

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA

GABRIELA DO CANTO CACERES

O USO ABUSIVO DE DROGAS E AS RELAÇÕES INTRAFAMILIARES

**São Borja
2017**

GABRIELA DO CANTO CACERES

O USO ABUSIVO DE DROGAS E AS RELAÇÕES INTRAFAMILIARES

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

Orientador: Prof. Dr. Jocenir de Oliveira Silva

**São Borja
2017**

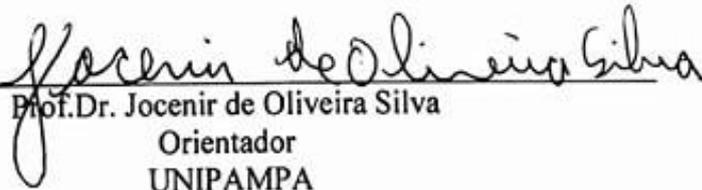
GABRIELA DO CANTO CACERES

O USO ABUSIVO DE DROGAS E AS RELAÇÕES INTRAFAMILIARES

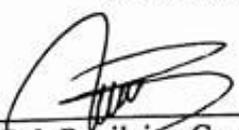
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Trabalho de Conclusão de Curso defendido e aprovado em: 6/12/17

Banca examinadora:


Prof.Dr. Jocenir de Oliveira Silva
Orientador
UNIPAMPA


Profª. Drª. Elisângela Maia Pessoa
UNIPAMPA


Profª. Drª. Rosilaine Coradini Guilherme
UNIPAMPA

Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso ao meu esposo Jovani da Rosa, que foi o meu suporte durante toda graduação. Motivou-me nos diversos momentos que pensei em desistir, oferecendo seu companheirismo e escuta, nas várias situações de insegurança e angustia, e também comemorando com as conquistas decorrentes do meu esforço frente aos desafios que surgiram. Nós sabemos quanto difícil foi esta trajetória, porém é gratificante colher os frutos de nossa dedicação.

AGRADECIMENTO

É importante reconhecer que dificilmente fazemos algo sozinho, precisamos de pessoas que nos apoiem em diferentes momentos de nossas vidas. Por este motivo é essencial agradecer aqueles que fizeram parte das fases marcantes durante a vida acadêmica e pessoal.

Agradeço ao meu esposo pela parceria e compreensão não somente durante a formação, mas também nas vivências do nosso cotidiano, pois ele é meu porto seguro. Amor, obrigado pelas caronas até a Unipampa, pelas correrias que os trabalhos esquecidos proporcionavam, pelos passeios, viagens, principalmente, quando você identificava que eu precisava descontraí, pelos risos que você insiste em estimular todos os dias, nesses quase sete anos de relacionamento. Obrigado por trazer leveza para minha vida, e por ser esta pessoa alegre e que aguenta meus dramas.

Agradeço a minha avó pelos ensinamentos na formação enquanto pessoa, por me colocar em aulas de reforço quando criança, buscando sempre incentivar os estudos. Obrigado pelo carinho e amor que dedicou na minha criação, e por renunciar algumas de suas vontades para proporcionar uma vida confortável, oportunizando que pudesse alcançar meus objetivos.

Agradeço aos professores do curso de Serviço Social, em especial ao Prof. Dr. Jocenir de Oliveira Silva, que foi supervisor de campo do processo de estágio I e II e também orientador de TCC I e II, sendo compreensivo, paciente e flexível frente às dificuldades, incentivando minha capacidade de desenvolvimento acadêmico e proporcionando diversos conhecimentos durante os processos. Agradeço pelos prazos estendidos, pelas orientações regadas de reflexões e por me tirar da zona de conforto.

Agradeço também a Prof^ª. Dr^ª. Simone Barros de Oliveira pelos momentos de reflexão e aprendizado pessoal e profissional, onde foi libertador reconhecer que antes de nos tornarmos Assistentes Sociais, somos seres humanos, onde cada um tem seus valores e perspectivas diferentes. Os momentos proporcionados nas suas aulas coincidiram com etapas difíceis, em decorrência dos processos de estágio II e TCC I, e foi nelas que encontramos suporte para enfrentar tais fases. Obrigado por proporcionar momentos de escuta, onde podíamos manifestar nosso desespero, e assim identificar que não estávamos sozinhos.

Agradeço á alguns colegas com quem dividi diversos ciclos, especialmente, com aqueles com quem me aproximei nestes últimos anos de graduação, e considero que foram essenciais nos processos. Tal aproximação contribuiu para estabelecer novos vínculos, os quais pretendo expandir para além da vida acadêmica.

RESUMO

O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) possui como temática: O uso abusivo de drogas e as relações intrafamiliares, no qual, é abordada a contextualização, problematizações e as análises de questões interligadas ao assunto, com o intuito de desenvolver discussões e reflexões necessárias para o âmbito acadêmico e profissional. Considerando que as relações familiares são um dos eixos centrais do TCC, o mesmo introduz o debate sobre família, onde apresenta como ela constituiu-se nos diferentes períodos da formação sócio histórica da sociedade. Tal assunto está relacionado, especificamente, com o quarto capítulo do presente trabalho, no qual, discorre sobre a experiência de Estágio Supervisionado em Serviço Social I e II, realizado no Hospital Ivan Goulart, na cidade de São Borja, no período de agosto de 2016 á julho de 2017, onde, a partir do projeto de intervenção intitulado: A importância de discutir e instigar á um processo de reflexão sobre o uso abusivo de drogas com os usuários da Ala Recomeçar do Hospital Ivan Goulart, foi possível identificar e analisar questões emergentes sobre as relações familiares e seus impactos no cotidiano dos sujeitos, por meio de rodas de conversa, nas quais, elaborou-se problematizações, e aplicou-se dinâmicas, visando aprofundar o tema junto aos usuários. Outros pontos desenvolvidos no TCC são referentes á reforma sanitária e reforma psiquiátrica no cenário brasileiro e as mudanças proporcionadas por meio das lutas dos movimentos que surgiram neste período. Contextualizou-se a instituição onde se realizou o estágio I e II, apresentando sua estrutura, destacando o Serviço Social, uma vez que, foi onde se aproximou do cotidiano profissional do Assistente Social, identificando e compreendendo os desafios e possibilidades existentes nas intervenções. É importante destacar alguns aspectos resultantes do processo de conhecimento e reflexão instigados a partir da experiência de estágio I e II. O trabalho traz que os estereótipos vinculados aos usuários abusivos de drogas devem ser rompidos, e para isto, são necessárias incansáveis discussões e reflexões a cerca do tema, junto à sociedade, família dos sujeitos, Estado e os próprios usuários, que por vezes aceitam os preconceitos direcionados á eles, e se culpabilizam pela situação na qual estão inseridos.

Palavras-Chave: Relações familiares. Família. Uso abusivo de drogas. Serviço Social. Saúde.

RESUMEN

El trabajo de Conclusión de Curso (TCC) tiene como temática: El uso abusivo de drogas y las relaciones intrafamiliares, en el cual, se aborda la contextualización, problematizaciones y los análisis de cuestiones interconectadas al asunto, con el propósito de desarrollar discusiones y reflexiones necesarias para el ámbito académico y profesional. Considerando que las relaciones familiares son uno de los ejes centrales del TCC, el mismo introduce el debate sobre la familia, donde presenta cómo se constituyó en los diferentes períodos de la formación socio histórica de la sociedad. Este tema está relacionado, específicamente, con el cuarto capítulo del presente trabajo, en el cual, discurre sobre la experiencia de Etapa Supervisada I y II, realizada en el Hospital Ivan Goulart, en la ciudad de San Borja, en el período de agosto de 2016 a julio de 2017, donde, a partir del proyecto de intervención titulado: La importancia de discutir e instigar a un proceso de reflexión sobre el uso abusivo de drogas con los usuarios del Ala Reanudar del Hospital Ivan Goulart, fue posible identificar y analizar cuestiones emergentes sobre las relaciones familiares y sus impactos en el cotidiano de los sujetos. Otros puntos desarrollados en el TCC son referentes a la reforma sanitaria y reforma psiquiátrica en el escenario brasileño y los cambios proporcionados por medio de las luchas de los movimientos que surgieron en este período. Se contextualizó la institución donde se realizó el estudio I y II, presentando su estructura, destacando el Servicio Social, una vez que, fue donde se aproximó al cotidiano profesional del Asistente Social, identificando y comprendiendo los desafíos y posibilidades existentes en las intervenciones. Es importante destacar algunos aspectos resultantes del proceso de conocimiento y reflexión instigados a partir de la experiencia de etapa I y II. El trabajo trae que los estereotipos vinculados a los usuarios abusivos de drogas deben ser rotos, y para ello, son necesarias incansables discusiones y reflexiones a cerca del tema, junto a la sociedad, familia de los sujetos, Estado y los propios usuarios, que a veces aceptan los prejuicios dirigidos a ellos, y se culpan por la situación en la que están insertados.

Palabras-clave: Relaciones familiares. Familia. Uso abusivo de drogas. Servicio Social. Salud.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

CAD's – Centro de Atenção Diária

CAPS – Centro de Atenção Psico-Social

CAPS – AD – Centro de Atenção Psico-Social – Álcool e Drogas

CDI – Centro de Diagnóstico por Imagem

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

8ª CNS – 8ª Conferência Nacional de Saúde

ENCO – Centro de Endoscopia e Colonoscopia

HD's – Hospitais Dias

HIG – Hospital Ivan Goulart

MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Atenção Psico-Social

NOB/SUAS – Norma Operacional Básica/ Sistema Único de Assistência Social

PIASS – Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento

PIB – Produto Interno Bruto

PL – Projeto de Lei

PTS – Plano Terapêutico Singular

SRT's – Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

UNIPAMPA – Universidade Federal do Pampa

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. A FORMAÇÃO SÓCIO HISTÓRICA DA FAMÍLIA E SUA ORGANIZAÇÃO NA CONTEMPORANEIDADE	15
3. CONTEXTUALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL	23
3.1. REFORMAS NA SAÚDE NO BRASIL: A REFORMA SANITÁRIA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA	23
3.2. POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL Á USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	35
4. HOSPITAL IVAN GOULART E O CONTEXTO INSTITUCIONAL	40
4.1. O CONTEXTO DO SERVIÇO SOCIAL NA INSTITUIÇÃO IVAN GOULART	43
4.2. ALA RECOMEÇAR	47
5. A INTERVENÇÃO A PARTIR DO PROJETO: A IMPORTÂNCIA DE DISCUTIR E INSTIGAR Á UM PROCESSO DE REFLEXÃO SOBRE O USO ABUSIVO DE DROGAS COM OS USUÁRIOS DA ALA RECOMEÇAR DO HOSPITAL IVAN GOULART	53
5.1. APRESENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	53
5.2. APLICAÇÃO DAS AÇÕES DO PROJETO	57
5.3. AS RELAÇÕES INTRAFAMILIARES COMPREENDIDAS A PARTIR DO PROCESSO DE ESTÁGIO NO HOSPITAL IVAN GOULART	64
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS	71

1. INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem como objetivo apresentar, contextualizar e problematizar sobre o uso abusivo de drogas e os rebatimentos que emergem no convívio familiar, impactando na maneira que as relações familiares se estabelecem. Tal interesse surgiu no processo de Estágio Supervisionado em Serviço Social I e II, realizado no Hospital Ivan Goulart, onde foi realidade que se destacou entre as outras que eram demandadas ao Serviço Social da instituição.

O tema acima despertou interesse, tendo em vista que, a realidade apresentada por meio do uso abusivo de drogas e a dependência química estão frequentemente presente na sociedade, e sendo assim, é necessário gerar debates reflexivos. Com o intuito de romper com preconceitos e a marginalização das pessoas que fazem o uso de drogas, busca compreender o contexto histórico e como ele se manifesta na vida dos sujeitos.

O uso de drogas, segundo Goulart e Soares (2013) é uma realidade intrínseca na formação histórica da sociedade, na qual, as pessoas estão na busca de alterar suas emoções e sentimentos, e neste viés, encontram nas drogas tal possibilidade, conforme esta descrito na seguinte citação:

[...] é preciso considerar que, historicamente, a humanidade sempre procurou por substâncias que produzissem algum tipo de alteração em seu humor, em suas percepções, em suas sensações. Tal consideração permite supor que possivelmente não existirá uma sociedade sem drogas. As drogas sempre fizeram parte da experiência humana e possivelmente sempre farão. Cabe à sociedade produzir respostas para enfrentar os problemas das pessoas que abusam de drogas. (GOULART E SOARES, 2013, p.3).

A partir deste reconhecimento, é preciso analisar que o uso abusivo de drogas não é um fato que ocorre isolado da sociedade, pois ele está interligado com os outros fenômenos que se manifestam no cotidiano das relações familiares e sociais, e que causam conflitos entre as pessoas que o vivenciam. Portanto é imprescindível abordar como as relações intrafamiliares se estabelecem, considerando o uso abusivo de drogas como questão presente no cotidiano das famílias, e é neste ponto que a discussão do trabalho está direcionada, onde aprofunda-se o tema por meio de problematizações que visam interagir com a realidade experimentada nos processos de estágio I e II.

Partindo de que o TCC é definido como relato de experiência, no qual foi realizado um estudo documental, utilizando os materiais produzidos nos Estágio Supervisionado em Serviço Social I e II, é possível afirmar que o trabalho está baseado nas vivências que foram

registradas a partir da aplicação do Projeto de Intervenção: A importância de discutir e instigar á um processo de reflexão sobre o uso abusivo de drogas com os usuários da Ala Recomeçar do Hospital Ivan Goulart, na cidade de São Borja, juntamente com as abordagens que ocorreram no cotidiano profissional da Assistente Social, onde buscou-se desenvolver instrumentos e técnicas tais como: observação participante, visita domiciliar, acolhimento, exploração e reflexão.

É importante abordar conceitos referentes á alguns instrumentos e técnicas indicados, para que se compreenda como se realiza as intervenções do Assistente Social. Sousa (2008) destaca que a observação participante utiliza os sentidos como: audição, tato, visão, olfato e paladar para apreensão da realidade que se apresenta para intervenção e “[...] Por isso, trata-se de uma observação participante – o profissional, além de observar, interage com o outro, e participa ativamente do processo de observação” (SOUSA, 2008, p.126).

A visita domiciliar é um instrumento que proporciona ao Assistente Social aproximação com a realidade concreta dos sujeitos, onde se identifica como se configura as condições de vida dos mesmos. Conforme Sousa (2008) “Trata-se de um instrumento que tem como principal objetivo conhecer as condições e modos de vida da população usuária em sua realidade cotidiana, ou seja, no local onde ela estabelece suas relações do dia a dia: em seu domicílio” (SOUSA, 2008, p.128).

