIL, 1992, p.02-03).

Em 1989, o deputado Paulo Delgado, do Partido dos Trabalhadores (PT) sugere um projeto de lei que foi apresentado ao Congresso Nacional, com a perspectiva de um novo modelo de tratamento na assistência psiquiátrica. Esse projeto, segundo Bisneto (2007), virou um marco histórico na luta antimanicomial, do movimento de desinstitucionalização da Psiquiatria Tradicional. O projeto não virou lei, porém mais tarde, em 2001, um projeto substitutivo acarretou a criação da Lei Federal nº 10.216, sancionada em 06 de abril de 2001, que regula as internações psiquiátricas promovendo mudanças no modelo assistencial aos pacientes portadores de sofrimento mental. Nessa lei destaca-se o processo de desospitalização, implementado através da criação de serviços ambulatoriais. Tem como objetivo humanizar o tratamento, para que a internação seja o último recurso, privilegiando o convívio do paciente com a família.

Essa lei proíbe a internação em instituições com características asilares, determina a necessidade de autorização médica para internação, exigindo a notificação compulsória do Ministério Público, no prazo de 72 horas, em caso de internamento contra a vontade expressa do paciente, e o diagnóstico e a terapia passam a depender de autorização do paciente ou de seu responsável legal (BRASIL, 2001). Em seu artigo 1º a lei prevê que:

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 (BRASIL, 2001, s/p).

Foi na Conferência de Caracas em 1990 que foi criado um consenso entre os governos latino-americanos na perspectiva de um novo modelo de Reforma Psiquiátrica, junto ao processo de discussão de nova estratégia em nível municipal, estadual e federal no Brasil, “em conferências participativas que culminaram na II Conferencia Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 1992, considerada um marco na história da psiquiatria brasileira” (VASCONCELOS, 2000, p.26).

Segundo Bisneto (2007) é em 1990, com a implantação gradativa do SUS, que a saúde se torna o maior campo de trabalho do serviço social. Os

assistentes sociais são uns dos profissionais de maior número na saúde, as cidades começam a integrar a assistência psiquiátrica com a rede de atenção básica de saúde em nível municipal, criando unidades básicas, centros de saúde, ambulatorios, específicos de saúde mental. Isso veio como mais um espaço de emprego para o serviço social na área de saúde mental.

É ainda nos anos de 1990 que o Movimento de Reforma Psiquiátrica sofre com a desvalorização do trabalho humano, por conta da hegemonia das políticas neoliberais, com o objetivo de diminuir o investimento público no setor de saúde mental. Conforme Bisneto (2007, p.43):

O impacto do neoliberalismo no Brasil, em nível das políticas sociais, está sendo o desmonte da assistência pública nas áreas de saúde, educação, previdência, segurança, justiça, cultura, entre outras. Na área de Saúde Mental, nesse quadro, o neoliberalismo incentiva a busca da medicalização através da indústria farmacêutica e do tratamento baseado em remédios como saída para o atendimento em massa. Na assistência, há o retorno à caridade e beneficência.

O neoliberalismo objetiva reduzir gastos e aumentar o acúmulo de capital para os donos dos estabelecimentos psiquiátricos e das indústrias multinacionais, e com isso os trabalhadores da área estão ficando sem seus empregos (BISNETO, 2007).

Conforme Gomes (2009) é instituída a Portaria SAS/MS n.189 de 19 de novembro de 1991 que prevê a ampliação de novos serviços na área de saúde mental, como por exemplo, os CAPS que estabeleceu melhorias na assistência dos hospitais e prevê a diminuição do número de leitos psiquiátricos.

No ano de 1992 acontece a IX Conferência Nacional de Saúde e a II Conferência Nacional de Saúde Mental, cujo tema foi a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil. E em 1993, o Movimento de Luta Antimanicomial promove o primeiro encontro em Salvador, nascendo assim a proposta do Programa Nacional de Saúde Mental, resultado da reunião de integrantes do Movimento, junto a forte pressão da sociedade civil, “o Governo Federal compõe a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica sob a Resolução n. 93/1993, da qual a missão era dar novo significado aos rumos e diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental” (GOMES, 2009, p.25).

O projeto terapêutico das instituições psiquiátricas foi regulamentado, no ano de 1994, através da Portaria n. 147/1994 (BRASIL, 1994), esse projeto

prevê: avaliação médica, avaliação psicológica e social, atendimentos individual e em grupo, suporte à família do Portador de Transtorno Mental (PTM) e preparação do paciente e família para a alta hospitalar.

Por conta de todas essas mudanças, houve um processo que Vasconcelos (2000) denomina de desospitalização saneadora, ou seja, acontece uma redução no número de leitos nos hospitais privados e públicos. Junto com esse processo, ocorreu no país a abertura de cerca de dois mil leitos psiquiátricos em hospitais gerais e duzentos serviços de CAPS e NAPS, substituindo assim a assistência psiquiátrica baseada na internação. Outro ponto a se destacar foi o avanço dos núcleos ligados ao movimento de luta antimanicomial, sendo que obteve um número relevante de organizações de usuários e famílias.

Em 1996, cerca de cinquenta associações começaram a se encontrar em todo país, essas associações apresentaram uma carta de direitos e deveres defendendo seus princípios básicos com relação a saúde mental, formando o III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial. Com isso, a voz dos usuários e familiares se torna uma “voz efetiva de cidadãos a contribuir no processo de planejamento, execução e avaliação de serviços e políticas de saúde mental, e com perspectivas potenciais de atuarem até mesmo na formação de profissionais do campo” (VASCONCELOS, 2000, p.28).

Como observa Vasconcelos (2000), com o conservadorismo do bloco do poder e a consolidação de uma política neoliberal pelo governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), ocorre no plano federal um bloqueio de tentativas no que diz respeito ao avanço da reforma e um esvaziamento da liderança política da Coordenação de Saúde Mental, no Ministério de Saúde. Mas, em 1999, tentou-se dar uma força nesse espaço institucional com a escolha da Dra. Ana Pitta, da Universidade de São Paulo (USP), para o cargo de direção, com isso ocorreram alguns avanços como: “a legislação federal sobre cooperativas sociais, para a inclusão no trabalho de indivíduos dependentes, e a portaria do Ministério da Saúde sobre serviços residenciais terapêuticos” (VASCONCELOS, 2000, p.29).

Conforme Vasconcelos (2000), as residências em saúde mental são um elemento fundamental para a desinstitucionalização psiquiátrica, pois tem o papel de evitar que os recursos da área da saúde mental cheguem ao fim por

conta do fechamento das instituições conveniadas. As residências são uma estratégia de conversão e deslocamento dos recursos investidos nos asilos para a rede social mais ampla. No ponto de vista dos usuários os dispositivos residenciais são fundamentais para seu bem-estar físico e psíquico, pois os serviços permitem que o usuário passe por um processo de reapropriação pessoal, pois eles têm, muitas vezes, uma vivência pessoal empobrecida por conta do institucionalismo, violência nas ruas, ou porque seus vínculos sociais foram quebrados. Então é publicada a Portaria GM/MS nº. 106 de 11 de fevereiro de 2000, que cria a linha de atuação dos Serviços Residenciais Terapêuticos com o objetivo de tornar mais exequível a desospitalização de pacientes que passaram por longas internações.

Em 2001, no dia 06 de abril, é aprovada no Congresso Nacional a Lei da Reforma Psiquiátrica n. 10.216, que dispõe sobre “a proteção e direitos dos sujeitos acometidos de sofrimento psíquico, e que redireciona o modelo de assistência em saúde mental” (GOMES, 2009, p.27). No seu artigo 2º, parágrafo único, dispõe sobre os direitos do portador de transtorno mental:

I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II – ser tratado 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 tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX – ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001, s/p).

Outro ponto importante da lei é que o responsável técnico do estabelecimento tem a obrigatoriedade de comunicar ao Ministério Público Estadual quando tiver internação psiquiátrica involuntária. Pois, segundo Amarante (2008), esta inovação passa a produzir efeitos interessantes ao envolver o Ministério Público Federal nas atividades e responsabilidades de proteção das pessoas com sofrimento mental.

Segundo Schneider (2013), a atual política de saúde mental é resultado da luta de trabalhadores da saúde, usuários e familiares por meio do

Movimento Social de Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, que em 1980 deram um passo na busca de mudança na realidade dos manicômios, garantindo o direito à saúde para todos. Com isso, a atenção aos portadores de transtornos mentais passa ter como objetivo exercer a sua cidadania, e não apenas sua sintomatologia. A Reforma Psiquiátrica brasileira tem como eixos: “o processo de desinstitucionalização como desconstrução dos aparatos antimanicomiais; a descentralização da atenção na internação hospitalar em manicômios para o cuidado comunitário; e uma rede diversificada de Atenção à Saúde Mental” (SILVA; ROSA, 2014, p.254).

Conforme Amarante (2008), a política nacional de saúde mental brasileira assumiu um caráter inovador em relação às experiências dos outros países, pois atualmente ela é reconhecida como tal pelas organizações internacionais de saúde como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a OMS. Alguns aspectos são relevantes para explicar os motivos dessa inovação como, por exemplo, a participação e o controle social propiciado pelo SUS, a pluralidade de experiências assistenciais e culturais inovadoras, e o modo como o Estado vem incorporando estas inovações em formas de técnicas que acabam por constituir políticas de transformação do modelo de saúde mental.

Uma das medidas que introduziu uma reversão no modelo assistencial foi, segundo Amarante (2008), o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH), que foi instituído pela Portaria GM/MS nº 251 de 31 de janeiro de 2002. O PNASH foi fundamental para a redução de leitos psiquiátricos, nos dias de hoje o número de leitos é inferior a 50 mil.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída pela Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011, p.01). A RAPS é composta por vários serviços conforme define o Ministério da Saúde:

- **Atenção Básica em Saúde:** Unidade Básica de Saúde; Núcleo de Apoio a Saúde da Família; Consultório de Rua; Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; e os Centros de Convivência e Cultura;
- **Atenção Psicossocial Estratégica:** CAPS nas suas diferentes

modalidades;

- **Atenção de Urgência e Emergência:** Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Sala de Estabilização; Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência /pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde;
- **Atenção Residencial de Caráter Transitório:** Unidade de Acolhimento (UA) e Serviço de Atenção em Regime Residencial;
- **Atenção Hospitalar:** Enfermaria especializada em hospital geral; Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
- **Estratégia de Desintitucionalização:** Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Programa de Volta para Casa (PVC).
- **Estratégias de Reabilitação Psicossocial:** Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

O Programa de Volta para Casa foi criado em 2003 através da Lei n. 10.708:

Trata-se de um programa de reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais, egressas de longas internações, visa o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial no valor de R\$240,00 mensais por um período de um ano, podendo ser renovado caso a pessoa não apresente condições de se reintegrar socialmente (BRASIL, 2003, s/p).

Além desse programa, Amarante (2008) aponta que com relação aos serviços de atenção psicossocial, depois da criação do CAPS e NAPS muitos outros serviços passam a ser criados como os Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) que foram implantados em Minas Gerais.

Hoje já não se utiliza a sigla NAPS, pois todos os serviços de atenção psicossocial passaram a ser chamados de CAPS, sendo estes classificados em três categorias, conforme Amarante (2008):

- CAPS I: Atende a população no município entre 20.000 e 70.000 mil habitantes, funciona de segunda a sexta, e é destinado aos adultos;
- CAPS II: Atende a população no município entre 70.000 a 200.000 mil habitantes, funciona de segunda a sexta, sendo destinado também aos

adultos;

- CAPS II-i: Atende a população no município acima de 200.000 mil habitantes, funciona de segunda a sexta, e é destinado a crianças e adolescentes;
- CAPS II-ad: Atende a população no município acima de 100.000 mil habitantes, funciona de segunda a sexta, atendendo pessoa com uso abusivo de álcool e outras drogas;
- CAPS III: Atende a população no município acima de 200.000 mil habitantes, funciona diariamente, inclusive nos feriados e fins de semana, sendo destinado aos adultos.

Essas categorias de CAPS já existem em todo o Brasil, na tentativa de atender a demanda de toda cidade, por exemplo, o CAPS I atende pessoas com intenso sofrimento psíquico causado por transtornos mentais, incluindo também o uso de substâncias psicoativas. O CAPS II atende uma população maior do que o CAPS I além de ter um espaço destinado apenas para álcool e drogas que é o CAPS II-ad (álcool e outras drogas) e outro espaço destinado a crianças denominado de CAPS II-i (infantil). Já o CAPS III funciona 24 horas atendendo todas as demandas da mesma maneira que o CAPS I e II, porém para ter um CAPS III no município é necessária uma área acima de 200.000 mil habitantes, assim como o CAPS II-i, e por conta do grande número de habitantes o trabalho acaba não atingindo toda a parcela da população.

Segundo Amarante (2008), no final de 2006 o Brasil já tinha cerca de mil CAPS implantados, e também já tinha pelo menos um CAPS em cada um dos estados da federação. O objetivo é que eles funcionem junto à rede e também em conjunto com outros serviços de saúde mental e saúde em geral. Ou seja,

Que passam a atuar articulados intersetorialmente com projetos oriundos da área da educação, da cultura, do transporte, dentre outros, produzidos no âmbito dos vários setores das políticas públicas. E não apenas nas políticas públicas, mas também das iniciativas que vem da sociedade com seus vários recursos e possibilidades (AMARANTE, 2008, p.749).

