



Universidade Federal do Pampa

Trabalho de Conclusão de Curso

**Processos reflexivos quanto ao uso abusivo do
álcool**

Acadêmica: Zeni Gonçalves Ferreira

Orientador(a): Jairo da Luz Oliveira



São Borja/RS 2013

ZENI GONÇALVES FERREIRA

PROCESSOS REFLEXIVOS QUANTO AO USO ABUSIVO DO ÁLCOOL

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso Serviço Social da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Dr. Jairo de Oliveira

:

São Borja

2013

ZENI GONÇALVES FERREIRA

PROCESSOS REFLEXIVOS QUANTO AO USO ABUSIVO DO ÁLCOOL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Serviço Social da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Dissertação defendida e aprovada em: 15 de Maio de 2013.

Banca examinadora:

Prof. Dr. Jairo da Luz Oliveira
Orientador
UNIPAMPA

Prof. Elisangela Maia Pessoa
UNIPAMPA

Prof.^a Juliana Moreira Rhoden
UNIPAMPA

Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso a minha amada família, a qual nunca mediram esforços para que eu realizasse mais esse sonho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu querido Deus, amigo e instrutor de todas as horas. Obrigada por ter me iluminado durante todo o processo de formação.

A meus filhos queridos Fânnny e Francis, sem vocês não há vida.

A doce Carolina, você veio acrescentar cor a nossa vida.

Ao meu amor Hur-Ben, esposo amado. Obrigada, você é à base da minha vida.

A minhas queridas irmãs Aline e Eliane, pelo amor e apoio incondicional.

A pequena Ane, amor da dinda, que com seu riso alegra minha vida.

Aos queridos Leônidas e Ivan, por estarem presente em nossas vidas.

Aos meus irmãos Claudio, Omar, Silvia, Esther e Yolanda, pelo carinho vivenciado.

As minhas amadas amigas de todas as horas, Mira, Walquiria, Soleni, Mari, Fatima e Maria de Lourdes; vocês são muito especiais na minha vida.

A amada colega Marilusa, meu bebê, por seu amor e companheirismo durante toda a etapa acadêmica.

Ao meu querido orientador acadêmico Jairo, por auxiliar-me com seu conhecimento.

A professora Elisangela, pelo apoio incondicional nessa jornada.

A professora Juliana, pelo amor e companheirismo durante a minha caminhada.

E finalmente as minhas duas mães do coração Alda e Nilza, por terem cuidado de mim durante toda minha vida.

Enfim, a todos os amigos e colegas que estiveram comigo durante esta jornada.

Muito obrigada!

Viver!

E não ter a vergonha
De ser feliz
Cantar e cantar e cantar
A beleza de ser
Um eterno aprendiz.

E a vida!
E a vida o que é?
Diga lá, meu irmão
Ela é a batida
De um coração
Ela é uma doce ilusão.

.Há quem fale
Que é um divino
Mistério profundo
É o sopro do criador
Numa atitude repleta de amor.

Eu só sei que confio na moça
E na moça eu ponho a força da fé
Somos nós que fazemos a vida
Como der ou puder ou quiser.

.Ah meu Deus!
Eu sei, eu sei
Que a vida devia ser
Bem melhor e será
Mas isso não impede
Que eu repita
É bonita, é bonita
E é bonita...

GONZAGUINHA

RESUMO

Este trabalho final de graduação é resultante da vivência como estagiária de Serviço Social I e II, que foi realizada junto ao Serviço Social do Hospital Ivan Goulart, mais detalhadamente na ALA Recomeçar. Esse espaço se destina aos dependentes químicos para desintoxicação causada pelo uso de drogas lícitas e ilícitas. Tem como objetivo principal provocar processos reflexivos, quanto ao uso abusivo do álcool junto aos usuários internos na instituição e com seus familiares, nos encontros de grupos realizados, semanalmente, nas dependências do Hospital. Problematizando os males causados pelo consumo abusivo do álcool, por ser ele um dos principais fatores que levam à recaída para a drogadição, após a alta hospitalar. Sendo também, na maioria das vezes, o portal que induz ao uso de drogas ilícitas. Os resultados do estudo revelam o perfil desses usuários da saúde mental e sua relação com a droga, trazendo, também, o início de sua dependência química e o quanto o uso do álcool influenciou ou influencia em sua etapa atual do tratamento para desintoxicação causada por drogas lícitas ou ilícitas. Destaca-se o compromisso ético do assistente social, na execução deste projeto, visando a propostas de intervenção, pautadas na qualidade dos serviços prestados, e o comprometimento com a devolução dos resultados como um espaço que oportunize reflexão das demandas apresentadas.

Palavras chave: Saúde Mental. Serviço Social. Dependência Química. Álcool.

ABSTRACT

This final work results from an intern experience as Social Work I and II, which was conducted by the Social Service of the Ivan Goulart Hospital specifically in ALA RECOMEÇAR. This space is intended for addicts to detox from the use of licit and illicit drugs. Its main goal is to provoke reflective processes as alcohol abuse with internal users in the institution and their family members in group meetings held weekly in the Hospital premisses. Discussing the harm caused by alcohol abuse, because he is one of the main factors leading to relapse to drug addiction after discharge. It is also most often the portal that leads to the use of illicit drugs. The results of the study reveal the profile of the users of mental health and its relationship with the drug, also bringing the beginning of their addiction and how alcohol use influenced or influences in its current stage of treatment for detoxification caused by licit or illicit drugs . Noteworthy is the ethical commitment of the social worker in the execution of this project, aiming intervention proposals are based on quality of service and commitment to return the results as a space that oportunize reflection of the demands presented.

Keywords: mental health. Social Service. chemical dependency .álcool.

LISTA DE SIGLAS.

OMS - Organização Mundial de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

LBA- Legião Brasileira de Assistência

LOAS- Lei Orgânica de Assistência Social

DNA - O ácido desoxirribonucleico ADN ou DNA em inglês

COMASP- Conselho Municipal de Assistência Social de Parauapebas

ONGs. Organizações Não Governamentais

PNAD Política Nacional Anti- Drogas

SENAD Secretaria Nacional de Políticas Antidrogas.

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad - Centro de Atenção Psicossocial álcool e droga

CT - Comunidade Terapêutica

CTI- Centro. Tratamento Intensivo

OMS- Organização Mundial de Saúde

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

MTS- movimento dos trabalhadores da saúde mental

LOS - Leis Orgânicas da Saúde

SUMÁRIO

Introdução.....	11
I-A trajetória da saúde mental no Brasil e suas condicionalidades no tratamento do álcool e outras drogas.....	12
1.1 O caminho da saúde mental no Brasil.....	12
1.2 Modos de produção capitalista versus atendimento da saúde ao dependente químico.....	17
1.3 A reforma psiquiátrica no Brasil.....	26
II-APRESENTAÇÃO DO CAMPO DE ESTAGIO E SINTESE DO PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	30
2.1- A história do projeto.....	30
2.2- O espaço da prática: Processos Reflexivos Quanto ao Uso Abusivo Do Álcool.....	47
2.3- Relatos da Prática.....	50
2.4- Análise da Prática.....	59
Considerações Finais.....	63
REFERÊNCIAS-	68

Introdução

Este trabalho final de graduação torna-se relevante, pois apresenta a vivência e desenvolvimento reflexivo do estágio em Serviço Social I e II, que foi realizado junto ao Serviço Social do Hospital Ivan Goulart, mais detalhadamente na ALA Recomeçar. Esse espaço se destina aos dependentes químicos para desintoxicação causada pelo uso de drogas lícitas e ilícitas. Tem como objetivo principal provocar processos reflexivos, quanto ao uso abusivo do álcool junto aos usuários internos na instituição e com seus familiares nos encontros de grupos realizados, semanalmente, nas dependências do Hospital.

Problematizando os males causados pelo consumo abusivo do álcool, por ser ele um dos principais fatores que levam à recaída para a drogadição após a alta hospitalar. Sendo também, na maioria das vezes, o portal que induz ao uso de drogas ilícitas. Nesse sentido, apresenta, no primeiro capítulo, a trajetória percorrida pela Saúde Mental desde o Brasil Colônia, perpassando pelos movimentos da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica; os avanços advindos da Constituição Federal de 1988, bem como as conquistas e benefícios implementados pela descentralização do SUS Sistema Único de Saúde.

No capítulo II, será dissertado sobre o campo de estágio, bem como a aplicação e resultado do projeto de intervenção: “provocando processos reflexivos quanto ao uso abusivo do álcool”, que foi executado no Hospital Ivan Goulart, junto ao Serviço Social da instituição.

Conclui propondo intervenções que venham a contribuir em prol da emancipação do usuário desse espaço sócio ocupacional. Por final, apresentam-se as considerações finais.

1- A TRAJETÓRIA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL E SUAS CONDICIONALIDADES NO TRATAMENTO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.

1.1 O caminho da saúde mental no Brasil

Na trajetória percorrida rumo às conquistas da saúde mental brasileira, focando a inclusão da dependência química e suas condicionantes de ordem física e social no Brasil, observam-se mudanças e uma longa caminhada de lutas da sociedade em geral, movimentos sociais e trabalhadores envolvidos na área da saúde mental. Todos os movimentos sociais comprometidos e visando a um melhor atendimento para os usuários da saúde mental, trazendo também os avanços da legislação, presentes na (Constituição Brasileira de 1988 no Capítulo II, art. 6º) promulga “São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

A Primeira Reunião de Caracas, realizada em 1990, criou um consenso entre os Governos da América Latina em torno da nova plataforma da Reforma Psiquiátrica, e teve ampla participação e repercussão em nível Municipal Estadual e Federal. Movimentos dos trabalhadores na área da saúde mental que questiona as políticas de assistência psiquiátrica da época, entre elas as atitudes reducionistas e fragmentadas dos médicos, que tratavam as pessoas de acordo com o funcionamento do seu corpo, afastando o olhar da totalidade do usuário.

Trazendo também de forma direta o tema específico do alcoolismo, que foi incorporado pela OMS- Organização Mundial de Saúde, à Classificação Internacional das Doenças em 1967, a partir da 8ª Conferência Mundial de Saúde, sob a Lei. Nº 10.216/01, tendo-se, então, que dependência química passou a ser considerada uma doença.

Em 1990, conforme LEI Nº 8080/90, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual tem alguns princípios básicos como: Universalidade, integralidade, igualdade, hierarquização, a equidade, a descentralização e participação social. Descrevendo os caminhos percorridos pela Saúde Mental até a consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Historicamente, os usuários da saúde mental foram marcados pela desigualdade, preconceito e discriminação, pois como cita (BISNETO 2011, p. 172) (...) “Foram-lhe atribuídas várias caracterizações: como castigo dos deuses, ou experiência trágica de vida, possessão por demônios, também poderes sobrenaturais”.

A criação do hospital psiquiátrico, denominado hospício D. Pedro II fez parte do saneamento da Capital, tendo como objetivo remover, excluir, abrigar e tratar os usuários da saúde mental, acontecendo na prática apenas a remoção e exclusão desses, mesmo assim foi considerado um marco institucional da Reforma Psiquiátrica brasileira.

O marco institucional da assistência psiquiátrica no Brasil foi em 1852, quando foi inaugurado o hospital psiquiátrico que era chamado de hospício D. Pedro II ficava localizado no Rio de Janeiro. Eram supervisionados pela igreja, e os médicos eram excluídos da administração não contando com nenhum projeto assistencial científico. (AMARANTE 1994, p.24).

A inauguração do hospital psiquiátrico denominado hospício D. Pedro II, localizado no Rio de Janeiro, era supervisionado pela igreja católica, foi considerado o marco institucional da psiquiatria no Brasil. Em fevereiro do mesmo ano, foram criadas as primeiras colônias, com o objetivo de que os doentes mentais convivessem separados da sociedade em geral. Tendo como modelo a experiência da Europa.

Foram criadas em fevereiro do mesmo ano, as primeiras colônias de alienados tendo por objetivo fazer a comunidade de "loucos" conviverem fraternalmente em casa, trabalho; tendo como modelo a experiência da Europa, configurando-se na primeira Reforma Psiquiátrica brasileira, a, que mais foi uma forma de desviar as críticas que os asilos vinham recebendo. (AMARANTE, 1994, p.24).

Conforme citação acima, o objetivo da criação dessas colônias era separar os usuários da saúde mental do restante da população, separando-os do convívio com os demais cidadãos, foi mais uma forma de desviar o olhar dos hospícios, que vinham recebendo muitas críticas. Apesar de reproduzir o que já vinha acontecendo

no hospital psiquiátrico denominado hospício Pedro II, e ser uma maneira perversa de desviar as atenções e críticas que vinha recebendo, esse movimento acabou configurando-se como a primeira reforma psiquiátrica brasileira.

No Brasil, nas primeiras décadas do Brasil Império, a saúde teve como marco o setor filantrópico, sendo referência a Igreja Católica, como bem cita Oliveira, 2010, p. 10. "Com a assistência aos pobres, desenvolvidas pela Igreja Católica, tendo como pano de fundo a fé e a caridade". Esse era, então, o formato das ações e cuidados na área da saúde e, particularmente, no trato da saúde mental. As ações eram de ajuda assistencial, com a igreja cuidando de doentes pobres, idosos, enfim, de quem não podia cuidar de suas necessidades básicas como a saúde. Já nas décadas de 20-30, do século passado, conforme o autor, "O Estado Brasileiro inicia a construção de um conjunto de ações de proteção social, as quais deveriam atender as necessidades da população". (Oliveira, 2010, p.11).

Conforme o autor citado, o país busca ainda de forma frágil o desenvolvimento das suas políticas na área de assistência social e da saúde, a fim de ampliar o acesso da população aos cuidados necessários às suas demandas. Pois, conforme Oliveira 2010, p.11 "não se tinha a garantia de um Estado forte nos suprimentos de tais carências". Segundo o autor, não se caracterizava um Estado de bem-estar social, mas sim de mal-estar social, pois não se conseguia estabelecer a garantia mínima para a sobrevivência de seus cidadãos.

Já nas décadas de 30-40, no Governo populista de Getúlio Vargas, ao meio de várias alterações, tem-se a conquista de vários direitos, por exemplo, a implantação da legislação trabalhista, alterações nas áreas da saúde e educação. Conforme Oliveira, 2010, p. 11, o autor assim se refere "Nesse período vamos demarcar a criação e centralização de recursos institucionais e administrativos junto ao Executivo Federal, no atendimento à população, ampliando o acesso às leis trabalhista".

Segundo o autor, foi uma época de várias conquistas, principalmente a dos trabalhadores que tiveram garantidos seu direito a férias e décimo terceiro, mas na área da saúde, deixa-se muito a desejar, tendo ainda muito a melhorar. Nas décadas de 60-70, conforme Oliveira 2010, p.11, com a participação dos movimentos sociais, consolidam-se fortes transformações das políticas sociais, visando estabelecer um país mais justo e democrático. No governo de Getúlio Vargas, surge a (LBA) Legião Brasileira de Assistência, para atendimento na área da

Assistência Social, embora não conseguindo estabelecer uma política de Assistência Social emancipatória, manteve por muitos anos uma ação social de caráter assistencialista, e conseguiu o mérito no sentido de dar visibilidade e articulação entre os municípios de nosso país, através da LBA. Foi um período bem marcante para o Brasil, como cita o autor:

Foi uma época marcada por ações residuais, clientelistas, tanto na área da (LBA) quanto à da saúde, não atendendo de forma integral as necessidades sociais da população. Foi um modelo de proteção social pautado em um modelo tutelar e possuía um caráter de higiene. A tutela representava e ainda representam uma relação de manipulação, controle e clientelista em que as pessoas não encontravam realmente nas políticas públicas os recursos necessários para viver uma vida digna e justa, onde o viés da emancipação social deveria ser a tônica de tais ações. (Oliveira, 2010, p. 12)

Foi uma época marcada por ações residuais e clientelistas, que não atendiam as necessidades sociais da população, sendo um modelo de proteção social pautado em um modelo tutelar possuindo caráter higienista. A população era manipulada e as políticas públicas não cumpriram na totalidade social suas pretensões. Já a década de 80, foi uma época marcada por novas possibilidades visando a uma nova era para o país. O autor afirma:

A constituição de 1988 representou uma nova possibilidade de se estabelecer novos avanços significativos no desenvolvimento da seguridade social. A constituição Brasileira apresenta no seu interior princípios universais direcionados aos direitos sociais, contribuindo para o estabelecimento de uma verdadeira justiça social através de políticas públicas universais em que o Estado deveria cumprir sua função de executor destas mesmas políticas. (OLIVEIRA, 2010, p.12).