Como estagiária, foi possível desenvolver o acolhimento, que é o primeiro contato do profissional com o usuário. Lewgoy e Silveira (2007) afirmam que o acolhimento inserido na entrevista realizada pelo Assistente Social é o momento de construção de vínculos com o usuário, em uma intervenção direcionada para a resolução de suas demandas.

A exploração e reflexão também foram técnicas desenvolvidas nos processos de estágio I e II. Sobre a exploração Lewgoy e Silveira (2007) descrevem que é onde o Assistente Social pode aprofundar-se na realidade dos sujeitos a partir de sua capacidade investigativa, porém, “[...] o assistente social tem de ter uma margem de segurança quanto à importância de explorar assuntos delicados, jamais por necessidades ou curiosidades ligadas ao assistente social.” (LEWGOY E SILVEIRA, 2007, p.246). Para conceituar sobre a reflexão, as autoras afirmam que tal técnica possui o intuito de estimular um aprofundamento em determinado aspecto da realidade dos sujeitos, e a partir disto, motivar algumas mudanças, conforme a vontade dos indivíduos, “[...] Sendo assim, é possível dizer que a prática reflexiva terá como finalidade romper com o que até então estava instituído.” (LEWGOY E SILVEIRA, 2007, p.245).

A aplicação dos instrumentos e técnicas tanto no projeto de intervenção, quanto nas abordagens desenvolvidas no decorrer do estágio I e II, ofereceram elementos fundamentais para construir as análises críticas sob a realidade concreta, que foram realizadas, tendo como direcionamento teórico, o método dialético crítico marxista, onde se identifica a historicidade, totalidade e contradição presente nas vivências dos sujeitos, sendo assim, possibilita-se desvendar os processos sociais e particulares dos usuários, e o modo que eles se desenvolveram para materializar as demandas que apresentadas para o Assistente Social.

Para compreender e analisar o uso abusivo de drogas e as relações intrafamiliares sob a perspectiva do método dialético crítico, a partir da experiência de estágio I e II, o presente trabalho estrutura-se por meio de cinco capítulos, divididos entre: Introdução; A formação sócio histórica da família e a sua organização na contemporaneidade; A contextualização da saúde no Brasil; O Hospital Ivan Goulart e o contexto institucional; A intervenção a partir do projeto: A importância de discutir e instigar á um processo de reflexão sobre o uso abusivo de drogas com os usuários da Ala Recomeçar do Hospital Ivan Goulart; Considerações finais.

O capítulo dois aborda sobre a formação sócio histórica da família, apresentando as diferentes organizações familiares, e as modificações por elas enfrentadas por vários períodos, desde as épocas primitivas até os tempos atuais. É importante destacar que o modo que a sociedade se estrutura influencia diretamente na formação familiar. Tal assunto é considerado fundamental para introduzir sobre o modo que as relações intrafamiliares se estabelecem na realidade manifestada por meio do uso abusivo de drogas, que é o tema central da discussão do presente trabalho.

O uso abusivo de drogas esta relacionado com a questão de saúde do Brasil, sendo assim, no capítulo três, contextualiza-se a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica no âmbito brasileiro, descrevendo o modo de tratamento, nos quais, os usuários estavam submetidos antes das mudanças, e após, trazendo as conquistas alcançadas pelas lutas promovidas através das reformas. Para referenciar o uso abusivo de drogas, neste capítulo, destaca-se a Política de Atenção Integral para Usuários de Álcool de outras drogas, a qual modificou o atendimento direcionado ao público usuário, reconhecendo os mesmos, como sujeito de direito, estabelecendo medidas que visam proporcionar um tratamento digno, respeitando suas particularidades e também buscando romper com os estereótipos presentes tanto nos serviços voltados para a área da saúde, quanto na sociedade.

O quarto capítulo aborda sobre a instituição na qual se desenvolveu a experiência de Estágio Supervisionado em Serviço Social I e II, contextualizando-a e apresentando sua estruturação, destacando o Serviço Social, pois foi onde se teve a experiência como estagiária.

A Ala Recomeçar esta presente neste capítulo, visto que, o setor de saúde mental é atendido pelo Serviço Social da instituição, no qual se evidenciou as demandas analisadas no decorrer deste trabalho.

No estágio I, realizado em 2016, elaborou-se um projeto de intervenção, e no estágio II, desenvolvido em 2017, ele foi aplicado junto aos usuários internados na Ala Recomeçar. Tal projeto denominado: A importância de discutir e instigar á um processo de reflexão sobre o uso abusivo de drogas com os usuários da Ala Recomeçar do Hospital Ivan Goulart, é o que compõe o quinto capítulo, onde se apresenta suas partes constitutivas e como ocorreu a aplicabilidade na realidade dos sujeitos, observando a efetividade como aprendizado para futuras ações no âmbito profissional. Finalizando o capítulo, analisa-se o modo como as relações familiares se destacaram nas vivências dos usuários abusivos de drogas, não apenas nas intervenções realizadas por meio do projeto, mas também, nas abordagens desenvolvidas nos estágios I e II, pois identificou-se que o tema família estava intrínseco nas discussões com os usuários.

O último capítulo consta uma análise geral da experiência de estágio, direcionando reflexões sobre o tema central do presente trabalho, as quais foram construídas através de discussões e problematizações que tal vivência proporcionou.

2. A FORMAÇÃO SÓCIO HISTÓRICA DA FAMÍLIA E A SUA ORGANIZAÇÃO NA CONTEMPORANEIDADE

O presente capítulo tem como objetivo abordar os diferentes arranjos familiares existentes ao longo do tempo, apontando para as modificações que ocorreram na formação sócio histórica da sociedade. Considera-se significativo destacar tal tema, pois ele evidencia os diferentes arranjos familiares e o modo como se relacionavam entre si, demonstrando que a família esta em constante mudança, acompanhando o movimento e evolução da sociedade. Para contextualizar o tema, buscou-se realizar uma breve descrição dos núcleos familiares desde os tempos primitivos até a contemporaneidade. O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) explana sobre a formação da família na sociedade, com o intuito de introduzir o tema, pois posteriormente, analisam-se as relações intrafamiliares a partir da experiência vivenciada no Estágio Supervisionado I e II, realizado no Hospital Ivan Goulart, onde se aproximou da realidade dos usuários de álcool e outras drogas e seus familiares, portanto contextualizar o tema família oferece subsídios para outras discussões que tenham vinculação com o assunto.

Para introduzir esta temática é importante, primeiramente, entender o significado da palavra família, que segundo Bonini (2009) é derivada do latim “famulus” que quer dizer “escravo doméstico”, ou escravos que devem servir á um senhor ou chefe, esta concepção teve origem na Roma Antiga, e desde então a família assume diversas configurações, porém com o mesmo aspecto de grupo social. Já a Constituição Federal de 88 aborda o conceito de família de uma forma mais atual, como aborda Bonini (2009):

A Constituição por ter um caráter mais recente, atual, traz a ideia da não-consanguinidade familiar quando diz que ela pode ser formada por qualquer um dos pais. Este tipo de família é muito comum hoje em dia. São filhos vivendo com padrasto/madrasta, avô/avó, tio/tia, ou seja, percebe-se que já se aponta para os novos modelos familiares. (BONINI, 2009, p.13).

A NOB/SUAS 2005 (Norma Operacional Básica/ Sistema Único de Assistência Social) traz que “Família: Grupo de pessoas, com laços consanguíneos e/ou de aliança e/ou de afinidade, cujos vínculos circunscrevem obrigações recíprocas, organizadas em torno de gênero e de geração.” (NOB/SUAS, 2005, p.14 apud BONINI, 2009, p.12). Para Bonini (2009) tal conceito abrange o núcleo familiar como um espaço de acolhida, onde se tem o convívio, se desenvolve a autonomia, sustentabilidade, oportunizando o protagonismo social

de cada sujeito, não somente reconhecendo como família pessoas ligadas biologicamente, mas que haja afinidade, colaboração e vínculos fortalecidos entre seus membros.

A família é uma construção histórica produzida no decorrer da sociedade, que se estabeleceu em diferentes períodos, possuindo múltiplas concepções. Segundo Lévi- Strauss (1986, apud OLIVEIRA, 2009) o contexto familiar apresenta características específicas as quais demonstram que sua constituição não se organizou de forma natural, ou seja, a construção da idealização de família é algo imposto pela sociedade em conformidade com as normas padrões presente em determinado período histórico.

Oliveira (2009) afirma que a partir dos contextos históricos por qual a família perpassa as mudanças que acontecem interferem nas relações sociais estabelecidas entre seus membros e também nas normas pré-determinadas pela sociedade, e o fato de que a concepção de família esta em constante transformação apresenta o aspecto dinâmico que ela possui.

Engels (2002) traz em sua obra algumas considerações acerca da formação sócio histórica da família. Ele destaca que o antropólogo Morgan teve algumas conclusões ao estudar períodos primitivos. Nos estudos ele descobriu que no núcleo das tribos primitivas existiam relações promiscuas, onde mulheres relacionavam-se com todos os homens, e faziam o mesmo com todas as mulheres. Porém, Engels (2002) traz em sua obra que aprofundou-se estudos sobre o assunto, e descobriu que esta forma de relacionar-se era chamada de “matrimônio de grupos”, onde o casamento é realizado entre grupos de homens e mulheres que se relacionam mutuamente.

A partir da formação primitiva que as tribos se organizavam, surge logo após outros modelos de famílias. Engels (2002) contextualiza e conceitua quatro novos tipos de formações familiares que foram emergindo desde o período primitivo. O primeiro modelo foi o da família consanguínea, que era formada por pessoas com ligações biológicas que só podiam relacionar-se entre si no interior do núcleo familiar, como por “exemplo típico de tal família seriam descendentes de um casal, em cada uma e cujas gerações sucessivas todos fossem entre si irmãos e irmãs e, por isso mesmo, maridos e mulheres uns dos outros”, (ENGELS, 2002, p.40), porém os ascendentes e descendentes eram excluídos do matrimônio.

Seguindo a evolução, Engels (2002) apresenta o surgimento da família punaluaana, onde os pais e filhos eram excluídos das relações sexuais, e em sequência, os irmãos carnais também foram afastados deste processo. Tal organização familiar já apresenta indicações de graus de parentescos, trazendo menções aos sobrinhos (as) e primos (as), pois não havia mais ligações sexuais entre irmãos. Nesta fase ainda se desconhece a identidade paterna, portanto a

descendência, assim como os elos de heranças, ocorria através do reconhecimento da origem materna.

Posteriormente, Engels (2002) traz a emergência do modelo de família sindiásmica, que indica a união entre casais, desta forma superando o matrimônio por grupos. Esta transformação determina que a mulher devesse viver fielmente somente com um homem, porém ele teria direito à infidelidade. O regime matrimonial poderia ser dissolvido com facilidade por ambas às partes, porém o direito de permanecer com os filhos era atribuído às mães. O matriarcalismo é o principal aspecto desta fase, pois a figura da mãe era muito presente dentro dos núcleos familiares devido às responsabilidades referenciadas à elas.

Com o aumento das atividades agrícolas, os homens ficaram responsáveis por trazer alimentos para sua família, a partir desse ponto, as riquezas começaram a expandir-se, surgindo à propriedade privada e conseqüentemente a imagem do pai como provedor do sustento da família. Com o predomínio do homem, as heranças que antes eram transmitidas pelas mães, são assumidas então pelos pais. O regime matriarcal é substituído pelo patriarcal, onde o homem tem o domínio da casa e da família, e a mulher torna-se subordinada aos comandos dele, ocupando na sociedade, a posição de somente procriar.

Segundo Engels (2002), com a emergência do patriarcalismo nos matrimônios, a família sindiásmica é substituída pelo modelo de família monogâmico, onde a predominância do homem se torna mais acentuada, reconhecendo-o como principal procriador dos filhos, que posteriormente seriam seus herdeiros. Na família romana patriarcal, as esposas, servos e filhos deviam obediência ao homem “chefe da família”, configurando-se assim, relações de poder e propriedade, no qual os membros de determinada família estavam submetidos aos comandos do “pai de família”.

O modelo de família monogâmica não é composto a partir do amor sexual e seus frutos, as relações são estabelecidas pela situação econômica, com o intuito de proteger a propriedade privada e manter as heranças dentro do núcleo familiar, que Engels (2002) nomeia de casamento de “convivência”, onde as uniões eram realizadas através de acordos assumidos pelos pais. Neste tipo de família surge a dominação do homem em relação à mulher, configurando-se em conflitos entre ambos os sexos. Apesar de maior resistência nos casamentos, os homens continuam com o direito à infidelidade, porém as mulheres sofrem maior opressão e castigos em situações de adultério.

No período medieval Bonini (2009) conceitua a família, trazendo que nesta época a mulher já era destinada aos cuidados com os afazeres domésticos, também surge o direito à primogenitura que se torna presente nas famílias consideradas nobres, onde as riquezas eram

passadas de uma geração para outra através da herança. Também se tem a o gênero masculino, que era único responsável para trabalhar e trazer sustento para a casa, este junto á mulher formavam um casal.

Conforme Oliveira (2009) houve transformação entre a concepção de família desde o período medieval, passando pelo século XVII, até a modernidade, pois a organização dela foi, por vários anos, concebida aos que possuíam riquezas como os nobres e burgueses. Neste período, a escola começou a fazer parte da realidade das crianças, os pais participando como suporte delas, e a igreja colaborando como uma das instituições que tinham o objetivo de evidenciar o sentimento de família, o núcleo familiar que era limitado apenas para a classe burguesa começa a se expandir para toda a sociedade.

Após o surgimento do sentimento de família, no século XVII, que foi influenciado pela igreja, Bonini (2009) destaca que a criança ganha outra visibilidade na sociedade, pois até então ela era reconhecida como um “mini-adulto”, a partir disto, a criança começa á frequentar a escola e auxiliar nas tarefas domésticas, esta última, desenvolvida na sua maioria por meninas. A autora ainda traz que a família se preocupava em divulgar a forma que elas viviam, não havia privacidade e tudo era realizado em público, porém com o deslocamento da criança até a escola, surge uma nova realidade, assim emergindo mudanças no cotidiano das famílias, onde elas afastam-se da vivência em público, assumindo uma obrigação de caráter moral e espiritual.

A família foi socialmente construída no decorrer das modificações societárias, e foi no sistema capitalista, mais precisamente, com o domínio do capital monopolista, que ela vivenciou as mazelas trazidas por tal sistema. De acordo com Oliveira (2009), a divisão social do trabalho interfere nas relações sociais, tanto internas como externas ao núcleo familiar, desta forma sendo influente no convívio entre seus membros, pois situações como desemprego ou trabalho informal ocasionam mudanças no cotidiano da família, alterando assim, os modos de como eles se relacionaram. Outro determinante gerado pelo capitalismo é a questão do individualismo que é presente tanto na sociedade em geral, como dentro dos grupos familiares, sendo consequência do processo de modernização, onde por vezes os interesses individuais se sobrepõe á ideia de coletivo que deveria estar presente nas famílias. A realidade que o capitalismo oferece conduz a sociedade na direção da fragilização dos vínculos estabelecidos nas relações sociais, pois o capital exige cada vez mais esforço e tempo das pessoas, e isto gera o individualismo e a competitividade entre elas, interferindo e enfraquecendo as relações internas e externas do núcleo familiar.