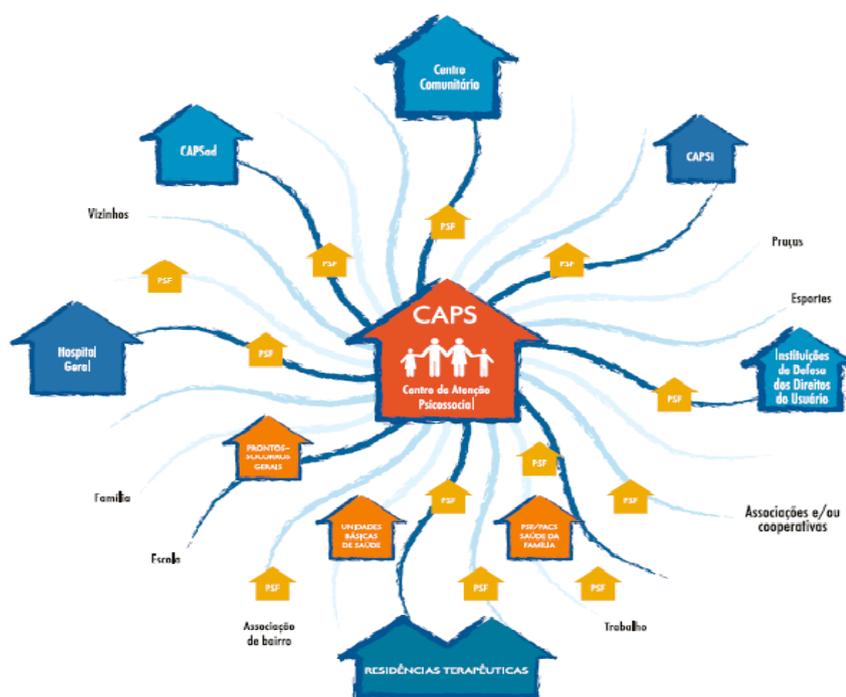
Ainda referenciando o autor, o CAPS é uma modalidade de serviços que foi criada no intuito de atender de forma intensiva as pessoas com sofrimento psíquico considerado intenso e persistente. O CAPS realiza várias atividades dentro do seu espaço, como oficinas de arte e trabalho, atendimentos

individuais e em grupo junto com os usuários e com os familiares. Além disso, o maior potencial de sua capacidade substitutiva está na sua ação junto ao território, “seja na possibilidade de ativar atores e recursos comunitários em função dos objetivos e estratégias de inclusão e integração social, seja na transformação da cultura da comunidade em relação à “loucura e aos sujeitos em sofrimento mental” (AMARANTE, 2008, p.750).

O cuidado, no âmbito do CAPS, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular (PTS), que envolve a equipe, o usuário e sua família. As práticas dos CAPS devem ser realizadas, segundo o Ministério da Saúde (2015), em ambiente acolhedor e inserido nos territórios das cidades, dos bairros. Os PTS, acompanhando o usuário, em sua história, cultura, projetos e vida cotidiana, ultrapassam o espaço do próprio serviço, implicando as redes de suporte social e os saberes e recursos dos territórios.

Portanto, como ilustra a Figura 1, os CAPS devem abranger todo o município, além da família, da escola, e do esporte, também deve abranger os hospitais gerais, centros comunitários, instituições de defesa dos direitos humanos, trabalho, comunidades terapêuticas, unidades básicas de saúde, hospitais psiquiátricos, dentre outros.

Figura 1 - Rede de Atenção à Saúde Mental



Fonte: Ministério da Saúde (2004, s/p).

Além dos CAPS, a RAPS conta com a UA que foi instituída pela Portaria MS/GM nº 121, de 25 de janeiro de 2012. A UA possibilita a oferta de cuidados contínuos de saúde, funcionando 24 horas e em ambiente residencial, além de objetivar o acolhimento voluntário e cuidados contínuos para “pessoas com necessidades decorrentes de uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, acompanhadas nos CAPS, em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório” (BRASIL, 2015, p.13).

O cuidado com as famílias também é importante, por isso segundo a concepção de Amarante (2008), a proposta de atenção à saúde da família que vem sendo implantada no Brasil é uma das mais importantes políticas públicas no país. A Estratégia da Saúde da Família (ESF) é articulada com a saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica, representando uma das mais efetivas e inovadoras frentes do SUS, com o intuito de romper com o modelo biomédico. Nesse sentido é importante que junto às atividades do CAPS e de outros serviços, a articulação com a equipe de saúde da família esteja sempre presente.

Além do CAPS e da UA outra forma de serviço foi criada, as Comunidades Terapêuticas (CT). Segundo Damas (2013), as CT surgiram nos anos de 1950 no Reino Unido a partir de observações do psiquiatra Maxwell Jones para tratar os soldados ingleses da neurose guerra, e com o passar dos anos o modelo foi sendo ampliado para outras patologias, entre elas a dependência química, na perspectiva de que esses pacientes tinham fracassado em sua vida na sociedade. A CT voltada para o tratamento das toxicomanias surgiu a partir de 1960 e tinham dois modelos, de Minnesota que:

Trata-se da ‘versão institucional’ dos Alcoólicos (AA), cia predominantemente espiritual, e baseada na ajuda mútua e nos doze passos. O tratamento em regime fechado poderia variar de 28 dias a vários meses, e buscava a instilação de esperança através da confiança em um poder divino superior (DAMAS, 2013, p.53).

E o modelo Synanon que estabelecia que o dependente químico só poderia ter seu comportamento corrigido a partir de novas formas de convívio e métodos terapêuticos. Além de um modelo comunitário, é tida como uma nova sociedade para os dependentes químicos e seus familiares, estimulando a autoconfiança do indivíduo. Tem como trabalho a laborterapia, utilizando

recursos como a humilhação e a culpa (DAMAS, 2013).

Conforme Damas (2013), as CT no Brasil são sítios ou fazendas na zona rural que recebem dependentes químicos, elas são especializadas em determinado tipo de dependência, sendo que outras são focadas a grupos específicos, como mulheres e adolescentes. Entretanto, existem características que são comuns nas diversas CT, pois não existem empregados para realizar os serviços assistências, e o processo terapêutico é rigoroso com relação as normas internas. Ou seja, o paciente tem o papel mais ativo e os terapeutas são os indivíduos internos com o maior conhecimento da doença.

Mas, uma CT mais elaborada é aquela que “guarda coesão interna, em que todos os objetivos e acontecimentos cotidianos estão harmonicamente dirigidos, em suas possibilidades, para um fim terapêutico” (DAMAS, 2013, p.54). Por isso, o objetivo da CT é ressocialização, sendo descritas quatro dimensões comportamentais que são realizadas para que alcance o objetivo: a primeira é o desenvolvimento individual onde o paciente deve ter atitudes maduras demonstrando habilidades para lidar com as emoções; a segunda é a mudança nos aspectos subjetivos do comportamento; a terceira é incorporar os princípios comportamentais e sociais, como, por exemplo, a necessidade de se colocar no lugar do outro; e a última dimensão é a integração social alcançada através da cooperação, da conformidade e do comprometimento (DAMAS, 2013). O tratamento proposto é de nove meses normalmente e passa por três fases: a desintoxicação, a interiorização e a ressocialização.

Damas (2013) aponta que os pacientes que mais buscam as CT são os que têm problemas mais graves de dependência química e/ou estão associados a problemas como pobreza, menor grau de instrução, desemprego, problemas familiares, entre outros. Pois, segundo ele, o que se observa é que estas pessoas, que são socialmente desfavorecidos formam a população das CT porque os CAPS ainda apresentam muitas dificuldades para tratar estas pessoas, principalmente em casos de dependência química, embora estejam tentando ampliar sua importância na rede psicossocial. Além disso, não tem como esses indivíduos dispor de recursos financeiros para se tratar em clinicas privadas. “Os leitos psiquiátricos em hospitais gerais ainda não são realidade para a maior parte do território nacional. Os hospitais psiquiátricos especializados e públicos tornam-se, cada vez mais, sucateados, devido à falta de apoio político e incentivo financeiro” (DAMAS, 2013, p.61). Portanto,

conforme Damas (2013, p.62):

A proposta terapêutica das CT pode ser bastante interessante. Porém, para que o tratamento seja eficaz, é necessário alguns aspectos que merecem ser observados, começando pela correta indicação de internação por profissionais de saúde capacitados. No caso do tratamento das toxicomanias, pode ser a estratégia mais importante nas fases mais graves da dependência química, ou, ainda, pode ser a única alternativa para os indivíduos em grave situação social. Observar os obstáculos para seu bom funcionamento deve ser um exercício contínuo não somente para os profissionais que ali atuam, mas também para os órgãos de vigilância e pela sociedade como um todo.

As CT foram criadas no intuito de oferecer mais uma opção de tratamento para pessoas com transtornos mentais e comportamentais, para que esses pacientes que estiverem internados na CT possam ter benefícios e redução de danos para assim se manterem abstinentes (DAMAS, 2013).

Conforme os dados do Ministério da Saúde (2016)² existem hoje no Brasil cerca de 336 CT com 7.541 vagas disponíveis. A Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012 do Ministério da Saúde prevê um incentivo financeiro aos Estados, municípios e ao Distrito Federal para dar apoio aos gastos de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as CT.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil, como vimos, teve muitos avanços principalmente após a Constituição Federal de 1988 e as aprovações das leis específicas e no estado de Santa Catarina observa-se mudanças nesse sentido, por conta disso, no próximo item será abordado os aspectos históricos da saúde mental no Estado.

2.2 Serviço Social e Saúde Mental em Santa Catarina

Por conta da escassa bibliografia encontrada para abordar o contexto histórico da saúde mental em Santa Catarina, utilizou-se como referência o texto Schneider (2010) intitulado “História da Atenção à Saúde Mental em Santa Catarina”.

² Os dados foram retirados do site do Governo Federal disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/comunidades-terapeuticas.html>>. Acesso em: 24 set. 2016.

Conforme Schneider (2010), em 1876, João Capistrano de Melo Filho presidente da Província de Santa Catarina, relata a falta de hospícios no Estado de Santa Catarina e que era preciso criá-los. Naquela época os loucos eram enviados para a prisão na Ilha Anhatomirim. No Vale de Azambuja existia a Santa Casa de Misericórdia de Nossa Senhora de Azambuja, criada em 1902, pelo Padre Antônio Eising e pelas irmãs da Divina Providência. Era um conjunto de hospital, asilo, orfanato e hospício de caráter filantrópico, tendo como missão abrigar os doentes pobres e abandonados. A Santa Casa de Misericórdia de Nossa Senhora de Azambuja foi pioneira na criação de um espaço asilar para pessoas com sofrimento psíquico em Santa Catarina.

Ainda segundo a autora, em 1913, o governador pediu que o setor dos alienados da Santa Casa de Misericórdia fosse ampliado devido a grande demanda do Estado, logo o hospício deveria adotar um sistema terapêutico que previa a praxiterapia³, os banhos terapêuticos e o sistema de clausura. Porém, com a constante demanda de internações logo houve a superlotação do hospício. Cabe destacar que até 1915 a instituição não contava com nenhum médico psiquiatra.

Por fim, o Estado não estava mais mandando a verba que havia prometido e com isso começaram novas solicitações para a construção de um novo hospital estadual público em Santa Catarina. Então em 1941 começam as construções do Hospital Colônia Santana sendo inaugurado em 1942, para onde foram transferidos os pacientes de Azambuja junto com as Irmãs da Divina Providência que foram auxiliar no tratamento dos doentes (SCHNEIDER, 2010).

A instituição foi fruto da política nacional de criação de hospícios-colônias, implantada através da 'Liga Brasileira de Higiene Mental', cujo objetivo era efetivar o controle higienista da sociedade, ou seja, isolar focos de contaminação de desajustes sociais e manter a sociedade 'limpa' nos mais diversos sentidos que a palavra comporta (SCHNEIDER, 2010, p.04).

Em 1953 o Hospital Colônia Santana contava apenas com as Irmãs da Divina Providência e dois psiquiatras, mas logo começaram a ser contratados vigilantes, técnicos de enfermagem e novos psiquiatras. As técnicas da ciência

³ Praxiterapia: técnica psiquiátrica de tratamento usada, geralmente, com pacientes crônicos hospitalizados, e que consiste na utilização terapêutica do trabalho, distribuindo-se tarefas de complexidade crescente; terapia ocupacional (MEDICO, 2016).

dos anos de 1950 foram colocadas em prática, como a praxiterapia, a convulsoterapia, a insulinoaterapia, o eletrochoque e, nos anos de 1960, foi incluso os psicofármacos (SCHNEIDER, 2010).

O hospital tinha cerca de 300 leitos e em menos de um ano de funcionamento já estava lotado, sendo que muitos dos doentes eram considerados asilares já que suas famílias tinham os abandonados. “Essa situação gerava sérios impactos nas condições higiênicas, assistenciais e clínicas da instituição, ocasionando constantes questionamentos acerca das condições de funcionamento e da efetividade de sua terapêutica” (SCHNEIDER, 2010, p.05).

Nesse mesmo ano, conforme Gerber (2009), com a crise da indústria carbonífera em Santa Catarina, a oferta de trabalho diminuiu e os mineradores se aproveitaram da ideologia da crise e das diferenças de gênero para admitir a mão de obra feminina e aumentar os lucros. Com isso são criadas instituições como o Serviço Social da Indústria (SESI) que investira na proteção social para as famílias mineiras, tendo a preocupação de garantir a mão de obra forte e minimamente saudável para atender as demandas das minas. O SESI tinha como ideal a busca pela paz social, e aqui em Santa Catarina e isso se materializou por meio do Departamento Regional de Santa Catarina que oferecia diversos serviços como: “(...) assistência médica, farmacêutica, serviços educativos, cursos profissionalizantes, serviços de assistência jurídica, desportos, serviço de assistência alimentar, campanhas médico-sociais e serviço social especializado” (GERBER, 2009, p.103-104).

Segundo Gerber (2009), o Serviço Social Especializado acontecia através da contratação de agentes especiais que desenvolviam o trabalho, pois no Estado ainda não existiam assistentes sociais.

Em 1950 também é fundada, por um grupo de industriais catarinenses, a Federação das Indústrias do Estado de Santa Catarina (FIESC). Conforme Gerber (2009), a partir da FIESC se cria condições para serem implantadas outras entidades patronais, dentre estas, o Serviço Social da Indústria, que foi instalado em 1952, na sede da FIESC. O Serviço Social do Comércio (SESC) também é outro mecanismo criado para estender o controle produtivo para além da indústria/comércio, pois eles se instauraram no cotidiano dos trabalhadores da indústria e do comércio e de suas respectivas famílias.

Em 1953 é criada a Comissão Executiva do Plano do Carvão Nacional (CEPCAN) que, conforme Gerber (2009) tinha como ideal a mecanização e a racionalização dos métodos de trabalho nas minas e a assistência social aos trabalhadores e suas famílias. A comissão surgiu por conta da preocupação com a extrema miséria, das péssimas condições de trabalho e de moradia, do grande índice de mortalidade infantil, do abandono de crianças e dos acidentes de trabalho. Com todo esse processo surge a hipótese do surgimento de demandas sociais em Santa Catarina que requerem a intervenção de um profissional específico, ou seja, “a questão social surgia e exigia respostas, tanto do governo quanto das classes patronais e da sociedade em geral” (GERBER, 2009, p.105). E por conta disso começa o processo de entrada dos assistentes sociais no enfrentamento da questão social em Santa Catarina. Então em 1959 surge a Faculdade de Serviço Social, mantida pela Fundação Vidal Ramos.