A Constituição de 1988 propõe políticas sociais de caráter redistributivas e de maior responsabilidade pública na sua regulação, produção e operação. Trazendo no seu interior princípios universais direcionados aos direitos sociais, vindo a contribuir para uma verdadeira justiça social, com políticas públicas em que o Estado cumpra sua função de executor dessas. Devem-se entender as várias mudanças acontecidas, desde os primeiros anos do Brasil imperial até os direitos advindos da Constituição Federal de 1988, que garantem ao usuário da saúde mental uma vida

digna e com pleno direito à proteção de sua saúde, pelo Estado brasileiro. Para situar a reforma psiquiátrica no Brasil, é preciso compreender toda sua trajetória histórica, os avanços recuos daquilo que deveria compor a seguridade social no país, enfim suas características.

A Constituição Federal, que traz no artigo seis, no capítulo II dos Direitos Sociais, o seguinte: "São direitos Sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade, à infância, à assistência aos desamparados" (BRASIL, 1988, p.7), reafirma essa condição. Deve-se entender a cidadania como fruto de um processo histórico, conforme citação abaixo:

Desta forma entende-se que cidadania é fruto de um processo histórico de construção. Guardando características da formação social, econômica e política da sociedade brasileira que influenciaram a construção desse conjunto de direitos. Para tanto, se faz necessário a articulação destes direitos para o pleno exercício da cidadania. Pois o exercício de apenas um destes [...] certos direitos como a liberdade de pensamento, não gera automaticamente o gozo de outros como a segurança e o emprego. (CARVALHO, 2004, p.24).

O que cita o autor é visto como pleno direito de exercer a cidadania brasileira, e que essa é um conjunto de características sociais, econômicas e políticas da sociedade. Segundo (BISNETO, 2011, p.175) "A doença mental começa a aparecer como problema social com o término do campesinato e o declínio dos trabalhos artesanais". No campesinato, eram desenvolvidos trabalhos artesanais e agrícolas, respeitava-se o tempo e o ritmo de cada sujeito, as diferenças individuais não os desqualificavam para o trabalho, não sendo por acaso que o trabalho artesanal é até hoje propostos como técnicas de tratamento aos usuários da saúde mental. Já no final do século XIX, começa o desenvolvimento industrial. Conforme o autor:

Foi no final do século XIX que começou o desenvolvimento industrial no Brasil. Muitos cafeicultores passaram a investir parte dos lucros, obtidos com a exportação do café, no estabelecimento de indústrias, principalmente em São Paulo e Rio de Janeiro. Durante o governo de Getúlio Vargas a indústria brasileira ganhou um grande impulso. Vargas teve como objetivo principal efetivar a industrialização do país, privilegiando as indústrias nacionais, com leis voltadas para a regulamentação do mercado de trabalho, medidas protecionistas e investimentos em infraestrutura, a indústria nacional cresceu

significativamente nas décadas de 1930-40. (BISNETO 2011, p. 176).

No Brasil, é no século XIX que começa o desenvolvimento industrial, ganhando impulso durante o governo de Getúlio Vargas, que privilegiava as indústrias nacionais, com leis voltadas para a regulamentação do mercado de trabalho, com medidas protecionistas e investindo bastante em infraestrutura. Começando, nessa época, as características inerentes do modo de produção capitalista, que serão abordadas a seguir.

1.2 A reforma psiquiátrica no Brasil e suas condicionalidades no tratamento de álcool e outras drogas

Foi feita no Brasil a primeira tentativa de mudança do sistema de saúde no país, movimento chamado de Reforma Psiquiátrica, conquistado após vários movimentos dos trabalhadores da saúde em geral. Um sistema apontando para o modelo sanitarista, denominado Ações Integradas da Saúde, era regionalizado, integrado e hierarquizado na saúde Brasileira. De acordo com o Ministério da Saúde, o termo Movimento da Reforma Psiquiátrica caracterizou-se:

O termo foi usado para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, introduzindo uma nova ideia na qual o resultado final era entendido como a melhoria das condições de vida da população (. MINISTÉRIO DA SAÚDE 1998, p.24).

O movimento da Reforma Sanitária era um movimento dos trabalhadores da área da saúde em geral, que lutavam por mudanças e melhorias na Área da Saúde necessárias para produzir melhorias nas condições de vida da população. Aumento e formalização do modelo sanitarista (Ações Integradas de Saúde e Sistema Único de Saúde), formação de equipes multiprofissionais ambulatoriais de Saúde Mental; controle e humanização do setor hospitalar; ação a partir do Estado; 1980(Rio de Janeiro) 1982(São Paulo e Minas Gerais)1987. Que foi por um lado um importante espaço político, para as lideranças do (MTSM) movimento dos trabalhadores da

saúde mental programar processos de reforma e humanização dos hospitais públicos. Estava sendo preparado o terreno para o lançamento do plano CONASP. Entende-se:

Preparou o terreno para o lançamento do Plano CONASP em 1982-83, que possibilito a implementação gradativa em todo o país do Modelo Sanitarista das chamadas Ações Integradas da Saúde, que desaguaram mais tarde no Sistema Único de Saúde, tal como foi consagrada na Primeira Conferência Nacional de Saúde em 1986 e na constituição Federal de 1988 (VASCONCELOS, 2006, p. 24).

Com o lançamento do plano CONASP, foi implantado no Brasil o modelo Sanitarista da saúde, que mais tarde ficou sendo conhecido como o SUS (Sistema Único de Saúde) como traz a Constituição Federal de 1988. Em 1982, em São Paulo e Minas Gerais, com a vitória dos Governos Estaduais da oposição, foi permitida a entrada de lideranças do (MTSM) Movimento dos Trabalhadores em Saúde nas Secretarias Estaduais de Saúde, permitindo uma intervenção crescente nos hospitais psiquiátricos estaduais e privados. Os objetivos principais da plataforma política do (MTSM) Movimento dos Trabalhadores em Saúde naquela conjuntura foram:

A não criação de novos leitos em hospitais psiquiátricos especializados e redução onde possível e ou necessário; regionalização das ações em saúde mental, integrando setores internos dos hospitais psiquiátricos ou hospitais específicos com serviços ambulatoriais em área geográfica de referência; controle das internações na rede conveniada de hospitais psiquiátricos privados via centralizações das emissões de AIH nos serviços emergência do setor público; humanização e processo de reinserção social dentro dos asilos Estaduais, também com equipes multiprofissionais compostas por psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais. (VASCONCELOS, 2006, p.24).

Várias foram às mudanças na área da saúde, sendo uma das principais a humanização e reinserção social dentro dos hospitais psiquiátricos chamados de asilos, com profissionais qualificados visando ao melhor atendimento aos usuários da saúde mental, implantando uma rede composta por psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais. Nota-se a luta pela redução de leitos e fechamento de hospitais psiquiátricos especializados, redistribuindo as ações de saúde por área geográfica de referência. Nos anos 80, a saúde assumiu uma dimensão política vinculada à

democracia, ampliando a discussão em torno da saúde, articulada à democracia. Com a participação de movimentos sociais, a sociedade civil promoveu articulações em prol da Reforma Psiquiátrica, recebendo o apoio dos partidos políticos da oposição, que organizaram debates no Congresso Nacional. Conforme o autor, a Reforma Psiquiátrica é:

A reforma Psiquiátrica, que se inicia na década de 70, foi e é um processo de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais em torno do "louco e da loucura", mas especialmente no que tange as políticas públicas para lidar com a questão. Trata-se de um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos Federais, Estaduais e Municipais, nas universidades, no mercado de serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de usuários da saúde mental e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social da opinião pública. (BRASIL, 2005, p.24).

A Reforma Sanitária foi um processo iniciado na década de 70, o qual envolveu vários setores da sociedade civil, visando transformar as práticas e saberes de como era tratado o usuário da saúde mental e, principalmente, no que se refere às políticas públicas. Trata-se de um processo político e social complexo e com forças de várias arenas, que repercute em vários segmentos sociais. Em 1990, a realização da primeira Conferência de Caracas, que acabou criando um consenso entre os Governos da América Latina, em torno da nova plataforma da Reforma Psiquiátrica, teve uma ampla participação e repercussão em nível municipal, estadual e federal, acabou culminando na segunda conferência nacional da saúde mental, em dezembro de 1992 e tornou-se um marco histórico na psiquiatria brasileira, abrindo caminhos para um novo período de consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira:

No campo da saúde mental, as Conferências representam um papel crucial de dar continuidade ao processo iniciado no Brasil nos anos 70, de crítica ao modelo atual além de definir as estratégias e rumos da implementação da Reforma Psiquiátrica, em interlocução com experiências já em implementação em diversos países do mundo. (BRASIL, 2001, p.25).

Nesse cenário, observa-se mudança na estrutura do sistema para atenção à saúde mental, no sentido de alterar a perspectiva da forma de atendimento,

conforme os princípios da Reforma Psiquiátrica, normatizada pela Lei 10.216/2001, que estabeleceu nova concepção do atendimento aos usuários da saúde mental. Essa lei corroborou as diretrizes do SUS, que garante aos usuários:

I - Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - Igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; [...] VIII - Participação da comunidade [...] (BRASIL, Lei n 8080.90).

Em 1990, conforme Lei 8080/90, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios básicos são: Universalidade, integralidade, igualdade, hierarquização, a equidade, a descentralização e participação social. Apresentando também uma característica relevante que é a gratuidade. Esses movimentos e avanços na Reforma Psiquiátrica entendem-se, conforme o autor, (Vasconcelos 2006 pg. 27), como um "Avanço e consolidação da perspectiva de desinstitucionalização psiquiátrica; Desospitalização Saneadora e implantação da Rede de Serviços de Atenção Psicossocial; emergência das associações de usuários e familiares 1999". Várias mudanças e avanços aconteceram nesse período que foi de consideráveis mudanças na história das Políticas de Saúde Mental no Brasil. Período que, segundo o autor, coloca o País de igual para igual aos principais Centros Internacionais de Reforma da Assistência Psiquiátrica. (BRAVO 2007, p. 96), afirma:

A década de 80, no contexto de abertura política, a saúde, em decorrência dos movimentos sociais como o de movimento de reforma sanitária e da psiquiátrica, teve como aspectos centrais a politização da saúde, o aprofundamento do nível de consciência sanitária da população, tendo em vistas alcançar visibilidade diante do governo para a inclusão de suas demandas e ter apoio político a implementação das mudanças necessárias do sistema nacional de saúde (SUS). Outro aspecto central foi alteração da norma constitucional, a qual incorporou grande parte das reivindicações do movimento sanitário. Porém essas medidas teve pouco impacto nas melhorias das condições de saúde da população, pois de fato sua operacionalização não ocorreu. (BRAVO, 2007, p.96).

Na década de 80, a saúde assumiu uma dimensão política vinculada à democracia, articulada ao Movimento de Reforma Sanitária, no qual os profissionais de saúde defenderam melhores condições de saúde e mais fortalecimento do setor público. Esse ampliou a discussão acerca da saúde e da democracia; os partidos políticos de oposição promoveram debates no congresso, e os movimentos sociais articulados às sociedades civis realizaram eventos, nos quais debateram:

A universalização do acesso à concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do sistema unificado de saúde (SUS); A descentralização do processo decisório para as esferas Estadual e Municipal; o financiamento efetivo e a democratização do poder local através dos conselhos de saúde. (BRAVO, 2007, P.96).

Implantou-se, no Brasil, em 1978, a reforma psiquiátrica que está embasada também nos princípios do SUS, e expressa a saúde como um direito fundamental e dever do Estado, destacando o acesso universal na atenção integral e intersetorial em saúde mental. Conforme (BRAVO 2007, p. 97):

O projeto de reforma sanitária caracteriza-se por sua preocupação de que o Estado seja democrático e de direito e que atue em função da sociedade se responsabilizando pela política de saúde. Esse projeto confronta-se com o projeto de saúde articulado ao mercado, o qual esta fundamentada na política de ajuste que tem como objetivos a contenção dos gastos com racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. Ficando como tarefas do Estado apenas garantir o mínimo aos que não podem pagar ampliar a privatização, descentralizar os serviços locais e incentivar o seguro privado.

Já na Reforma Psiquiátrica, que se inicia na década de 70, foi e é um processo de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais em torno do doente e da saúde mental, mas, especialmente, o que tange às políticas públicas para lidar com a questão. Trata-se de um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos: "nos governos Federal, Estadual e Municipal, no mercado dos serviços de saúde, nas associações de usuários de saúde mental e nos movimentos sociais". (BRASIL, 2005, p.23). Nessa época, algumas das principais mudanças ocorridas no período foram:

- No Governo Collor de Mello, que apesar do conservadorismo, houve uma reocupação fundamental do espaço político, pelo Movimento da Reforma em torno de coordenação de Saúde Mental, em nível do Ministério da Saúde, que passa a tomar as principais iniciativas políticas formais da Reforma psiquiátrica, pelo menos até 1996.
- No Ministério da Saúde, que passa a tomar iniciativas políticas formais da Reforma Psiquiátrica, salientando a II Conferência Nacional de Saúde Mental, o lançamento de portarias ministeriais a partir de 1991-1992, estabelecendo a normatização e o financiamento para os serviços de saúde mental, como o de atenção psicossocial e a supervisão da melhoria da assistência dos hospitais psiquiátricos, com critérios de qualidade, nos quais os hospitais foram se enquadrando.
- A partir daí houve o processo de desospitalização saneadora, resultando em uma redução de números de leitos em hospitais privados e públicos que não tinham condições de hotelaria e assistência.
- Teve um significativo aumento no número de profissionais assistentes sociais e psicólogos em seu quadro, mas mesmo assim muitos hospitais conseguiram maquiagem a qualidade dos cuidados.
- Houve avanços da luta anti-manicomial no plano legislativo, vários Estados implantaram leis inspiradas nos Princípios da Reforma Psiquiátrica, havendo um processo gradativo de substituições do tipo de assistência psiquiátrica, e novos profissionais da saúde e área social são chamados a compor as equipes multiprofissionais.
- Cresceu significativamente o número organizações de usuários e familiares, com lançamento de uma Carta de Direitos e Deveres que defendem seus princípios básicos, quanto à Assistência Social em Saúde Mental em 1993, com o encontro nacional de entidades de usuário e familiares da Luta anti-manicomial, que tem voz efetiva de cidadãos que podem contribuir no processo de planejamento, execução, e avaliação de serviços e políticas de Saúde Mental, podendo atuar até na formação de profissionais de campo.
- Tem-se um avanço da ciência e das abordagens dos profissionais em psiquiatria, com a difusão de novas técnicas e novos medicamentos, representando uma onda de conservadorismo e corporativismo profissional. Com a participação de várias

arenas e espaços de militância e luta no campo da saúde mental e reforma psiquiátrica.

- No Legislativo, nas legislações Nacionais, Estaduais, e Municipais em saúde mental. Muito embora muito ainda se tenha a caminhar em direção a uma cidadania plena. Claro que não esquecendo as conquistas na área da saúde mental.
- No Judiciário, com a atualização dos Códigos Civis e Penal, tendo em vista os Estatutos de incapacidade civil, imputabilidade, periculosidade, com comprometimento dos órgãos de defesa dos cidadãos, e da reforma defendendo os direitos dos usuários e familiares em saúde mental;
- No Executivo, com serviços comprometidos com a gestão, avaliação de programas e serviços sociais, saúde mental em concordância com os objetivos da Reforma Psiquiátrica;
- Na sociedade civil, com a formação de profissionais das áreas da saúde mental e social, comprometidos com a luta pela Reforma psiquiátrica e com práticas inovadoras em saúde mental;
- Com organizações não governamentais (ONGs.) de defesa dos interesses da luta anti-manicomial;
- Movimentos sociais, associações civis de trabalhadores, usuários e familiares específicos no campo da saúde mental, estimulando o suporte mútuo de autoajuda, execução de projetos e serviços terceirizados em saúde mental com financiamento público;
- Projeto cultural, artístico, educacional, com a mídia, visando a mudanças nas representações sociais acerca da doença e de saúde mental, combatendo pré-conceitos e exclusões, pois atualmente não se vê quase nada em relação à prevenção quanto aos males étlicos, ou trabalhos de problematizarão das drogas nas escolas.