Lévi-Strauss (1956, apud OLIVEIRA, 2009) afirma que no século XIX a família possuía um padrão ideal que deveria ser seguido, e para ser considerado núcleo familiar, o grupo precisaria ter alguns aspectos, nos quais se destacam fatores limitantes como: ser constituída através do casamento entre homem e mulher, e os filhos concebidos desta união, também os membros teriam de exercer direitos e obrigações de caráter econômico e religioso.

A idealização de família que Lévi-Strauss aborda foi um processo construído historicamente, e atualmente é presente na sociedade, pois apesar das novas organizações familiares existentes, a estrutura de casamento monogâmico, conservador e orientado pelas leis de divinas é predominante nas relações sociais, e isto é fruto dos princípios que se aprende com diferentes gerações, e dos valores que são ensinados desde quando crianças.

A partir de 1960, no Brasil, ocorrem transformações econômicas e sociais, onde de um lado se tinha ampla concentração de renda e do outro lado uma numerosa população empobrecida, e a inserção das mulheres no mercado de trabalho. Oliveira (2009) destaca que no governo de Juscelino Kubitschek ocorreu um grande desenvolvimento econômico, assim instaurando o processo de modernização do país, porém este acontecimento agravou as desigualdades sociais já existentes, aumentando a pauperização da população, pois apesar destes avanços e desenvolvimentos que estavam transformando a realidade do Brasil, as conquistas econômicas ficavam acumuladas no capital, desta forma agravando ainda mais as expressões advindas da questão social, e tendo manifestações no cotidiano das famílias em situação de vulnerabilidade econômica e social. Iamamoto e Carvalho (2011) pontuam que a questão social que surge na Europa, no final do século XVIII, é um resultado do conflito entre o capital e o trabalho, uma vez que, nesta relação o capitalista detém dos meios de produção, e para produzir mercadorias necessita da força de trabalho do proletário. Este período de surgimento foi de grandes transformações sociais, econômicas e políticas que surgiram através da revolução industrial, onde o trabalhador urbano, migrante do campo para a cidade, não achou outra solução que não fosse inserir-se no mercado industrial, pois ele necessitava de manter a própria sobrevivência, assim como de sua família.

Ainda nos anos 1960 surgiu uma grande transformação nas famílias, principalmente para a vida das mulheres, pois se tem neste período a criação da pílula anticoncepcional, onde Bonini (2009) destaca que foi uma revolução sexual, devido à desvinculação do sexo somente para procriar, e com o advento de outras transformações socioeconômicas, muitas delas intrínsecas ao sistema capitalista, a família assume novos arranjos, que atualmente estão presentes na sociedade. Dentre várias mudanças na organização familiar, destaca-se: o crescimento de número de pessoas que decidem morar sozinhas; aumento das famílias

dirigidas apenas por uma pessoa, em sua maioria por mulheres, com dupla jornada, pois além de trabalharem fora de casa, executam tarefas domésticas; redução na procriação da população, devido aos métodos contraceptivos; população envelhecendo; diminuição nos números de casamentos e também a realização de separação matrimonial.

Para Durhan (1986, apud OLIVEIRA, 2009) no arranjo familiar, os membros devem colaborar de forma econômica para o sustento das necessidades da família, sendo assim, a inserção da mulher no mercado de trabalho, além de auxiliar nessas despesas, apresenta-se como conquista da independência financeira, assumindo certa posição profissional no mundo do trabalho. A conquista do espaço da mulher na sociedade é um avanço, porém é destinado á ela um acúmulo grande de funções, uma vez que, além de desenvolver determinadas atividades enquanto profissional no mercado de trabalho, ainda é designada para executar tarefas domésticas. Atualmente existem mulheres que conseguem estabelecer em sua realidade a divisão de atividades com os outros componentes de sua família, mas na maioria das situações a mulher ainda continua sendo responsável pelas tarefas domésticas, pois foi algo socialmente construído ao longo da história e que até em dias atuais não foi superado.

Conforme Oliveira (2009) a questão da conquista da mulher no mercado de trabalho trouxe mais autonomia á ela, no entanto isto não esta relacionado com o trabalho que é executado, uma vez que, existe uma perspectiva em que certas atividades profissionais são rotuladas como sendo de atribuição feminina, portando tornam-se produções reduzidas às condições de subalternidade e domínio presentes no histórico da mulher na sociedade.

A questão é que a mulher consegue atuar em diversificadas profissões, desde os níveis de produção em alta escala, até o trabalho intelectual e de gestão. Socialmente reconhecida enquanto profissional do lar, em muitos casos, pode passar despercebida, enquanto capaz de gerir as despesas e a organização da família (OLIVEIRA, 2009, p.28-29).

As diferenças entre mulheres e homens não se limitam apenas a questão biológica, mas também a realidade histórica socialmente construída, onde o homem deve ser o provedor da família, e a mulher executar os cuidados com o lar e os filhos, e apesar de toda conquista das mulheres, quando se aborda a questão do trabalho profissional no mercado, ela carrega com si o processo materno, que de acordo com Oliveira (2009) já é uma função, na maioria das vezes incentivada no núcleo familiar, onde as mulheres são ensinadas deste cedo a cuidar dos filhos e desenvolver seu papel de mãe, e esta atribuição é algo difícil de ser superado, pois o assunto maternidade permanece presente entre elas, no entanto, observa-se que os homens

não são ensinados a serem pais, mas eles devem ter igual responsabilidade em relação aos filhos.

A perspectiva de família estará sempre em transformação, como afirma Oliveira (2009, p.31) “a família vem sendo construída e possui mobilidade e, por estar sempre em movimento, tal como a sociedade, fica complicado tecer uma única concepção de família, pois ela depende do contexto no qual a família está inserida.” Portanto não existe um modelo de família que deve ser seguido, já que na sociedade se tem várias organizações familiares que são construídas a partir da realidade que cada sujeito vivencia, das escolhas que cada pessoa considera essencial para sua vida, e com base nisto, superando os padrões de família impostos pela sociedade. Oliveira (2009) ainda traz que a família possui ritmos distintos no que diz respeito às mudanças de estruturas, pois irá depender do contexto que ela está inserida, e questões relevantes como etnias, culturas, regiões, situação social e econômica podem influenciar no ritmo de mudanças na família, o autor também considera que:

É certo que tais mudanças afetaram e ainda continuam aceleradamente afetando a esfera da vida social familiar, transformando-a profundamente, em todos seus níveis. É preciso pensar em tais mudanças, refletindo, por um olhar crítico, capaz de compreender o significado das mudanças recentes, tanto nos padrões do convívio familiar e nas relações internas da família, quanto no universo familiar. (OLIVEIRA, 2009, p.32).

Segundo Bonini (2009) nos novos arranjos familiares existe uma diversidade grande de concepções de famílias, que adentram no século XXI, a autora cita alguns modelos:

Modelo de Transição	Há uma mudança na posição da mulher na sociedade e desta forma, alterando a posição do homem, porém ele ainda prefere ser o único provedor dominante do lar. Neste processo não há mais o ritual antes do casamento, ficando toda decisão atribuída ao casal.
Famílias Móveis	Que estão em constantes mudanças geográficas, sociais e econômicas.
Famílias com presença masculina forte	Surge como um novo arranjo familiar, ainda que com poucos seguidores. Neste modelo os pais são muito presentes na vida dos filhos, estando disponíveis para atender as necessidades deles, tal arranjo não valoriza o zelo pelas atividades domésticas atribuídas às mulheres, que eram realidade no modelo tradicional.
Família Monoparental	Na qual os filhos vivem somente com o pai ou com a mãe, a autora

	destaca que este modelo é o mais presente na atualidade. O termo monoparental emergiu em 1975 com o objetivo de superar os ditos “pai solteiro” ou “mãe solteira”, pois nesta época era constrangedor viver sozinho, salvo em situação de viuvez.
Famílias formadas por homossexuais	Que esta em crescente movimento, apesar dos casais sofrerem preconceitos, eles adotam crianças com o intuito de terem uma família “completa”, enfrentando questões jurídicas para comprovar que possuem capacidade financeira, emocional e psicológica para prover os cuidados da criança.
Famílias formadas sem vínculos matrimoniais ou consanguíneos	Onde pessoas decidem viver no mesmo espaço, mesmo sem ligação legal ou biológica, acordando e dividindo as responsabilidades.
Famílias unipessoais	Que são pessoas que decidem morar sozinhas por escolha, ou porque não se encontram próximas de seus parentes.
Famílias recompostas ou de recasamentos ou reconstituídas	Nas quais são formadas por pessoas que já viveram em outros relacionamentos matrimoniais, porém decidiram romper com eles. Neste arranjo pode ou não conter filhos de outros casamentos. Os casais também podem optar por unir-se legalmente, se assim desejarem.

A contextualização da família até então abordada é importante para fornecer aporte á discussão sobre o modo que se organiza as relações intrafamiliares e que serão problematizadas no decorrer do trabalho. Tal tema está vinculado ao uso abusivo de drogas, que também se insere para debate, com o intuito de trazer a experiência de estágio supervisionado I e II, realizado na área da saúde, no Hospital Ivan Goulart, na cidade de São Borja. Para adentrar-se na discussão sobre o uso abusivo de drogas e as relações intrafamiliares, é relevante também contextualizar aspectos relacionados à saúde no Brasil, próximo capítulo a ser abordado.

3. A CONTEXTUALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

O presente capítulo aborda sobre as reformas na política de saúde que ocorreram em território brasileiro, que modificaram as formas de tratamento, estabelecendo novas perspectivas de atendimento aos sujeitos que acessavam os serviços relacionados á saúde. A reforma sanitária e a reforma psiquiátrica foram marco importante para a melhoria das condições em relação à saúde da população, onde a partir de mobilizações sociais e lutas criaram-se leis e programas que assegurassem os direitos sociais conquistados.

Neste viés de trazer melhorias aos serviços de saúde, surgiu a Política de atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, em 2004, visando oferecer um tratamento com dignidade e ética para as pessoas que enfrentam tal realidade. Os usuários que acessam esta política necessitam de um atendimento específico e diferenciado, onde as políticas públicas tenham o papel oferecer prevenção, tratamento e reabilitação de forma rigorosa e efetiva, que por meio delas, se consiga romper com a marginalização das pessoas que fazem o uso de álcool e outras drogas.

3.1. Reformas na saúde no Brasil: a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica

A reforma sanitária

Conforme Paiva e Teixeira (2014) os anos 1960 foram marcados por grandes conflitos nos países pertencentes á América Latina, onde se instaurou ditaduras e golpes de Estado, juntamente com crises políticas que formaram um cenário de grande instabilidade nestes territórios, em nível mundial, ocorria uma divisão entre potências capitalistas e socialistas. No mesmo período, no contexto brasileiro, mais especificamente em 1964 se estabelece o regime ditatorial, que se iniciou após o país vivenciar um sistema democrático. O golpe militar tinha por objetivo “restabelecer a ordem da sociedade”, potencializar a economia e reformar o sistema democrático do Brasil, e assim o regime seguiu por mais de 20 anos.

A “ordem” almejada pelo golpe militar trouxeram diversos aspectos que agravavam a situação em qual o país se encontrava, pois não havia qualquer tentativa de articulação com a população, deste modo, a participação social era anulada, sem possibilidade de manifestar seus interesses. Segundo Paiva e Teixeira (2014) neste modelo de governo, o endurecimento político buscava exterminar com movimentos que se identificava a ideologia socialista. A economia expandiu-se ao capital estrangeiro, os salários dos trabalhadores foram paralisados, impossibilitando aumentos, que veio acompanhado com impedimento de greves. No plano político e social eram cancelados os direitos daqueles que faziam oposição ao governo, e com a reforma do sistema político surge o bipartidarismo juntamente com a predominância dos

interesses do poder executivo às decisões do Congresso, configurando assim, total regime autoritário.

Em síntese, podemos considerar que, ao interromper a trajetória de muitas lideranças, ao mudar as regras que faziam operar o sistema político e gerar fontes de capital político que se situavam no interior da cúpula das forças armadas, a longa ditadura militar (1964-1985) acabou por imprimir importante efeito desorganizador na vida política nacional. Decerto que uma nova geração política estava em formação e, como veremos, parte dela era proveniente dos interesses e ideais relacionados ao território da saúde, a partir dos quais constituía sua fala (PAIVA E TEIXEIRA, 2014, p.17).

O sistema de saúde deste período se encontrava dividido em duas bases, o de medicina previdenciária que tinha suas atividades direcionadas aos trabalhadores formais da zona urbana, e o da saúde pública era administrado pelo Ministério da Saúde, e oferecia atendimentos concentrados aos moradores das zonas rurais e camadas mais pobres da sociedade, as ações realizadas eram referentes à natureza preventiva. O objetivo deste sistema era de privatizar os serviços fornecidos pelo Estado, tendo em vista que eles não resultavam em lucros. Tal contexto foi marcado pelas iniciativas do governo militar em estimular a ampliação do setor privado na área da saúde, eles também ofereciam “incentivos fiscais às empresas, para a contratação de companhias privadas ou cooperativas de médicos que prestassem serviços de saúde aos seus funcionários – são os convênios empresas.” (PAIVA E TEIXEIRA, 2014, p.18).

Bravo e Matos (2009) destacam como se organizava os serviços vinculados à assistência médico-previdenciária no período da ditadura, trazendo que a medicina previdenciária se sobrepõe à saúde pública a contar do ano de 1966, no entanto já exercia tal domínio no começo dos anos 1960. É importante ressaltar que neste contexto:

[...] apesar das pressões, a assistência médico-previdenciária era formada basicamente pelos serviços próprios dos Institutos. As formas de compras dos serviços médicos de terceiros aparecem como minoritárias, situação que vai ser completamente diferente no regime que se instalou no país após 1964 (BRAVO E MATOS, 2009, p.27).

No final dos anos 1960, o Brasil deparava-se com uma situação econômica abundante, isto aconteceu devido à diminuição de recursos destinados às políticas sociais, e o ingresso de capital estrangeiro vindo de um cenário favorável que se apresentava em nível internacional. Para Paiva e Teixeira (2014) este contexto benéfico para a economia do país não contribuía

para melhorar a realidade vivenciada pela população, pois tal situação acarretava em maior concentração de renda para camadas privilegiadas do Brasil, e às demais classes restavam suportar o aumento dos preços de bens de consumo, e assim enfraquecendo o poder de compra do salário que recebiam, e ainda tendo que se sujeitar à crise dos serviços de saúde e transporte, consequências do padrão econômico que favorecia alguns setores do país.