Retomando a área de saúde mental, os anos de 1960 e 1970 foram caracterizados pelos planos de meta dos governos que previa o desenvolvimento planejado, na perspectiva de melhorar as condições de vida da população, criar infraestrutura e expandir a economia agrícola e industrial. Nesse mesmo ano de 1970 Santa Catarina foi escolhida junto com outros estados para participar da OPAS que tinha relação com as mudanças na área de atenção aos transtornos psiquiátricos. Essa experiência, conforme Schneider (2010) foi uma espécie de Pré-Reforma Psiquiátrica.

Como exposto anteriormente, a Reforma Psiquiátrica resultou no avanço da saúde mental no Brasil, chegando até Santa Catarina. Conforme Schneider (2010) os efeitos da Reforma chegaram ao hospital Colônia Santana proporcionando mudanças significativas como, a divisão do hospital em 12 unidades com alas femininas e masculinas e a contratação de equipes multidisciplinares, até então inexistentes no hospital, porém ainda continuava a manter a mesma forma de um hospício.

Em 1970 o serviço social também se expandia, segundo Gerber (2009), pela primeira vez, os candidatos ao Curso de Serviço Social submeteram-se ao Vestibular Único e Unificado da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), e a partir de então, o vestibular passou a ser organizado e administrado pela UFSC. A Faculdade de Serviço Social, na condição de Faculdade Agregada à UFSC, começou a criar laços cada vez mais estreitos

com a Universidade, dependendo cada vez mais financeira e administrativamente da mesma. Começando assim, um distanciamento da sua condição de Faculdade Agregada e uma aproximação do Curso de Serviço Social com o trabalho de extensão da UFSC. Em 1979 o curso de Serviço Social chega à UFSC junto a criação do Departamento de Serviço Social.

Na concepção de Schneider (2010), em 1994 foram realizadas sindicâncias pelo Ministério da Saúde devido a denúncias referentes ao Hospital Colônia Santana por péssimas condições higiênicas, terapêuticas e sociais, com isso foi exigido que o hospital fizesse reformulações gerais para que não fechasse as portas.

Portanto, em 1996 o hospital se transforma em Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina (IPQ) agora com grandes mudanças, como a abertura de 160 leitos com o tempo máximo de internação de 21 dias, além das alas para pacientes crônicos asilares, que moram no Centro de Convivência Colônia Santana por meio do modelo de Pensão Protegida (SCHNEIDER, 2010).

A partir de dos anos 2000, segundo Schneider (2010), se inicia um novo ciclo em Santa Catarina, sendo sugerido que os municípios pensassem em uma forma de planejamento em saúde mental. Nos últimos anos vem se pensando no atendimento a esses pacientes por meio de uma rede de atenção integral centrada na comunidade, buscando para o cidadão a cidadania e a autonomia. Começa então a funcionar no Estado os CAPS que são unidades locais ou regionalizadas que atendem a população, servindo como porta de entrada da rede de serviços públicos relacionadas à saúde mental. Essas mudanças começaram a acontecer, em Santa Catarina, com o relatório da Ação Catarinense de Saúde que propõe a recuperação técnica do Instituto de Psiquiatria, formando equipes multidisciplinares e seguindo as recomendações da OMS.

Para Schneider (2010) os processos de transformações da assistência psiquiátrica em Santa Catarina também tiveram muitas contradições como, por exemplo, na relação público e privado, pois final dos anos de 1960 e início dos anos de 1970, a assistência psiquiátrica no Brasil era prestada pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Como não existia rede própria, o MPAS exercitava a política de compra de serviços da rede privada, por isso, no final dos anos de 1970, 70% dos leitos

psiquiátricos no país passaram a ser de hospitais privados. Em 1968 foram criados três hospitais privados no estado: Casa de Saúde Rio Maina – Criciúma, Clínica Nossa Senhora da Saúde – Joinville, e Instituto São José – São José.

A Portaria n. 224, de 1992, do Ministério da Saúde é a referência para o serviço municipal de saúde mental, que deve ser organizado pelas prefeituras. Tem como diretrizes:

Organização de serviços baseada nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações; diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial; garantia da continuidade da atenção nos vários níveis; multiprofissionalidade na prestação de serviços; ênfase na participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução; definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação da presente portaria normativa e pelo controle e avaliação dos serviços prestados (BRASIL, 1992, p.01).

E a Portaria GM n. 251 de 2002 “estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências” (BRASIL, 2002, p.01).

Contudo, os avanços da saúde mental no Brasil e em Santa Catarina são a base para o assunto que vamos tratar na seção II que abordará a relação do serviço social na área de saúde mental e o trabalho realizado com familiares de dependentes químicos no ISJ.

SEÇÃO II

3. O PAPEL DO SERVIÇO SOCIAL NO ISJ: O ATENDIMENTO AOS FAMILIARES DE USUÁRIOS COM DEPENDÊNCIA QUÍMICA

O serviço social nos hospitais psiquiátricos atua em diversos programas e projetos e sua prática vem se modificando por conta das mudanças da assistência psiquiátrica no Brasil. As instituições psiquiátricas acabam por não atender a totalidade da demanda do paciente, vários aspectos interferem no tratamento dos pacientes, que não são tratados pela psiquiatria, entrando aí o papel do assistente social e dos demais profissionais que compõem a equipe multidisciplinar em saúde. Por conta disso, a seção II abordará o contexto do serviço social na área de saúde mental, em uma instituição privada, especificamente na relação entre dependência química e família.

3.1 O Instituto São José

Em 1960 muitos dos atendimentos psiquiátricos realizados no município de São José eram prestados pelo Hospital Colônia Santana, hoje IPQ, mas eram atendidos apenas as pessoas conveniadas pelo INPS, Instituto de Previdência do Estado de Santa Catarina (IPESC) e o Instituto de Pensão e Aposentadoria dos Servidores Estaduais (IPASE). “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” (ERSCHING, 2001, p.46). Além do que, eram atendidas pelas instituições hospitalares somente as pessoas que possuíam vínculos formais de trabalho ou carteira de trabalho assinada. O IPQ tinha como objetivo atender aos usuários com menor poder aquisitivo. E por conta disso, começou a surgir, segundo Souza (2010), a ideia de criar uma clínica psiquiátrica particular que atendesse uma população diferenciada. Foi então que em 1968 surge o ISJ, inaugurado por um grupo de médicos e um dentista. Eles conseguiram um casarão onde era um antigo convento franciscano, esse local foi escolhido por ser próximo da Colônia Santana, assim já havia um caminho conhecido para as internações, dando início aos tratamentos psiquiátricos.

Conforme Souza (2010), no início a equipe era composta apenas por médicos e possuía poucos funcionários que trabalhavam com a parte administrativa. O atendimento se deu pelos convênios com o INPS, IPESC e IPASE.

Após quinze anos de funcionamento, o Instituto São José adquiriu um antigo hospital, situado no bairro Capoeiras, que se tornou um pronto-socorro, se tornando uma extensão do Instituto. Em 1980 implantou-se, neste mesmo local, um setor de alcoolismo, que funcionava com a supervisão mensal de um médico de Porto Alegre. Após alguns anos de funcionamento, o pronto-socorro tornou-se inviável economicamente, sendo fechado (JUNIOR, 1991, p.10).

Também em 1980, começou a se perceber a necessidade de implantar o atendimento à dependência química no hospital, pois, “o consumo de substâncias psicoativas cresceu assustadoramente a partir da segunda metade do século XX, configurando-se nas últimas décadas desse século como um fenômeno de massa e como uma questão de saúde pública” (PRATTA; SANTOS, 2009, p. 208). Portanto, no final do século XX, começou a se buscar uma abordagem mais ampla e coerente do dependente químico, sendo relacionada diretamente para à assistência psiquiátrica. Em 2001 também é inaugurada a Clínica Quinta das Palmeiras, anexa ao Instituto São José que atende pacientes de toda região.

A instituição ISJ é de natureza privada, atua na área da saúde, especificamente na saúde mental. As internações são particulares ou por convênios. Até três anos o hospital contava com a unidade do SUS, porém foi fechada por esta não gerar lucro, e as internações passaram a ser apenas particulares ou por convênios. A abrangência do Instituto compreende principalmente a região Sul, mas com alguns pacientes de outros estados do Brasil. A instituição conta com cerca de 119 leitos hospitalares e com o quadro técnico descrito na Tabela 1 (ROEDER, 2016).

Tabela 1 - Quadro de Funcionários do ISJ

Profissão	Quantidade	Profissão	Quantidade
Administrativo	13	Recepcionista	12
Direção	6	Assistente Social	5
Educador Físico	2	Terapeuta Ocupacional	3
Enfermeiros	6	Motorista	1
Estagiários	2	Nutricionista	20

(Serviço Social e Educação Física)			
Farmacêutico	3	Psicólogo	6
Manutenção	5	Tec. de Enfermagem	64
Médicos	10	Consultor em Dependência Química ⁴	1

Fonte: ISJ (2016)⁵.

O hospital ao todo tem cinco unidades de tratamento (ISJ, 2016):

- **Unidade Ivan:** Destinada a pacientes somente do sexo feminino com transtornos mentais.
- **Unidade Bertelli:** Destinada a pacientes do sexo feminino e masculino. Assiste a todos os portadores de transtornos mentais em que a cronicidade está associada à necessidade de internação de longa permanência.
- **Unidade Santaella:** Destinada a pacientes somente do sexo masculino com transtornos mentais.
- **Unidade Flamboyant:** Destinada a pacientes do sexo feminino e masculino com transtornos mentais e dependência química.
- **Unidade de Dependência Química (UDQ):** Destinada a pacientes do sexo masculino que são diagnosticados dependentes químicos.

A Unidade Jellinek era a antiga unidade do SUS destinada a pacientes masculinos com dependência química, principalmente o alcoolismo e a UDQ era destinada ao sexo feminino e masculino com dependência química (SOUZA, 2010). Com o fechamento da Unidade Jellinek foi inaugurada, no seu lugar, a Unidade Flamboyant que é destinada para os pacientes do sexo feminino e masculino com transtornos mentais e dependência química. E a UDQ passou a ser só para pacientes do sexo masculino.

A UDQ tem como objetivo conscientizar o paciente de sua doença, estimulando a motivação para o tratamento e a manutenção da abstinência, e para que o paciente consiga fazer um tratamento adequado e seguir as orientações é preciso que ele queira e esteja determinado a participar do

⁴ O consultor em dependência química é um dependente químico em recuperação há mais de 15 anos, sua função é coordenar a maioria dos grupos com os pacientes, conversando e dando apoio no que for necessário durante o tratamento.

⁵ A fonte do quadro de funcionários foi retirada dos recursos humanos do Instituto São José, em 2016.

programa, por isso a internação nessa unidade é voluntária (ROEDER, 2016). O programa terapêutico é de 30 dias, mas pode se estender até 90 dias, conforme a necessidade do paciente. A equipe multidisciplinar conta com médicos psiquiatras e clínicos gerais, psicóloga, assistente social, enfermeiros e técnicos de enfermagem, nutricionista, educador físico e consultor em dependência química, se reunindo todos os dias da semana em reuniões de mais ou menos uma hora de duração com o objetivo de tratar as demandas recorrentes de cada paciente (ROEDER, 2016).

O programa terapêutico conta com diversas atividades em grupo durante o dia:

- Reuniões Terapêuticas: em grupo, realizadas pela psicóloga com o objetivo de tratar as demandas que os pacientes trazem que desencadeou o uso das drogas, ou que com o uso das drogas não conseguem enfrentar essas demandas.
- Reunião de Tarefas: acontecem no início da semana em que o consultor em dependência química distribui para os pacientes as tarefas que devem ser realizadas ao longo da semana com o intuito de resgatar a disciplina. Por exemplo, auxiliar no posto de enfermagem, manter as salas de reuniões organizadas, cuidar do uso do telefone, dentre outras.
- Reunião de Doze Passos⁶: coordenadas pelo consultor em dependência química em que cada dia é tratado um passo diferente com o objetivo de conscientizar os pacientes sobre a sua doença.
- Grupos de Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA): acontecem no decorrer da semana com pessoas que participam do AA e NA e depõe sobre a recuperação.
- Grupo de Prevenção da Recaída: coordenado pelo consultor em dependência química com o objetivo de dar motivação aos pacientes para o tratamento.

⁶ Os Doze Passos consistem em um conjunto de princípios, espirituais em sua natureza que se praticados como um modo de vida, podem expulsar a compulsão pelo beber destrutivo e possibilitar que o indivíduo tenha uma vida íntegra, feliz e útil (AA, 2016).

- Seminários: são realizados todos os dias durante a semana, cada dia um membro da equipe apresenta um seminário diferente de acordo com sua área, cada membro tem pelo menos três apresentações diferentes com assuntos relacionados a dependência química.
- Voluntariado: destinado àqueles pacientes que já saíram de alta e continuam em recuperação. Eles participam de algumas atividades da unidade e depõe sobre como está sendo se manter abstinente.
- Plano Terapêutico Avançado (PTA): é realizado pela assistente social e destinado aos pacientes que estão mais de 30 dias internados, sendo elaborado um plano de reinserção social do paciente na comunidade, na família e no trabalho.
- Reflexão em Valores Humanos: grupo coordenado pela psicóloga sobre uma filosofia educacional focada no ser integral – biopsicossocioespiritual -, com o objetivo de remodelar o caráter através do desenvolvimento desses cinco valores principais: amor, paz, retidão, não violência e verdade (ISJ, 2016).
- Grupo Operativo: realizado para que os pacientes falem sobre questões relacionadas à estrutura da unidade e sobre os profissionais, como por exemplo, se falta algo na unidade, se algo não está funcionando ou se o paciente tem alguma reclamação ou elogio sobre algum profissional da equipe.
- Oficina de Habilidades: em reunião de equipe é escolhido um paciente que esteja seguindo o tratamento adequadamente e esse paciente é convidado a fazer uma apresentação aos colegas sobre algo que gosta de fazer, seja sua profissão ou hobbies. A Oficina de Habilidades acontece uma vez por semana.
- Churrasco Terapêutico: acontece sempre que o grupo está seguindo o tratamento de forma adequada. Cada paciente fica responsável por uma tarefa no churrasco, desde assar a carne até devolver as louças na copa. O churrasco tem como objetivo que o paciente se perceba em uma situação de risco e que saiba

lidar com essa situação. É uma atividade acompanhada por toda a equipe.