Até 1988 as políticas públicas na área de drogas no âmbito federal eram responsabilidade do Governo Federal de Entorpecentes (COFEN), vinculadas ao Ministério da Justiça. A ação desenvolvida pelo Ministério da Saúde na área de tratamentos baseava-se no modelo de atenção hospitalar psiquiátrico. Com o surgimento da (PNAD) - nomenclatura usada que até então esclareceu os fundamentos, objetivos, as diretrizes e estratégias para a ação de prevenção. A III conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, pela primeira vez

incorpora em âmbito governamental a estratégia de redução de danos como intervenção importante de saúde pública, visando ampliar o acesso e as ações dirigidas às pessoas que não estão em contato com o sistema de saúde. A sociedade, como principal destinatária das ações, passa a ser convocada a ocupar espaços coletivos de discussões. Com a PNAD, o Brasil assume uma postura inovadora ao adotar a prevenção como orientação fundamental, valorizando a importância do investimento na educação do cidadão brasileiro. Outro fator importante é que se reconhecia a diferença entre traficante e usuário de drogas, entendendo que a dependência química, antes de se configurar crime, deve ser considerada doença e precisa receber tratamento adequado, tanto físico como mental, em espaços descentralizados e abertos.

Em 2001, foi criada a Secretaria Nacional de Políticas Antidrogas (SENAD), tendo como objetivo principal condenar as ações de demanda no país, tendo como princípio de que sejam "divididas as responsabilidades entre Governo, setor produtivo e sociedade civil, tendo como pressuposto de que a conscientização sobre o uso de drogas depende da sua mobilização". Conforme BRAVO (1991, p. 206). A realização da terceira conferência nacional da saúde mental, em 2001 ratificou posições anteriores relacionadas à necessidade da adoção de um modelo comunitário de tratamento. Acontecendo pela primeira vez em âmbito governamental, a incorporação das estratégias de redução de danos como intervenção importante de saúde pública, visando ampliar o acesso e as ações dirigidas às pessoas que não estão em contato com o sistema de saúde.

Destaca-se, em 1986, o surgimento do 1º Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em São Paulo. Em 2002, no âmbito do Ministério da Saúde, foi aprovado um conjunto de portarias que regulamentavam os diversos aspectos dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), incluindo os centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS ad), destinando financiamentos específicos e próprios a essa rede. Acontecendo nesses espaços o acompanhamento clínico e a reinserção social das pessoas que necessitam desse tipo de atendimento, inclusive pessoas com transtornos mentais severos. Proporcionando também lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitário. Pois, a função do CAPS e CAPS ad é de prestar atendimento diário, evitando, assim as internações em hospitais Psiquiátricos. A implementação do CAPS ad, com recursos garantidos para o tratamento dos usuários da saúde mental, dependência por álcool e outras

drogas, está prevista na normativa do Ministério da Saúde, nas portarias 189 e 336, de 2002.

Em São Borja o CAPS ad, foi implantado em 2007 e faz atendimento a pessoas com transtornos mentais causados por dependências químicas por drogas ilícitas, por exemplo, a cocaína e lícitas como a dependência etílica. É uma unidade de atenção diária que acolhe as pessoas encaminhadas pela rede pública de saúde, serviços especializados, e também os usuários que veem por vontade própria. Presta serviços e atendimentos individuais e grupais; com tratamentos terapêuticos e medicamentosos. A equipe é formada por psicólogo, psiquiatra, clínico geral, técnico em enfermagem e terapeuta ocupacional.

O projeto CAPS ad visa prestar atendimento em regime de atenção diária, gerenciar projetos terapêuticos, oferecendo cuidados clínicos eficientes e personalizados. Promover a inserção social dos usuários por meio de ações conjuntas que envolvam educação trabalho, saúde, lazer e cultura. Organizar e supervisionar a rede de serviços em território da saúde mental, dar suporte e atenção à saúde mental na rede básica. (BRASIL, 2005, p.25).

O Ministério da Saúde visa ampliar o acesso ao tratamento no SUS em todos os níveis de atendimento, e qualificar as equipes de saúde da família para atender aos casos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas. Atualmente um de seus objetivos é melhorar as estratégias de acolhimento aos usuários da saúde mental, pois é um direito descrito na Constituição Federal de 1988, Carta Magna do Brasil no capítulo II, no artigo 6, que promulga: "São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição".

Destacando também a importância das Fazendas terapêuticas e seu trabalho exemplar com os dependentes químicos em recuperação, como a Comunidade Terapêutica Chico Xavier (CT), situada no município de São Borja. Que recebe os dependentes químicos encaminhados de vários locais para continuidade do tratamento da dependência química, inclusive os que já passaram pelo tratamento para desintoxicação no Hospital Ivan Goulart. Em torno dessa instituição, discorre sobre o tema de enfrentamento da dependência químico, em que tem papel fundamental no município, como seus serviços prestados. Procura servir serviços, como: atendimento de psicologia e de Serviço Social aos dependentes e seus

familiares, de modo que possam ser ouvidos orientados e também fortalecidos, para que sejam acompanhados e logo reinseridos na sociedade após o tratamento.

Todo o trabalho feito em prol da melhoria e qualidade de vida do usuário dependente químico, pois como bem cita a Constituição Federal, ao defender que qualquer cidadão brasileiro tem direito à educação, moradia, trabalho, segurança, assistência, então, é justo que o usuário do Serviço Social, o dependente químico, tenha seus direitos garantidos e acessados.

Após a apresentação no capítulo anterior da trajetória da Saúde Mental no Brasil e seus condicionantes, apresenta-se a seguir o capítulo II trazendo a análise da instituição onde foi realizado o estágio obrigatório I e II em Serviço Social, que foi o Hospital Ivan Goulart, apresentando o espaço institucional, sua história, características, missão, visão e a prática profissional do assistente social deste espaço sócio ocupacional. O Serviço Social na instituição, o trabalho desenvolvido na Ala Recomeçar, onde ficam internos os dependentes químicos para desintoxicações causadas pelo uso de drogas lícitas e ilícitas; Seguindo-se, será apresentado à síntese do projeto de intervenção.

1.3 Modos de produção capitalista versus atendimento da saúde ao dependente químico

A ideologia da normalidade pressupõe que o indivíduo possa trabalhar produzir, para poder normalmente, com o salário obtido, satisfazer as suas necessidades de subsistência e as de sua família. E quando não consegue, com sua renda, alcançar essa vida normal, é discriminado. Com isso, o dependente químico, que possui uma doença, passa a ser tratado como os demais sujeitos muitas vezes sendo vistos como objetos do capitalismo, que o tornam um sujeito coisificado. A coisificação é quando o trabalho passa a ser um fardo para o homem e não uma autor realização. Pois, de acordo com Marx, o trabalho é:

(...) Um processo de que participa o homem e a natureza, processo em que o ser humano com a sua ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza, com uma de suas forças. Põem em movimento as forças naturais de seu corpo, braços e pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes uma forma útil á vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e

modificando-a, ao mesmo tempo em que modifica a própria natureza. Desenvolve as potencialidades nela adormecidas e submete ao seu domínio o jogo de forças naturais. (MARX, 1988, p.202).

Conforme problematiza o autor, trabalho é o que difere o homem dos outros seres vivos, pois no final aparece o resultado do que já existia antes, idealmente na imaginação do trabalhador. Diferenciando-o pela capacidade de imaginar, planejar, projetar. No modo de produção capitalista, a força de trabalho é transformada em mercadoria, em valor de troca, perdendo seu significado social, não mais sendo uma objetivação e reconhecimento de quem a realiza, mas sim um fardo, mascarando sua dimensão concreta, desqualificando-o, tornando o trabalho um produto estranho ao trabalhador que o produz. Portanto:

Isto é alienação do trabalhador que não reconhece seu próprio trabalho perdendo a identidade afetando as condições objetivas e de exteriorização onde estão relacionadas às formas de sociabilidade, transformando as diferenças em desigualdades. (MARX, 1988, p.203)

O modo de produção capitalista apresenta-se em confronto com a classe trabalhadora, que desprovida das condições materiais para a materialização de seu trabalho vende sua força de trabalho. São características inerentes do sistema de produção capitalista, que explora o trabalhador, e sempre tem como característica principal a obtenção do lucro, não interessando para ele saber como é a subjetividade do trabalhador, e nem o que necessita para sua sobrevivência. “[...] vende sua força de trabalho por um salário-dinheiro, soma dada de valores, que garante precariamente sua sobrevivência”. (IAMAMOTO, CARVALHO, 1983, p.32).

Entende-se, a partir do autor citado, que a exploração do trabalhador pelo modo de produção capitalista é esmagadora, o trabalhador empregado consegue sobreviver precariamente, não sendo a ele garantido um atendimento digno na saúde e tão pouco na assistência social.

O que acontece com quem é excluído desse modo de produção? Com quem fica à beira do caminho? Que não apresenta as características desejadas para a manutenção do modo de produção capitalista? O que dizer, então, do dependente químico, que está doente, excluído da sociedade, certamente excluído do mundo do trabalho, com certeza, não há no sistema capitalista lugar para os ditos "diferentes".

A dependência química é um fenômeno complexo, com múltiplas causas, que envolve aspectos psicológicos, biológicos e sociais, sendo assim, falar sobre a dependência química por álcool ou bebidas alcoólicas, que são drogas lícitas de fácil acesso, promovidas pelos meios de comunicações, não é tarefa fácil.

A dependência etílica é vista de várias formas, desde o senso comum que é “falta de caráter, sem-vergonhice,” até o posicionamento dos profissionais assistentes sociais, como sendo muitas vezes um posicionamento de enfrentamento e resistência à sociedade atual, capitalista e exploradora. Muitos trabalhadores, para não ficarem fora do mercado de trabalho, privam-se das necessidades básicas, como dormir, comer, descansar, muitas vezes usando substâncias ilícitas, como a cocaína, ou lícitas como bebidas alcoólicas. Outros usam as drogas para fugir da sua triste realidade, que é não ter um emprego.

Com o surgimento das grandes indústrias e o trabalho precarizado, torna-se evidente a exploração da classe trabalhadora, Conforme (ESTEVÃO, 2006, p.43). “Os trabalhadores começam a expressar situações de precárias condições de vida, pobreza, miséria e falta de saúde”. Entende-se, segundo o autor acima, que já transparecia a exploração do trabalhador pelas grandes indústrias, deixando clara a atuação do sistema capitalista, no qual visa à extração da mais-valia, o lucro, e não respondendo às mínimas condições de vida digna do trabalhador.

A mudança no mundo do trabalho provocado pelo modo de produção capitalista acaba afetando os usuários na sua saúde física, para poderem manter-se trabalhando ou na saúde mental por amargurarem pela falta de trabalho. Acabam então “não exteriorizado as características ditas normais aos detentores do poder” (RESENDE 1997, p.24). Não mais são respeitadas as diferenças, que são transformadas em desigualdades, isso acaba afetando o dependente químico, usuário da saúde mental, que não possuindo as características necessárias para o modo de produção capitalista, são cada vez mais excluídos. O dependente químico usuário da saúde mental está fadado à exclusão em todos os sentidos. Observa-se que:

As elites tentam taxar as divergências de disfuncionalidades, ignorando a natureza complexa da sociedade, numa apropriação social tendenciosa. Dessa forma a loucura (independente de sua natureza intrínseca), que faz emergir a incongruência de valores sociais vigentes, que denuncia as ambivalências econômicas,

morais, sexuais, políticas da sociedade, precisa ser neutralizada por um saber competente que a segregue do contato maior com o resto da sociedade. (BISNETO 2011, p.176).

Entende-se que o autor problematiza o desafio imposto pelo modo de produção capitalista, explorador da mão-de-obra humana, e excludente para com quem não mais serve ao sistema; um dependente químico, usuário da saúde mental, não tem como se inserir nessa sociedade manipuladora de interesses econômicos, ficando às margens do caminho, pois conforme a citação do autor, no modo de produção capitalista “o que não serve mais para o mundo do trabalho, que é divergente, precisa ser excluído”. (BISNETO, 2011, p.184). Torna-se necessário conhecer que tipo de relação existe entre sociedade capitalista contemporânea, o que se está garantindo para saúde mental, porque a mesma está articulada com alienação social, loucura, sofrimento mental.

Foi um período marcante para a sociedade brasileira, no que se refere à saúde mental no Brasil. Vários foram os movimentos em prol de melhorias dos direitos dos usuários da saúde mental do país, por exemplo, em 1990 o projeto de lei Paulo Delgado, que propunha a extinção gradativa dos serviços tipos manicomiais no país e a implementação das primeiras experiências municipais, a partir do novo modelo de cuidados em saúde mental. Têm-se os novos tempos rumo à Reforma Psiquiátrica, que serão explicitados no próximo item.

2- APRESENTAÇÃO DO CAMPO DE ESTAGIO E SÍNTESE DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

2.1 A HISTÓRIA DO PROJETO

A Fundação Ivan Goulart – Hospital Ivan Goulart é sediada em São Borja-RS, município, localizado na Fronteira Oeste deste Estado, fazendo divisa com a Argentina. O município foi fundado em 1682, pelo Padre Jesuíta Espanhol Francisco Garcia de Prada. O Município de São Borja está situado na faixa de fronteira com a Argentina, o município é conhecido como a primeira Redução dos Sete Povos das Missões. A fundação foi instituída em 28 de agosto de 1960 pela Comissão Estadual da Legião Brasileira de Assistência em São Borja, Rio Grande do Sul, como uma instituição beneficente, sem fins lucrativos de direito privado e interesse público, encontra-se situada na Avenida Presidente Vargas nº. 1440.

Tem por missão: “Promover a saúde, com eficiência e primor, através de profissionais qualificados, recursos tecnológicos modernos e equilíbrio econômico-financeiro, no âmbito local e regional; atendendo as necessidades físicas, emocionais e espirituais dos clientes”. Tendo como missão: “Ser reconhecida como Centro de Referência da Saúde na Região”.

Com valores que são atender o cliente com cortesia, presteza e eficiência, aliar a competência técnica, à Segurança no atendimento ao cliente, agir com profissionalismo, mantendo uma postura adequada primando pela ética, investir na educação continuada dos colaboradores buscando o constante desenvolvimento pessoal e profissional, pois o lema é: “Humanização, sendo a fonte inspiradora de todos os nossos cuidados e cuidadores”.

A Fundação Ivan Goulart deve a sua criação à Comissão Estadual da LBA, na época presidida pela Senhora Neuza Goulart Brizola, primeira dama do Estado. A Instituição é mantenedora do Hospital Infantil Ivan Goulart, inaugurado em 21 de novembro de 1962 pelo então Presidente da República João Belchior Marques Goulart e pela Senhora Neuza Goulart Brizola. A Fundação Ivan Goulart é uma entidade privada de caráter público, criada para construir e administrar o Hospital Infantil Ivan Goulart, projetado para ser um centro de referência no atendimento à criança. Devido à baixa demanda e motivada principalmente pela distância entre os

municípios da região, foi transformado em Hospital Geral.

Em cumprimento a determinação legal, a Fundação Ivan Goulart, entidade mantenedora do Hospital Infantil, com sede na cidade de São Borja, estado do Rio Grande do Sul, à Av. Presidente Vargas, nº 1440, inscrita no CNPJ sob o nº 96.488.598/0001-89. A Fundação Ivan Goulart é uma Entidade Filantrópica portadora do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, conforme o processo nº 28992.000149/95. Registrada no Conselho Nacional de Assistência Social, conforme processo nº 57.056/65 de 06/07/1967. Declarada de Utilidade Pública Federal, de acordo com o Decreto/MJ nº 95.619/88, Utilidade Pública Estadual conforme Processo nº 02438612.00/93.0 e Boletim nº 324/93 - SJTS/DA. Registrada na Secretaria do Trabalho Cidadania e Assistência Social, conforme Certidão de Registro Definitivo nº 100566. E Utilidade Pública Municipal, conforme Decreto/ Lei Municipal nº 335/67. Registrada no Cartório de Registros Especiais sob nº 43, à Folha 43 Verso do Livro “A” de Pessoas Jurídicas em 26 de maio de 1961.

O Hospital Ivan Goulart presta relevantes serviços na área da saúde à sua comunidade e região há mais de 50 anos, com destacada atenção aos usuários do SUS (Sistema Único de Saúde), que nos últimos três exercícios, mantém a média superior a 75% dos atendimentos, atingindo nesse exercício um índice de 76,2% nos serviços de Internações Hospitalares. Atualmente o Hospital Ivan Goulart possui 131 leitos, distribuídos em sete unidades de internação; Unidade I: quartos privativos, apartamentos e suítes; Unidade II: quartos semi privativos e apartamentos; Unidade III: quartos coletivos femininos e isolamento; Unidade IV, quartos coletivos masculinos e semi privativo; Maternidade: Neonatologia e Pediatria. Assim como, CTI, Centro Cirúrgico e Pronto - Socorro.