Bravo e Matos (2009) discorrem que as relações de poderes entre o governo e a sociedade civil sofreram mudanças, devido à ausência de aprovação por parte da população que resistia ao regime autoritário estabelecido na época, como apresenta a seguinte citação:

A partir de 1974, o bloco de poder, por não ter conseguido consolidar sua hegemonia ao longo de dez anos, modificou gradualmente sua relação com a sociedade civil. A política de saúde, neste período, enfrentou permanente tensão entre os interesses dos setores estatal e empresarial e a emergência do movimento sanitário. Nesta contradição, algumas medidas de saúde pública foram retomadas, embora de forma limitada (BRAVO E MATOS, 2009, p.27).

No final dos anos 1970, o aumento do valor do petróleo causou a crise econômica internacional, trazendo significativas influências para a economia do Brasil, cessando a expansão que até então ocorria. A nova realidade que se apresentava motivava as pressões sociais, mobilizando a população a se organizarem para reivindicar mudanças políticas e sociais, este processo emergiu os primeiros movimentos sociais na área da saúde.

Conforme Paiva e Teixeira (2014) apresentam, análises realizadas em relação a saúde indicam uma situação sanitária alarmante, juntamente com o enfraquecimento do suporte assistencial e a propagação de doenças relacionadas às condições desfavoráveis de moradia e alimentação causadas pelo cenário de pobreza em que as pessoas sobreviviam. Diante deste contexto, foi necessário refletir e propor sobre novas formas de enfrentamento, com a intenção de lutar por maior cobertura dos serviços oferecidos na área da saúde. O movimento mobilizou discussões institucionais, apontando diversas críticas ligadas às intervenções verticalizadas, conduzidas por doenças e a centralidade da medicina curativa nas organizações hospitalares, o movimento sanitário foi principal representação de tais críticas.

Ainda no período dos anos 1970, Paiva e Teixeira (2014) destacam que se desenvolveu um processo de maior articulação com o Ministério da Saúde, possibilitando destinação de recursos para os estados elaborando projetos com o intuito de controle de determinadas doenças. No ano de 1975 foi instaurado o Sistema Nacional de Saúde, decretado através da lei 6.229, resultando na divisão da saúde pública da privada.

Segundo Paiva e Teixeira (2014) com a nova lei, ficaram atribuídas ao Ministério da Educação e Cultura desenvolver ações e projetos com o objetivo de formar profissionais em nível superior, técnico para atuar na área da saúde, nos hospitais universitários e de ensino. Porém com a ausência de harmonia entre a formação de profissionais e as demandas de saúde advindas da população, resultou no agravamento dos problemas enfrentados pelo sistema de saúde do país.

O movimento da reforma sanitária brasileira emergiu em meados dos anos 1970, fase que aconteceu acompanhada com o surgimento do Cebes – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Paiva e Teixeira (2014) ressaltam que com as mudanças que estavam ocorrendo em relação ao sistema de saúde, se fazia necessárias equipes técnico-científicas para operar nas ações, porém isto, por vezes, tornava-se impossível devido à escassez presente nas agências do estado. Ainda sob o cenário de transformações, é criado o PIASS – Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento, que foi fruto das ações do movimento sanitário brasileiro, o qual tinha por finalidade trazer melhorias no campo da saúde da população do país.

O PIASS tinha como objetivo ampliar o atendimento primário de saúde aos moradores das zonas rurais, sendo orientado por dois principais planos. O primeiro era de expandir o atendimento médico, principalmente em localidades do interior e o segundo “viabilizar, com foco nos cuidados primários em saúde, a regionalização da atenção e da assistência médica, de forma descentralizada e hierarquizada.” (PAIVA E TEIXEIRA, 2014, p.21).

No período de julho de 1976 o movimento sanitário avançava por meio das ações de uma equipe de sanitaristas da Universidade de São Paulo, que instaurou o Cebes através da produção de um periódico especializado titulado de Saúde em Debate, que foi um dos mais importantes meios para disseminar o propósito do movimento. Em 1979 realizou-se o Simpósio de Política Nacional de Saúde, este evento resultou na aprovação de um documento que determinou elementos centrais que deveriam ser empregados pela reforma sanitária, “como o direito universal à saúde; o caráter intersetorial dos determinantes da saúde. Em 1979 surge a Abrasco como ferramenta para organizar programas no âmbito da pós-graduação, referentes a área da saúde pública e coletiva, assim como a medicina social, [...] a participação popular; o controle democrático e, fundamentalmente, a necessidade de integração entre saúde previdenciária e saúde pública.” (PAIVA E TEIXEIRA, 2014, p.22).

O papel da Abrasco e do Cebes, nesse contexto, mereceria uma seção à parte. De forma sintética, podemos dizer que essas instituições foram peças-chave para o

processo de construção de identidade em torno de uma área de conhecimento batizada no Brasil como saúde coletiva. Campo marcado pela diversidade de saberes e disciplinas, abordagens e perspectivas, foi o palco de um importante movimento de crítica às velhas formas de se praticar saúde pública. No lugar de uma perspectiva autoritária, a Abrasco e o Cebes defenderam participação social; no lugar de políticas de controle das doenças, notadamente transmissíveis, a promoção da saúde e melhoria da qualidade geral de vida; no lugar de um setor dividido entre saúde pública e medicina previdenciária, um sistema unificado e universal (PAIVA E TEIXEIRA, 2014, p.22).

Os movimentos sociais¹ tiveram grande relevância para a reforma sanitária, dentre eles se destaca o movimento popular pela saúde que tinha o apoio de militantes de esquerda e segmentos da igreja católica, os quais desenvolviam ações voltadas às comunidades periféricas, com a intenção de proporcionar melhores condições de saúde para as pessoas daquele território. Em 1980 o movimento conquistou maior visibilidade por meio de encontros direcionados à medicina comunitária, com esta evolução e foco passaram a ser o de controle social nos serviços de saúde, visando melhorias desde a medicina previdenciária, até na oferta de condições adequadas de sobrevivência para que a população pudesse se manter saudável.

Outro movimento que contribuiu para a reforma sanitária foi o movimento os médicos, emergindo por meio das críticas realizadas ao atual sistema de saúde da época e também do enfrentamento que os profissionais exerciam pelos direitos trabalhistas. Segundo Paiva e Teixeira (2014), tais movimentos foram importantes para estimular o debate em relação à reforma da saúde, auxiliando na construção do movimento sanitário, mais precisamente no 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu na metade dos anos 1980. Ainda nesta década, a crise financeira da previdência ampliou-se, concomitante com a crise econômica do Brasil, e conseqüentemente o desemprego da população, fato que reduzia a arrecadação previdenciária.

Conforme Paiva e Teixeira (2014), em 1985 chega ao fim o governo militar, José Sarney torna-se o novo presidente do país, e o autoritarismo começa a se dissolver. Em seqüência, foi atribuído ao Congresso elaborar uma nova constituição que direcionasse o país a um sistema democrático. Nesta conjuntura os debates e mobilizações pela reforma sanitária eram cada vez mais fortalecidos, foi na 8ª CNS que saíram demandas, visando fortalecer a saúde no âmbito público e integra-la junto à medicina previdenciária, criando assim, um sistema único. Em 1990 é aprovado o SUS – Sistema Único de Saúde e a Lei Orgânica da

¹ Segundo Gohn (2011) “é preciso demarcar nosso entendimento sobre o que são movimentos sociais. Nós os encaramos como ações sociais coletivas de caráter sociopolítico e cultural que viabilizam formas distintas de a população se organizar e expressar suas demandas.” (GOHN, 2011, p.335).

Saúde, trazendo grandes transformações econômicas e políticas e no âmbito público. No entanto, posteriormente:

Anos mais tarde, quando o Sistema Único de Saúde já se havia transformado em realidade, as visões sobre o movimento e o processo de reformas tomam outros rumos. Separando o movimento sanitário do sistema de saúde construído a partir da reforma, Paim (2008) analisa a reforma em níveis diferenciados, caracterizando o evento simultaneamente como uma ideia uma proposta, um projeto, um movimento e um processo. Em seu entender, embora o movimento sanitário não tenha conseguido empreender a reforma esperada – transformando tanto as condições de saúde como a própria sociedade –, ele contribuiu para a difusão da noção do direito à saúde, como parte da cidadania e para a reforma democrática do Estado (PAIVA E TEIXEIRA, 2014, p.27-28).

De acordo com Paim (2008) pode-se interpretar a reforma sanitária como uma reforma social, ou seja, como transformações que foram para além do campo da saúde, modificando elementos presentes na sociedade, através da resistência dos movimentos sociais, pois segundo Paim (2008) é:

[...] possível definir a Reforma Sanitária Brasileira como uma reforma social centrada nos seguintes elementos constituintes: a) democratização da saúde, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência nos governos; c) democratização da sociedade alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma “totalidade de mudanças”, em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral (PAIM, 2008, p.173).

A reforma sanitária se configurou em um longo processo sócio histórico, onde a sociedade civil, enquanto movimento coletivo, partir em busca da luta por seus direitos sociais, e através dos movimentos de resistências e reivindicações, defenderam a democracia, conquistando as melhorias no sistema de saúde. Segundo Paim (2008), a defesa por melhores condições de saúde alcançaram o reconhecimento da saúde como direito universal, e isto resultou em mudanças importantes no que diz respeito á relação Estado/sociedade.

Reforma psiquiátrica

Britto (2006) traz que na história, que o surgimento dos primeiros asilos ocorreu na época em que a Família Real Portuguesa veio para o Brasil, em 1808, estes espaços operavam

com a finalidade de retirar do convívio social, todas as pessoas, que de alguma forma, não eram aceitas pela sociedade, ou que causavam danos, como os mendigos, criminosos ou doentes, que ficavam depositados nos asilos, para que na se preservasse no meio urbano.

Segundo Mesquita, Novellino e Cavalcanti (2010) a psiquiatria surge no Brasil, em 1808, com a finalidade de preservar a sociedade dos episódios de loucuras, visto que, o único objetivo era afastar os doentes mentais do convívio social, descartando ações que tivessem a intenção de buscar tratamento para suas doenças, utilizando o isolamento como principal forma de intervenção. Foi no final dos anos de 1970 que os profissionais começaram a se movimentar em busca de uma reforma psiquiátrica que garantisse direitos aos doentes mentais. O movimento defendia terminar com o modelo anterior, onde a institucionalização era o único meio de controle para a loucura.

Conforme os (as) autores (as), a reforma psiquiátrica foi trazida para debate após serem constatadas condições indignas de assistência psiquiátrica, tanto no setor privado como no público, que foram denunciadas, assim apontando para um cenário degradante em relação á política brasileira de saúde mental e que conseqüentemente necessitaria de mudanças.

Para Gonçalves e Sena (2001) o contexto da reforma psiquiátrica brasileira teve presente aspectos históricos, políticos e econômicos motivados pelos interesses das classes dominantes. As transformações que ocorreram na psiquiatria no Brasil foram frutos da luta dos profissionais que vivenciam o cotidiano da saúde mental. O processo de reforma psiquiátrica teve como principal objetivo defender a desinstitucionalização, desta forma, acabando com os manicômios e com os princípios que os mantinham.

Segundo Goffman (2001) historicamente, entende-se que os manicômios ofereciam um tratamento desumano aos internados, com condições sanitárias precárias, onde as pessoas sofriam maus tratos, sendo negligenciadas e abandonadas por familiares. Tais espaços se configuravam em uma espécie de depósito humano, o que contribuía para o agravamento da saúde mental dos sujeitos internados. A perspectiva dos manicômios era de excluir do convívio com a sociedade pessoas que possuíam transtornos mentais, ou não contribuía financeiramente com a sociedade, desta forma, tais sujeitos eram depositados em espaços onde não havia nenhuma preocupação de oferecer um tratamento digno, visando melhorar a saúde mental das pessoas.

Os manicômios deram lugar á outros tipos de abordagens, como práticas terapêuticas e o reconhecimento da cidadania do doente mental, e conforme Gonçalves e Sena (2001) são temas que estão sendo amplamente discutidos para além dos profissionais da saúde, instigando o debate entre a sociedade. As autoras trazem que a reforma psiquiátrica não visa

somente a desinstitucionalização dos sujeitos, mas também envolve fatores socioculturais e jurídico-políticos, e que os cuidados com o doente mental não limite-se ao tratamento da medicina, mas que a comunidade aprenda a manejar com este tipo de situação.

A medicina atravessa uma grande crise em 1978 e dela surge o MTSM – Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, que defende a não institucionalização, ao mesmo tempo em que, indica mudanças a serem realizadas nos serviços de psiquiatria. Segundo Amarante (1995) as principais reivindicações do movimento estavam relacionadas á salários, formação de recursos humanos, relações entre instituição, clientela e profissionais, modelo médico-assistencial e condições de atendimento, posteriormente, a greve dos médicos intensifica o MTSM, nos seus meses iniciais, no entanto, o movimento dos médicos residentes ultrapassa o MTSM em questões de dimensão e relevância, pois havia um número grande de profissionais e serviços considerados mais importantes do que os de ordem psiquiátrica, os quais estavam paralisados.

No ano de 1987 ocorre o II Congresso Nacional do MTSM. Mesquita, Novellino e Cavalcanti (2010) destacam que esse foi o evento onde o Movimento de Luta Antimanicomial ganha visibilidade e concretiza-se, carregando com si o lema “por uma sociedade sem manicômios”. Mais adiante, em 1989, período posterior ao surgimento do SUS, o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG) é inserido nas discussões do Congresso, esta PL tinha como proposta regulamentar direitos das pessoas que possuíam transtornos mentais e também terminar com a existência dos hospícios no Brasil, no entanto o projeto do deputado foi aprovado 12 anos depois de seu surgimento. Ainda antes da aprovação da lei 10.216, notava-se mudanças nas ações voltadas à saúde mental, que possibilitaram o surgimento de SRT’s (Serviços Residenciais Terapêuticos) e de programas, como por exemplo, “de volta pra casa”, que tinha como objetivo principal a reinserção social dos doentes mentais junto á sociedade.

O movimento de Luta Antimanicomial contribuiu na desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais, e como destacam Mesquita, Novellino e Cavalcanti (2010), a reforma psiquiátrica possibilitou o surgimento de atendimento para além do hospital, pois com a criação dos NAPS (Núcleo de Atenção Psico-social), CAPS’s (Centro de Atendimento Psico-social), CAD’s (Centro de Atenção Diária), HD’s (Hospitais Dias) e Centros de Convivência e Cultura, houve a descentralização da atenção á saúde mental, que poderia ser acessada em diversas instituições, e não somente em hospitais.