- Meditação, Yoga e Atividades Físicas: atividades realizadas da perspectiva de ensinar aos pacientes como trabalhar algumas questões como competição, ansiedade e paciência.

Para os dependentes químicos que saem de alta o ISJ conta com o Programa de Atenção à Dependência Química (PADEQ) voltado a proporcionar um espaço terapêutico para pacientes dependentes de álcool e outras drogas, permitindo momentos de troca, autoconhecimento, empatia, identificação das vivências, aumento da autoestima e aprendizados (ISJ, 2016). O programa é realizado pela psicóloga e pelo consultor de dependência química da UDQ de forma semanal ou quinzenal. Para participar do programa é necessário que o paciente esteja abstinente. Para ter acesso ao programa é preciso pagar uma taxa, pois é realizado dentro do espaço do hospital.

E para as famílias dos pacientes que estão internados ou não no ISJ é oferecido o Programa de Atenção à Dependência Química (PADEQ FAMÍLIA). Este é um programa voltado para familiares de dependentes químicos, que tem como objetivo informar as famílias sobre a dependência química, a codependência⁷, e sobre os mecanismos que a família precisa ter para lidar com um dependente químico e conseguir ter qualidade de vida. O programa é desenvolvido em quatro encontros semanais, e para acessar o programa também é preciso pagar uma taxa, pois é realizado dentro do espaço do hospital.

O ISJ conta com outros programas desenvolvidos por profissionais de outras unidades como (ISJ, 2016):

- Terapia de Família: proporciona a valorização da família para influenciar e manter mudanças necessárias para a qualidade das relações familiares.

⁷ O termo codependência teve origem nos estudos com a dependência química e foi atribuído aos familiares, partindo do princípio de que os familiares de dependentes químicos também apresentariam uma dependência, não das drogas, mas dependência emocional ou uma preocupação constante e fixa no dependente. (...) Ao mesmo tempo em que a codependência é uma “dependência” autônoma, ou seja, ela não depende necessariamente da recuperação ou mudança do comportamento de outra pessoa para que o codependente fique bem, vemos que este transtorno não é ainda reconhecido, ou seja, não está no Código Internacional de Doenças, o CID 10 ou no DSM 4, o código americano de doenças. Ela não recebe a atenção devida e, por isto, também é pouco divulgada e conhecida pelo grande público (ALLY, 2016, s/p).

- Programa de Famílias (PROFAM): destinado aos familiares de portadores de transtornos mentais. Favorece o entendimento das relações e dinâmicas familiares e possibilita a construção de ferramentas para melhor qualidade de vida.

- Programa de Atendimento ao Dependente de Nicotina (PADEN): tem como objetivo promover assistência e ajudar os pacientes a deixar de fumar, manterem-se abstinidos e a pensar estratégias de mudanças de comportamentos que geram melhor qualidade de vida.

O serviço social no ISJ tem por objetivo fazer um elo entre o paciente, a família e a sociedade como um todo, por isso no próximo item será abordado a entrada do serviço social no ISJ e o trabalho com as famílias dos dependentes químicos.

3.2 Serviço Social e Família

Como vimos anteriormente, o processo de recolocar o PTM de volta na sociedade é cada vez mais pertinente, pois, afastar o paciente do convívio social é uma das causas do problema. Por isso o serviço social atua na intervenção contínua junto com a equipe multidisciplinar, em contato com o usuário. Ou seja, segundo Bisneto (2007), o profissional transforma as condições sociais particulares dos usuários que são direitos sociais perdidos, recursos econômicos reduzidos, relações sociais empobrecidas, vínculos relacionais estereotipados, situações de alienação social, entre outros.

Por conta dos avanços resultantes da assistência psiquiátrica, o serviço social realiza programas e projetos nessas instituições. Bisneto (2007) relata que a ruptura do convívio social se constitui como parte do problema do paciente por isso a atuação do assistente social se dá de forma interventiva, em contato com o usuário e inserido em equipes multidisciplinares.

Bisneto (2007) relata ainda 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 à necessidade de ajuda ao paciente internado. Nas famílias também se dão conflitos materiais, de poder e de ideias 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, 2007 p.196). Sendo assim, Ersching (2011) aponta que 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.

Retomando a categoria família, independente de sua constituição, essa possui funções de ordem (SILVA, 2001, p.04-05):

- 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.

As funções da família são históricas, pois elas foram se constituindo ao longo do tempo e na sociedade capitalista essas funções vão desde a reprodução biológica, material até a reprodução social dos membros da família, além de ser lugar da estrutura psíquica do indivíduo (TEIXEIRA, 2013).

Conforme Mito (2009, p.134-135) o desenvolvimento do capitalismo trouxe diversas mudanças nas formas tradicionais de prover a proteção social, pois com o agravamento da questão social o Estado passa a ser o ator principal de “regulação das relações entre economia e das demandas sociais”. A proteção social então passa a ser direito de cidadania sendo gerida por meio de sistemas específicos no interior dos Estados. Nesse momento, Mito (2009) explica que acontece a desmercadorização do indivíduo e de sua família em relação ao mercado, ou seja, como o Estado se tornou o ator principal da proteção social ele possibilita que os indivíduos tenham mais autonomia.

Teixeira (2013) relata que foi com a Constituição Federal de 1988 que o Estado toma um novo posicionamento sobre a família, rompendo com as perspectivas de discriminação e reconhecendo-a de diversas formas, além de

reconhecer que as mulheres tivessem os mesmos direitos dos homens. Ou seja, conforme a Constituição Federal de 1988 em seu Art. 226, a família é a base da sociedade e tem proteção especial do Estado: “o Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações” (BRASIL, 1988, s/p).

Existem três modalidades de proteção social apontadas por Mioto (2009), a primeira é a tradicional possuindo valores de solidariedade, fraternidade e caridade que eram desenvolvidas pelas famílias, pelos vizinhos e por meio da religião. A segunda modalidade é exercida pela troca acontecendo por meio das práticas econômicas “realizadas desde as relações face a face até a impessoalidade do mercado” (MIOTO, 2009, p.134). E a última modalidade é a política de alocação de recursos onde o Estado faz a gestão, produz e regula a proteção.

As modalidades de proteção social estão em duas esferas, a pública e a privada. No âmbito público a proteção social se operacionaliza por meio do Estado que garante o bem-estar coletivo por meio da concretização das políticas sociais. Mioto (2009) relata que diversos autores mencionam que nas sociedades que conheceram o Estado de Bem-Estar Social a proteção social se desenvolveu de diferentes formas nos diferentes países, pois na maioria a família “nunca deixou de ter um papel significativo na organização e desenvolvimento dos diferentes sistemas de proteção social” (MIOTO, 2009, p.135). Com isso, ao analisar os sistemas de proteção social dos diferentes modelos de Estados de Bem-Estar Social, é preciso trabalhar com dois conceitos: desfamíliação e familismo.

Conforme Mioto (2009) desfamíliação é o grau de responsabilidade familiar em relação à provisão de bem-estar social, seja por meio do Estado ou do mercado. Portanto, o processo de desfamíliação

pressupõe a diminuição dos encargos familiares e a independência da família especialmente em relação ao parentesco, através de políticas familiares/sociais. Essas são destinadas a atender as necessidades familiares e podem ser dirigidas tanto para os grupos domésticos como para seus membros individualmente (MIOTO, 2009, p.135).

Assim, como aponta Mioto (2009), a proteção social no Brasil se configurou ao longo da sua história com um caráter familista. Pois como

mostrado anteriormente, no final dos anos de 1980 o Brasil avança com a Constituição Federal de 1988, no entanto na década de 1990 recomeça a discussão conservadora e com isso se retoma o caráter familista. Por isso, conforme Miotto (2009) o familismo está presente nos sistemas de proteção social onde para a política pública as famílias devem assumir a principal responsabilidade pelo bem estar de seus membros, ou seja, o Estado aqui não é o principal ator de proteção social.

A tendência do familismo foi abalada, segundo Miotto (2009, p.142) “pelo processo de rearticulação da sociedade civil brasileira através da eclosão dos novos movimentos sociais, da estruturação sindical e do reordenamento dos partidos políticos no período pós-ditatorial, especialmente nos anos de 1980”.

Na sociedade moderna as mudanças com relação ao Estado de Bem-Estar Social são em relação a um novo consenso em volta das políticas sociais, sendo denominado de pluralismo de bem-estar social. O pluralismo de bem-estar social, na concepção de Miotto (2009), é a quebra da centralidade do Estado na provisão de bem-estar em favor do mercado e do terceiro setor como sendo os atores fundamentais nas decisões e na prática da política social. Sendo assim, a concepção liberal em relação à família reaparece com força,

embasada em críticas ao Estado de Bem-Estar Social quanto ao excesso de seu custo, as impropriedades de seu gerenciamento e por ser um sistema que, ao garantir os direitos dos indivíduos, fortalece o individualismo e enfraquece a solidariedade familiar e comunitária (MIOTTO, 2009, p.138-139).

Dessa forma se elimina a responsabilidade coletiva da proteção social e se coloca a responsabilidade nos indivíduos e nas suas famílias pela provisão do bem-estar. Contudo, como aponta Pereira-Pereira (2010) o objetivo da política social em relação à família não é o de responsabilizar as pessoas por questões para além do que as compete, e sim dar alternativas realistas de participação cidadã, para que assim o pluralismo de bem-estar ajudasse a estender a cidadania social. Contudo o Estado precisa ser participativo na garantia de direitos.

Isso não significa desconsideração da chamada solidariedade informal e do apoio primário, próprios da família, mas, sim, a consideração de que essas formas de proteção não devam ser irreais a ponto de lhes serem exigidas participações descabidas e impreparáveis. Para

além do voluntarismo e da subsubsidiariedade típica dos arranjos informais de provisão social, há que se resgatar a política e, com ela, as condições para a sua confiabilidade e coerência, as quais se assentam no conhecimento o mais criterioso possível da realidade e no comprometimento público com as legítimas demandas e necessidades sociais reveladas por esse conhecimento (PEREIRA-PEREIRA, 2010, p.40).

Sendo assim, a família passa a ter diversos formatos fugindo do modelo tradicional nuclear formado apenas por pai, mãe e filho. Por isso, Szymanski (2002) vai definir família de acordo com as composições abaixo:

- Família Nuclear: famílias compostas por pai, mãe e filhos biológicos;
- Famílias Extensas: formadas por pai, mãe, filhos, avós e netos ou outros parentes;
- Famílias Adotivas Temporárias: são famílias nucleares, extensas ou qualquer outra que ao acolher um novo membro temporariamente ganham outras características;
- Famílias Adotivas: formadas por membros que por vários motivos acolhem novos membros, normalmente crianças;
- Famílias de Casais: formada apenas pelo casal que não possui filhos;
- Famílias Monoparentais: são chefiadas pelo pai ou pela mãe;
- Famílias de Casais Homossexuais com ou sem Criança: famílias formadas por pessoas do mesmo sexo que vivem maritalmente com ou sem crianças;
- Famílias reconstruídas após o divórcio: são formadas por pessoas que foram casadas, podendo ou não ter filhos do outro casamento;
- Famílias de várias pessoas vivendo juntas, sem laços legais, mas com forte compromisso mútuo: famílias compostas por pessoas que moram juntas e que mesmo sem laços de sangue são ligados fortemente pelos laços afetivos.

Teixeira (2013) observa que a grande mudança da chamada segunda modernidade é o crescimento dos direitos para as pessoas menos individualizadas e autônomas, como as crianças e as mulheres, pois na família contemporânea a dependência das mulheres diminuiu consideravelmente e isso fez com que estas ingressassem no mercado de trabalho. 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 que

vivem sozinhas são fatores que contribuem para que surjam outras novas formas de famílias, como por exemplo:

- 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.

A ampliação da família vem de encontro com as mudanças que ocorreram com a Reforma Psiquiátrica, pois a partir desses avanços o serviço social começa a ter outro espaço dentro da saúde mental, não tratando somente a cura e sim podendo refletir junto com as famílias as possibilidades e estratégias de tratamento para o PTM. Ou seja,

de acordo com os estudos sistêmicos' a família constitui-se como um sistema aberto. O grupo familiar deve ser visto como um todo através do qual seus membros ou subsistemas se encontram dinamicamente articulados e em interação com os outros sistemas. Nesta perspectiva de totalidade, ela não se restringe à somatória de seus elementos (MIOTO, 1998, p.21).

Sendo assim, em 2013 é criado o projeto de Lei n. 6.583 que estabelece o Estatuto da Família, que em seu Art. 2º define que “entidade familiar é o núcleo social formado a partir da união entre um homem e uma mulher, por meio de casamento ou união estável, ou ainda por comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes” (BRASIL, 2013, p.01). Portanto, esse projeto de lei vai na contramão dos avanços alcançados com relação a família até então, já que ela não é mais vista a partir de um modelo tradicional formada apenas por um homem e uma mulher.

Assim como afirma Sierra (2013), por conta da imigração, das diferenças de classe, etnia e culturas que afetam a vida familiar, pesquisadores começaram a questionar sobre as diversas formas existentes de família. Existem hoje diversos arranjos contemporâneos ligados às transformações decorrentes do sistema capitalista que modificam a dinâmica, as relações e as formas de convivência de uma família.

Sarti (1993, p.43) aponta que no mundo contemporâneo ocorrem diversas mudanças que estão relacionadas com a perda do sentido da tradição, ou seja, “o amor, o casamento, a família, a sexualidade e o trabalho

eram vividos a partir de papéis preestabelecidos” e que agora fazem parte de um projeto em que a individualidade tem cada vez mais importância no meio social.