Mantenedora: Fundação Ivan Goulart - Hospital Ivan Goulart. Com a diretoria atuante em 2011/2012, que tem como presidente o senhor Sérgio Bastos Seitenfus, a instituição conta atualmente com 286 colaboradores, distribuída entre os seguintes setores: Recepção e Internação, Central Telefônica, Tesouraria, Serviço Social, Psicologia e SAC (Serviço de Atendimento ao Cliente), Assessoria de Imprensa, Informática, Chefia de Enfermagem, Radiologia, SAME (Serviço de Atendimento Médico e Estatístico), Ambulatório, Farmácia, CDM (Central de Diluição de Medicamentos), Necrotério, Nutrição, Copa/Cozinha, Setor Financeiro, Setor de Pessoal, Controladoria, Secretaria Administrativa, Administração, Higienização,

Lavanderia e RH (Recursos Humanos), CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidente), CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) e GTH (Grupo de Trabalho da Humanização).

O Hospital Ivan Goulart é um hospital filantrópico, mantido pela Fundação Ivan Goulart. Uma Instituição beneficente, sem fins lucrativos, de direito privado e interesse público. Os recursos da instituição são provenientes do Governo Federal e Estadual, Programa Estruturante da Secretaria Estadual de Saúde e demais convênio. Em cumprimento a determinação legal, a Fundação Ivan Goulart, entidade mantenedora do Hospital Ivan Goulart, com sede na cidade de São Borja, Estado do Rio Grande do Sul, à Av. Presidente Vargas nº 1440, inscrita no CNPJ sob o nº 96.488.598/0001-89. O hospital Ivan Goulart possui convênios com as seguintes firmas: Unimed IPERGS SUS; Particular Fusex Caixa Federal; CABERGS CASSI SENER SAÚDE; Saúde Bradesco GEAP Sul-América Seguros; Medial Saúde Sonae Amil; AFPRGS Cauzzo SESEF; Pró-Saúde Unimed-Card Correio; Pref. Municipal de Maçambará Pref. Mun. São Borja Pref. Mun. De Garruchos.

A instituição tem por objetivo promover a Saúde com eficiência e primor, através de profissionais qualificados, e recursos tecnológicos modernos, no âmbito local e regional, atendendo as necessidades físicas, emocionais e espirituais de nossos clientes.

O Serviço Social foi implantado na Instituição em novembro de 2004, pela Assistente Social Marlei Aparecida Maffra, com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos usuários da Instituição e seus familiares. Atualmente o hospital conta com duas profissionais Assistentes Sociais, Cláudia Maurer e Aline Henrich na Instituição há aproximadamente três anos, ambas atuando nos moldes e especificação da Instituição para assegurar um acolhimento de qualidade e atenção aos pacientes, familiares e acompanhantes do HIG cumprindo ainda funções específicas como:

- Realizar visitas domiciliares aos pacientes após a alta; Implementar projetos de socialização; Observar o ambiente hospitalar desenvolvendo atividades de apoio à pacientes, familiares e colaboradores; Solucionar problemas de pacientes e familiares, sanando dúvidas e fornecendo orientações; Entrevistar pacientes e familiares em busca de alternativas de soluções para as dificuldades decorrentes dos tratamentos e atendimentos médico-hospitalares.

- Manter contato com a Secretaria de Assistência Social, Secretaria de Saúde e Asilo para facilitar o encaminhamento dos pacientes com problemas sociais; Colocar-se a disposição dos familiares, para orientações na ocorrência de óbitos de paciente internado; Participar da equipe de capacitação de Órgãos e do grupo de Trabalho em Humanização; Realizar a transferência de pacientes para outros hospitais, após solicitação do médico assistente; Efetuar outras tarefas relacionadas ao processo caso haja necessidade.

Para, além disso, o profissional Assistente Social deve contemplar as seguintes habilidades e conhecimentos para o desempenho das funções: Boa comunicação; bom relacionamento interpessoal; trabalho em equipe; habilidade para negociação; agilidade; ética; iniciativa. Na posição hierárquica institucional do cargo as profissionais assistentes sociais estão subordinadas a um Diretor Técnico. Também existem pré-requisitos para o cargo: Escolaridade: Curso superior de Serviço Social, especialização de assistência Social no atendimento médico hospitalar. Experiência mínima de um ano na Área de Saúde; registro da categoria do Conselho Regional de Serviço Social.

O sujeito procura o hospital e é tratado como paciente, se for encaminhado para o atendimento do serviço social vai ser atendido como usuário, pois é no âmbito hospitalar podemos perceber diferentes expressões da questão social que se manifestam pelo abandono, pela necessidade de transferências para outras unidades hospitalares, pela fragilização dos laços familiares, pela precarização do trabalho; é a partir dessas demandas que conseguimos intervir junto ao usuário e sua família. Buscando a partir da apreensão da realidade vivenciada pelos sujeitos no seu cotidiano estratégias de enfrentamento para as demandas identificadas.

O profissional do Serviço Social tem como objetivo intensificar a interação entre o indivíduo e seu meio social, procurando melhorar a qualidade de vida do usuário junto à sociedade. A melhoria da qualidade de vida dos sujeitos não é um processo ou exercício de soluções de problemas, mas a prevenção dos mesmos. Compete assim ao profissional assistente social estabelecer junto aos usuários estratégias de enfrentamento visando à construção de autonomia dos indivíduos, reconhecendo-os como sujeitos capazes de transformar a sua realidade. A implantação do Serviço Social dentro de uma instituição hospitalar tem como meta trabalhar junto aos pacientes, colaboradores, a qualidade de vida, as demandas

oriundas da questão social, a motivação no trabalho, produtividade, possibilitando a satisfação das necessidades básicas.

Envolvendo pessoas que trabalhem juntas desenvolvendo a capacidade de produção e desempenho de um trabalho multidisciplinar que atenda as demandas da instituição. Tendo como missão: “Alcançar o bem-estar do ser humano, buscar que os usuários possam ir ao encontro dos seus direitos como cidadãos, dando especial atenção às carências e fortalecimento daqueles que são vulneráveis”.

Com a finalidade de: “Promover a justiça social e as mudanças sociais no âmbito Institucional, buscando diminuir as disparidades sociais, elaborar, coordenar, executar e avaliar programas e projetos a serem desenvolvidos na Instituição envolvendo a participação da sociedade civil”. Objetivando: “Visar e garantir direitos e assistência para os usuários, fazendo por meio de políticas sociais, de forma organizada e planejada. Lutando pelas injustiças que enfrentamos com a questão social da realidade no cotidiano. Considerando esses objetivos a partir da reflexão crítica, ético-política e de métodos investigativos”. Com objetivos a serem alcançados, pois é fundamental trabalhar com vistas às transformações, respeitando as singularidades de cada usuário e buscando novas formas de políticas sociais envolvendo mais a sociedade. Mas sabe-se que a realidade social é complexa e qualquer intervenção depende de fatores, possibilidades e limitações.

As atividades exercidas pelo profissional Assistente Social no decorrer do trabalho da instituição são: Visitas domiciliares; acompanhamento de pacientes selecionados pela equipe de enfermagem dando suporte ao paciente e seus familiares na pós-alta. Transferências de pacientes internados; eventualmente encaminhamento junto a recursos da comunidade; atendimento em grupo e individual através das visitas em casos específicos dentro do hospital, de acordo com sua demanda. Oficinas (pediatria e psiquiatria): são feitas duas vezes por semana, na sala de recreação (brinquedo teca).

Programa de captação de órgãos. Participação em campanhas, projetos e programas desenvolvidos na instituição. Plantão Social, pois é por ele que os usuários usufruem dos serviços sem a necessidade de um agendamento prévio, diferentemente dos demais profissionais da área da saúde na instituição.

O espaço onde é realizado o atendimento deve ser de acesso facilitado a

todos os usuários, possibilitando o sigilo e a privacidade no acolhimento. Da mesma forma, os registros de atendimento e estudos sociais deverão permanecer em local resguardado, com acesso somente do Assistente Social. O trabalho do profissional Assistente Social desenvolve-se em rede articulada com os demais profissionais da área da saúde interna e externa à Instituição.

A atuação do Assistente Social no campo da saúde requer uma análise muito mais ampla da realidade social desses sujeitos, desprovidos social e economicamente de conhecimentos para entenderem-se como pessoas detentoras de direitos. Pressupõem-se então que esses indivíduos estão inseridos numa dinâmica contraditória em que o antagonismo da classe é visivelmente presente na sociedade deixando clara a igualdade perante a lei, mas também a desigualdade das relações sociais. A população usuária da instituição é na grande maioria pessoas com baixa renda em situação de vulnerabilidade social como já demonstrado anteriormente onde a maior parte dos leitos ocupados é SUS.

São pessoas em precárias condições de moradia, alimentação, desemprego, ou seja, situações determinantes no conjunto de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Sendo assim percebe-se que o processo da doença desencadeia uma multiplicidade de fatores que influenciam direta e indiretamente na vida do usuário, onde a doença deixou de ser uma patologia em si, para integrar-se na totalidade de vida desses sujeitos.

Após a apresentação no capítulo anterior da trajetória da Saúde Mental no Brasil e seus condicionantes, apresenta-se o capítulo II, trazendo a instituição onde foram realizados os estágios obrigatórios I e II em Serviço Social, Hospital Ivan Goulart, apresentando o espaço institucional, sua história, características, missão, visão e a prática profissional do assistente social, nesse espaço sócio- ocupacional. Seguindo-se, será apresentada a síntese do projeto de intervenção.

A Fundação Ivan Goulart – Hospital Ivan Goulart, é sediada em São Borja-RS, município, localizado na fronteira-oeste desse Estado, fazendo divisa com a Argentina. O município foi fundado em 1682, pelo Padre Jesuíta Espanhol Francisco Garcia de Prada. Está situado na faixa de fronteira com a Argentina, é conhecido como a primeira Redução dos Sete Povos das Missões. A fundação foi instituída em 28 de agosto de 1960, pela Comissão Estadual da Legião Brasileira de Assistência em São Borja, Rio Grande do Sul, como uma instituição beneficente, sem fins

lucrativos de direito privado e interesse público. Encontra-se situada na Avenida Presidente Vargas, nº. 1440.

Tem por missão: “Promover a saúde, com eficiência e primor, através de profissionais qualificados, recursos tecnológicos modernos e equilíbrio econômico-financeiro, no âmbito local e regional; atendendo as necessidades físicas, emocionais e espirituais dos clientes”. Tendo como visão: “Ser reconhecida como Centro de Referência da Saúde na Região”.

Com valores que são atender o cliente com cortesia, presteza e eficiência, aliar a competência técnica à Segurança no atendimento ao cliente, agir com profissionalismo, mantendo uma postura adequada primando pela ética, investir na educação continuada dos colaboradores, buscando o constante desenvolvimento pessoal e profissional, pois o lema é: “Humanização, sendo a fonte inspiradora de todos os nossos cuidados e cuidadores”.

A Fundação Ivan Goulart deve a sua criação à Comissão Estadual da LBA, na época presidida pela Senhora Neuza Goulart Brizola, primeira dama do Estado. A Instituição é mantenedora do Hospital Infantil Ivan Goulart, inaugurado em 21 de novembro de 1962, pelo então Presidente da República, João Belchior Marques Goulart e pela Senhora Neuza Goulart Brizola. A Fundação Ivan Goulart é uma entidade privada de caráter público, criada para construir e administrar o Hospital Infantil Ivan Goulart, projetado para ser um centro de referência no atendimento à criança. Devido à baixa demanda e motivada, principalmente, pela distância entre os municípios da região, foi transformada em Hospital Geral.

Em cumprimento à determinação legal, a Fundação Ivan Goulart, entidade mantenedora do Hospital Infantil, com sede na cidade de São Borja, Estado do Rio Grande do Sul, à Avenida Presidente Vargas, nº 1440, inscrita no CNPJ sob o nº 96.488.598/0001-89. A Fundação Ivan Goulart é uma Entidade Filantrópica portadora do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, conforme o processo nº 28992.000149/95. Registrada no Conselho Nacional de Assistência Social, conforme processo nº 57.056/65 de 06/07/1967. Declarada de Utilidade Pública Federal, de acordo com o Decreto/MJ nº 95.619/88, Utilidade Pública Estadual, conforme Processo nº 02438612.00/93.0 e Boletim nº 324/93 - SJTS/DA. Registrada na Secretaria do Trabalho Cidadania e Assistência Social, conforme Certidão de Registro Definitivo nº 100566.

E Utilidade Pública Municipal, conforme Decreto/ Lei Municipal nº 335/67.

Registrada no Cartório de Registros Especiais sob nº 43, à Folha 43, Verso do Livro “A” de Pessoas Jurídicas, em 26 de maio de 1961. O Hospital Ivan Goulart presta relevantes serviços na área da saúde à sua comunidade e região há mais de 50 anos, com destacada atenção aos usuários do SUS (Sistema Único de Saúde) que, nos últimos três exercícios, mantém a média superior a 75% de atendimentos, atingindo, nesse exercício, um índice de 76,2%, nos serviços de Internações Hospitalares. Atualmente, o Hospital Ivan Goulart possui 131 leitos, distribuídos em sete unidades de internação; Unidade I: quartos privativos, apartamentos e suítes; Unidade II: quartos semi privativos e apartamentos; Unidade III: quartos coletivos femininos e isolamento; Unidade IV, quartos coletivos masculinos e semi privativo; Maternidade: Neonatologia e Pediatria. Assim como, CTI, Centro Cirúrgico e Pronto - Socorro.

Mantenedora: Fundação Ivan Goulart - Hospital Ivan Goulart. Com a diretoria atuante em 2011/2012, que tem como presidente o senhor Sérgio Bastos Seitenfus, a instituição conta atualmente com 286 colaboradores, distribuída entre os seguintes setores: Recepção e Internação, Central Telefônica, Tesouraria, Serviço Social, Psicologia e SAC (Serviço de Atendimento ao Cliente), Assessoria de Imprensa, Informática, Chefia de Enfermagem, Radiologia, SAME (Serviço de Atendimento Médico e Estatístico), Ambulatório, Farmácia, CDM (Central de Diluição de Medicamentos), Necrotério, Nutrição, Copa/Cozinha, Setor Financeiro, Setor de Pessoal, Controladoria, Secretaria Administrativa, Administração, Higienização, Lavanderia e RH (Recursos Humanos), CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidente), CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) e GTH (Grupo de Trabalho da Humanização).

O Hospital Ivan Goulart é um hospital filantrópico, mantido pela Fundação Ivan Goulart. Uma Instituição beneficente, sem fins lucrativos, de direito privado e interesse público. Os recursos da instituição são provenientes do Governo Federal e Estadual, Programa Estruturante da Secretaria Estadual de Saúde e demais convênios. Em cumprimento á determinação legal, a Fundação Ivan Goulart, entidade mantenedora do Hospital Ivan Goulart, com sede na cidade de São Borja, Estado do Rio Grande do Sul, situada na Avenida Presidente Vargas, nº 1440, inscrita no CNPJ sob o nº 96.488.598/0001-89. O Hospital Ivan Goulart possui convênios com as seguintes firmas: Unimed IPERGS SUS; Particular Fusex Caixa

Federal; CABERGS CASSI SENER SAÚDE; Saúde Bradesco GEAP Sul-América Seguros; Medial Saúde Sonae Amil; AFPRGS Cauzzo SESEF; Pró-Saúde Unimed-Card Correio; Prefeitura de Maçambará, Prefeitura São Borja, Prefeitura de Garruchos.

A instituição tem por objetivo promover a Saúde com eficiência e primor, por meio de profissionais qualificados e recursos tecnológicos modernos, no âmbito local e regional, atendendo as necessidades físicas, emocionais e espirituais dos clientes.