Os anos 1980 são marcados por dois momentos relevantes em relação á reforma psiquiátrica, que foram:

[...] a inauguração do primeiro CAPS na Cidade de São Paulo e a Intervenção Pública na Casa de Saúde Anchieta (Santos-SP) a qual funcionava com 145% de ocupação (290 leitos com 470 internados). O internamento asilar não representava a exclusiva perspectiva para esta classe da população a qual tinha seus direitos cerceados, impedida de ir e vir, em internações infundáveis onde os usuários em diversos casos perdiam suas referências com familiares e grupos afetivos (MESQUITA, NOVELLINO E CAVALCANTI, 2010, p.7).

As condições em que as pessoas viviam nestas instituições asilares, com perda da dignidade, e a autonomia, pois eles ficavam dependentes da instituição, que por sua vez, não oportunizava condições para que os sujeitos pudessem ter sua liberdade de escolha.

A reforma psiquiátrica atuou com significativa relevância, pois o movimento realizado através dela buscou a superação do modelo em vigor e também lutou pelo fim da mercantilização da saúde mental, possibilitando “[...] construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. [...]” (BRASIL, 2005, p.2, apud MESQUITA, NOVELLINO E CAVALCANTI, 2010, p.8). É importante destacar que no ano de 1990, o Brasil é apresentado como país signatário da Declaração de Caracas, um documento que indica reformas realizadas voltadas para a atenção à saúde mental nas Américas.

Tenório (2002) destaca que a existência dos manicômios ainda não foi totalmente superada, porém com a reforma psiquiátrica, desenvolveram-se novas perspectivas fundamentadas no viés reformista, que trouxeram experiências favoráveis a novas formas de tratamento das doenças mentais, apresentando outra visão em relação à loucura. O movimento da reforma busca oferecer novas saídas, evitando a institucionalização, possibilitando que a pessoa com transtorno mental possa acessar o tratamento e ao mesmo tempo viver em sociedade.

A reforma psiquiátrica é a tentativa de dar ao problema da loucura uma outra resposta social, não asilar: evitar a internação como destino e reduzi-la a um recurso eventualmente necessário, agenciar o problema social da loucura de modo a permitir ao louco manter-se, como se diz, na sociedade (TENÓRIO, 2002, p. 55-56).

Portanto, um dos objetivos da reforma é a desinstitucionalização da pessoa com transtornos mentais, onde se busca por alternativas para responder ao problema, desta forma, utilizando a institucionalização como uma ferramenta acionada quando se esgotou as várias opções, em casos realmente necessários, desse modo, superando a ideia de adotá-la como

único recurso, e possibilitando que o sujeito possa acessar o tratamento e ao mesmo tempo conviver em sociedade, reconstruindo e fortalecendo as relações sociais e familiares.

A partir dos avanços proporcionados pela reforma psiquiátrica, foi criada a Lei nº10.216, de 6 de abril de 2001, onde dispõe dos direitos e proteção voltados às pessoas com transtornos mentais, estabelecendo um novo modo de prestar assistência no âmbito da saúde mental. No decreto é importante destacar os seguintes artigos:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra (BRASIL, Lei nº10.216, 2001).

O artigo 1º traz que as pessoas com transtornos mentais devem ser respeitadas independente das condições em que se encontram, das suas posições políticas, sociais e econômicas, assim como de suas escolhas, desta forma, recebendo um trato digno nos atendimentos prestados pelos serviços e também no convívio social.

O artigo 2º da lei dispõe sobre os direitos da pessoa portadora de transtorno mental, onde traz que: deve ser disponibilizado tratamento pelo sistema de saúde, adequando às necessidades de cada usuário; as pessoas portadoras de transtornos mentais devem ser tratadas com respeito e humanidade, com o objetivo principal de promover sua saúde, desta forma, incluindo no tratamento, a inserção do sujeito no meio familiar e social; os usuários tem direito a proteção contra toda situação de exploração e abuso; as informações devem ser prestadas aos sujeitos de maneira sigilosa; é direito da pessoa portadora de transtorno mental solicitar a presença médica, independente do tempo, a fim de informar sobre a necessidade de internar em uma instituição hospitalar pelo viés involuntário.

Outros direitos explicitados no artigo 2º abordam sobre: os sujeitos tem direito á acessar os meios de comunicação, sem qualquer tipo de limitação; ter acesso á todas as informações referentes á sua condição de saúde e os tratamentos necessários; os tratamentos terapêuticos devem acontecer da forma menos invasiva possível; receber tratamento pelos serviços comunitários de saúde mental.

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

ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (BRASIL, Lei nº10.216, 2001).

O Estado tem a responsabilidade de administrar as políticas de saúde mental, assim como de prestar assistência, promovendo ações voltadas à saúde das pessoas portadoras de transtornos mentais, trazendo a família e sociedade para participar das ações, que serão atendidas por meio das instituições que voltadas ao tratamento e assistência à saúde mental.

A internação dos sujeitos são as últimas instâncias a serem adotadas, em casos que alternativas se esgotaram, e a institucionalização hospitalar é a única possibilidade de tratamento, como consta no artigo 4º: “Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes.” (BRASIL, Lei nº 10.216, 2001).

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário (BRASIL, Lei nº10.216, 2001).

Usuários que permanecerem por um longo período hospitalizados, podem ser considerados em situação de dependência institucional, sendo assim, devem dispor de uma política específica para tal caso, onde será desenvolvida a reabilitação psicológica e social, com acompanhamento dos órgãos responsáveis, promovendo a continuidade no tratamento, visto a necessidade.

Somente pode haver internação psiquiátrica perante o laudo médico, onde explicitará os motivos que conduziram a acionar tal recurso, como fica esclarecido na seguinte citação: “Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.” (BRASIL, Lei nº 10.216, 2001).

A internação voluntária deve ser assinada pela própria pessoa portadora de transtorno mental, que consente livremente a adesão do tratamento por meio da internação, de acordo com o: “Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.” (BRASIL, Lei nº 10.216, 2001).

As internações involuntárias ou voluntárias necessitam de autorização médica, onde é obrigatório que o médico esteja registrado no conselho competente, conforme esclarecido no: “Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.” (BRASIL, Lei nº 10.216, 2001).

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários (BRASIL, Lei nº10.216, 2001).

A internação compulsória é solicitada por meio judicial, onde é considerada a segurança que a instituição oferece, visando a proteção dos outros internado, assim como do usuário em questão.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência (BRASIL, Lei nº10.216, 2001).

Qualquer tipo de acontecimento não estava previsto no tratamento deve ser informado pela própria instituição aos familiares ou representantes do usuário inserido em quaisquer das situações citadas, a notificação deve ocorrer até 24 horas após o sucedido.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde. (BRASIL, Lei nº10.216, 2001).

As pesquisas científicas só poderão ocorrer mediante ao livre consentimento da pessoa portadora de transtorno mental, ou seu representante legal, e também deve ser comunicada aos conselhos competentes.

A Lei nº 10.216 foi um avanço para a reforma psiquiátrica e para as pessoas portadoras de transtornos mentais, pois através desta conquista, alcançaram-se direitos importantes para romper com o atendimento desumano que historicamente era vivenciado pelos sujeitos com transtornos mentais. Nesta perspectiva, surge a Política de atenção integral

á usuários de álcool e outras drogas, que visa qualificar o atendimento ao público que enfrenta tal situação, buscando atender as necessidades de cada sujeito, observando suas especificidades, de maneira digna e humanizada.

3.2. Política de atenção integral á usuários de álcool e outras drogas

A área da saúde tem produzido muitos desafios trazidos para o debate com a sociedade, pois segundo o que consta na Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral de Álcool e outras drogas (2004), o campo em que se realizam as intervenções, indica situações de alto nível de complexidade, desta forma necessitando de maior atenção, e consequentemente vetando o reducionismo que por vezes esta presente nas ações.

O uso abusivo de drogas e a dependência química² trazem em seu histórico o atendimento sob a perspectiva médica e psiquiátrica. Ao abordar este tema, outras dimensões merecem atenção para melhor compreensão do problema, pois a realidade econômica, política e social são relevantes no cotidiano dos sujeitos. Porém, segundo o Ministério da Saúde (2004), o assunto vinculado ao uso de álcool e outras drogas é extremamente criminalizado pela população, e os tratamentos oferecidos seguem uma ótica de privação dos usuários ao convívio na sociedade.

Para o Ministério da Saúde (2004) a abstinência presente no tratamento oferecido aos usuários, não pode ser a única opção referente à doença, pois o uso abusivo de drogas é considerado como um problema grave que envolve a saúde pública, e que necessita da construção de outras perspectivas que atendam as demandas dos sujeitos. Portando é essencial acolher os usuários de forma que reconheça e valorize suas particularidades, para assim obter um amplo nível de adesão ao tratamento, contribuindo na inserção deles no convívio social, pois muitos deles abandonam os serviços por não conseguirem se encaixar nos padrões disponíveis em determinada abordagem.

A atenção das políticas em relação ao uso abusivo de álcool e outras drogas recebe um manejo rigoroso, conseguindo apoio de outros setores preocupados com o aumento do problema com álcool e outras drogas. O Ministério da Saúde (2004) traz que o governo de 2004 tem tratado do assunto de forma integral e realizando articulações com o objetivo de prevenir, tratar e reabilitar os usuários que vivenciam este problema, buscando planejar e executar políticas que visam romper com a vinculação do álcool e outras drogas á atitudes

²De acordo com Marques e Ribeiro (org.) (2006) é considerado uso abusivo de drogas quando a pessoa utiliza frequentemente substâncias psicoativas, o que resulta tanto em prejuízos á sua saúde mental e física, como compromete a vida pessoal e as relações sociais e familiares. A dependência química é considerada uma compulsão, a pessoa perde o controle do uso de drogas, resultando em problemas de saúde, neste caso toda a atenção esta direcionada ao uso de drogas, onde o sujeito desconsidera que exista prazer em realizar outras atividades do cotidiano.

antissociais e criminosas. No campo da saúde o compromisso ético esta e defender a vida, e para que isto aconteça, são necessários exercer um acolhimento que possibilite compreender a historicidade de cada sujeito, e a forma particular que eles experimentam a realidade.

A Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas, que foi instaurada em outubro de 2004, esta amparada na perspectiva de atendimento, que deve ser implementada de forma intersetorial, integral e inclusiva, visando maior atenção aos usuários, que podem acessar os serviços na rede básica de saúde e em hospitais não psiquiátricos, para, além disto, o sujeito tem direito de receber auxilio para sua reinserção social, que deve ser estimulada para que os usuários possam ter a oportunidade de conviver em sociedade. Ganev e Lima (2011) vão considerar que:

[...] a reinserção social se coloca, já desde o contexto do tratamento, como possibilidade de aqueles deixarem de reproduzir práticas que os levaram a situações de autodestruição, alienação, isolamento e/ou exclusão social, em geral configuradas quase como um modo de vida no qual o consumo de substâncias psicoativas fundiu-se como finalidade e meio de vida; tornou-se o seu centro exclusivo de interesse, colocando em risco a mera sobrevivência pessoal, e pondo de lado qualquer perspectiva de desenvolvimento das suas potencialidades. (GANEV E LIMA, 2011, p.114).

A reinserção social é uma das fases que devem estar inseridas no tratamento com usuários abusivos de drogas e dependentes químicos, sendo trabalhada de forma qualificada com os sujeitos, a fim de alcançar o desenvolvimento da autoconsciência que resultará na autotransformação dos usuários, para além deste ponto, Ganev e Lima (2011) vão afirmar que:

[...] a recomposição dos vínculos é importante na reinserção social. Estamos falando do enfrentamento de ressentimentos e culpas, aspectos afetivos que, se desprezados, podem manter o indivíduo dependente e/ou seus afetos prisioneiros de maneiras de pensar e sentir destrutivas. (GANEV E LIMA, 2011, p.125).

Ganev e Lima (2011) destacam outro aspecto importante ao discutir sobre reinserção social, trazendo análise de que se ela esta inserida no âmbito do direito social e também direito á saúde, necessita de políticas públicas para efetivar-se, como os autores destacam: “[...] tomando a reinserção social como um direito social, posto que pode ser colocada como uma condição derivada do direito à saúde, é possível afirmar que não há possibilidade de reinserção social efetiva sem políticas públicas que as propiciem e garantam.” (GANEV E LIMA, 2011, p.126).

Segundo Pereira, Vargas e Oliveira (2012), foi a partir do SUS que, em 2002, surgiu o Programa Nacional de Ação Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, diante disto, implementou-se os CAPS's AD com o objetivo de melhorar o atendimento às demandas de saúde mental, desenvolvendo abordagens mais flexíveis à realidade dos usuários que buscam os serviços. A Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas, tem como estratégias a intersetorialidade entre três questões relevantes no cotidiano dos sujeitos: a chamada reabilitação psicossocial, que envolve moradia, trabalho e relações sociais, porém, concretizar a articulação destas esferas é tarefa difícil, que necessita de vários esforços no trabalho em rede.

[...] no campo da prática de políticas públicas, a intersetorialidade e a intrasetorialidade requerem investimentos contínuos e de longo prazo, dedicando esforços coerentes a cada nova geração. A integralidade das ações, com a consequente definição de papéis entre os diversos níveis de governabilidade, requer: Construção de oportunidades de inserção das ações nos mecanismos implementados pelo Sistema Único de Saúde – SUS nestas esferas de governo; A formulação de alternativas de sustentabilidade e de financiamento das ações; O repasse das experiências relativas às iniciativas de descentralização e da desconcentração de atividades e de responsabilidades obtidas por estados e municípios; Processos de formação e capacitação de profissionais e de trabalhadores de saúde, com amplo investimento político e operacional para a mudança de conceitos (BRASIL, 2004, p.24-25).

Com o surgimento dos CAPS no Brasil, em 2002, foi possível criar uma rede de assistência à saúde mental, possibilitando o acesso aos usuários que antes estavam desassistidos pelo Estado, portanto a implementação desta rede foi uma conquista para a área de saúde mental, onde os usuários recebem atenção diária de forma a promover e melhorar a condição de sua saúde mental, para complementar a rede CAPS:

[...] obedece aos desígnios da Reforma Psiquiátrica, sempre buscando viabilizar a substituição do modelo assistencial vigente em saúde mental – ainda predominantemente hospitalocêntrico – por redes de atenção especializadas e compostas por dispositivos extra hospitalares (BRASIL, 2004, p.32).

Os CAPS são divididos entre CAPS I, II e III, também tem CAPS voltado ao atendimento infanto-juvenil e para usuários de álcool e outras drogas. Os CAPS são importantes recursos para atendimento dos usuários portadores de transtornos mentais, oferecendo uma rede de atenção e proteção à saúde mental da população usuária, pois:

[...] os problemas mentais – embora apareçam no imaginário social e sanitário como sempre graves, dramáticos e visíveis – são em sua maioria silenciosos, mortificantes e invisíveis aos olhos. O dispositivo do CAPS, fazendo um uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, realiza uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, representando uma eficiente ação de prevenção secundária dos transtornos mentais severos e persistentes (BRASIL, 2004, p. 34).