Mioto (2010) explica que a família se constitui como um espaço complexo, sendo construída historicamente e cotidianamente por meio das relações que seus membros estabelecem frente às esferas da sociedade como o Estado, o trabalho e o mercado. A autora relata que a família não é somente uma construção privada, mas é pública também por ter um papel importante na sociedade. Conforme Mioto (2010), o objeto de trabalho do serviço social são as expressões da questão social, sendo assim as ações do assistente social se desenvolvem na perspectiva da construção da proteção social e dos direitos e por isso o foco central da profissão é a família.

Segundo Teixeira (2013) a partir da década de 1990 no Brasil se tem de um lado o crescimento dos programas de combate à pobreza e do outro lado os programas para pessoas caracterizadas como vulneráveis (idosos, crianças, jovens, pessoas com deficiência), e também colocando a família como público privilegiado “e a atenção aos segmentos com o intuito de atender às demandas das famílias, figurando esta como preocupação de fundo e como estratégia de organização dos serviços, de modo a superar a fragmentação no atendimento” (TEIXEIRA, 2013, p.109). A família é incluída como eixo estruturante das políticas públicas de saúde e assistência social por meio da matricialidade sociofamiliar⁸ que representou uma conquista fundamental para as políticas.

Conforme Teixeira (2013) a noção de matricialidade sociofamiliar identifica o potencial que as famílias possuem de propiciar a proteção sócio-relacional, cuidados e apoios. Essas potencialidades podem se ampliar quando a família é inserida em um sistema de proteção social básico para que tenha asseguradas condições mínimas de vida. Sendo assim, de acordo com Teixeira (2013) a proteção social básica oferece diferentes serviços e programas dentre eles o Programa de Atenção Integral à Família (PAIF).

⁸ A matricialidade sociofamiliar vem na perspectiva de dar atenção às famílias e seus membros, a partir do território de vivência, com prioridade aquelas mais vulnerabilizadas, uma estratégia efetiva contra a setorialização, segmentação e fragmentação dos atendimentos, levando em consideração a família em sua totalidade, como unidade de intervenção; além do caráter preventivo da proteção social, de modo a fortalecer os laços e vínculos sociais de pertencimento entre seus membros, e romper com o caráter de atenção emergencial e pós-esgotamento das capacidades protetivas da família (TEIXEIRA, 2013, p.107).

O PAIF foi criado pela Portaria n. 78 de abril de 2004, tendo como objetivos:

O fortalecimento da função protetiva da família; a prevenção da ruptura dos vínculos familiares e comunitários; a promoção de ganhos sociais e matérias às famílias; a promoção do acesso a benefícios, programas de transferência de renda e serviços socioassistenciais; e o apoio a famílias que possuem, dentre seus membros, indivíduos que necessitam de cuidados, por meio da promoção de espaços coletivos de escuta e troca de vivências familiares (BRASIL, 2016, s/p).

A NOB/SUAS define que “a família deve ser apoiada e ter acesso a condições para responder ao seu papel no sustento, na guarda e na educação de suas crianças e adolescentes, bem como na proteção de seus idosos e portadores de deficiência” (BRASIL, 2005, p.17).

Além do serviço apresentado acima, na área da saúde também foram criados pelo Ministério da Saúde os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008 com o objetivo de “apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações” (BRASIL, 2016, s/p). O NASF atualmente é regulamentado pela Portaria nº 2.488 de 2011, se constituem como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada junto as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde. Com a Portaria n. 3.124 de 2012, o Ministério da Saúde cria a terceira modalidade de conformação de equipe: o NASF 3, que abre a “possibilidade de qualquer município do Brasil faça implantação de equipes NASF, desde que tenha ao menos uma equipe de Saúde da Família” (BRASIL, 2016, s/p).

Além disso, a ESF é o eixo estruturante da Atenção Básica à Saúde, pois ela vê a família de forma integral e sistêmica,

visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das

pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2016, s/p).

Conforme Pereira-Pereira (2010) a família é organizada para suprir as suas necessidades tanto sociais quanto econômicas e para cuidar de seus membros transmitindo valores e ideologias. Entretanto muitas vezes as famílias não possuem condições de suprir tais necessidades e é nesse momento que podem acabar encontrando nas drogas, por exemplo, o motivo para esconder os conflitos existentes em sua vida. “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” (ERSCHING, 2011, p.40).

Contudo ainda existe na sociedade a culpabilização da família pela dependência química. Porém, conforme Neto e Osorio (2011, *apud* ERSCHING, 2011, p.40).

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.

Com isso, é possível perceber que as políticas sociais que são voltadas para a família têm uma concepção funcional de família, “aonde a figura materna e paterna é pensada nesta perspectiva” (ERSCHING, 2011, p. 40 - 41). E o Estado que deveria proteger e subsidiar essas famílias lhes dá saídas pontuais e focalizadas para assim minimizar demandas e com isso as famílias acabam tendo que se responsabilizar em atender as necessidades que seria dever do Estado.

A incidência de pessoas com dependência química cresceu consideravelmente. Estudos comprovam que os efeitos das drogas são extremamente prejudiciais tanto para os usuários como para a família (ERSCHING, 2011). A partir do momento em que o usuário se torna um dependente químico as consequências desse uso excessivo começam a aparecer e acabam dificultando as relações na família. Ainda assim, Ersching (2011) relata que é muito comum a família negar o uso das drogas, e só

perceber o quadro quando ele já está agravado e com impacto no familiar. Por conta de todo esse processo muitos familiares acabam desenvolvendo a codependência que tem como expressões (ALLY, 2016, s/p):

- Cuidados excessivos com o outro: preocupação constante, necessidade compulsiva de ajudar o outro, antecipando as necessidades dele, assumindo responsabilidades por ele e deixando o próprio cuidado de lado;
- Baixa autoestima: culpa-se por tudo, autoexigência e autocrítica exagerada, sente-se envergonhado e inferior aos outros, contenta-se com muito pouco, com “migalhas de amor”;
- Repressão das emoções: reprime seus sentimentos e vontades, de tal modo que, com o tempo, perde o contato;
- Controle compulsivo: necessidade de ter sempre o controle de si mesmo, das situações, do relacionamento, do outro, tentando mudá-lo;
- Ciúme doentio: enorme insegurança, pensamentos constantes de ruminação pelo medo de ser traído ou de ser abandonado, comportamentos e discussões na tentativa de controlar os comportamentos do outro;
- Negação: mente para si mesmo, finge que os problemas não existem ou não são graves, não enxerga e enfrenta os problemas que estão acontecendo na relação, pensa que um dia tudo vai melhorar “do nada”;
- Vive oscilando entre o céu e o inferno: oscila entre gostar e sentir-se magoado e com raiva do outro, ou seja, ora se sente bem na relação e ora se torna vítima e age como o algoz, cobrando posturas de forma pesada e agredindo o outro;
- Acredita que depende do outro: procura desesperadamente amor e proteção fora de si mesmo, não consegue ficar só, sente-se ameaçado pela perda do outro, sente que necessita do outro pra ser feliz;
- Comunicação disfuncional: não expressa abertamente seus sentimentos e pensamentos, a comunicação não é honesta e

franca; não consegue ter bons diálogos e discutir objetivamente os problemas; iniciativas de diálogo se tornam discussões áridas.

- Dificuldades sexuais: usa o sexo para conquistar, segurar e ganhar a aprovação do outro; tenta manipular e controlar o outro através do sexo; fazem sexo quando não querem; com pouco ou nenhum prazer, etc.
- Envolvimento com pessoas complicadas: escolhe parceiros indisponíveis, indecisos, de classe socioeconômica inferior, agressivos, distantes, que sugam e pouco doam, irresponsáveis, mal caráter, que também apresentam transtornos psicológicos como dependências (de álcool, de outras drogas, de jogos, etc.). Por isto, tem decepção amorosa, sofre muito por amor, experimentando uma vida amorosa insatisfatória.

Sendo assim, segundo Stein (2015), o adicto e o codependente tornam-se dependentes de uma ilusão. Os adictos se iludem imaginando que podem escapar do sofrimento através de um objeto ou substância e os codependentes acreditam na ilusão que podem substituir este objeto ou substância por cuidados e proteção extrema.

o codependente passa a ter comportamentos análogos ao adicto mudando a sua rotina para viver em torno deste. Torna-se obsessivamente fechado na missão que estabeleceu para sua vida, gerando um alto grau de comprometimento emocional, compondo um quadro crônico, que oscila entre a hostilidade ao membro adicto e a facilitação do seu acesso à substância utilizada ou ao comportamento adictivo (STEIN, 2015, p.20).

A codependência afeta a saúde física, mental, emocional e social dos envolvidos durante esse processo e, portanto, todos estes aspectos devem ser igualmente considerados quando do diagnóstico e tratamento. Em sua fase inicial, como explica Stein (2015), a codependência é uma resposta normal a uma situação anormal, ou seja, em um primeiro momento a codependência é somente uma reação aos sintomas da doença adictiva, mas os padrões de comportamentos acabam se tornando autodestrutivos e permanecerem mesmo na ausência dos sintomas da dependência.

Segundo os resultados de uma pesquisa recente realizada no Brasil, pela Unifesp mostram que, em média, nove pessoas são afetadas pelo impacto de um dependente químico e estima-se que pelo menos 28 milhões de pessoas vivam hoje no Brasil com um dependente químico. A pesquisa aponta também que, além da resistência do dependente químico em aceitar o

tratamento (52% dos casos), o comportamento/atitude da família (11%) é a segunda maior dificuldade encontrada no tratamento. Convivendo com sentimentos opressores como tristeza (28%), impotência (26%), dor, angústia, raiva, desespero, culpa, pena, decepção, solidão e medo. Este impacto corresponde aos vividos por familiares de doentes terminais (ALLY, 2016, s/p).

Portanto, a família também pode prejudicar o tratamento do dependente químico se não buscar a aceitação e o tratamento adequado. É preciso que a família busque, junto com profissionais, o maior número de informações sobre a dependência química e sobre a codependência, busque participar de grupos de autoajuda e busque fazer acompanhamento terapêutico, se for o caso, para ter qualidade de vida e orientar de forma adequada o tratamento do dependente químico. É importante ressaltar que ninguém é culpado pelo desenvolvimento da dependência química, somente o paciente é responsável pelo seu tratamento a partir do momento em que conhece a doença e sabe quais os mecanismos utilizar para fazer a manutenção de forma adequada.

Quando a família inicia o tratamento passa por alguns estágios de mudança para saber como lidar com o usuário.

Tabela 2 - Estágios de Mudança da Família

Pré-Contemplação	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidar-se; - Ter limites; - Procurar ajuda para saber como lidar com o dependente químico;
Contemplação	<ul style="list-style-type: none"> - Dar informações; - Oferecer ajuda e tratamento ao dependente químico; - Auxiliar na modificação do comportamento;
Preparação	<ul style="list-style-type: none"> - Não correr o risco de oferecer vários tratamentos e atividades (exemplos: esportes, religião, trabalho, etc); - Perguntar o que o dependente químico acha que pode ajudar na sua recuperação;
Ação	<ul style="list-style-type: none"> - Embora a recaída pareça distante, fique atento; - Reforçar ganhos com a modificação do comportamento de risco;
Manutenção	<ul style="list-style-type: none"> - A família precisa se preparar para a alta do tratamento. Para tal, é importante ter o aconselhamento dos profissionais e locais que acompanham o caso;
Recaída	<ul style="list-style-type: none"> - Não recair junto. Por exemplo: achar que todo tratamento de nada adiantou; - Ao invés de criticar, oferecer ajuda no primeiro momento; - Reforçar a autoestima; - Levar para o tratamento;

Fonte: Figlie e Payá (2013, p.386).

Silva (2015) explica que esse processo de transição da família necessita, então, de grande atenção e acolhimento dos profissionais durante o atendimento dos usuários para que traga também benefícios não só para o

usuário, mas também para aqueles que estão envolvidos na situação. Assim, como aponta Ersching (2011, p.45),

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.

Silva (2015) afirma que a família não deve ser vista como um problema ou um fator complicador que deveria ficar fora do processo, mas como uma forte aliada, como o principal instrumento no processo de resgate do indivíduo usuário de substâncias psicoativas.

Por fim, o assistente social é o profissional que dentro das instituições psiquiátricas vai atuar diretamente com as famílias, isto porque trabalha com as expressões da questão social sendo a dependência química uma delas. Por conta disso, a atuação do assistente social em instituições de saúde mental trouxe à categoria, a necessidade de instituir uma nova forma de pensar e trabalhar a família como possibilidade de intervenção a esta demanda. E é nesse sentido que serviço social exerce seu papel no ISJ.

3.2.1 O Serviço Social na Unidade de Dependência Química

A entrada do serviço social no ISJ, conforme Souza (2010) aconteceu em fevereiro de 1972 e tinha como objetivo auxiliar no tratamento psiquiátrico, sanando problemas que dificultassem o tratamento médico. Pois, como já vimos anteriormente, foi a partir da Reforma Psiquiátrica que o assistente social vai ganhando espaço na área de saúde mental. No início, o hospital contava com apenas uma assistente social sendo que ainda não existia o Serviço de Dependência Química. Com o passar do tempo o trabalho do serviço social foi se aperfeiçoando e sendo subdividido entre as unidades e hoje é necessário um assistente social para cada unidade.

O objetivo do serviço social na UDQ se dá na reintegração sociofamiliar por meio da conceituação da dependência química para a família, mostrando que é uma doença sem cura, porém tratada. “Acolher a família que chega fragilizada psicologicamente e fisicamente mostrando a importância do tratamento e a busca por ajuda, orientando na forma de lidar com o dependente químico” (ROEDER, 2016, p.02). O serviço social tem como atribuições (ROEDER, 2016):

- Atender as famílias individualmente, informando que o objetivo do atendimento é conhecer a dinâmica familiar e os motivos que levou o paciente a se tornar um dependente químico. O atendimento compreende orientações gerais e à família a participar de grupos de ajuda como o Al-Anon⁹, Nar-Anon¹⁰, Amor Exigente¹¹ e PADEQ Família;
- Acolher os pacientes mostrando o papel do serviço social na UDQ;
- Elaborar registros dos atendimentos realizados com as famílias, dos acolhimentos dos pacientes e dos grupos e seminários que realiza durante a semana;
- Realizar tarefas administrativas: ligar para as famílias em até 72 horas depois que o paciente interna e agendar o atendimento, avisar as famílias sempre que o paciente precisar realizar algum exame fora do hospital, marcar a perícia junto com o paciente sempre que necessário; solicitar pertences para as famílias;

⁹ Os grupos familiares Al-Anon são uma associação de parentes e amigos de alcoólicos que compartilham sua experiência, força e esperança, a fim de solucionar os problemas que tem em comum. Acreditam que o alcoolismo é uma doença que atinge a família e que uma mudança nas próprias atitudes pode ajudar na recuperação (AL-ANON, 2016).