O Serviço Social foi implantado na Instituição em novembro de 2004, pela Assistente Social Marlei Aparecida Maffra, com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos usuários da Instituição e seus familiares. Atualmente o hospital conta com duas profissionais Assistentes Sociais, Cláudia Maurer e Aline Henrich, há aproximadamente três anos, ambas atuando nos moldes e especificação da Instituição, para assegurar um acolhimento de qualidade e atenção aos pacientes, familiares e acompanhantes do HIG, cumprindo ainda funções específicas como:

- Realizar visitas domiciliares aos pacientes após a alta; Implementar projetos de socialização; observar o ambiente hospitalar, desenvolvendo atividades de apoio a pacientes, familiares e colaboradores; solucionar problemas de pacientes e familiares, sanando dúvidas e fornecendo orientações; entrevistar pacientes e familiares, em busca de alternativas de soluções para as dificuldades decorrentes dos tratamentos e atendimentos médico-hospitalares; manter contato com a Secretaria de Assistência Social, Secretaria de Saúde e Asilo, para facilitar o encaminhamento dos pacientes com problemas sociais; colocar-se à disposição dos familiares, para orientações na ocorrência de óbito de paciente internado; participar da equipe de capacitação de Órgãos e do grupo de Trabalho em Humanização; realizar a transferência de pacientes para outros hospitais, após solicitação do médico assistente; efetuar outras tarefas relacionadas ao processo, caso haja necessidade.

Além disso, o profissional Assistente Social deve contemplar as seguintes habilidades e conhecimentos para o desempenho das funções: boa comunicação; bom relacionamento interpessoal; trabalho em equipe; habilidade para negociação; agilidade; ética; iniciativa. Na posição hierárquica institucional do cargo, as profissionais assistentes sociais estão subordinadas a um diretor técnico. Também

existem pré-requisitos para o cargo. Escolaridade: curso superior de Serviço Social, especialização de assistência Social no atendimento médico hospitalar. Experiência mínima de um ano na Área de Saúde; registro da categoria do Conselho Regional de Serviço Social.

O sujeito procura o hospital e é tratado como paciente, se for encaminhado para o atendimento do serviço social vai ser atendido como usuário, pois no âmbito hospitalar se podem perceber diferentes expressões da questão social manifestadas pelo abandono, pela necessidade de transferências para outras unidades hospitalares, pela fragilização dos laços familiares, pela precarização do trabalho. É a partir dessas demandas que se consegue intervir junto ao usuário e sua família. Buscando, a partir da apreensão da realidade vivenciada pelos sujeitos no seu cotidiano, estratégias de enfrentamento para as demandas identificadas.

O espaço onde é realizado o atendimento deve ser de acesso facilitado a todos os usuários, possibilitando o sigilo e a privacidade no acolhimento. Da mesma forma, os registros de atendimento e estudos sociais deverão permanecer em local resguardado, com acesso somente ao assistente social. O trabalho desenvolve-se em rede articulada com os demais profissionais da área da saúde interna e externa da Instituição. A atuação do assistente social no campo da saúde requer uma análise muito mais ampla da realidade social desses sujeitos, desprovidos social e economicamente de conhecimentos para se entenderem como pessoas detentoras de direitos. Pressupõe-se, então, que esses indivíduos estão inseridos numa dinâmica contraditória, em que o antagonismo da classe é visivelmente presente na sociedade, deixando clara a igualdade perante a lei, mas também a desigualdade das relações sociais.

A população usuária da instituição é, na maioria, pessoas com baixa renda, em situação de vulnerabilidade social, como já demonstrado anteriormente, onde a maior parte dos leitos ocupados é SUS. São pessoas em precárias condições de moradia, alimentação, desemprego, ou seja, situações determinantes no conjunto de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Sendo assim, percebe-se que o processo da doença desencadeia uma multiplicidade de fatores que influenciam direta e indiretamente na vida do usuário, em que a doença deixou de ser uma patologia em si, para integrar-se na totalidade de vida desses sujeitos.

No âmbito hospitalar, podem-se perceber diferentes expressões da questão

social, que se manifestam pela falta de saúde, pelo abandono, pela necessidade de transferências para outras unidades hospitalares, pela fragilização dos laços familiares, pela precarização do trabalho, pois é a partir dessas demandas que o profissional Assistente Social intervém junto ao usuário e sua família, buscando, a partir da apreensão da realidade vivenciada pelos sujeitos no seu cotidiano, estratégias de enfrentamento para as demandas identificadas. Pois, no conceito ampliado de saúde, como decorrência das condições de vida e de trabalho da população, estando fundamentado no reconhecimento dos aspectos: sociais, econômicos, políticos, culturais, determinantes no processo saúde-doença. Revelando, então, as mais diversas expressões da questão social, sendo elementos de análise necessários para serem considerados pelo Assistente Social que atua na área da Saúde.

A implantação do Serviço Social dentro de uma instituição hospitalar tem como meta trabalhar junto aos pacientes, colaboradores, a qualidade de vida, as demandas oriundas da questão social, a motivação no trabalho, produtividade, possibilitando a satisfação das necessidades básicas.

Toda a organização envolve pessoas trabalhando juntas desenvolvendo a capacidade de produção e desempenho de um trabalho multidisciplinar que atenda as demandas da instituição; a maior demanda para o Serviço Social é o acolhimento e atendimento a dependentes químicos e seus familiares, seja por vontade do dependente de se desintoxicar, internação por ordem judicial (compulsória) e encaminhamentos advindos do CAPS ad.

Esse é partícipe, como trabalhador coletivo, de uma grande equipe de trabalho, pois como bem traz (IAMAMOTO, 1998, p.64) sua inserção faz parte de um “conjunto de especialidades que são postas em movimento simultaneamente para efetivar os objetivos das instituições empregadoras, sejam elas públicas ou privadas”. O profissional do Serviço Social tem como objetivo intensificar a interação entre o indivíduo e seu meio social, procurando melhorar a qualidade de vida do usuário junto à sociedade. A melhoria da qualidade de vida dos sujeitos não é um processo ou exercício de soluções de problemas, mas a prevenção desses. Compete, assim, ao profissional assistente social estabelecer, junto ao usuário, estratégias de enfrentamento visando à construção da autonomia dos indivíduos, reconhecendo-os como sujeitos capazes de transformar a sua realidade.

Grande parte da atuação das profissionais assistentes sociais dá-se em torno da Ala Recomeçar e dos familiares dos que estão ali internados, pois o envolvimento do Serviço Social e da equipe multidisciplinar que ali atua é realizado com intensidade, demandando tempo e cuidados.

A maior parte dos atendimentos na Instituição é realizada pelo SUS (Sistema Único de Saúde) Política Pública Universal para todos e não contributiva garantida pela Constituição Federal de 1988, mas habitualmente utilizada pelos indivíduos de menor renda ou trabalhadores informais.

A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão (CARVALHO, IAMAMOTO 1983, p. 77).

Conforme citação acima, a questão social é a manifestação no cotidiano da vida social das contradições existentes no sistema capitalista, seja falta de emprego, falta de saúde, enfim, faltam de condições de uma vida digna para o trabalhador, condições que precisam de uma intervenção do profissional assistente social que esteja longe da caridade, mas que emancipe o usuário, acessando os direitos a ele descritos na constituição de 1988.

Considerando a questão social como objeto de trabalho do Assistente Social e compreendendo que ela incide na vida das pessoas tornando-os frágeis, e tendo como decorrência vários processos de adoecimento, na área hospitalar a dependência química chega como uma demanda mais intensa para o Serviço Social na instituição, principalmente pela história e modo de vida dos dependentes químicos, que geralmente estão fora do mercado de trabalho, sem condições mínimas de cuidar da sua saúde.

Porque para ter boa saúde precisa-se de condições para isso, ou seja, ter uma alimentação saudável, moradia apropriada e um trabalho que não explore o trabalhador que precisa também ter lazer e tempo para cuidar da sua saúde e de seus familiares. Sendo que a dependência química, a partir da Reforma Psiquiátrica,

de acordo com a Lei 10.216, de abril de 2001, garante aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, universalidade na assistência.

Atualmente as dependências tanto lícitas quanto ilícitas permeiam o cotidiano de trabalho do serviço social e suas ações no contexto do Serviço Social hospitalar, tanto na perspectiva preventiva quanto a de tratamento para desintoxicação. O Serviço Social na instituição busca transformar a articulação em mediação para uma ação específica, abrindo a interlocução diferenciada, respeitando as singularidades de cada usuário, bem como de seus familiares.

Sendo fundamental para o Serviço Social discutir e provocar processos reflexivos quanto aos males causados pela dependência química. Nos últimos tempos, foram diversas as tentativas científicas para um melhor entendimento da dependência química sobre o metabolismo e os aspectos sociológicos.

Como cita (BRAVO 2006, p.89), surgem novas substâncias de abusos e novas formas de consumo adotando características próprias, requerendo modalidades de prevenção adaptadas aos consumidores e aos contextos onde são consumidas.

Durante o período de Estágio Supervisionado I e II, observou-se que a maior demanda para o Serviço Social é o acolhimento e atendimento a dependentes químicos, seja por vontade do dependente de se desintoxicar, internação por ordem judicial (compulsória) e encaminhamentos advindos do CAPS ad, bem como atendimento aos familiares do dependente químico internado.

O estágio em Serviço Social é espaço muito rico e que proporcionou a oportunidade da união da teoria aprendida na universidade e a realidade vivenciada no campo de estágio, pois conforme, o autor, esse é:

O estagio supervisionado é imprescindível na formação do Assistente Social. Este é concebido como uma situação- processo de ensino-aprendizagem. Nesse sentido, é o lócus apropriado onde o aluno desenvolve a sua aprendizagem prática, o seu papel profissional, a sua responsabilidade, o seu compromisso, o espirito critico, a consciência, a criatividade e demais atitudes e habilidades profissionais esperadas em sua formação. (BURIOLLA 2006, p. 79).

Visando contribuir com o serviço prestado pelas profissionais Assistentes Sociais da instituição, tem-se a necessidade de um trabalho mais específico, a fim

de provocar processos reflexivos junto aos usuários quanto aos males causados pelo consumo abusivo do álcool. A reflexão sobre este tema junto aos usuários e seus familiares é um fator relevante para a continuidade de seu tratamento no pós-alta hospitalar, e também um dos portais que, na maioria das vezes, induz ao consumo de drogas ilícitas.

Notando a relevância do tema, veio o interesse em contribuir com o serviço social da instituição visando provocar processos reflexivos quanto aos males que essa substância causa na vida do usuário, como será explicitado na síntese do projeto a seguir:

Foi um projeto baseado na experiência de estágio em Serviço Social realizado no Hospital Ivan Goulart, com o enfoque principal na Ala Psiquiátrica, onde ficam internos os dependentes químicos para desintoxicações causadas pelo uso de drogas lícitas e ilícitas. O projeto teve como tema provocar processos reflexivos junto aos internos e seus familiares quanto ao uso abusivo de substâncias etílicas, bem como refletir acerca dos males que essa substância causa, por ser uma das portas de passagem para o consumo de outras drogas ilícitas, bem como um dos principais motivos para inúmeras recaídas para a drogadição e consequentes re-internações hospitalares.

Analisando o trabalho desenvolvido na Ala Recomeçar com os internos e no acolhimento com as suas famílias, percebe-se que um número significativo delas tem seus lares destruídos pela drogadição, dependência que tem início, na maior parte das vezes, pelo consumo inicial de álcool.

As drogas podem ser classificadas como lícitas, as legais e toleradas pela sociedade, como o álcool o tabaco e algumas substâncias psicoativas e, como ilícitas, as ilegais cujo uso é considerado uma transgressão às leis, como a maconha, a cocaína. Apesar do enorme impacto social das doenças mentais em geral e, sobretudo, da dependência química, as estratégias de prevenção, tratamento e políticas públicas são muito deficientes, "têm-se ainda serviços com extrema dificuldade de se trabalhar em redes, alta rotatividade de profissionais e pouco tempo para um tratamento eficiente e adequado para o usuário dependente químico". (DIHEL 2011. p. 01).

Quanto à política de saúde em relação às pessoas com dependência química na trajetória da saúde no Brasil, são relativamente recentes as políticas públicas de enfrentamento às questões ligadas às drogas. Hoje a dependência

química é reconhecida como doença, e como tal necessita ser tratada. Até meados de 1900, o Brasil não possuía qualquer controle oficial sobre drogas, as quais eram toleradas e usadas, principalmente, por jovens de classe média e alta.

No final da década de 90, começa um processo tendo como ideal uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas, e do uso indevido de drogas lícitas. Reconhecerem a diferença entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante de drogas; considerando como um enfermo o usuário de drogas e reconhecendo que esse deve ser tratado, ainda que contra sua vontade, com a intervenção de um magistrado pela instância judicial.

A dependência química, seja por drogas lícitas, como cigarro e bebidas alcoólicas, ou ilícitas como cocaína e crack é, segundo a Organização Mundial da Saúde, uma doença. Na atualidade, o consumo de bebidas alcoólicas é notadamente assustador que, embora sendo uma droga lícita, vicia.

A partir desses fatores, surgiu a relevância de um projeto visando a um trabalho mais aprofundado junto aos dependentes e seus familiares. O projeto objetivou provocar processos reflexivos junto aos internos e familiares, quanto aos perigos que o álcool representa para a sua recuperação e sucessivas recaídas no tratamento posterior à alta hospitalar, tendo em vista a reinserção social e o convívio familiar de forma plena e satisfatória.

O projeto de intervenção buscou, também, provocar junto aos usuários internos na Ala Recomeçar do Hospital Ivan Goulart e seus familiares processos reflexivos quanto ao uso abusivo do álcool, problematizando junto aos dependentes químicos e seus familiares quanto aos males causados pelo uso abusivo do álcool, formando grupos de apoio aos dependentes químicos em recuperação. O projeto de intervenção visava evitar possíveis recaídas para a drogadição e também esclarecer sobre a importância da continuidade do tratamento após a alta hospitalar.

Como já refletido, o tema específico do alcoolismo foi incorporado pela OMS Organização Mundial de Saúde à Classificação Internacional das Doenças em 1967, a partir da 8ª Conferência Mundial de Saúde. Já no século XVII, "um novo fenômeno de consumo em massa" tinha início com a disponibilidade dessas substâncias altamente concentradas em grandes quantidades. O inchaço das cidades, juntamente com uma legião de pessoas desempregadas vivendo em cortiços e guetos, em situações miseráveis, contribuía para a disseminação do uso.

DIEHL, (2011, p. 45). Em 1970, conforme o autor foi proposto o conceito mais amplo de "Síndrome de dependência do álcool".

A dependência química passa a ser reconhecida como um conjunto de sinais e sintomas. Em 1977, a OMS definiu um novo sistema conceitual que perdura até os dias atuais, na qual a dependência de álcool é vista como uma síndrome, distinguindo entre o abuso e dependência. É consenso que a dependência química está mais presente em certas famílias do que em outras, sabe-se que parte do que é herdado está contido no DNA dos antepassados. (DIEHL, 2011, p. 45). Conforme o autor, estudos comprovam que os fatores genéticos e ambientais, por exemplo, o costume de beber em reuniões familiares, contribui muito para iniciar a dependência química do álcool.

Sendo de fundamental importância para a superação da dependência o trabalho com o usuário, juntamente com seus familiares, devendo ser discutido com o grupo todo sobre os males que essas substâncias provocam em sua vida. Para o Serviço Social, o grupo é uma reunião homogênea de indivíduos, "que pode se formar espontaneamente ou ser motivado por um agente exterior, e se reúne frequentemente para satisfazer interesses ou necessidades comuns". (VIEIRA, 1978, p. 132).

O alcoolismo é, sem dúvida, um grave problema de saúde pública, sendo um dos tratamentos mentais mais prevalentes nas sociedades. Reconhecidamente o alcoolismo é uma droga e doença estigmatizante, na qual seus portadores são identificados como diferentes na família e marginalizados na sociedade. Embora vários profissionais e o Serviço Social lutem contra tal situação, sua tarefa é quase impossível, pois necessita da articulação de vários setores da sociedade, sendo o principal deles a família, que é responsável pela educação e conscientização de seus filhos quanto aos malefícios causados pelo álcool, esse apresenta muitas vezes estados de extrema alegria, escondendo, em seu interior, terrível sofrimento causado pela dependência química.

O projeto de intervenção buscou refletir que muitos fatores contribuem para o consumo do álcool, sendo uma droga lícita é aceita socialmente e considerada como um símbolo de "status social". A população, mesmo ciente de seus malefícios, continua consumindo, aumentando cada vez mais o consumo em proporção e intensidade, apresentando-se em faixas etárias cada vez mais jovens.