Conforme a Portaria nº 3.088 de dezembro de 2011, que institui sobre a organização do Centro de Atenção Psicossocial, destaca o objetivo de cada CAPS:

O CAPS I tem seu atendimento voltado á pessoas de todas as faixas etárias, que possuem transtornos mentais graves, inclusive usuários que fazem o uso de substâncias psicoativas, ou apresentem situações clínicas que impeçam e dificultem o convívio social. Esta modalidade é indicada para municípios com mais de 15 mil habitantes.

O CAPS II também atende pessoas com intenso sofrimento psíquico, é semelhante ao CAPS I, porém é indicado para municípios com população com mais de 70 mil habitantes.

O CAPS III é similar aos já citados acima, no entanto, os vários serviços de atenção tem funcionamento por 24 horas, inclusive finais de semana e feriados “[...] ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.” (BRASIL, Portaria nº 3.088, 2011).

Os CAPS – AD têm o atendimento direcionado á usuários de álcool e outras drogas, trabalhando na perspectiva da redução de danos, onde:

[...] reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetiva a ser alcançada, mas para a defesa de sua vida. Vemos aqui que a redução de danos se oferece como um método (no sentido de métodos, caminho) e, portanto, não excludente de outros (BRASIL, 2004, p.10).

As estratégias dos CAPS – AD precisam ser construídas levando em consideração o atendimento psicossocial, onde inclui a realidade social dos usuários inseridos no tratamento, para além do uso abusivo de drogas em si, portanto o:

[...] CAPS ad deve considerar obrigatoriamente que a atenção psicossocial a pacientes que apresentam uso abusivo/dependência de álcool e outras drogas deve ocorrer em ambiente comunitário, de forma integrada à cultura local, e articulada com o restante das redes de cuidados em álcool e drogas e saúde mental; o mesmo

deve ocorrer em relação a iniciativas relativas à rede de suporte social (BRASIL, 2004, p.35).

O CAPS – AD tem seu atendimento voltado á pessoas de todas as faixas etárias onde tenha se manifestado “[...] intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes.” (BRASIL, Portaria nº 3.088, 2011).

O CAPS i é tem serviços voltados ao público infato-juvenil, similar aos demais CAPS, no entanto, atende crianças de adolescentes com transtornos mentais agravados, devido á situação clínica ou uso de substâncias psicoativas, que interfiram nas suas relações familiares e sociais. Recomendado para municípios com mais de 70 mil habitantes.

O Ministério da Saúde (2004) também trata a importância de firmar parcerias internacionais para cooperação nas ações realizadas, com a finalidade de fortalecer a articulação e o processo de gestão. Na política constam, para além da intersetorialidade, outras ações que devem ser consolidadas, como as de atenção integral para planejar e desenvolver novas estratégias de gestão para promoção á saúde. A prevenção direcionada ao uso abusivo de álcool e outras drogas requer a elaboração e planejamento de meios que reduzam os fatores de risco os quais os usuários vivenciam, buscando reforçar os fatores de proteção.

Na experiência de estágio supervisionado I e II, que se realizou no Hospital Ivan Goulart oportunizou-se a aproximação com diversas demandas relacionadas a saúde, o uso abusivo de álcool e outras drogas teve destaque em tal contexto, pois havia um excesso de demandas referentes ao fenômeno citado. O capítulo seguinte aborda sobre a instituição onde se vivenciou o estágio, contextualizando o serviço social no referido espaço, e também trazendo a perspectiva da Ala Recomeçar, que é o ambiente onde são internados os usuários com a saúde mental comprometida devido á diversos problemas, entre eles o uso abusivo de álcool e outras drogas, que tem maior recorrência em na realidade institucional.

4. O HOSPITAL IVAN GOULART E O CONTEXTO INSTITUCIONAL

A Fundação Ivan Goulart é uma entidade beneficente sem fins lucrativos, que foi fundada no dia 28 de agosto de 1960, e encontra-se localizada na cidade de São Borja, na Avenida Presidente Vargas, nº1440, no bairro do Centro.

Segundo o Balanço Social (2016) do HIG, a fundação foi criada com o objetivo atender as demandas de saúde do município de São Borja e Região. Em outubro de 2001, a entidade começou o processo de incorporação junto ao Hospital São Francisco de Borja. O que atualmente é conhecido como Hospital Ivan Goulart, antigamente era chamado de Hospital Infantil, onde atendia demandas direcionadas á saúde das crianças.

O Hospital oferta serviços voltados para o atendimento na área da saúde á população de São Borja e Região, onde possui convênios com SUS (Sistema Único de Saúde), IPERGS, Unimed, CASSI, CABERGS, Fused e Prefeitura de Maçambará. De acordo com o site da instituição, a estrutura física dispõe de 113 leitos que estão distribuídos em 7 unidades de internações clínicas distribuídas entre “Centro Materno, Centro de Parto Normal, Centro Cirúrgico, Pronto-socorro, Centro de Tratamento Intensivo – CTI e Ala recomeçar da saúde mental, que compõem toda estrutura para procedimentos clínicos, cirúrgicos, oncológicos e infantil.” (HOSPITAL IVAN GOULART, 2017). Para além das estruturas citadas, a instituição possui também espaços construídos com o objetivo de complementar os serviços prestados á população, nesta perspectiva foi criado o:

Centro de Diagnóstico por Imagem (CDI), do Centro de Endoscopia e Colonoscopia (ENCO), além dos procedimentos realizados pelo Centro de Oncologia e pelos parceiros do Banco de Sangue, Laboratório de Análises Clínicas e Clínica de Hemodiálise situados no HIG (HOSPITAL IVAN GOULART, 2017).

Segundo informações contidas nos gráficos do Balanço Social (2016) instituição emprega em média 373 trabalhadores que atuam nas áreas de enfermagem, higienização, internação, recepção, manutenção, farmácia, nutrição e dietética, hotelaria, lavanderia, comissão de controle de infecção hospitalar, serviço especializado em engenharia de segurança e medicina do trabalho e por fim, parte administrativa. De acordo com o Balanço Social (2016) a diretoria é composta pelo presidente Celso Paulino Rigo, vice-presidente de patrimônio de gestão Sergio Bastos Seitenfus, vice-presidente de relações institucionais Pedro Rodrigues Machado, 1º Secretário Ordeniz Barcellos, 2º secretário Eléssio Jesus Dal Ponte, 1º Tesoureiro Jefferson Soares Guimarães, 2º Tesoureiro Ary Lotário Kirinus, diretor

administrativo Mateus Alexandre Zucolotto, tal composição é vigente entre o ano de 2015 á 2017.

O HIG tem como característica ser uma instituição filantrópica, que tem como entidade mantedora a Fundação Ivan Goulart, instituição beneficente sem fins lucrativos. Os recursos direcionados ao hospital são oriundos do Governo Federal e Estadual Programa Estruturante da Secretária Estadual de Saúde e demais convênios.

A instituição tem como missão promover o acesso á saúde de forma eficiente e com primor, oferecendo atendimento por meio de profissionais qualificados e com suporte tecnológico moderno prestando serviços á população local e regional, acolhendo as necessidades físicas, emocionais e espirituais dos “clientes”. Sua visão é buscar ser reconhecida como Centro de Referência em Saúde da Região. Os valores da instituição 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; Humanização sendo a fonte inspiradora de todos os nossos cuidados e cuidadores (BALANÇO SOCIAL, 2016 p.2).

O público usuário do Hospital Ivan Goulart é toda população do município de São Borja e região que necessitarem de atendimento, tanto em âmbito público através de convênios com o SUS, como em âmbito privado, por meio de convênios particulares, sendo os atendimentos realizados pelo SUS os mais expressivos na instituição. As demandas que emergem na instituição são decorrentes de problemas de saúde tanto física, como mental. As demandas são encaminhadas para os setores do próprio hospital, porém quando há necessidade, encaminha-se para outras instituições da rede de saúde da cidade.

Os serviços oferecidos pelo hospital são: A internação, diagnóstico por imagem, hotelaria, nutrição e dietética, centro cirúrgico, laboratório de análise clínica, hemodiálise: Clínica Renal Ivan Goulart, psicologia, serviço social, Ala Recomeçar e Oncologia. O hospital conta com um quadro clínico de: 2 anestesistas, 3 cardiologistas, 1 cirurgião cardiovascular, 3 cirurgiões gerais, 1 cirurgião plástico, 12 clínicos gerais, 3 dermatologistas, 1 endocrinologistas, 3 gastroenterologistas, 8 ginecologistas/obstetras, 1 intensivista, 1 nefrologista, 2 oftalmologista, 7 pediatras, 1 psiquiatra, 2 radiologistas, 4 traumatologistas, 1 ultrassonografista, 1 urologista, 2 neurologistas.

As demandas que chegam até a instituição são das mais variadas, não existe uma que se destaque em relação às outras, mas analisa-se que a maioria delas são oriundas de

expressões da questão social, e tem rebatimentos diversos na vida de cada sujeito, e a partir de tais necessidades, as assistentes sociais buscam desenvolver um trabalho que assegure os direitos dos usuários. No Serviço Social do Hospital Ivan Goulart surgem várias demandas institucionais para serem atendidas, onde as Assistentes Sociais fazem o uso de diversos instrumentos e técnicas, tais como visitas domiciliares, atendimentos e encaminhamentos dos usuários, entrevistas, treinamentos, palestras, preenchimento de fichas de atendimentos, atendimento às famílias dos usuários, transferência de usuários, atendimento á pessoas internadas e em situação de abandono, solicitação de ambulância, encaminhamentos de documentos.

No cotidiano profissional das Assistentes Sociais do Hospital Ivan Goulart, os fenômenos se manifestam por meio de demandas como abandono, negligência, uso abusivo de drogas, violência e abuso sexual, que são os que se destacam frequentemente na realidade institucional, e que cabe ao profissional de Serviço Social aprofundar-se nas demandas, superando o que surge aparentemente. Lewgoy e Silveira (2007) vão afirmar que a exploração ou aprofundamento são:

[...] uma técnica pela qual o assistente social procura investigar áreas da vida do usuário que requerem exame mais profundo. Para atingir estas áreas, o assistente social tem de ter uma margem de segurança quanto à importância de explorar assuntos delicados, jamais por necessidades ou curiosidades ligadas ao assistente social. Incluem-se nesta gama perguntas de foro íntimo, as que não estão relacionadas aos objetivos ou ao alcance da intervenção do assistente social (LEWGOY E SILVEIRA, 2007, p.246).

No Serviço Social emergem diversas demandas institucionais que se apresentam de forma aparente, portando cabe ao profissional realizar o processo de conhecimento a fim de desvendar a essência dos fenômenos. Em aproximação com o usuário, o Assistente Social deve ir além da demanda institucional, buscando compreender as demandas que surgem no processo de conhecimento, superando o aparente e trabalhando no desvendamento da essência, reelaborando o objeto. Segundo Kosik (1976), a realidade concreta não se apresenta de imediato, mas sim na prática da sensibilidade diante a realidade, como ele problematiza no seguinte trecho:

Portanto, a realidade não se apresenta aos homens, á primeira vista, sob aspecto de um objeto que cumpri intuir, analisar e compreender teoricamente, cujo pólo oposto e complementar seja justamente o abstrato sujeito cognoscente, que existe fora do mundo; apresenta-se como o campo em que se exercita a sua atividade prático-

sensível, sobre cujo fundamento surgirá a imediata intuição prática da realidade (KOSIK, 1976, p.13-14).

Através do processo de conhecimento é necessário reelaborar outros objetos para não limitar sua intervenção ao imediatismo, onde as demandas institucionais se tornam demandas do profissional, que passa a agir de forma fragmentada, suprimindo as necessidades da demanda aparente, sem buscar a demanda em sua concreticidade, sendo assim, o problema continuará enraizado na vida do sujeito.

As demandas do Serviço Social devem surgir a partir da superação do aparente, buscando realizar as sucessivas aproximações na realidade concreta dos usuários, e através da construção de vínculos desvendar a essência dos fenômenos e de como eles se manifestam. As Assistentes Sociais do hospital trabalham de forma sobrecarregada, pois elas são reivindicadas constantemente, e para, além disto, precisam se contrapor aos limites institucionais, com a elaboração de possibilidades de efetivar as intervenções, assim rompendo com o imediatismo imposto pela instituição. É evidente que as Assistentes Sociais não consigam aprofundar-se em todas as demandas, mas observou-se que dentro das possibilidades criadas, a profissão é exercida seguindo o projeto ético-político dos Assistentes Sociais, que se materializam em documentos como: A Lei de Regulamentação da Profissão (1993), Código de Ética Profissional (1993) e a Lei de Diretrizes Curriculares (1996).

4.1. O contexto do Serviço Social na instituição Hospital Ivan Goulart

O Serviço Social está inserido na instituição desde o ano de 2004, quando a Assistente Social Marlei Aparecida Mafra conseguiu integrá-lo à instituição, para assim proporcionar melhoria na qualidade de trabalho dos trabalhadores do hospital e também complementar o atendimento prestado aos usuários. O Serviço Social desenvolve seu trabalho de forma investigativa, analisando a realidade social tanto do usuário atendido, quanto de sua família, sempre respaldado pelos direitos humanos e sociais. Através do contexto que analisou, identificou-se que as Assistentes Sociais da instituição estão norteadas pelo o projeto ético-político da profissão, seguindo as orientações dos Parâmetros para atuação dos Assistentes Sociais na saúde:

As atribuições e competências das (os) profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto

pelas(os) profissionais, quanto pelas instituições empregadoras (CFESS, 2010, p.33).

Atualmente as Assistentes Sociais do hospital são a Cintia Saldanha Lersch, que trabalha no período das 13 às 19 horas, Claudia Maurer, que trabalha entre as 7 às 13 horas e a Maiara Fontela que atua no Projeto Visitar, todas egressas da Unipampa. No sábado também é realizado atendimento pelo Serviço Social, com revezamento entre as Assistentes Sociais.

Na experiência vivenciada na instituição, foi possível ter contato diretamente com as expressões da questão social, processo que complementou o conhecimento na busca para a compreensão do que é a questão social. Para Iamamoto (2010) a questão social não pode ser desassociada da sociabilidade consequente do modo de produção capitalista, mais especificamente, da expansão do capital monopolista, adotado pelo Estado. Brevemente, pode-se pontuar que a questão social emerge na categoria trabalho, onde a classe burguesa explora a mão-de-obra do trabalhador, desta forma acumulando capital, se apropriando das riquezas oriundas da força de trabalho dos operários, Para complementar, Iamamoto também discorre que:

[...] a questão social condensa o conjunto das desigualdades e lutas sociais, produzidas e reproduzidas no movimento contraditório das relações sociais, alcançando plenitude de suas expressões e matizes em tempo de capital fetiche. [...] Ela expressa, portanto, uma arena de lutas políticas e culturais na disputa entre projetos societários, informados por distintos interesses de classe na condução das políticas econômicas e sociais (IAMAMOTO, 2010, p.156).