¹⁰ O Nar-Anon é uma irmandade mundial de parentes e amigos de dependentes químicos que acreditam que suas vidas foram afetadas pela dependência química de alguém; (...) uma irmandade cujos membros compartilham suas experiências, forças e esperança a fim de solucionar os problemas que têm em comum; compatível com o tratamento profissional; autossuficiente e autossustentado através das contribuições voluntárias de seus membros (...) (NAR-ANON, 2016).

¹¹ O Amor-Exigente é um programa de auto e mútua ajuda que desenvolve preceitos para a organização da família, que são praticados por meio dos 12 Princípios Básicos e Éticos da espiritualidade e dos grupos de auto e mútua-ajuda que através de seus voluntários, sensibilizam as pessoas, levando-as a perceberem a necessidade de mudar o rumo de suas vidas e do mundo, a partir de si mesmas (AMOR-EXIGENTE, 2016).

marcar atendimento com as famílias para os médicos; organizar licenças terapêuticas¹² e autorizar/restringir visitas.

O serviço social realiza seminários com os pacientes que abordam temas relacionados a família, trabalho e violência. Esses seminários têm como objetivo levar informações para os pacientes sobre as famílias, a sua importância no tratamento, mostrar como elas também ficam fragilizadas com o comportamento, motivar a conversa entre o paciente e a família. Também tem como objetivo levar informações sobre como o trabalho fica prejudicado com o consumo intenso de álcool e drogas, levando o usuário a faltar muitas vezes ao trabalho e acabar perdendo o emprego. E por fim o seminário sobre violência aborda, além da violência que o usuário comete com ele mesmo também a violência com família, tanto física quanto psicológica, mostrando o quanto essa questão é prejudicial no convívio familiar.

O assistente social também realiza o PTA que, como já exposto, tem como objetivo inserir novamente o usuário na comunidade. A assistente social estimula os pacientes a pensar em sua rede de apoio depois da alta hospitalar, com quem ele vai poder contar para não recair e também quando recair. E por fim, o serviço social atua no PADEQ Família que, também como já exposto, é o momento em que as famílias podem ter o máximo de informações sobre a dependência química para assim poder ter o mínimo de qualidade de vida e poder ajudar o usuário.

Contudo, o objeto de estudo deste trabalho é a dependência química, sendo esta uma doença que não tem cura, mas com tratamento. Assim como mostrado, ela traz inúmeras demandas para as famílias, sendo estas o foco do serviço social na área de saúde mental. Porém, o assistente social inserido no hospital com foco na dependência química necessita ter um conhecimento a parte sobre a doença para assim poder realizar seu trabalho. No próximo item será abordada a questão da dependência química, mostrando como ela se desenvolve, seus sintomas e consequências.

¹² As licenças terapêuticas são autorizadas a partir de 21 dias de internação, se o paciente, a família e o médico estiverem de acordo. O objetivo é que o paciente passe um final de semana em casa junto com a família para se perceber, o papel da família nesse momento é conversar com o paciente sobre seu tratamento e estimular a recuperação.

3.3 Dependência Química

O conceito de dependência química é recente quando o comparamos com o consumo de substâncias psicoativas pela humanidade. Uma das primeiras descrições sobre o uso indevido do álcool, conforme Diehl, Cordeiro e Laranjeira (2011) foi feita por Aristóteles no século 4 a.C, afirmando que a virtude em beber está no equilíbrio entre a sociedade e o exagero. Ersching (2011) destaca que o uso da Cannabis existe desde 4600 a.C tanto para fabricar matéria-prima para fibras e manufaturas quanto para rituais religiosos.

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 (ERSCHING, 2011, p.16).

Diehl, Cordeiro e Laranjeira (2011) relatam que Aristóteles, por ser filósofo, pensava que o abuso de álcool era uma escolha pessoal, sendo que essa concepção permaneceu por toda Idade Média. Durante a Idade Média, conforme Pratta e Santos (2009), a Igreja Católica tinha um grande poder, tanto religioso quanto econômico e social. Para a Igreja as plantas eram consideradas diabólicas, era sinônimo de feitiçaria. A única droga permitida nesse período era o álcool por ser considerado um elemento que simboliza o sangue de Jesus Cristo. Mais tarde com a chegada da destilação, Diehl, Cordeiro e Laranjeira (2011) relatam que, em meio a um período de transformações socioeconômicas, como a tecnologia agrícola e as grandes navegações, as bebidas com maior teor de álcool começaram a ser comercializadas, e logo o consumo ficou mais abusivo e intenso.

Mas, a partir do século XVII, a evolução da medicina, principalmente na biologia, apresenta uma concepção mecanicista da vida, concepção esta que os médicos passaram a atuar com relação à saúde e a doença. O acúmulo das cidades junto a um grande número de pessoas desempregadas vivendo em situações de vulnerabilidade social contribuíram para o aumento do uso de substâncias. No final do século XIX e início do século XX, assim como abordado na seção I, com o PTM, as pessoas que apresentassem problemas com álcool e outras drogas eram colocadas em instituições psiquiátricas somente para retirá-las do convívio social.

pode-se dizer que a droga, como qualquer outro elemento presente na sociedade, segue a evolução das culturas, ou seja, os padrões, a frequência de utilização e os tipos de drogas consumidos mudam de uma época para outra de acordo com as condições sócio-culturais existentes. O que diferencia o uso das drogas no passado e o uso atual, é que este deixou de ser um elemento de integração, um fator de coesão social e emocional da população, passando a constituir-se num elemento de doença social, de desintegração (PRATTA; SANTOS, 2009, p.207).

De acordo com Diehl, Cordeiro e Laranjeira (2011), em 1970 Edwards e Gross fizeram a proposta de um conceito mais amplo sobre a síndrome de dependência do álcool, ou seja, a dependência passou a ser reconhecida “como um conjunto de sinais e sintomas, e sua etiologia, advinha de aspectos físicos, psicológicos e sociais individuais” (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011, p.45). Sendo assim a OMS definiu um novo conceito de dependência de álcool, sendo vista como uma síndrome grave, fazendo uma distinção entre o abuso e a dependência da substância.

Conforme Pratta e Santos (2009), a partir do século XX o consumo de substâncias psicoativas cresceu consideravelmente, sendo configurado como um fenômeno em massa e uma questão de saúde pública. Com esse processo o álcool e as drogas ganham um novo olhar dos profissionais.

Em 1998, conforme o Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas (OBID, 2016), o Brasil começa a construir uma política nacional específica sobre o tema da redução da demanda e da oferta de drogas. Foi depois da realização da XX Assembleia Geral Especial das Nações Unidas que começam a serem tomadas as primeiras medidas. O Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) passou a ser Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e também foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). A SENAD tinha como objetivo mobilizar os diversos atores envolvidos com o tema para a criação da primeira política brasileira. Com isso, foi por meio de Decreto Presidencial nº 4.345 de 26 de agosto de 2002, foi instituída a primeira Política Nacional Antidrogas (PNAD) do país.

Em 2004 acontece uma atualização da política que passa a ser denominada Política Nacional Sobre Drogas (PNAD) aprovada em 23 de maio de 2005 por meio da Resolução nº 3/GSIPR/CONAD. Essa política estabelece:

os fundamentos, os objetivos, as diretrizes e as estratégias indispensáveis para que os esforços, voltados

para a redução da demanda e da oferta de drogas, possam ser conduzidos de forma planejada e articulada. Todo esse empenho resultou em amplas e importantes conquistas, refletindo transformações históricas na abordagem da questão no país (OBID, 2016, s/p).

Esse documento foi dividido, conforme OBID (2016), em cinco partes: Prevenção; Tratamento, Recuperação e Reinserção Social; Redução de danos Sociais a Saúde; Redução da Oferta; e Estudos, Pesquisas e Avaliações.

Em 2006, conforme OBID (2016) é aprovada a Lei n. 11.343/2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), colocando o Brasil em destaque no cenário internacional e prescrevendo medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, de acordo com a atual política sobre drogas. Assim, entende-se que usuários e dependentes não devem ser penalizados pela justiça com a privação de liberdade, por isso a justiça passa a ser restaurativa na perspectiva de ressocialização por meio de penas alternativas, como: advertência sobre os efeitos das drogas; prestação de serviço à comunidade em locais/programas que se ocupem da prevenção/recuperação de usuários e dependentes de drogas; e medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo (OBID, 2016, s/p).

Em 2008 é instituída a Lei n. 11.754, onde o Conselho Nacional Antidrogas passa a se chamar Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD). A nova Lei também alterou o nome da Secretaria Nacional Antidrogas para Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). A ação do CONAD é descentralizada por meio de Conselhos Estaduais e de Conselhos Municipais (OBID, 2016, s/p).

Segundo Pratta e Santos (2009), a OMS (2001) destaca que a dependência química deve ser tratada como uma doença médica crônica, podendo ser caracterizada como um estado mental e físico o que resulta da interação entre um organismo vivo e uma droga, gerando uma compulsão. Portanto, não basta identificar e tratar os sintomas, mas sim, “identificar as consequências e os motivos que levaram à mesma, pensando o indivíduo em sua totalidade, para que se possa oferecer outros referenciais e subsídios que gerem mudanças de comportamento em relação à questão da droga” (PRATTA; SANTOS, 2009, p.208).

Portanto, de acordo com a SENAD (2002, *apud* SOUZA, 2010, p.18)

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.

Sendo assim, para ser diagnosticado como dependente químico o uso deve ser intenso e diário causando problemas para o indivíduo que está usando e para a sociedade. É necessário manifestar três ou mais sintomas listados pela Tabela 3 no último ano.

Tabela 3 - Critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV (DSM - IV) para dependência de substância

Um padrão de uso disfuncional de uma substância, levando a um comprometimento ou desconforto clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos sintomas, ocorrendo durante qualquer tempo, no período de 12 meses:

- Tolerância, definida como um dos seguintes critérios:
 - Necessidade de quantidades nitidamente aumentadas de substâncias para atingir intoxicação ou efeito desejado;
 - Efeito nitidamente diminuído com o uso contínuo da mesma quantidade da substância.
- Abstinência, manifestada por um dos seguintes critérios:
 - Síndrome da abstinência característica da substância;
 - A mesma substância (ou outra bastante parecida) é usada para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.
- A substância é frequentemente usada em grandes quantidades, ou por período maior do que o intencionado;
- Um desejo persistente ou esforço sem sucesso de diminuir ou controlar a ingestão da substância;
- Grandes períodos de tempo utilizados em atividades necessárias para obter a substância, usá-la ou recuperar-se de seus efeitos;
- Reduzir ou abandonar atividades sociais, recreacionais, ou ocupacionais por causa do uso da substância;
- Uso continuado da substância, apesar do conhecimento de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tenha sido causado ou exacerbado pela substância.

Fonte: (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2010, p.07).

O Código Internacional de Doenças, 10ª Revisão (CID 10) instituiu uma lista de situações, conforme Souza (2010), onde um diagnóstico determinante de dependência deve ser feito quando três ou mais situações dessa lista ocorreram no ano anterior.

Tabela 4 - Critérios de Classificação Internacional de Doenças - Décima Edição (CID-10) para dependência de substâncias

- Um desejo forte ou senso de compulsão para consumir a substância;
- Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de início, término ou níveis de consumo;
- Um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido por doses mais baixas;
- Abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessária para obter ou tomar a substância ou para se preocupar de seus efeitos;
- Persistência no uso da substância, a despeito da evidência clara de consequências manifestamente nocivas.

Fonte: (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2010, p.07).

Assim como nos mostra Ersching (2011) o CID-10 em seu capítulo V, apresenta 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; e solventes voláteis. Portanto, as drogas 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.

De acordo com a Secretaria Nacional Antidrogas (1999), os efeitos causados no organismo pelas substâncias psicoativas podem ser classificados como depressores, estimulantes e perturbadores¹³.

Assim como aponta Figlie, Bordin e Laranjeira (2010, p.03) existem uma vasta variedade de teorias que explicam a natureza da dependência química. Mas, elas estão definidas em quatro modelos: o modelo de doença, o modelo de comportamento aprendido, o modelo psicanalítico e o modelo familiar.

O modelo de doença começou a ter influência nos tratamentos a partir de 1970, então entende-se a dependência como “um transtorno primário e independente de outras condições: uma herdada suscetibilidade biológica aos efeitos do álcool ou das drogas”. Os autores relatam que as principais características da dependência são: a perda de controle sobre o consumo de álcool ou drogas; a negação; o uso continuado mesmo tendo consequências negativas; e um padrão de recaída.

¹³ As classificações das substâncias psicoativas depressoras, estimulantes e perturbadoras serão discutidas no próximo item.

O modelo de comportamento aprendido, são, como diz o nome, aprendidos ou condicionados. Por isso, os problemas comportamentais podem ser modificados pelo mesmo processo que os criou. As categorias que fazem parte desse comportamento, segundo Figlie, Bordin e Laranjeira (2010) são: condicionamento clássico que pode explicar como várias situações ambientais se tornam estímulos condicionados que geram respostas; condicionamento operante onde os padrões de comportamento são determinados por reforçadores positivos ou negativos que acontecem como consequência do comportamento; modelagem que é observar o comportamento de outras pessoas como forma de desenvolver habilidades, é uma forma eficiente e rápida de mudança; e o modelo cognitivo-comportamental que explica que as emoções e os comportamentos são influenciados pelos processos de pensamento.

O modelo psicanalítico entende o comportamento de um dependente químico como uma tentativa de retornar a estados que permitem uma sensação de prazer sentida na infância. Para esse modelo algumas deficiências do indivíduo poderiam o levar a abusar de substâncias, como por exemplo, falta de tolerância aos afetos, prejuízos nas habilidades de autoproteção, ficar vulnerável com relação à autoestima e ter dificuldades de construir relacionamentos e ter intimidade (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2010).