Acredita-se que uma das causas do uso abusivo do álcool, seja uma tentativa de fugir de sua realidade, suas frustrações existenciais, não pensando nas consequências que possa ocasionar. Na atual conjuntura da sociedade, onde o que vale é consumir, a mídia televisiva, escrita e falada, dá ênfase ao consumo, relacionando-o com datas festivas, futebol, mulheres, momentos felizes, incentivando o uso, tornando-se difícil contrapor-se a essa situação; pois o que a mídia não mostra são as consequências do consumo abusivo: os acidentes causados por embriaguez, as brigas no trânsito, desavenças em estádios de futebol, roubos, prostituição, doenças, tudo isso fica encoberto pelo véu da ilusão do consumismo.

Por tudo isso, reafirma-se que o projeto de intervenção teve a iniciativa de auxiliar na recuperação dos dependentes químicos internos na Ala Psiquiátrica do Hospital Ivan Goulart, visando provocar processos reflexivos junto aos dependentes químicos e seus familiares quanto aos prejuízos advindos do consumo abusivo do álcool, para a continuidade do seu tratamento na pós-alta hospitalar; como a família deve estar junto a ele nesta luta e que seu exemplo é fundamental para a recuperação do dependente.

O projeto se desenvolveu durante o período de março a dezembro de 2012. Foram utilizados fichas e documentos em poder do Serviço Social do Hospital Ivan Goulart, sempre se preservando nomes e endereços dos dependentes químicos pesquisados. Buscando o maior número de informações sobre cada dependente químico internado na Ala Psiquiátrica do Hospital Ivan Goulart, visando a provocar processos reflexivos quanto ao consumo abusivo do álcool, enfatizando sempre a importância do apoio familiar para sua recuperação, respeitou-se o direito de o dependente químico participar ou não.

Foi sistematizado quinzenalmente com os dependentes químicos internos na Ala da Psiquiatria, em forma de reuniões, bem como com seus familiares, em forma de reuniões de grupos quinzenalmente nas dependências do hospital Ivan Goulart. O profissional Assistente Social, presente ou atuando junto à área da saúde, no caso no hospital, deve ter uma intervenção propositiva, não ficando só no atendimento imediato da situação aparente que se apresenta, devendo ter um olhar para além do que se apresenta, desvelando as causas que levaram ou culminaram na dependência química que, na maioria das vezes, é a falta de emprego,

desestruturação familiar que acaba com sua saúde; essa visão e todo esse processo diferem sua atuação profissional visando não ficar no imediatismo.

A rotina do profissional Assistente Social no âmbito hospitalar é conviver com os mais diversos profissionais, como enfermeiros, médicos, psicólogos, psiquiatras. Tem também os profissionais da administração; é uma grande equipe trabalhando em prol da melhoria da saúde dos que chegam à instituição, oferecendo uma assistência sanitária de qualidade ao doente, visando a um atendimento comprometido com os familiares e o sujeito.

Algumas pessoas se dirigem ao hospital para consultar com o médico plantonista, alguns só consultam e voltam para casa, já outros ficam internados. É um dos contextos em que se insere o profissional assistente social, porque internar significa mudança na rotina da família, obviamente que, se o problema de saúde for grave haverá dor, preocupação, desejos, medos, esperança. O usuário será encaminhado ao Serviço Social que intervirá junto a esse e à família, porque alguns sujeitos aceitam bem o processo de adoecimento, enquanto outros precisam de mais atenção.

O usuário é o eixo e o objetivo principal dos sistemas de bem-estar, sendo que o Assistente Social, trabalhando no âmbito hospitalar, deve intervir visando garantir e acessar o direito e necessidades do sujeito e, ao mesmo tempo, fomentar a gestão. Elaborando um trabalho baseado no consenso e gerando espaços comuns entre diferentes instituições sistemas e âmbitos, para dar uma resposta adequada às necessidades do usuário, oferecendo o melhor do sistema a quem está internado.

Será problematizada, no próximo ponto a prática vivenciada durante o estágio, relacionando-a com o método dialético-crítico que norteia as intervenções profissionais dos Assistentes Sociais.

2.2 O ESPAÇO DA PRÁTICA: PROCESSOS REFLEXIVOS QUANTO AO USO ABUSIVO DO ÀLCOOL

A experiência vivenciada durante o estágio veio contribuir para ampliar os conhecimentos adquiridos teoricamente em sala de aula e oportunizar a relação com a prática profissional proporcionada pelo campo de estágio, acrescentando, de

forma significativa, a conscientização de que a saúde, bem como as outras políticas sociais são deveres do Estado e direito de todos os cidadãos brasileiros.

Sendo essencial analisar a vivência do estágio na perspectiva teórico-metodológica marxiana, trazendo a contribuição no sentido da prática com uma visão de um profissional comprometido crítico e propositivo, visando ao enfrentamento das expressões da questão social. Claro que utilizando para isso uma visão dialética da totalidade, pois segundo (PONTES, 2010, p.70):

O método dialético exprime o caminho metodológico através de aproximações sucessivas, que significa uma sempre busca da totalidade, sem, todavia, alcançá-la em virtude da extrema complexidade das totalidades constitutivas da totalidade concreta a.(PONTES, 2010, p.70).

O profissional Assistente Social é um trabalhador inserido na divisão sociotécnica do trabalho, sendo um trabalhador que sobrevive da sua força de trabalho, portanto exposto aos problemas inerentes do meio de produção capitalista, onde existe exploração do trabalhador, correlação de forças e subordinação.

O profissional Assistente Social tem, na questão social, como objeto do seu trabalho, desvelar suas expressões, suas particularidades, a historicidade do sujeito, sempre embasado nas atribuições e competências descritas no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão.

Não esquecendo os três pilares que norteiam suas ações profissionais que são: teórico-metodológico, ou seja, os métodos utilizados para a intervenção profissional, a linha teórica a ser seguida, é a linha marxista; o técnico-operativo são os meios e métodos utilizados na intervenção profissional e ético-político, que é o código de ética, a lei de regulamentação e diretrizes curriculares da profissão que irão nortear o fazer profissional.

No Serviço Social do hospital, visto que a demanda maior é a dependência química, o profissional assistente social tem como papel principal atuar junto ao usuário e sua família, visando reconstruir as relações que, talvez, tenham sido afetadas pelo consumo da droga, mostrando e acessando os direitos presentes na Constituição Brasileira, inerentes a ele ou a qualquer cidadão brasileiro.

Ressaltando também a importância do apoio familiar ao usuário internado, tanto durante o tratamento na instituição, como após a alta hospitalar, devendo-se

trabalhar em rede com outros profissionais, tanto dos CAPS ad como as fazendas terapêuticas, visando a plena reinserção social do usuário. Pois conforme o autor:

O contexto histórico, político, econômico e cultural determinam a forma de ser e se relacionar socialmente. O usuário e a família também são sujeitos nesse processo. Ou seja, são influenciados, mas também influenciam novos desenhos nas relações sociais que se expressam na construção das redes sociais em que estão inseridos (SANTOS, 2011, p.323).

Conforme citação acima, o usuário e a família são sujeitos nesse processo, influenciam e são influenciados nas relações sociais, portanto devem ser tratados por uma equipe multiprofissional de trabalhadores, com o intuito de sua reinserção social plena e satisfatória, junto a seus familiares, bem como a sociedade em geral. Daí a importância do profissional Assistente Social na área hospitalar, pois é ele que intervém diretamente com a família, por intermédio de visitas domiciliares, entrevistas, reuniões, atendimentos e trabalhos em grupo.

Esse precisa estar ciente de sua capacitação, articulado e comprometido com o emponderamento do usuário, acessando direitos cabíveis ao usuário dependente químico, pois conforme o autor:

:

Na situação da drogadição, não basta o encaminhamento da pessoa drogada ao hospital. As relações sociais é que estão em jogo na fabricação do problema e na fabricação dos recursos. Estão em jogo as relações familiares, de poder, de discriminação, de tráfico, de amizades, de trabalho, de ação profissional de organização do atendimento. É preciso articular uma relação de forças para superar a situação, o que implica um processo complexo de articulação dos sujeitos, dos direitos, da cidadania, dos dispositivos para fazer a relação.(FALEIROS VICENTE DE PAULA, 2011, p.90).

Então, conforme Faleiros, não basta só o acolhimento do usuário, o profissional Assistente Social deve ter um olhar além do aparente, notando e acionando redes, visando à reinserção social e plena do usuário dependente químico junto a sua família, enfim, seu círculo social, claro que provocando junto a ele e seus familiares processos reflexivos quanto à continuidade do tratamento na pós-alta hospitalar. Pois esse é possuidor de direitos e obrigações para com a sociedade civil.

A questão do uso de drogas não se constitui apenas como um "problema", fazendo parte a milhares de anos da cultura humana, como um instrumento de consolo, estímulo e intensificação do convívio social, existindo certamente aqueles que se excedem ou se destroem usando drogas ou nas suas consequências sociais, sendo que o excesso é sempre uma fronteira difícil de calcular. A dependência etílica é altamente preocupante, pois o caminho percorrido até a dependência é longo e os efeitos nocivos para o organismo demoram mais a aparecer.

Então, o profissional Assistente Social deve trabalhar ou intervir junto ao usuário e sua família com finalidade, intencionalidade e ética, partindo da realidade concreta do sujeito, buscando a superação do aparente, conhecendo o modo de vida do usuário, seu cotidiano, seu trabalho, enfim, suas relações sociais.

O profissional busca estabelecer um ambiente de confiança e respeito, onde se estabeleçam diálogos e reflexões necessárias para a superação e emponderamento do usuário, que chega fragilizado ao Serviço Social hospitalar, por processos de drogadição; o que talvez seja uma maneira de enfrentamento e rebeldia contra a sociedade capitalista e exploradora que muitas vezes não dá à mínima condição de sobrevivência ao trabalhador, que acaba por trabalhar em demasia e para suportar a carga horária muitas vezes acaba fazendo uso de drogas, tanto lícitas quanto ilícitas.

No ponto a seguir, serão descritos alguns momentos marcantes vividos durante o período do estágio no Serviço Social do Hospital Ivan Goulart, articulados ao que foi aprendido teoricamente na academia, sendo uma reprodução reflexiva do real, com riqueza de detalhes, sucessivas aproximações com um olhar além do aparente.

2.3 – RELATOS DE EXPERIÊNCIA DO ESTÁGIO VINCULADOS AO PROJETO DE INTERVENÇÃO

Será descrita, a seguir, a intervenção feita pelo serviço social junto a um usuário que chegou ao Hospital com sua saúde fragilizada pela dependência etílica, e foi encaminhado ao Serviço Social durante o período de estágio. Suscitou, na acadêmica, a vontade de realizar um projeto, visando provocar processos reflexivos

quanto aos males étlicos junto aos usuários e seus familiares, devido à valorização que esse tema assume em relação à continuidade do tratamento ao usuário, na pós-alta hospitalar.

Nos relatos descritos a seguir, por uma questão de ética profissional, os usuários terão seus verdadeiros nomes preservados, sendo descritos por letras.

Primeiro relato:

Caso “a”

O usuário “A” deu entrada no Hospital Ivan Goulart, ficou internado na Ala Recomeçar, onde ficam internos os dependentes químicos para desintoxicações causadas pelo uso de drogas lícitas e ilícitas, e encaminhado ao Serviço Social por sua dependência etílica. Tinha 45 anos, filho único, solteiro, sem filhos, residindo com a mãe, viúva, com 75 anos, analfabeta, casa própria, enfim, condição financeira estável.

O pai do usuário “A” havia sido dependente etílico por muito tempo. “A” consumia bebidas alcoólicas, desde os 15 anos, analfabeto, trabalhava em “bicos”, conforme relato da mãe.

Permanecendo, contra sua vontade, internado na Ala Recomeçar por 30 dias, dizia que pararia de beber a hora que quisesse, e que o consumo de bebidas alcoólicas, no caso aqui, cachaça, ou aguardente não fazia mal algum, não gostava de participar dos grupos, era muito tímido. Durante o tempo em que esteve internado, teve o acompanhamento da equipe de profissionais do hospital, responsável por sua saúde e, concomitantemente, o acompanhamento do Serviço Social da instituição.

O estágio ainda era observatório, ou seja, era observada a intervenção da profissional Assistente Social da instituição, com um olhar embasado na categoria teórica aprendida na academia, oportunizando entrelaçar conhecimentos aprendidos teoricamente, à realidade da prática profissional oferecida pelo campo de estágio. Durante o tempo em que ficou internado, foi feita intervenção junto ao usuário, com escuta sensível, diálogos e sucessivas aproximações, não esquecendo a historicidade do sujeito, já que seu pai havia sido alcoólatra.

Foram discutidos com o grupo de usuários internos vários assuntos, como a importância do apoio familiar mútuo, com diálogos abertos e em um ambiente que proporcione confiança recíproca, a importância de o dependente etílico não ingerir bebidas alcoólicas após a alta hospitalar, visando à qualidade de seu tratamento.

“A” nunca queria participar das programações oferecidas ao grupo; a assistente social conversava com ele em particular. Ao mesmo tempo, aconteciam reuniões com a rede de profissionais responsáveis pela Ala, nas dependências do hospital, com familiares de internos, sendo que esses profissionais se revezavam nas reuniões, ora ia um, ora ia outro orientar os trabalhos desenvolvidos nas reuniões.

A mãe de “A” quase nunca ia às reuniões, pois era idosa e residia longe do hospital, foi ao serviço social uma ou duas vezes. “A” deu alta hospitalar e foi disponibilizada a continuidade do tratamento na fazenda terapêutica, mas ele não quis e sua vontade foi respeitada pela mãe dele.

Após cinco dias da alta hospitalar “A” deu entrada novamente no Hospital Ivan Goulart, retornando à Ala Recomeçar, pois havia ingerido dois litros de álcool que tinha em sua residência. Sua mãe o havia mantido chaveado na residência dela, para que ele não saísse e ingerisse bebidas alcoólicas. Ela cuidou de tudo, mas acabou esquecendo que tinha álcool de cozinha em casa. “A” acabou ingerindo todo, vindo a falecer um dia após dar entrada no hospital, na Ala Recomeçar, na presença dos outros internos. Isso acabou sendo um choque para os demais.

Nesse contexto, nasceu o projeto com os dependentes e seus familiares, visando provocar processos reflexivos junto a eles sobre o quanto é importante problematizar essa temática, que é de relevância para a continuidade do tratamento após a alta hospitalar e, como já foi relatado, para a preservação de sua própria vida. Pois, o profissional assistente social deve intervir, conforme Pontes:

A intervenção, nesse sentido, dar-se-á buscando criar desdobramentos que não permitam a ação mesma esgotar-se num “sim” ou “não” institucionalizado para o “cliente”. O trabalho, com as mediações e nas mediações, conduz à compreensão de que este movimento de dessingularização, universalizador, deve caminhar no sentido da particularização daquelas situações problemáticas. Esta particularização garante a dimensão insuprível da singularidade e a necessária visão de totalidade social, ou seja, a universalidade possibilitando ao agente garantir, em tese, tanto as respostas

tecnicamente necessárias no plano do imediato, que é garantir os direitos sociais, quanto desdobramentos mais imediatos no plano da conscientização mutua, ou seja, o profissional e o usuário-cidadão, da organização e do usuário excluído. (PONTES 2010, p.184).

O profissional Assistente Social empregado na instituição, no caso o Hospital, sobrevive da sua força de trabalho. Nesse ambiente existem correlações de força como em qualquer empresa do modo de produção capitalista, mesmo assim deve indicar e acessar direitos cabíveis ao usuário e lutar contra o imediatismo, também garantir resposta à instituição empregadora.

O Assistente Social deve atuar como mediador visando à conscientização mútua; o seu papel como assistente social frente ao usuário e responder ao Hospital. Devendo estabelecer como parâmetro a visão da teoria social crítico-dialética, amparando suas intervenções, tanto junto ao usuário quanto suas próprias particularidades profissionais. Deixando claro o quanto é importante o Serviço Social oferecer ambiente e condições, para que seja feito um trabalho com grupos de familiares, visando promover e discutir conhecimentos com relação à importância de um acompanhamento da família nesse processo e, conforme previa o projeto: “provocar processos reflexivos quanto ao uso abusivo do álcool”.

Caso b:

A intervenção chamou a atenção também porque a família não sabia que o dependente químico fazia uso de drogas ilícitas. “B” deu entrada no hospital, porque não lembrava nada que havia se passado com ele, segundo ele, teve um lapso de memória. Foi encaminhado ao serviço social pelo hospital devido à incredulidade da família para com o acontecido. Era caminhoneiro, 40 anos, trabalhando há 15 anos na mesma empresa de transporte de carga. Casado, pai de dois filhos adolescentes, segundo ele, fazia uso de bebidas alcoólicas socialmente; situação econômica estável.