As expressões da questão social, que ainda nos dias atuais tem a mesma origem: a exploração do capitalismo sob a força de trabalho do operário, pois há uma grande diferença entre a renda do trabalhador em relação ao que o capitalista se apropria, gerando desigualdades não somente econômicas, mas sociais, políticas, culturais e territoriais, pois a questão social, a qual antes era vinculada a condições economicistas, atualmente apresenta outras expressões para além da pobreza, porém, é importante reconhecer que estas diferentes manifestações têm a mesma gênese, o conflito entre capital e trabalho.

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 (IAMAMOTO E CARVALHO, 2011, p. 83-84).

A questão social assume novas expressões, que ainda são marginalizadas de forma conservadora pela sociedade, que as naturalizam, pois é algo intrínseco no cotidiano e não causa estranheza devido ao individualismo no qual está inserido, que é fortalecido pelo capitalismo, um exemplo disto, é a necessidade de utilizar novas tecnologias para poder estabelecer relações com outras pessoas. As expressões da questão social se configura em um conjunto de expressões tais como: insegurança, vulnerabilidade social, precarização do trabalho, desemprego, desproteção social e baixos salários, situações que atingem o modo de vida da classe trabalhadora.

As expressões da questão social podem ser observadas na instituição por meio da realidade que se apresenta na vida dos usuários, como por exemplo, sujeitos que são internados na Ala Recomeçar devido ao uso abusivo de drogas, porém este fenômeno aparente é rebatimento advindo de outras expressões que se manifestam nas vivências concretas dos sujeitos. Observam-se casos em que o uso abusivo de drogas é um fator impactante de questões que surgiram com o desemprego, e conseqüentemente gera conflitos intrafamiliares, portanto causando processos de violência e sofrimento aos indivíduos envolvidos.

É possível observar no decorrer do Estágio Supervisionado I e II as várias expressões da questão social na área da saúde, mais especificamente em âmbito hospitalar, sendo elas manifestadas por meio da saúde, no entanto, sua essência encontra-se em outras situações presentes na realidade dos sujeitos em forma de negação de direitos, tais como habitação, emprego, alimentação.

No atendimento aos usuários da política de saúde, o Assistente Social deve desenvolver uma intervenção humanizada, pois é uma área onde as pessoas estão fragilizadas e necessitam de uma escuta sensível e um acolhimento cauteloso e ético, observando as questões estabelecidas no projeto ético-político. O acolhimento é uma primeira impressão que o usuário tem do Assistente Social, portanto merece maior atenção, como destaca Lewgoy e Silveira (2007):

Então, quando o assistente social refere-se a acolhimento, pode-se entender que, na entrevista, foi desencadeado um espaço de mediação no qual há responsabilização e criação de vínculos entre o usuário e a instituição, ali representada pelo profissional. Assim, o acolhimento não se limita ao ato de receber, ouvir, mas a uma seqüência de atos que buscam a intervenção resolutiva. A resolutividade diz respeito ao uso de toda tecnologia disponível para atender à demanda ligada à integralidade do usuário, tanto na dimensão individual como na coletiva (LEWGOY E SILVEIRA, 2007, p. 242).

Por meio do trabalho desenvolvido no hospital pelo Serviço Social é possível observar as ações que as Assistentes Sociais realizam para atender as demandas que emergem, tais como:

- Visitas domiciliares;
- Busca pelo acesso e efetivação dos direitos dos usuários;
- Transferência de usuários internados, orientação aos usuários sobre seus direitos;
- Ficha de atendimento;
- Laudos, parecer social, estudo social, relatórios;
- Palestras, treinamentos, capacitações, reuniões de equipes;
- Encaminhamento junto aos recursos institucionais;
- Atendimento em grupo e/ou individual, realizando entrevistas, encaminhamentos de usuários a outras instituições, articulando com a rede de proteção do município.

O uso dos instrumentos e técnicas é uma ação de enfiamento da intervenção profissional do assistente social, que por intermédio dela, atua nas demandas que se manifestam na realidade dos usuários, portanto a instrumentalidade do assistente social:

[...] possibilita que os profissionais objetivem sua intencionalidade em respostas profissionais. É por meio desta capacidade, adquirida no exercício profissional, que os assistentes sociais modificam, transformam, alteram as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais existentes num determinado nível da realidade social: no nível do cotidiano. Ao alterarem o cotidiano profissional e o cotidiano das classes sociais que demandam a sua intervenção, modificando as condições, os meios e os instrumentos existentes, e os convertendo em condições, meios e instrumentos para o alcance dos objetivos profissionais, os assistentes sociais estão dando instrumentalidade às suas ações (GUERRA, 2000, p.2).

Segundo Guerra (2000), a instrumentalidade não é somente o uso de técnicas e instrumentos, e sim tem conexão também com a capacidade que a profissão desenvolve para materializar seus objetivos.

A população que necessita da intervenção profissional é em sua maioria conveniada ao SUS, e ocupam grande parte dos leitos disponíveis no Hospital Ivan Goulart. A Assistente Social, supervisora de campo, é responsável de atender as demandas que se manifestam na Ala Recomeçar, e também intervém em várias situações decorrentes de outras unidades do hospital, como necessidade de transferências, situações de abandono e negligência, realizando a apreensão e aproximação com os casos para posteriormente, fazer encaminhamentos.

O Serviço Social na instituição se insere por meio de contratação, onde se estabelece relações hierarquizadas, que interferem na relativa autonomia dos profissionais, se encontrando no campo de disputa de poderes, determinado pelo capitalismo que incentiva a competitividade. Por vezes o assistente social se submete a este contexto, pois necessita de um trabalho assalariado para sobreviver, visto as necessidades que todos os seres humanos precisam suprir como complementa Iamamoto (2010):

A mercantilização da força de trabalho do assistente social, pressuposto do estatuto assalariado, subordina esse trabalho de qualidade particular aos ditames do trabalho abstrato e o impregna dos dilemas da alienação, impondo condicionantes socialmente objetivos à autonomia do assistente social na condução do trabalho e à integral implementação do projeto profissional (IAMAMOTO, 2010, p. 416).

As relações de poder institucionais influenciam na materialização do projeto ético político da profissão, dificultando a autonomia do Assistente Social na intervenção nas demandas, pois ele se insere na sociedade como trabalhador assalariado subordinado ao capitalismo. Porém a profissão está na luta pelo seu reconhecimento, buscando instrumentais para concretizar sua autonomia, pois é neste sentido, que o assistente social promove uma melhor intervenção junto aos usuários.

As correlações de forças institucionais é um grande desafio a ser enfrentado pelos Assistentes Sociais, pois ao mesmo tempo em que ele necessita do trabalho assalariado para atender suas necessidades, também precisa atender as demandas de forma a garantir o acesso aos direitos da população, Faleiros (2011) pontua que:

O desafio está aberto para sacudir a acomodação, elevar nosso nível teórico e comprometer-nos de maneira diferenciada e aberta com os interesses das classes populares nos lugares de trabalho, com nossas condições no emprego e no contexto político da correlação de forças que se nos apresenta (FALEIROS, 2011, p.56).

Portanto é necessário estar comprometido com as classes populares, promovendo a emancipação para que elas lutem pelos seus direitos, porém é necessário que o Assistente Social se reconheça enquanto trabalhador que também enfrenta a exploração do modo de produção capitalista, onde é julgado pelo que produz, e precisa oferecer respostas imediatas a uma realidade de excesso de demandas que surgem todos os dias no cotidiano profissional.

4.2. A Ala Recomeçar

A Ala Recomeçar é uma unidade do Hospital Ivan Goulart destinada ao atendimento de demandas relacionadas a saúde mental dos usuários que necessitam de atendimento. Tal unidade surge com o intuito de garantir atendimento aos usuários, na área da saúde mental, oferecendo acesso por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando romper com o tratamento que prevalecia antes da Reforma Psiquiátrica. Diferente dos hospitais psiquiátricos, onde os sujeitos eram isolados e esquecidos, a Ala Recomeçar tem como proposta que o usuário siga no tratamento, recebendo visitas dos familiares e amigos, desta forma, estando próximo das suas relações afetivas, e dispondo de um limite de tempo para permanecer internado, que varia de 21 á 30 dias.

Segundo o Plano Terapêutico da Ala Recomeçar (2013), é importante ressaltar vários aspectos consideráveis para a construção de tal unidade, entre eles esta a desigualdade econômica e social presente no estado do Rio Grande do Sul, pois há grandes concentrações de riquezas, porém a distribuição entre a população é desproporcional, conforme dados apontados na seguinte citação:

O Rio Grande do Sul é um estado rico, porém apesar da abundância de recursos aqui existentes, esta riqueza é mal distribuída ocasionando um enorme contingente de pessoas em situação de pobreza. Podemos observar esses dados por meio do levantamento feito pela Secretaria de Coordenação e Planejamento do Rio Grande do Sul pela qual nos expõe que o PIB per capita do gaúcho é de R\$13.320,00 - bem acima da média nacional, de R\$ 9.729,11. Contraditoriamente, pesquisas e estudos demonstram dados expressivo e preocupantes que há 2 milhões de pessoas em situação de pobreza vivendo no RS (PLANO TERAPÊUTICO DA ALA RECOMEÇAR, 2013, p.5).

A realidade que se apresenta na cidade de São Borja – Rio Grande do Sul é semelhante ao contexto dos demais municípios da fronteira oeste, onde a principal atividade econômica advém dos meios rurais, portanto são pessoas “dependentes das atividades econômicas do setor primário ora em fase de estagnação, a qualificação dos serviços de saúde é de suma relevância e significação, visto que essa questão reflete como um todo no sujeito.” (PLANO TERAPÊUTICO DA ALA RECOMEÇAR, 2013, p. 5). As dificuldades econômicas do município refletem na vida da população, afetando diversos aspectos, dentre eles, a saúde que necessita de ser atendida de forma qualificada.

Há que se considerar a vastidão de demandas sociais urbanas e rurais nos municípios da região, como apontam as estatísticas e estudos sobre aquela realidade, em especial para a população de jovens e adultos que não possuem oportunidades de emprego, e muito menos estão preparados para gerarem renda própria. Arelados a essa desigualdade encontramos uma parcela mais excluída ainda deste cenário: os

usuários dos serviços de saúde mental (PLANO TERAPÊUTICO DA ALA RECOMEÇAR, 2013, p. 6).

Na realidade vivenciada no período de estágio foi possível observar tais aspectos citados acima, o desemprego e a exclusão social eram latentes na particularidade da maioria dos sujeitos que se encontravam internados na Ala Recomeçar, como explicita a seguinte citação:

Dentre estes usuários os que sofrem com o transtorno dependência química, possuem um dos maiores índices de rejeição e repulsa pela sociedade, pois é associada à marginalização por desconhecimento populacional desta doença. Como também, é atrelada pelo fator histórico onde a questão da dependência química era tida, em nosso país, como caso de polícia e/ou a opção era o tratamento em manicômios, portanto, como era compreendida essa questão nesse período, esse sujeito deveria viver isolado da sociedade por ser considerado um “desajustado social” (PLANO TERAPÊUTICO DA ALA RECOMEÇAR, 2013, p.6).

O preconceito com os usuários abusivos de álcool e outras drogas precisa ser superado, pois tal doença é frequentemente marginalizada pela sociedade, que conseqüentemente negligenciam cuidados necessários aos sujeitos que possuem a doença. É importante pontuar que as dificuldades econômicas e sociais enfrentadas pela maioria da população de São Borja estão entre os aspectos que influenciam na comercialização de drogas, onde ela é considerada um meio de sobrevivência para diversas famílias em situação de vulnerabilidade socioeconômica, que vivenciam em sua realidade a ausência de oportunidades de emprego e também de qualificação profissional.

A desigualdade e vulnerabilidade social e econômica desta região são molas propulsoras para o desenvolvimento do narcotráfico e do uso e abuso de drogas, pois na falta de recursos de subsistência e de realização pessoal, as drogas tornam-se um artifício, pelo qual possibilita a ilusão de que solucionam seus problemas, pela “falsa” coragem que as mesmas proporcionam quando atingem o sistema neurológico destes indivíduos e/ou um meio de adquirir recursos por meio do tráfico (PLANO TERAPÊUTICO DA ALA RECOMEÇAR, 2013, p.6).

Diante do contexto apresentado se torna evidente a necessidade de desenvolver e qualificar serviços voltados ao âmbito da saúde mental, onde as doenças são resultantes de várias particularidades experimentadas pelos sujeitos, porém a desigualdade social é gritante no município, ocasionando o surgimento de demandas que precisam de atendimento específico e qualificado.

Considerando que a dependência química possui múltiplas causas, sejam estas de ordem fisiológica, psicológica, social, cultural dentre outras, neste projeto estamos evidenciando uma delas, que seria a desigualdade social desta região fronteira e a dificuldade evidente desta população em se inserir no mercado de trabalho o que rebate diretamente na qualidade de vida e na saúde como um todo (PLANO TERAPÊUTICO DA ALA RECOMEÇAR, 2013, p. 6-7).

A Ala Recomeçar dispõe de 9 leitos, onde “[...] 7 leitos financiados pelo estado e 2 via Ministério da Saúde [...]” (PLANO TERAPÊUTICO DA ALA RECOMEÇAR, 2013, p. 17), porém tais vagas se tornam insuficientes tendo em vista números excessivos de demandas que necessitam de atendimento relacionados á saúde mental.

A psiquiatra é responsável pela Unidade de Saúde mental de nosso hospital a qual atende todos os usuários de saúde mental encaminhados pela rede de atenção psicossocial. Estes pacientes seguem um fluxograma de encaminhamento que é realizado durante e após alta hospitalar. O Serviço Social do Hospital faz visitas domiciliares por meio do “Projeto Visitar” já existente na Instituição promovendo estratégias para construção de saúde ampla e qualidade de vida visando à integralidade do sujeito (PLANO TERAPÊUTICO DA ALA RECOMEÇAR, 2013, p. 7).

O Serviço Social realiza atendimento social junto aos familiares dos usuários internados na Ala Recomeçar, articulando com a equipe multiprofissional, observando as particularidades de cada sujeito, no qual a “[...] A escuta sensível é o principal instrumento de acolhida, onde a equipe multidisciplinar recebe todas as queixas e relatos do usuário e de sua família para dar início ao Plano Terapêutico Singular (PTS) [...]” (PLANO TERAPÊUTICO DA ALA RECOMEÇAR, 2013, p. 10). O PTS é elaborado de acordo com a necessidade de cada sujeito, observando suas particularidades e diagnósticos, e assim desenvolver um atendimento específico para cada caso.