E por último, o modelo familiar que possui três categorias: o modelo de doença familiar, o modelo familiar sistêmico e o modelo comportamental. “Essas teorias contribuíram muito para o entendimento da dependência, principalmente no que diz respeito ao conceito de equilíbrio e à importância das regras e metas que governam os relacionamentos familiares e como elas contribuem para a manutenção de uso de substâncias” (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2010, p.05).

Os autores ainda apontam que existe um quinto modelo, que é o mais utilizado, o modelo biopsicossocial que é uma junção dos outros modelos, são um conjunto de fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais que juntos são importantes na causa, no decorrer e nos resultados do transtorno.

Figlie, Bordin e Laranjeira (2010) explicam a diferença entre uso, abuso e dependência. Sendo assim, o uso pode ser definido como qualquer consumo

de substâncias, tanto para experimentar, quanto uso esporádico. O abuso é associado a algum tipo de prejuízo, tanto físico quanto psicológico ou social. E a dependência é o consumo sem controle, gerando problemas sérios para quem está consumindo.

Figlie, Bordin e Laranjeira (2010) explicam que nem todo uso de álcool e drogas é devido à dependência, pois parte das pessoas que apresenta um quadro de uso disfuncional não é dependente. “Estudos populacionais demonstram que das pessoas que fazem uso nocivo do álcool, 60% não progredirão para a dependência nos próximos dois anos, 20% voltarão para o uso considerado normal e 20% ficarão dependentes” (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2010, p.05). Os autores explicam que não existe um fator que determine se as pessoas se tornarão dependentes e por isso a redução de danos é uma alternativa para que o usuário não chegue ao ponto da dependência.

A redução de danos é uma medida de saúde pública feita para minimizar as consequências adversas do uso de drogas, é compreendida como uma estratégia de abordagem no tratamento e na prevenção do uso de drogas. Conforme Figlie, Bordin e Laranjeira (2010) os programas de redução de danos devem ter suas ações exercidas no ambiente que os usuários frequentam. Dessa forma a redução de danos pode ser entendida por duas versões diferentes: a primeira para “reduzir danos de HIV e doenças sexualmente transmissíveis (DST) em usuários de drogas injetáveis; e a segunda inclui ações no campo da saúde pública preventiva e políticas públicas que visam prevenir os danos antes que ocorram” (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2010, p. 560). Sendo assim, os programas de redução de danos têm como base estratégias realistas, demonstrando respeito pelo usuário e proporcionando escolhas e responsabilidade pela mudança.

Muitos pacientes além do álcool e de outras drogas também são fumantes. Na UDQ existem seminários que tratam da questão do uso do cigarro e de como é importante parar de fumar, mas apesar disso entende-se que se o paciente é usuário de alguma substância e também é fumante ele não vai conseguir parar totalmente com o uso da substância e do cigarro ao mesmo tempo, então existe na UDQ o fumódromo, um local onde é liberado fumar 1 carteira de cigarro por dia em um espaço pequeno e sem janelas, onde só cabem 4 pessoas. O fumódromo foi criado na intenção de reduzir o fumo

gradativamente com a ajuda dos profissionais e dos seminários voltados para essa redução.

Um dos maiores desafios do dependente químico justamente é se manter abstinente e a prevenção da recaída tem sido o modelo mais utilizado para ajudar nesse aspecto. Conforme Diehl, Cordeiro e Laranjeira (2011), a prevenção da recaída esta ligada a três pontos fundamentais: é preciso que o usuário se conscientize do problema, desenvolva e treine habilidades que visem à construção de ações mais amplas possibilitando o enfretamento de situações de risco e o usuário deve ser instrumentalizado na tentativa de construir um novo estilo de vida, com mais equilíbrio entre as fontes de estresse e os recursos desenvolvidos para lidar bem com elas.

Um dos ganhos da prevenção da recaída foi permitir ao dependente químico não mais ser visto como alguém sujeito ao seu transtorno, como vítima deste, e ao mesmo tempo livrá-lo do peso do julgamento de caráter daqueles que veem a dependência química pela ótica do modelo moral (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011, p.286).

A dependência química para muitos não é vista como uma doença e sim algo relacionado ao caráter, por isso muitos sofrem com preconceitos, inclusive por parte da família. Por isso, segundo Prata e Santos (2009), é necessária uma mudança na forma de ver o usuário, os encarando como seres ativos e que possuem saberes e fazeres próprios, implicando no processo de saúde/doença.

O próximo subitem abordará os tipos de substâncias usadas pelos dependentes químicos e suas consequências, bem como os dados coletados no ISJ dos pacientes internados na UDQ.

3.4 Características do perfil dos usuários com dependência química atendidos pelo Serviço Social

Apresentam-se os dados levantados no ISJ, a partir da realidade dos usuários com dependência química atendidos pelo serviço social. Os dados referem-se aos pacientes internados na UDQ nos meses de agosto, setembro e outubro do ano de 2016. Os dados coletados são relacionados às questões como: número de internações do paciente no ISJ, faixa etária, situação no

trabalho, tipo de substância que consome e qual o familiar responsável pela internação.

Como já exposto anteriormente, a UDQ só recebe pacientes do sexo masculino e a internação é voluntária, pois o hospital entende que o paciente precisa aceitar a sua doença e querer o tratamento. A internação é de no mínimo 30 dias, podendo se estender por até 90 dias. Caso o paciente manifeste a vontade de sair antecipadamente, contra a vontade da equipe, ocorre a alta solicitada.

Nos gráficos apresentados a seguir constam as informações sobre a frequência de internações na UDQ. No mês de agosto foram realizadas 22 internações, em setembro foram realizadas 19 internações e em outubro foram realizadas 16 internações no total. Não foram contabilizados no mês de setembro os pacientes que já estavam internados no mês de agosto, assim como não foram contabilizados o mês de outubro os pacientes que já estavam internados em setembro.

Gráfico 1
Frequência de Internações
Agosto 2016



Gráfico 2
Frequência de Internações
Setembro 2016



Fonte: Elaboração da autora com base nos dados coletados (ISJ, 2016).

Gráfico 3 - Frequência de Internações - Outubro 2016



Fonte: Elaboração da autora com base nos dados coletados (ISJ, 2016).

É possível perceber com os gráficos que a maior parte dos pacientes já internaram até 5 vezes na UDQ, seguido dos pacientes de primeira internação. Muitos pacientes, principalmente os de primeira internação vem em busca de tratamento por sua vontade, mas observa-se que muitos vêm por vontade da família, por ameaças de desemprego, entre outros motivos, sem que estejam realmente motivados a parar de consumir a substância.

Os próximos gráficos apresentam a faixa etária dos pacientes internados na UDQ.

Gráfico 4
Faixa Etária - Agosto 2016



Gráfico 5
Faixa Etária - Setembro 2016



Fonte: Elaboração da autora com base nos dados coletados (ISJ, 2016).

Gráfico 6 - Faixa Etária - Outubro 2016



Fonte: Elaboração da autora com base nos dados coletados (ISJ, 2016).

Na UDQ é permitida a internação somente a partir dos 18 anos. Com relação a população idosa o tratamento é mais complexo, pois a maioria dos idosos internados são usuários somente de álcool, um consumo que já vem normalmente de longa data. O idoso tem dificuldade de aceitar que desenvolveu uma doença por conta do uso e que por isso não pode mais usar

a substância, e por conta da sua idade se torna mais difícil à busca por mudanças, dificultando assim o acesso da equipe multidisciplinar no processo de tratamento.

É possível perceber que muitos pacientes têm idade entre 30 e 50 anos, ou seja, isso mostra como a doença é progressiva, agravando-se e dificultando com que o indivíduo se mantenha abstinente, principalmente porque estão em idade produtiva, afetando a vida profissional, como veremos nos próximos gráficos.

Gráfico 7
Situação Trabalhista - Agosto 2016



Gráfico 8
Situação Trabalhista - Setembro 2016



Fonte: Elaboração da autora com base nos dados coletados (ISJ, 2016).

Gráfico 9 - Situação Trabalhista - Outubro 2016



Fonte: Elaboração da autora com base nos dados coletados (ISJ, 2016).

Se observarmos os meses de agosto e outubro percebe-se que a incidência de pacientes desempregados é mais da metade, sendo que esse fator é consequência do uso frequente de substâncias, pois com o aumento gradativo do consumo o usuário não consegue mais se manter abstinente durante o período de trabalho, e acaba por faltar ao serviço, até ser demitido.

A maioria dos pacientes começa o uso com apenas uma substância, normalmente o álcool, mas quando esta substância sozinha não faz o efeito desejado passam a usar outros tipos. Por isso, a maior parte dos pacientes internados são usuários de múltiplas drogas. Uma parte dos pacientes que internam na UDQ são usuários do álcool e de mais algumas substâncias seja ela cocaína, crack, maconha, entre outras. Além disso, como relatado no item anterior, muitos desenvolvem o interesse pelo cigarro quando não tem acesso a essas outras drogas como uma forma de suprir essa falta.

As tabelas a seguir mostram sobre cada substância utilizada pelos pacientes, suas causas e conseqüências. Estas substâncias estão classificadas como depressoras, estimulantes ou perturbadoras da atividade mental.

Conforme Souza (2010), as substâncias depressoras da atividade mental inclui uma grande variedade de substâncias, mas elas apresentam uma característica comum que é a diminuição das atividades mentais. Nessa categoria estão incluídas as substâncias indicadas na Tabela 5.

Tabela 5 - Substâncias Depressoras da Atividade Mental

Substância	Conhecidas Como	Possíveis Efeitos	Possíveis Efeitos
Ansiolíticos ou tranquilizantes	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 lavar a estado de coma. Em grávidas podem causar má formação fetal.
Álcool Etílico	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.
Inalantes ou solventes	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 à tentativa de suicídio.
Narcóticos (ópio)	Heroína, Morfina	Sonolência, estado	Pode haver queda de pressão arterial,

e seus derivados: heroína, morfina e codeína)	e Codeína, Dolantina, Meperidina e Demerol.	de torpor, alívio da dor, sedativo da tosse. Sensação de leveza e prazer. Pupilas contraídas.	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: Adaptado de Secretaria Nacional Antidrogas (1999, p.08).

Já as substâncias estimulantes da atividade mental conforme Souza (2010) são capazes de aumentar a atividade de determinados sistemas neuronais trazendo consequências como insônia e aceleração dos processos psíquicos. A Tabela 6 mostra as substâncias estimulantes da atividade mental.

Tabela 6 - Substâncias Estimulantes da Atividade Mental

Substância	Conhecidas Como	Possíveis Efeitos	Possíveis Efeitos
Anfetaminas	Metanfetaminas, "ice", "bolinha", "rebite", "bolela". Moderex, 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 paranoia (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.
Cocaína	"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. Pode aparecer insônia, ansiedade, paranoia, 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.
Tabaco (nicotina)	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: Adaptado de Secretaria Nacional Antidrogas (1999, p.09).

Por fim, Souza (2010) apresenta as substâncias perturbadoras da atividade mental que são classificadas pelo seu efeito principal que é provocar alterações no funcionamento cerebral resultantes de diversos fenômenos psíquicos anormais.

Tabela 7 - Substâncias Perturbadoras da Atividade Mental

Substância	Conhecidas Como	Possíveis Efeitos	Possíveis Efeitos
Maconha	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 (paranoia). O uso contínuo prolongado pode levar a uma síndrome motivacional (desânimo generalizado).
Alucinógenos	LSD e Mescalina	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	MDMA, "êxtase" e "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.

Fonte: Adaptado de Secretaria Nacional Antidrogas (1999, p.10).

As drogas são substâncias que alteram as sensações, o grau de consciência e o estado emocional do indivíduo. Essas alterações podem variar de pessoa para pessoa. Portanto, com essas tabelas pode-se perceber a quantidade de substâncias que são consideradas drogas, ou seja, que podem causar algum tipo de dependência.

Os próximos gráficos indicam os familiares responsáveis pela internação dos pacientes da UDQ nesses três meses.

Gráfico 13
Responsável Pela Internação
Agosto 2016



Gráfico 14
Responsável Pela Internação
Setembro 2016



Fonte: Elaboração da autora com base nos dados coletados (ISJ, 2016).

Gráfico 15 - Responsável Pela Internação - Outubro 2016



Fonte: Elaboração da autora com base nos dados coletados (ISJ, 2016).

O mês de agosto foi atípico com relação aos familiares, pois é possível perceber que o segundo maior número de responsáveis pela internação são os pais, esse dado é atípico porque normalmente os pais não aceitam a dependência dos filhos, acreditam ser falta de caráter. Mas, a maioria dos familiares responsáveis pelas internações são as mães e as esposas dos pacientes.

Essas famílias chegam fragilizadas, se mostram cansadas pelo convívio direto com o paciente, sendo que muitas deixam seus trabalhos para ficar em função do cuidado com o dependente químico. É possível perceber que as mães são as mais codependentes, realizam tudo pelo usuário, e com isso não deixam que os pacientes lidem com suas responsabilidades.

Com relação as esposas é notável o desenvolvimento do ciúme patológico deles sobre elas, além de muitas vezes abandonar o lar e o cuidado com os filhos por conta do uso da substância. A esposa acaba tendo que cuidar sozinha dos filhos e da casa e ao mesmo tempo precisa trabalhar para garantir o sustento da família.

Portanto, junto com a equipe multidisciplinar o serviço social é inserido na área de saúde mental na perspectiva de realizar a reinserção social do paciente, sendo assim é preciso trabalhar essas diversas demandas apresentadas pelas famílias durante o atendimento profissional, passando as informações necessárias e orientando de acordo com o tratamento do paciente para que tanto a família quanto o paciente possam conviver de forma saudável.

É importante também ressaltar a falta de espaços apropriados na comunidade que possam dar auxílio e orientações para famílias de usuários

com dependência química. De fato os grupos na comunidade feitos por familiares de dependentes químicos auxiliam, porém grupos com profissionais seriam talvez o que a família precisasse no momento inicial, para ajuda-los a orientar o seu familiar dependente para que ele aceite sua doença e perceba o quanto modifica a sua vida e a vida dos que estão a sua volta.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do estágio em serviço social curricular não obrigatório II e obrigatório I e II no ISJ, especificamente na UDQ, se caracterizou como um processo que proporcionou experiências enriquecedoras para a construção deste trabalho de conclusão de curso.