Era costume que “B” passasse semanas, às vezes, meses fora de casa, pois seu trabalho exigia isso. Como viajava muito, quando retornava para casa costumava, segundo ele, descansar dormindo bastante, pois dirigir o caminhão na

estrada exigia muito sua atenção; isso foi assimilado pela família que não desconfiava de nada do que ele falava. Quando a família não recebeu mais contato telefônico dele, estranhando sua demora em voltar para casa e, como a profissão de caminhoneiro é muito perigosa, deu queixa à polícia de seu desaparecimento, comunicando à empresa em que esse trabalhava.

“B” procurou a polícia Rodoviária Federal de outro Estado Brasileiro, sem documentos e nenhum dinheiro, dizendo não lembrar o acontecido, foi reconhecido pela polícia e enviado para São Borja, dando entrada no hospital, segundo ele se lembrava da família e, quando saiu para a estrada, acabou parando em um posto de gasolina para descansar um pouco, e acabou bebendo umas cervejas com um pessoal estranho que ali estava.

Após sucessivas aproximações do Serviço Social criando um ambiente adequado para que ele se sentisse confiante para falar, acabou contando que era dependente de drogas ilícitas já há muito tempo, e fazia uso inicialmente de bebidas alcoólicas para manter-se “ligado”, acordado na estrada, mas que, com o passar do tempo, começou a usar “coisa mais forte”, já que a empresa em que ele trabalhava marcava dia e hora para a carga que ele transportava chegar a determinado local. Que precisava “manter” a família e que, por isso, submetia-se às regras da empresa.

Contou que sustentar seu “vício” não era fácil, que já há muito tempo comprava drogas de traficantes para pagar depois, que a dívida foi acumulando, que não sabia mais o que fazer e teve a ideia de entregar o caminhão e a carga que transportava para pagar a dívida, já que a empresa possuía seguro.

O Serviço Social buscou fazer uma intervenção junto à família, proporcionando condições para que ele mesmo falasse e, após os 30 dias interno, foi encaminhado à fazenda terapêutica, para continuidade de seu tratamento, já que a empresa em que trabalhava não quis registrar queixa contra ele e responsabilizou-se pela continuidade de seu emprego, após o tratamento para livrar-se do uso de drogas.

A família, apesar de chocada, integrou-se ao projeto desenvolvido pela estagiária, buscando refletir com os membros familiares a necessidade do apoio necessário, para que “B” se sentisse amparado, estando sempre junto a ele.

O profissional assistente social deve atuar como mediador, oferecendo condições para que a família sinta-se amparada e acompanhada durante o processo pela qual está passando.

Ficou clara a exploração do trabalhador pelos detentores do poder, logicamente que “B” errou, tanto com a família quanto com a empresa onde trabalhava e, ainda mais, mentindo para a polícia visando encobrir seu erro.

Mas, saindo do macro para o micro, observa-se com um olhar mais além do aparente que, no modo de produção capitalista, o trabalhador é submetido a severas provas de resistência, tanto mental quanto física e que, muitas vezes, acaba com a própria saúde, ou o convívio familiar.

Sendo muito importante que o assistente social esteja proporcionando espaços e ambientes para que seja discutido, problematizado, trazendo à tona e dando visibilidade aos processos presentes na sociedade capitalista, no trabalho, a exploração do trabalhador, quanto à importância do apoio familiar ao dependente químico.

Caso “c”

“C” deu entrada no Hospital, por motivos de complicações advindas de uma gripe muito forte, foi encaminhado ao Serviço Social e internado na Ala Recomeçar, em razão da dependência química por crack.

A mãe era muito participativa no tratamento do filho, estava sempre junto ao Serviço social, querendo saber notícias. Contado pela mãe, ela era separada, tinha uma filha e “C”, que era responsável juntamente com ela pelo sustento da família. “C” tinha 17 anos; ela, 40, e a irmã, que era uma das paixões de “C”, 8 anos. O pai, segundo a mãe, nunca foi participante na vida dos filhos. Com residência própria, a mãe trabalhava fora, a irmã estava estudando, já “C” havia interrompido os estudos na quinta série para ajudar a mãe.

Foi feita a intervenção pelo Serviço Social junto à família, com muito diálogo e sucessivas aproximações junto à “C”. Ele contou que havia começado a drogar-se com 12 anos, começando por maconha e álcool e, após, passou a usar crack, porque, segundo ele, já não dava o “barato” de antes. Manifestava vontade de continuar o tratamento em uma Fazenda Terapêutica, mas estava preocupado com o sustento da família, porque “ia fazer falta seu dinheirinho”.

O Serviço Social do Hospital interveio junto à família e todos concordaram na continuidade e importância do tratamento, para “C” livrar-se das drogas. A mãe

de “C” sempre estava presente nos grupos e aderiu ao projeto “Provocando processos reflexivos quanto ao uso abusivo do álcool”. Falava sempre da importância do tema, e que foi muito proveitoso para a família estar participando e refletindo o quanto essa substância traz de prejuízos a saúde e tratamento de “C”, relatando também que ficou surpresa quanto à importância dos exemplos e apoio da família.

Sendo imprescindível para o profissional assistente social trabalhar com e junto aos grupos, visando a uma intervenção junto a todos os componentes da família, propondo e proporcionando dinâmicas e processos que visem a seu empoderamento. Refletindo quanto é importante a união da família contra o uso abusivo do álcool, problematizando e ofertando conhecimentos sobre o tema.

Devendo, para isso, ter clareza do fazer profissional do assistente social, embasado nos instrumentais teórico-metodológicos, técnico-operativos e ético-políticos, que dão suporte à profissão e intervindo de acordo com o Código de Ética e Lei de regulamentação, que norteiam e balizam a profissão

Com relação ao grupo de familiares:

Será transcrita, a seguir, outra intervenção do Serviço Social, que merece um olhar além do aparente que aconteceu durante o estágio: como relatado anteriormente, durante o projeto de intervenção foi trabalhado com os familiares dos dependentes químicos internos na instituição, em forma de reuniões de grupos.

Visando provocar junto a eles processos reflexivos relacionados ao consumo alcoólico e o quanto essas substâncias podem ser prejudiciais para a continuidade do tratamento, após a alta hospitalar e, por ser o consumo do álcool, na maioria das vezes, o portal que induz ao consumo de drogas ilícitas; também foi refletido quanto é importante o apoio familiar nessa trajetória.

O profissional Assistente Social deve atuar também como mediador, procurando e proporcionando espaços de reflexões, pois conforme Pontes, 2010, Pg.157: “O Assistente Social, pela prática que desenvolve próximo aos segmentos populares, excluídos e explorados, deve constituir-se num agente de transformação social”. Sendo importante o trabalho com o grupo de familiares, para junto a eles

problematizar, desvendando mitos e trazendo a realidade sobre o consumo de bebidas alcoólicas.

Proporcionando um ambiente de confiança mútua, que oportunize as falas que evidenciarão suas dúvidas, dores e dificuldades de relacionamento, advindas do convívio com um usuário dependente etílico.

No relato a seguir, será descrito um trabalho em grupo com os familiares dos dependentes internos na instituição, que aconteceu nas dependências do hospital com a presença de sete pessoas, ou seja, um homem e seis mulheres, sendo que cada um representava a família de um interno.

Ressalta-se que tinha doze dependentes na Ala Recomeçar, notando-se claramente e, como já se havia percebido antes, o apoio familiar ao dependente, nesse processo, é fundamental para o bom resultado do seu tratamento.

- Nas conversas e reflexões que aconteciam no grupo, nota-se a falta de confiança da família em relação às atitudes do usuário.

- Também é notório o cansaço da família frente a essa situação.

- Um item importantíssimo que foi observado é a presença das mulheres, tanto mães, avós, como namoradas ou esposas dos internos.

- Outra observação importante é que, pelas conversas e sucessivas aproximações com as famílias, nota-se que, na maioria delas, é "costume" ingerir bebidas alcoólicas, sendo seu uso associado à festa, descanso, domingo.

- Verifica-se, também, que a maioria dos dependentes internos foi criada somente pela mãe.

- Nota-se claramente a falta de preparo da família, com relação aos meios e como lidar com a dependência química do usuário.

- Foi observado, também, em três famílias presentes, o "dito" comum que o hospital ou o "governo" era responsável pelo dependente, que fizessem com ele o que quisessem e como quisessem.

- Outra observação importante é que todas as mães ou responsáveis trabalham fora de sua residência.

- Quanto à escolaridade, a maioria completou o primeiro grau.

- Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, as mães geralmente falam "o pai bebia, só para distrair, descansar um pouco".

É fundamental que o Serviço Social oportunize e proporcione ambientes visando a um trabalho com grupos, que esclareça, problematize, e dê visibilidade

aos processos que acompanham ou levam à dependência química, refletindo, junto aos familiares, sobre vários aspectos que antecedem, acompanham e estará presente na trajetória na pós- alta hospitalar do dependente químico.

Com relação aos dependentes químicos internos:

-Pelas dinâmicas, sucessivas aproximações e diálogos mantidos com os dependentes internos na Ala Recomeçar, observa-se um descrédito com relação ao seu tratamento.

-Cansaço, apatia e submissão ao consumo de drogas, lícitas ou ilícitas.

- Em relação à escolaridade, 50% concluíram o ensino fundamental, 25% não estudaram e 25% deixaram os estudos nas séries iniciais.

-Quanto ao trabalho, todos trabalhavam e a maioria contribuía para o sustento da casa.

-No caso de apoio familiar, todos dizem que não têm e que preferem não envolver ninguém no seu problema.

- Perguntados sobre a possibilidade de continuidade do seu tratamento na fazenda terapêutica, mais ou menos a metade não aceita, diz que consegue deixar sozinho do uso de drogas a hora em que quiser.

-Com relação informação de como chegou a ao ambiente hospitalar, a maioria diz que veio porque se sentiu fraco, “talvez gripe”.

-Em relação ao início em usar drogas ilícitas, a maioria conta que foi através do consumo de bebidas em festas com amigos.

- E perguntado quanto o consumo de bebidas alcoólicas influi na continuidade do seu tratamento, é senso comum: “dá nada, é só umas cervejinhas”.

Deixando explícito nessa fala a suma importância do projeto de intervenção: “Provocando processos reflexivos quanto ao uso abusivo do álcool”. A relevância de ser discutido, problematizado e mostrado a eles e seus familiares quanto é importante o tema para a sua trajetória de continuidade do tratamento no pós-alta hospitalar. No ponto a seguir, será feita uma análise da prática do estágio em Serviço Social.

2.4 ANÁLISE DA PRÁTICA

O estágio supervisionado em Serviço Social possibilita ao acadêmico a experiência teórico-prática, já que articula a teoria aprendida em sala de aula, com a realidade vivenciada no campo de estágio, enfim as conquistas e dificuldades enfrentadas pela profissional supervisora de campo na operacionalização bem como a utilização do instrumental técnico-operativo do Assistente Social.

Aprofundando conhecimentos em relação ao que se refere às Políticas Públicas de saúde, a Reforma Psiquiátrica e suas normatizações, ao código de ética do assistente social e a lei de Regulamentação da Profissão, pois são conhecimentos essenciais para o enfrentamento e desenvolvimento das demandas colocadas no Hospital Ivan Goulart. Para, além disso, o campo de estágio proporciona o espaço para a execução e operacionalização do projeto de intervenção.

Com relação à execução do projeto de intervenção, foi proporcionada a relação com a realidade social, observando sua historicidade, compreendendo e analisando o Serviço Social da instituição. Suas fragilidades e também seus pontos fortes, bem como as correlações de forças existentes na instituição. Proporcionando, assim, a execução do projeto de intervenção dentro dos limites e possibilidades oferecidas pela instituição. Sempre com o intuito do emponderamento e emancipação social do usuário, encaminhando e acessando direitos inerentes a eles.

O estagiário teria que ter mais tempo de convivência com os usuários da instituição; visto que a rotatividade dos internos é muito grande, o tempo máximo é de 30 dias no hospital, isso é pouco tempo para intervir de forma completa, olhando o todo e, principalmente, a historicidade do dependente químico interno na instituição.

Diante da experiência, constata-se que, para a plena efetivação do projeto, seria necessário mais tempo de acompanhamento, tanto das famílias quanto dos usuários internos na Ala Recomeçar, articulação entre as redes de atendimentos, visando a um acompanhamento do tratamento do usuário, bem como intervindo junto a sua família após a alta-hospitalar.

Pode-se constatar que há articulação entre as redes de atendimento, mas visto que a demanda por vagas no hospital é muito grande, e são somente duas Assistentes Sociais atuando; são poucos os dias de internação do usuário na instituição, para que se elabore uma intervenção que saia do imediatismo e envolva uma rede de profissionais e serviços trabalhando juntos, para, unidos, família e usuário comprometerem-se nesse processo.

Foi feito um processo reflexivo junto a ambos, usuário e família, para a problematização do tema alcoolismo, sendo que o comprometimento das famílias é muito pouco, são poucas as que acompanham o tratamento do usuário, a maioria já não acredita mais em sua recuperação e, muitas vezes, acabam passando a responsabilidade de acompanhamento para os profissionais da instituição.

Entende-se, também, que o Serviço social da instituição é relativamente novo no Hospital. Como a realidade está em constante movimento, com o passar do tempo irá aprimorando-se, conforme forem sendo apontadas ou detectadas rupturas no seu fazer profissional. Acredita-se que, a partir da fundamentação teórica, será compreendida a realidade em transformação, levando-se em consideração a história de vida dos usuários, respeitando sua individualidade e subjetividade, viabilizando a saúde como um direito social e dever do Estado, conforme rege a Constituição Federal de 1988.

Além de contemplar o Código de Ética Profissional dos assistentes sociais, com a criação do SUS (Sistema único de Saúde), na Constituição Federal de 1988, a saúde se revestiu de outros parâmetros, deixando de atender as relações de mercado para assegurar os Direitos Humanos. Vasconcelos em seu livro: “A prática do Serviço Social Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde”, afirma que:

Uma prática profissional burocrática que segue mecanicamente normas impostas pelo regulamento da administração, autoridade ou seu representante, e que ao priorizar um atendimento moroso e mecânico de formulários, questionários, cadastros, que viabilizam acesso a benefícios ou em inscrição em programas da Instituição, referenda a complicação e morosidade da coisa pública burocratizada, que objetiva dificultar ou inviabilizar o acesso dos usuários a serviços e recursos como direito social (VASCONCELOS, 2009, p.170).

Infelizmente, percebe-se é que nesses processos operativos o que se

revela, muitas vezes, é uma prática alienada, afirmando uma prática conduzida pelo domínio hegemônico e pela burocracia na instituição de saúde, que enquadra os serviços aos seus interesses, impedindo um posicionamento, ação criativa e criadora do profissional assistente social.

Como afirma (MOTA 2006, p.255): “essas inquietações estão associadas à imprecisão da profissão” (o que é o que faz), cujos traços voluntaristas e empiristas, no entender de muitos (as) assistentes sociais, contribuem para a fragilização e conseqüente desqualificação técnica do Serviço Social na área da saúde. As profissionais, no seu cotidiano de trabalho, almejam contemplar o Projeto Ético-Político da profissão de Serviço Social, mas justificam que a sua prática deve estar de acordo com a Política Institucional, o que limita as suas ações. Conforme MOTA:

A distância entre a prática profissional e os conteúdos teóricos da realidade da ação profissional, resultante da falta de leitura crítica do movimento da realidade, revela desperdício de oportunidades por parte dos assistentes sociais [...] conscientes de suas referências ético-políticas e apropriação de uma perspectiva teórico-metodológica que, colocando referências concretas para a ação profissional, possibilite a construção permanente do movimento da realidade [...] gerando condições para um exercício profissional consciente, crítico, criativo e politizaste que só pode ser empreendido na relação de unidade entre teoria e prática (MOTA, 2006 p.253/4).

A intervenção do profissional Assistente Social deve estar embasada em uma formação continuada e consciente de suas referências ético-políticas, e teórico-metodológicas, aliadas ao movimento constante do real, acessando e visando aos direitos dos usuários, realizando um exercício profissional com trabalhos em redes, sendo crítico propositivo e articulado. A não afirmação do perfil profissional crítico e criativo transpassa aos usuários uma imagem diferenciada. Conforme MOTA:

[...] como “seres humanos” interessados em “AJUDAR”, ao se limitarem a ajuda ou transfigurando o direito em ajuda, a partir de ações como fim em si mesmo e independente dos objetivos almejados, contribuem na reprodução da organização social dominante (MOTA, 2006, p. 255).