Diante disso, se procurou refletir, por meio de revisão bibliográfica e dos dados coletados na UDQ, sobre as internações voluntárias dos pacientes diagnosticados com dependência química, dando enfoque para a importância da família durante esse processo e para a intervenção do assistente social.

A inserção no serviço social na área de saúde mental junto às equipes multidisciplinares proporcionou a reinserção do PTM no meio social e na família. É importante ressaltar a importância do tema para os assistentes sociais envolvidos no processo de tratamento e prevenção da dependência química, pois a atuação dos assistentes sociais nesse contexto deve se dar em conjunto com as necessidades dos usuários e de suas famílias, na busca pela emancipação desses indivíduos e na luta pela efetivação dos direitos.

A dependência química é uma doença progressiva e sem cura, porém é uma doença tratável. Primeiramente o paciente precisa “aceitar” a sua doença, reconhecer que necessita de ajuda para assim poder iniciar o tratamento e fazer a manutenção adequada. A partir do momento que o paciente sai da internação é preciso que ele siga com os grupos de AA ou NA, e o acompanhamento com psiquiatra e com psicólogo. Percebe-se que a dependência química enquanto expressão da questão social é fruto de múltiplos fatores como a genética, o ambiente social e econômico dentre outros.

Nesse sentido, o papel do serviço social junto às equipes multidisciplinares se dá na perspectiva de fazer o elo com a família e o paciente, pois acredita-se que a família tem uma importância significativa no tratamento, pois muitos pacientes quando tem alta retornam para suas famílias.

A família por sua vez também fragilizada com toda rotina vivida em meio ao uso das drogas, precisa de orientações para conviver com o dependente químico de forma que tenha qualidade de vida independente se esse usuário irá recair ou não.

Contudo ressaltamos que o serviço social precisa ir além da rotina pontual da entrevista com as famílias, pois é preciso garantir espaços de informações e reflexões acerca a realidade desses indivíduos, como é o caso do PADEQ Família no ISJ e dos grupos Al-Anon, Nar-Anon e Amor Exigente.

Este estudo juntamente com a coleta de dados realizada possibilitou conhecer as relações dos pacientes com suas famílias, com o trabalho e com a sociedade como um todo, podendo perceber como a doença afeta a vida deles e de todos ao seu redor, bem como com o papel do serviço social nessa temática tendo um caráter interventivo e preventivo, atuado nas diversas fases que envolvem esse processo.

Enfim, este estudo poderá contribuir para o exercício profissional dos assistentes sociais na área de saúde mental, pois procurou contemplar um aporte teórico sobre as temáticas saúde mental, dependência química e família, na perspectiva de garantia de direitos e ao encontro do que é proposto na Reforma Sanitária/Reforma Psiquiátrica.

REFERÊNCIAS

ALFLEN, Mariani. **Serviço social e saúde mental: trajetória histórica e produção de conhecimento**. 2008. 113 f. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

ALLY, Elizabeth Zamerul. **O que é dependência emocional ou codependência?** Disponível em: <<http://www.elizabethzamerul.com.br/codependencia.php>>. Acesso em: 13 out. 2016.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

_____. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____. **A questão da saúde mental e atenção psicossocial: considerações acerca do debate em torno de conceitos e direitos**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

_____. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, Ligia. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 735-759.

AMOR-EXIGENTE, Federação de. **Quem somos**. Disponível em: <<http://amorexigente.com.br/quem-somos/>>. Acesso em: 13 out. 2016.

BISNETO, José Augusto. **Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. **I Conferência nacional de saúde mental**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. Disponível em: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/relatorio_da_1_conferencia_de_saude_mental.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

_____. **Centros de atenção psicossocial e unidades de acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA**. 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf>. Acesso em: 17 set. 2016.

_____. **Comunidades terapêuticas.** Disponível em:
<<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/comunidades-terapeuticas.html>>. Acesso em: 24 set. 2016.

_____. **Constituição federal. 1988.** Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 04 nov. 2016.

_____. **Declaração de ALMA-ATA.** 6 a 12 de setembro de 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declaração-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2016.

_____. **Decreto presidencial nº 4.345.** Brasília, Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4345.htm>. Acesso em: 13 out. 2016.

_____. **Estratégia de saúde da família.** Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php. Acesso em: 19 nov. 2016.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 29 set. 2016.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 29 set. 2016.

_____. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.** Brasília, Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 19 nov. 2016.

_____. **Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003.** Brasília, Disponível em:
<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm>. Acesso em: 19 nov. 2016.

_____. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006.** Brasília, Disponível em:
<file:///C:/Users/usuario/Downloads/Lei11343_2006.pdf>. Acesso em: 13 out. 2016.

_____. **Lei nº 11.754, de 23 de julho de 2008.** Brasília, Disponível em:
<file:///C:/Users/usuario/Downloads/Lei11754_2008.pdf>. Acesso em: 13 out. 2016.

_____. **Lei nº 6.583, de 2013.** Disponível em:
<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=AFOFB83F6D8991C3B3851BB92F731FEB.proposicoesWebExterno1?codteor=1159761&filename=PL+6583/2013>. Acesso em: 19 nov. 2016.

_____. **Norma operacional básica NOB/SUAS.** 2005. Disponível em:
<<file:///C:/Users/usuario/Downloads/NOB-SUAS.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2016.

_____. **Núcleo de apoio à saúde da família (NASF).** Disponível em:
<http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php>. Acesso em: 21 nov. 2016

_____. **Portaria SAS/MS nº 189, de 19 de novembro de 1991.** Disponível em: <sna.saude.gov.br/legisla/legisla/psiq/SNAS_P189_91psiq.doc>. Acesso em: 29 set. 2016.

_____. **Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992.** Disponível em:
<http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n224.htm>. Acesso em: 10 set. 2016.

_____. **Portaria SAS/MS nº 147, de 25 de agosto de 1994.** Disponível em:
<http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=835>. Acesso em: 29 set. 2016.

_____. **Portaria GM/MS nº 106 de 11 de fevereiro de 2000.** Disponível em:
<http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_106.htm>. Acesso em: 29 set. 2016.

_____. **Portaria GM/MS nº 251 de 31 de janeiro de 2002.** Disponível em:
<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_251.pdf>. Acesso em: 29 set. 2016.

_____. **Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria do Ministério da Saúde GM N 3088 2011 2702.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2016.

_____. **Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Brasília.

_____. **Portaria GM/MS nº 121, de 25 de janeiro de 2012.** Disponível em:
<http://bvsmg.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html>. Acesso em: 29 set. 2016.

_____. **Portaria GM/MS nº131, de 26 de janeiro de 2012.** Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Portaria_131_Incentivo_Servicos_de_Atencao_em_RegimeResid.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2016.

_____. **Portaria GM/MS nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012.** Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/dab/Portaria_n_3124_2012.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2016.

_____. **Proteção e atenção integral à família - PAIF.** Disponível em: <<http://mds.gov.br/assistencia-social-suas/servicos-e-programas/paif>>. Acesso em: 22 out. 2016.

_____. **Resolução nº3/GSIPR/CH/CONAD.** Brasília, Disponível em: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/1.0_PoliticaNacional sobreDrogas_Portugues.pdf>. Acesso em: 13 out. 2016.

BRASIL, Grupos Familiares Al-anon do. **Associação.** Disponível em: <<http://www.al-anon.org.br/index.html>>. Acesso em: 13 out. 2016.

BRASIL, Grupos Familiares Nar-anon do. **Quem somos.** Disponível em: <<http://www.naranon.org.br/visitantes/quem-somos.html>>. Acesso em: 13 out. 2016.

CHUPEL, Cláudia Priscila. **O acolhimento em saúde para os profissionais do serviço social:** uma reflexão baseada no princípio da integralidade e sua relevância junto aos processos sócio-assistenciais. 2005. 85 f. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

DAMAS, Fernando Balvedi. Comunidades terapêuticas no Brasil: Expansão, Institucionalização e Relevância Social. **Revista Saúde Pública**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p.50-65, mar. 2013.

DELGADO, Paulo. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Disponível em: <<http://www.paulodelgado.com.br/lei-nº-10-216-de-6-de-abril-de-2001/>>. Acesso em: 10 set. 2016.

DIEHL, Alessandra et al. **Dependência química:** prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ERSCHING, Késsia. **Falando sobre família: a vez e a voz do dependente químico**. 2011. 94 f. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

FERREIRA, Deputado Anderson. **Projeto de Lei nº 6583 de 2013**. Disponível em:
<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=8C006AA03CD0DEA73D8D56456EA326A5.proposicoesWebExterno2?codteor=1159761&filename=PL+6583/2013>. Acesso em: 31 out. 2016

FIGLIE, Neliana Buzi et al. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2010.

FIGLIE, Neliana Buzi; PAYÁ, Roberta. **Dinâmicas de grupo e atividades clínicas aplicadas ao uso de substâncias psicoativas**. São Paulo: Roca, 2013.

GERBER, Luiza Maria Lorenzini. **A formação dos assistentes sociais em Santa Catarina: um estudo sobre o primeiro curso de serviço social do estado (1958-1983)**. 2009. 247 f. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

GOLDIM, Prof. José Roberto. **Eugenia**. Disponível em:
<<https://www.ufrgs.br/bioetica/eugenia.htm>>. Acesso em: 29 set. 2016.

GOMES, Sabrina. **Os desafios do serviço social no hospital de custódia e tratamento psiquiátrico do Estado de Santa Catarina**. 2009. 67 f. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

JUNIOR, Wilson Pires Ferreira. **O psicólogo em instituição psiquiátrica: uma experiência**. 1991. 53f. Relatório de Estágio (Área de Psicologia Clínica) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1991.

INSTITUTO SÃO JOSÉ. **Unidades de internação**. Disponível em:
<<http://institutosj.com.br/servicos-assistenciais/unidades-de-internacao/>>. Acesso em: 11 out. 2016.

MÉDICO, Dicionário. **Praxiterapia**. Disponível em: <<http://www.xn--dicionariomdico-0gb6k.com/praxiterapia.html>>. Acesso em: 30 set. 2016.

MIOTO, Regina Celia. **Família, trabalho com famílias e serviço social**. 2010. Disponível em:

<<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/7584/6835>>.
Acesso em: 22 out. 2016.

_____. **Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre processos familiares.** Katálysis, Florianópolis, p.20-26, fev. 1998. Disponível em: <[file:///C:/Users/usuario/Downloads/mioto família e saúde mental \(1\).PDF](file:///C:/Users/usuario/Downloads/mioto%20familia%20e%20saude%20mental%20(1).PDF)>.
Acesso em: 31 out. 2016.

_____. **Família e políticas sociais.** São Paulo: Cortez, 2009.

ONLINE, Alcoólicos Anônimos. **Os doze passos.** Disponível em:
<<http://www.aaonline.com.br/ver.php?id=1&secao=1>>. Acesso em: 13 out. 2016.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antônio dos. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. **Psicologia: teoria e pesquisa**, São Paulo, v. 2, n. 25, p.203-211, abr - jun 2009.

PEREIRA-PEREIRA, Potyara Amazoneida. **Mudanças estruturais, política social e papel da família:** crítica ao pluralismo de bem-estar. São Paulo: Cortez, 2010.

ROEDER, Amanda Cristina. **Plano de estágio.** 2016. São José. Digit.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família.** São Paulo: Cortez, 2003.

SARTI, Cynthia Andersen. **Família e individualidade: um problema moderno.** 1993. Disponível em: <[file:///C:/Users/usuario/Downloads/Texto 1. SARTI,C. Família e individualidade.pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/Texto%201.%20SARTI,C.%20Família%20e%20individualidade.pdf)>. Acesso em: 22 out. 2016.

SENAD - ANTIDROGAS, Secretaria Nacional. **Um guia para a família.** 1999. Disponível em:
<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0240.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2016.

SCHNEIDER, Daniela Ribeiro et al. **Políticas de saúde mental em Santa Catarina nos anos 1970:** vanguarda na psiquiatria brasileira? História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.20, n.2, abr.-jun. 2013, p.553-570.

_____. **História da atenção á saúde mental em Santa Catarina.** Disponível em: <http://psiclin.ufsc.br/files/2010/06/Projeto_historia_Saude_Mental_SC.pdf>. Acesso em: 11 set. 2016.

SIERRA, Vania Morales. **Família, teorias e debates.** Cap. 1 e 2. Disponível em: <[file:///C:/Users/usuario/Downloads/Texto 2. Sierra, V. Cap 1 e 2.pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/Texto%202.%20Sierra,%20V.%20Cap%201%20e%202.pdf)>. Acesso em: 22 out. 2016.

SILVA, Ellayne Karoline Bezerra da; ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Desinstitucionalização psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado?** Katálysis: Estado e política social: saúde, Florianópolis, v. 17, n. 2, p.252-260, 2014.

SILVA, Flávia Mendes da. **Antigos e novos arranjos familiares:** um estudo das famílias atendidas pelo serviço social. Bolsa PROEX, Unesp – C. Franca, 2001. Disponível em: <http://unesav.com.br/ckfinder/userfiles/files/ANTIGOS%20E%20NOVOS%20ARRANJOS%20FAMILIARES.pdf>. Acesso em: 20 outubro 2016.

SILVA, Nelson Júnior Cardoso da. **A Compreensão da família sobre o usuário de substâncias psicoativas.** 2015. 142 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

SOUZA, Jerbbera Joplyn de. **A intervenção do serviço social na prevenção do uso de substancias psicoativas.** 2010. 78 f. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2010.

STEIN, Roseiviéri. **Conhecendo o processo de co-dependência nas famílias adictas:** uma reflexão sobre as possibilidades de atuação do serviço social nas equipes de saúde mental. 2015. 82 f. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

SZYMANSKI, H. **Viver em família como experiência de cuidado mútuo:** desafios de um mundo em mudança. Revista Serviço Social e Sociedade, n. 71, São Paulo, Cortez, p.09-24, 2002.

TEIXEIRA, Solange M. **Família na Política de Assistência Social:** concepções e tendências do trabalho social com famílias nos CRAS de Teresina – PI. Teresina: EDUFPI, 2013.

UFRGS. **Quem foi Franco Basaglia?** Disponível em: <http://www.ufrgs.br/e-psico/etica/temas_atuais/luta-antimanicomial-franco.html>. Acesso em: 22 set. 2016.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Saúde mental e serviço social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinariedade. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, Cortez, 2000.