Dessa forma, entende-se que a afirmação de uma identidade profissional do Assistente Social deve estar articulada com as dimensões da formação profissional que afirmam uma capacitação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, que irão possibilitar ao profissional uma leitura crítica da realidade, com vistas à transformação, clareza do significado social da profissão e, conseqüentemente, revelando novas possibilidades de enfrentamento das expressões da questão social. Sendo que o Hospital atende a maioria dos sujeitos pelo (SUS) Sistema Único de Saúde, mas atende particular também, reproduzindo com isso as relações do sistema capitalista, baseadas na disputa e competição.

O Profissional Assistente Social deve estar atento a isso e realizar uma intervenção com base no Projeto Ético-Político, proporcionando aos sujeitos um atendimento com qualidade. O Assistente Social, nesse espaço sócio-ocupacional, é subordinado às políticas administrativas e, é evidente que existem correlações de força na instituição, porque são inerentes ao modo de produção vigente. Como está escrito no Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais, garantem aos sujeitos os direitos às políticas públicas de saúde.

No próximo ponto, serão tecidas as relações que perpassam as políticas de saúde, a instituição, o usuário e o fazer profissional do assistente social em prol do acesso a direitos e emancipação do sujeito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) constitui-se em uma das atividades obrigatórias para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

A seguir, será abordado de forma propositiva o tema álcool e quanto o consumo desse afeta a saúde e continuidade do tratamento do dependente químico após a alta hospitalar; trará também as políticas de saúde e o fazer profissional do assistente social inserido na área da saúde; registrando as considerações finais sobre o assunto problematizado, dentro dos limites e possibilidades encontrados na instituição.

O profissional Assistente Social inserido na área da saúde precisa discutir o conceito de saúde, e como esse conceito é materializado na condição de uma política social, para isso precisa ir além do senso comum, de que a saúde é ausência de doença, que a intervenção médica e o uso de medicação resolverão seu problema. Essa lógica foi superada teoricamente pela concepção da OMS (organização mundial da saúde), em 1948, que definiu a saúde como completo bem-estar físico, mental e social, para não limitar sua intervenção por medidas pontuais, fragmentadas e imediatistas. Pois, conforme Rezende e Fontenele:

VIII Conferência Nacional de Saúde, Brasil, 1986, a saúde passou, então, a ser definida como produto das condições objetivas de existência e resultado das condições de vida biológica, social, econômica, cultural, particularmente das relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza por meio do trabalho. Essa noção de saúde reconhece que as formas concretas de vida em sociedade são também decorrentes da organização das relações sociais de produção e, conseqüentemente, da inserção dos cidadãos no sistema e de como se mantêm e se reproduzem socialmente. Neste sentido, a saúde é apreendida como dimensão essencial da qualidade de vida e recurso indispensável para o desenvolvimento social, econômico e social, como também, dialeticamente, é fruto deste desenvolvimento (REZENDE e FONTENELE 2009, p. 70).

O profissional Assistente Social precisa ter conhecimento de que o processo saúde e doença vão além de uma “boa saúde”. Conforme a citação acima é um processo muito maior, porque a saúde é um direito humano fundamental e reconhecido por todos os fóruns mundiais, que envolve um conjunto muito mais amplo de necessidades humanas, como uma alimentação adequada, educação,

renda, ambiente saudável e cuidado social, pois são elementos indispensáveis à promoção da justiça social, conforme aponta a Carta de Ottawa 1986, tendo também como direito a política de saúde, prevista no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, e regulamentada pelas leis orgânicas da saúde (LOS), nº 8.080 e nº 8.142 de 1990.

Pois, conforme a Constituição Federal que incorporou a saúde como direito universal e dever do Estado, constituindo o Sistema Único de Saúde (SUS), com as seguintes características: universalidade, gratuidade, integralidade. O profissional assistente social precisa entender que o SUS, mesmo sendo marco jurídico no contexto da seguridade social, apresenta algumas dificuldades na sua concretização, porque isso é fundamental para a compreensão das dificuldades encontradas.

O setor saúde, historicamente, é o que mais absorve profissionais assistentes sociais, pois precisa deles para promoção, proteção e recuperação da saúde em diferentes níveis, visto que o profissional compreende que o processo saúde/doença é decorrente das condições de vida e de trabalho do usuário.

O Hospital Ivan Goulart, onde foi realizado o estágio e o projeto de intervenção, é uma instituição pública de saúde, devendo materializar as práticas sociais para que a população desfrute do direito à saúde, consolidando, assim, o princípio do Sistema Único de Saúde.

O Assistente Social precisa dominar a discussão no campo das políticas públicas, principalmente o SUS, garantindo esse direito aos usuários, compreendendo a dimensão política da profissão, dentro dos limites e possibilidade colocados pela instituição ao Assistente Social. Sendo capaz de programar, executar, avaliar programas, projetos e serviços. Tendo clareza da dimensão teórico-metodológica, técnico-operativa, e ético-política, que embasa e norteia o fazer profissional do assistente social. Tendo domínio teórico e técnico das políticas públicas, visando superar a fragmentação das práticas profissionais. Conforme o código de ética de 1993, o Assistente Social deve ter:

Compromisso com a garantia e ampliação dos direitos sociais conquistados constitucionalmente, a construção de uma nova relação entre os serviços públicos de saúde e população, a melhoria na qualidade dos serviços prestados e o respeito aos direitos dos usuários. (Código de ética 1993).

Portanto, o Assistente Social deve trabalhar sendo um intermediário entre o Estado e o cidadão, encaminhando e garantindo os direitos do usuário; no caso do Hospital, o acesso ao direito de cuidar a saúde, pois o Assistente Social não deve perder de vista a noção do direito, bem como o princípio da integralidade, devendo procurando estratégias que garantam os direitos sociais inerentes ao cidadão brasileiro.

Pensar no uso da droga em si é um recurso reducionista, de como, por exemplo, faz mal, é proibido; deve-se pensar de forma a intervir construindo alternativas junto ao usuário. Vive-se em uma sociedade de consumo, onde paralelamente o sistema de consumo é responsável pela produção social das diferenças, é ele também o incentivador a “entrarem na moda” determinada pelo consumismo. E ele consome isoladamente para satisfazer ou fugir de alguma coisa, sem dar-se conta que reproduz o sistema. Faz-se necessário um olhar mais amplo sobre o tema alcoolismo, bem como repensar os paradigmas que sustentam essa civilização, onde poucos têm muito e muitos não têm nada.

Na sociedade contemporânea, quem sobrevive ao sistema são os mais fortes, os outros são condenados às mais violentas formas nas relações sociais; a desesperança, desemprego, estresse, excesso de horas trabalhadas, solidão, fome, frio. Enfim, o esmagamento dos mais fracos, pois a sociedade atual e capitalista está balizada num comportamento individual, consumista e competitivo. Com relação ao tema alcoolismo, a importância do exemplo familiar sobre a dependência do álcool é fundamental, com vistas a avaliar e tratar a doença.

O profissional Assistente Social inserido na área da saúde deve levar em conta as expectativas familiares, visando ao resgate da autonomia de cada um dos membros, buscando mudanças de padrões familiares preestabelecidos, porque, ao mesmo tempo em que influencia são influenciados, e isso precisa e deve ser compreendido pelo profissional.

A disseminação e o consumo de drogas lícitas ou ilícitas aumentam diariamente no Brasil, sendo que são consumidos por vários motivos, independente da classe social, idade ou etnia. Foi possível esclarecer que o tema carece de atenção, tanto da família, poder público, hospital e profissionais da área, devendo ser visto como um tema de educação, não de criminalização, visto que o discurso predominante é o da repressão e culpabilização do usuário.

Deve-se olhar o contexto onde foi consumida, a família de que o usuário faz parte, enfim, a historicidade do sujeito. Claro que existem traficantes e devem ser punidos pelo seu ato e tratados como tal, mas com relação ao usuário ou doente, o Governo deveria oportunizar um tratamento adequado para a recuperação com a presença da família, mas a realidade que se apresenta na instituição hospitalar e no âmbito familiar não é essa.

No trabalho em grupo, o grande desafio para o profissional assistente social é a dinâmica que permeia todo o sistema: familiar, hospitalar e a relação com o usuário. O Serviço Social deve contribuir em propor, executar medidas que irão beneficiar o usuário e sua família com ações comprometidas com a qualidade de vida dos sujeitos envolvidos no processo, construindo, junto ao sujeito, vivências plenas de cidadania, garantindo seus direitos e permitindo o resgate de sua identidade como cidadão..

_Quanto ao projeto de intervenção denominado “processos reflexivos quanto ao uso abusivo do álcool”; que foi executado junto ao Serviço Social com os dependentes químicos na Ala Recomeçar, do Hospital Ivan Goulart, buscou refletir que o consumo de bebidas alcoólicas é nocivo à saúde, sob qualquer circunstância. Sendo uma droga lícita e, por isso, de fácil acesso, seu uso abusivo acaba sempre trazendo problemas de toda ordem, tanto seus efeitos na saúde, quanto aos males causados na vida familiar e social do usuário.

O consumo sendo incentivado pela mídia, tanto falada como televisiva, que relaciona seu consumo associado a conquistas de prazeres, sexo e futebol. Na vida real, ao contrário, é associado a acidentes de trabalho, automobilísticos, brigas, mortes, enfim, tragédias de toda a ordem. No caso da dependência química, na maioria das vezes, funciona como influenciador na passagem para o uso de drogas ilícitas, sendo em repetidas situações o responsável pelas sucessivas reinternações hospitalares e recaídas no processo de continuidade do tratamento após a alta hospitalar do dependente químico.

Tem-se, assim, a importância e a relevância do projeto de intervenção, que originou o trabalho de conclusão de curso que buscou provocar junto aos internos dependentes químicos e seus familiares processos reflexivos sobre os males causados e desencadeados pelo uso abusivo dessa substância. O resultado deste trabalho comprova que realmente havia necessidade de ser problematizado e

refletido junto ao dependente químico e seus familiares, a relação entre aos males que o consumo dessa substância causa em sua saúde.

Por fim, tem-se que o profissional Assistente Social intervém no processo de construção da autonomia do sujeito, fortalecendo a democracia, traduzido por meio de sua intervenção processos de luta e resistência junto a população frente ao Estado pela garantia e acesso dos usuários a seus direitos.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Asilos, alienados e Alienistas: Pequena Psiquiatria no Brasil.** in, AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 1994.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e atenção psicossocial.** Edição 20. Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Ed. Fio cruz, 2007.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao Trabalho: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho.** Edição 12. São Paulo: Cortez; Campinas, 2007.

BISNETO, Augusto José. **Serviço Social e Saúde Mental: Uma análise institucional da prática.** 2007.

BORDIM, Selma; FLIGIE, Neliana Buzi; LARANJEIRA, Ronaldo. **Aconselhamento em Dependência Química.** São Paulo: Roca, 2004.

BRASIL. Constituição da Republica Federativa do Brasil de 1988, Brasília, Senado, 1988.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais.** Ed. Cortez. 2 ed. 2007.

BURIOLLA, Marta Alice Feiten. **Estagio supervisionado.** 4ª Ed. São Paulo: Ed. Cortez, 2006.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil: o longo caminho.** 6. ed. Rio de janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

CFESS nº. 273 de 13 de março de 1993 In: **Coletânea de Leis.** Conselho Regional de Serviço Social 10º Região (Org.) ed: Palmarinca. Porto Alegre: Dacasa, 2009.

CHAUÌ. Marilena. **Convite á filosofia.** Edit. Ática. Ed.13.São Paulo. 2006.

CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS. Resolução CORTEZ, Yolanda Guerra. **A instrumentalidade do serviço social**. Ed.9, 2011.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Intervenções: o marxismo das ideias**. São Paulo: Cortez, 2006.

COUTO, Berenice Rojas. **O direito Social e a assistência Social na Sociedade Brasileira: uma equação Possível**. 2 ed. São Paulo: Ed. Cortez, 2006.

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – ECA. Lei nº. 8.069 de 13 de Julho de 1990 In: **Coletânea de Leis**. Conselho Regional de Serviço Social 10º Região (Org.) Ed: Palmarina. Porto Alegre: Dacasa, 2009.

ESTEVAM, Ana Maria Ramos. **O que é Serviço Social** (Coleção primeiros passos; 111). São Paulo: Ed. Brasiliense, 2006.

FALEIROS, Vicente de Paula, 1941. **Estratégias em Serviço Social**. 10 ed. São Paulo; Ed. Cortez, 2011.

GIACOMELLI, Liziane, OLIVEIRA, Simone Barros. **A diversidade de atuação do Serviço Social: desvelando o processo de trabalho**. Porto Alegre, Ed. FAITH, 2010.

GOERCK. Caroline. **Múltiplas faces da questão social: o objeto de trabalho do assistente social em expressão**. Porto Alegre: Ed. Faith, 2009.

GOFFMAN, Erving. Manicômios. **Prisões e conventos**. Erving Goffman; [tradução Dante Moreira Leite] 8ª Ed. São Paulo: perspectiva, 2010.

GRAEFF, Frederico Guilherme. **Drogas psicotrópicas e seu modo de ação**. 2ª Ed. São Paulo: Ed. EPU, 1989.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e formação profissional**. 4. Ed. São Paulo: Ed. Cortez, 2001.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 20. Ed. São Paulo: Cortez; Lima, Peru: CELATS, 2007.

MARTINELLI, Maria Lucia. **Serviço Social: identidade e alienação**. Edição 11. São Paulo: Ed. Cortez. 2007.

MARX, Karl. **O Capital: Crítica da economia Política**. Tradução de Regis Barbosa e Flavio R. Kithe. 3 ed. São Paulo: Ed. Nova Cultura, 1988. Volume 1.

MASUR, Jandira. **O que é alcoolismo**. São Paulo: Brasiliense, 2004. Coleção primeiros passos; 2005.

NETTO, Alvarenga. **Código de Menores: doutrina, legislação, jurisprudência**. Rio de Janeiro, Ed. Freitas bastos, 1941.

OLIVEIRA, Jairo da Luz. **Políticas sociais específicas**. Canoas: Ed. ULBRA, 2010.

PIERREWEIL; ROLAND TOMPAKOW. **O corpo fala: A Linguagem silenciosa da comunicação não verbal**. Ed. Vozes. Petrópolis/RJ, 2007.

PINHEIRO, Roseni (orgs). **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, Ed. Cortez, 2001.

PONTE, Reinaldo Nobre. **Mediação e serviço social: um estudo preliminar sobre a categoria teórica e sua apropriação pelo serviço social**. 7ª Ed. São Paulo: Ed. Cortez, 2010.

PRATES. Mari Jane. **Psicologia social e saúde: Práticas Saberes e sentidos**. Ed. Vozes. Ed. 7°. Petrópolis/RJ, 2010.

PROJETO TERAPÊUTICO de a Ala RECOMEÇAR NO HOSPITAL IVAN GOULART. São Borja/RS, 2012.

RESENDE, Heitor. **Política de Saúde Mental: uma visão histórica**. in: cidadania e loucura: políticas de Saúde Mental no Brasil. Orgs Silvério Almeida Tundes e Nilson do Rosário Costa. Petrópolis: Ed. vozes, 1990. P. 15 a 73

REZENDE, Ilma. CAVALCANTI, Ludmila Fontanele. **Serviço social e políticas sociais**. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Ed UFRJ, 2009.

SANTOS, Rosa Lucia Cristina dos. **Transtorno mental e o cuidado da família**. 3.ed. São Paulo: Ed. Cortez, 2011.

SCHENKER, Miriam; MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Importância da Família no Tratamento do Uso Abusivo de Drogas**. Rio de Janeiro, cad. saúde pública, mai-jun, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v20n3/02.pdf>, acesso em:04/12/2012.

VASCONCELOS, Ana Maria de Souza. **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: 2º Ed. Cortez; Rio de Janeiro: VERJ, 2006.

VASCONCELOS. Ana Maria. **A Prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 6º ed. São Paulo: Ed. Cortez, 2009.

VASCONCELOS. Eduardo Mourão (org.); BISNETO, Jose Augusto; PEREIRA, Ivana Carla Garcia; ROSA, Lucia Cristina dos Santos. **Saúde mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 5ª ed. São Paulo: Ed. Cortez, 2010.