Segundo o Plano Terapêutico da Ala Recomeçar (2013), o PTS foi elaborado como instrumento para contribuir com a efetivação da humanização na área da saúde, possibilitando o gerenciamento das situações de cada usuário, considerando a singularidade dos sujeitos, pois humanizar refere-se á um tratamento que ultrapasse os limites de enxergar apenas a doença em si e de forma fragmentada, é preciso buscar superar o que aparentemente se manifesta.

Elaborar o projeto que seja compatível para cada caso singularmente o qual promova sua autonomia e participação nesta proposta que compreende que o diagnóstico

advém de situações multicausais, necessita da interação de diversos sujeitos da equipe para que se faça um atendimento ampliado. Esse processo pressupõe a interação de diversos saberes e aprendizado coletivo na gestão participativa de casos (PLANO TERAPÊUTICO DA ALA RECOMEÇAR, 2013, p. 11-12).

Conforme o Plano Terapêutico da Ala Recomeçar (2013), o Plano Terapêutico Singular deve ser aplicado de maneira qualificada desenvolvendo meios criativos viabilizando melhor apreensão da realidade concreta de cada sujeito uma vez que “Neste documento são expressos todos os atendimentos da equipe multidisciplinar, suas principais impressões, relatos e atendimentos pelos quais serão analisados e gestados por meio de reuniões de equipe periódicas” (PLANO TERAPÊUTICO DA ALA RECOMEÇAR, 2013, p. 12).

De acordo com o Plano Terapêutico da Ala Recomeçar (2013), os usuários internados na Ala Recomeçar possuem um cronograma de atividades durante a semana, sendo de livre escolha a participação das mesmas. A unidade também possui um espaço para outras atividades como:

[...] de leitura e videoterapia 65 títulos a disposição dos internos. O cantinho da leitura é proveniente do Projeto Páginas de Liberdade o qual arrecada livros para auxiliar na reabilitação dos pacientes de saúde mental pertencentes à Ala Recomeçar e do Projeto Renascer do Hospital Ivan Goulart que hoje conta com aproximadamente 300 exemplares de livros de temas variados (PLANO TERAPÊUTICO DA ALA RECOMEÇAR, 2013, p. 13).

Para alta hospitalar é observado o PTS de cada usuário pela equipe multiprofissional que o atendeu, posteriormente é enviado “[...] uma cópia do PTS para a instituição acolhedora de Atenção em saúde mental para que de continuidade de acompanhamento mais efetivo e abrangente a fim de facilitar a interação e a visão integral deste sujeito” (PLANO TERAPÊUTICO DA ALA RECOMEÇAR, 2013, p. 14).

O trabalho com a rede de atenção do município é desenvolvido de maneira onde o Hospital Ivan Goulart encaminha casos para outras instituições para acompanhamento após a alta hospitalar, e também recebe usuários que foram encaminhados através da rede na qual ele foi atendido.

Porém a perspectiva do trabalho em rede vai além de somente encaminhamentos de situações, segundo Borges, Marinho e Silva (2013), ele surge “Na tentativa de superar a fragmentação dos saberes e das políticas e para atender os cidadãos de forma integrada em suas necessidades, as redes são uma alternativa de articular os atores envolvidos na busca de um objetivo comum” (BORGES, MARINHO E SILVA, 2013, p.10).

O trabalho em rede, quando efetivado, é um caminho que pode contribuir significativamente para melhorar o atendimento aos usuários das políticas públicas, pois os profissionais criam um espaço onde circulam diversos saberes, possibilitando que todos possam se apropriar, mesmo que minimamente, dos conhecimentos construídos por cada profissão, e desta forma “estabelecer contato, em que, cada ator mantém sua essência, mas se abre a novos conhecimentos; há circulação das ideias e propostas, que possibilitam forjar uma ação coletiva concreta com vistas ao alcance da direção do bem comum” (BORGES, MARINHO E SILVA, 2013, p. 10).

Tal perspectiva é um grande desafio para as instituições, pois se observa uma ampla fragmentação dos serviços prestados à população, onde os profissionais tem a preocupação em desenvolver somente a parte que lhe compete, comprometendo a qualidade nos atendimentos aos usuários, pois a desarticulação da rede raramente contribui para o aprofundamento nos casos, fragilizando o trabalho realizado. Portanto, a rede necessita ser fortalecida para potencializar o acesso aos serviços por parte da população, para que desta forma, os usuários possam ter os direitos dignamente garantidos.

O capítulo seguinte é composto pela descrição e problematização da experiência vivenciada por meio da aplicação do Projeto de Intervenção, momento onde foi possível ter maior aproximação com as demandas, aprofundando-se na realidade dos sujeitos que fizeram parte deste processo.

5. A INTERVENÇÃO A PARTIR DO PROJETO: A IMPORTÂNCIA DE DISCUTIR E INSTIGAR Á UM PROCESSO DE REFLEXÃO SOBRE O USO ABUSIVO DE DROGAS COM OS USUÁRIOS DA ALA RECOMEÇAR DO HOSPITAL IVAN GOULART

O projeto desenvolvido a partir do Estágio Supervisionado em Serviço Social I e II do Curso de Serviço Social da UNIPAMPA foi realizado no Hospital Ivan Goulart. O mesmo ocorreu por meio da elaboração e aplicação do projeto de intervenção, que surgiu a partir do interesse em desenvolver ações na área de saúde mental, mais especificamente com os usuários abusivos de álcool e outras drogas, pois na supervisão de estágio I e II, este tema emergiu da realidade em que se teve aproximação.

Nos processos de estágio I e II foi possível observar e refletir sobre atividades viáveis em relação a realidade presente na instituição e também atentando para a aplicabilidade junto aos usuários, pois o período de internação hospitalar é um dos fatores que dificultam o estabelecimento de vínculos. A partir do processo de observação notou-se que havia raros momentos de problematizações e reflexões em grupo, junto aos usuários, onde tivesse como objetivo principal trabalhar acerca dos rebatimentos que o uso abusivo de drogas traz para a realidade concreta de cada sujeito, portanto reconheceu-se a necessidade de direcionar a intervenção para este caminho. Sobre as abordagens com processos reflexivos, Lewgoy e Silveira (2007) vão destacar que:

A reflexão tem caráter retrospectivo, nela o sujeito reflete sobre a ação. Para isso, num primeiro momento, ele busca como ocorreu o fenômeno, descrevendo-lhe as condições, fatores ou mecanismos na produção do evento e, posteriormente, busca explicação e análise das conexões existentes entre os elementos que o determinaram, a fim de identificar as contradições e localizar as necessidades (LEWGOY, SILVEIRA, 2007, p. 245).

É importante instigar o processo de problematização e reflexão com os usuários, pois é fundamental que eles reconheçam os impactos que as drogas causam na sua vida, e também identifique as condições históricas que os levaram ao uso abusivo de drogas.

5.1. Apresentação do projeto de intervenção

A aproximação com as demandas dos usuários possibilitou o reconhecimento da realidade existente na instituição e as situações vivenciadas por cada sujeito, diante disto foi elaborado e aplicado o projeto de intervenção que teve como intencionalidade realizar discussões seguidas de reflexões em grupo, onde foram trazidos para debate assuntos

relacionados ao uso abusivo de drogas e os rebatimentos que se manifestam na vida dos usuários. Tal tema foi pertinente dentro da Ala Recomeçar, uma vez que se fazia presente na realidade da maioria dos sujeitos que estiveram internados, portanto, se tornou relevante trazer uma abordagem a partir do Serviço Social.

O processo de reflexão que se pretendeu construir por meio das dinâmicas e discussões realizadas em grupo foi uma maneira de instigar o entendimento e aprofundamento da realidade dos sujeitos envolvidos, e assim apresentar uma perspectiva referente às condições presentes, buscando pela ruptura de algo que antes estava estabelecido. O processo reflexivo é relevante para estimular transformações nos sujeitos, pois nele é possível construir novas compreensões sobre variados assuntos, assim sendo, tal abordagem é fundamental para a prática no cotidiano profissional do Assistente Social, portanto, “A reflexão é empregada com vistas a provocar o aprofundamento do tema em questão, com o propósito de impulsionar mudanças. Sendo assim, é possível dizer que a prática reflexiva terá como finalidade romper com o que até então estava instituído” (LEWGOY, SILVEIRA, 2007, p.245), sendo assim, estimulou-se em diversos momentos proporcionados pelo projeto de intervenção.

O objetivo principal de intervenção foi de realizar rodas de conversa, onde os usuários abusivos de drogas pudessem ser escutados, e por meio dos relatos, se desenvolvesse movimentos reflexivos sobre a temática sugerida. O projeto de intervenção realizou as atividades, tendo como norte os objetivos geral e específicos:

Objetivo geral:

- Discutir temas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas com os usuários da Ala Recomeçar e os rebatimentos que influenciam no cotidiano de cada usuário

Objetivos específicos:

- Instigar discussões em grupo sobre o uso abusivo de drogas;
- Estimular as reflexões sobre as discussões realizadas;
- Fortalecer a autonomia dos sujeitos perante suas escolhas;
- Identificar como se configura as relações familiares a partir dos relatos dos usuários.

Para orientar as discussões, frutos da intervenção, foi considerado o método dialético crítico, que segundo Chagas (2012) é onde se busca compreender a realidade a partir de seus constantes movimentos, no entanto, não se detém apenas na interpretação e conhecimento da realidade, vai além, procurando formar e transformá-la.

O método dialético crítico possui três categorias, a historicidade, totalidade e contradição. A categoria historicidade, segundo Pontes (2002), é mais que apreender o objeto dentro de sua dinâmica histórica, mas buscar a historicidade dentro do objeto, assim inserindo

ele como elemento constituinte do processo histórico, e não apenas como produto resultante. A categoria historicidade está diretamente interligada na vida o sujeito, pois diz respeito, além de sua realidade cotidiana, outros elementos que foram determinantes no modo que se organiza sua vida e o seu convívio social, pois esta categoria nunca se constrói isoladamente.

A categoria totalidade oferece suporte para o que o pesquisador possa entender e analisar a realidade do sujeito dentro de um todo, porém, para apreender o fenômeno é necessário mais que somar todas as partes, e analisar a realidade como um todo estruturado e dialético no qual um fato pode ser compreendido a partir da interconexão de diversos fatores.

A categoria contradição é o que movimenta a realidade, ela não permite ficar estática e imutável, pois os fenômenos estão sempre em movimento, para desvendar a contradição de um fenômeno é necessário, além de um processo reflexivo, estabelecer as conexões entre eles. É nesta categoria que se manifestam a resistência dos sujeitos diante das situações vulneráveis que constituem sua realidade.

Com base no método dialético crítico e suas categorias, o projeto desenvolveu ações com os usuários da Ala Recomeçar. As informações e reflexões obtidas através dos relatos dos sujeitos foram analisadas de forma qualitativa, observando questões éticas á serem respeitadas. Buscou-se com o projeto, construir um espaço de diálogo, onde todos os participantes tiveram o momento de se expressar. Também foi aplicado algumas dinâmicas para auxiliar no processo de reflexão e discussão dos envolvidos, instrumento que contribuiu significativamente para a desinibição dos usuários e facilitou o processo de comunicação.

Refletiu-se sobre estratégias metodológicas que poderiam auxiliar na aplicação do projeto. Segundo Sousa (2008), instrumentalidade do Serviço Social é definida pelos objetivos da intervenção do Assistente Social. Para desenvolver a instrumentalidade é necessário que o profissional trabalhe sua capacidade criativa, para assim potencializar instrumentos e técnicas já estabelecidos, ou também criar novas estratégias com a finalidade de alcançar os objetivos da sua atuação, porém a instrumentalidade não pode ultrapassar os objetivos da profissão como o autor pontua na seguinte afirmação:

[...] os instrumentos e técnicas de intervenção não podem ser mais importantes que os objetivos da ação profissional. Se partirmos do pressuposto que cabe ao profissional apenas ter habilidade técnica de manusear um instrumento de trabalho, o Assistente Social perderá a dimensão do porquê ele está utilizando determinado instrumento. Sua prática se torna mecânica, repetitiva, burocrática (SOUSA, 2008, p.124).

No projeto de intervenção foram utilizados os seguintes instrumentos: observação participante que consiste em ir além de ver o que está ao redor, é saber aproveitar dos os sentidos disponíveis no corpo humano para ter uma apreensão maior da realidade, e por meio da percepção obtida através deles, pode-se definir a direção que as ações dever seguir, e para que isto ocorra é importante ter a sensibilidade.

Outro recurso utilizado nas intervenções é as rodas de conversa e dinâmicas que consiste em uma forma descontraída e criativa de discutir determinados assuntos, estimulando a reflexão dos participantes, assim como nos outros instrumentos utilizados pelo Assistente Social, este recurso deve ser guiado por objetivos relacionados á intervenção profissional. Na dinâmica de grupo, o Assistente Social surge como um facilitador, e também com a função de provocar reflexões acerca dos temas. Sousa (2008) afirma que este recurso:

Isso requer tanto habilidades teóricas (a escolha do tema e como ele será trabalhado), como uma postura política democrática (que deixa o grupo produzir), mas também uma necessidade de controle do processo de dinâmica – caso contrário, a dinâmica vira uma “brincadeira” e não alcança os objetivos principais: provocar a reflexão do grupo (SOUSA, 2008, p.127).

O Relatório Social também foi utilizado como instrumento, ele tem como objetivo registrar todas as informações sociais coletadas durante a execução das atividades realizadas nos encontros. Os relatórios são instrumentos importantes para sistematizar a prática do Assistente Social, os dados coletados para tal instrumento devem ser de natureza social.

Na composição do projeto de intervenção adotou-se um sistema de monitoramento e avaliação, pois estes processos são relevantes para acompanhar os resultados das ações, onde por meio disto, avaliar a sua efetividade, e posteriormente planejar novas estratégias para alcançar os objetivos propostos. Sobre monitoramento Vaitsman (2009) vai afirmar que:

O monitoramento consiste no acompanhamento contínuo e cotidiano, por parte de gestores e gerentes, do desenvolvimento dos programas e das políticas em relação a seus objetivos e metas. É uma função inerente à gestão e à gerência dos programas, devendo ser capaz de prover informações sobre o programa, permitindo a adoção de medidas corretivas para melhorar sua operacionalização. Pode referir-se tanto aos aspectos da estrutura, como por exemplo, à execução físico-financeira e aos equipamentos, quanto à dimensões do processo de implementação e aos seus resultados, como às metas atingidas (VAITSMAN, 2009, p.160).

Segundo Vaitsman (2009) a avaliação é importante para fornecer um retorno de como esta se desenvolvendo as ações realizadas, e a partir disto planejar novas formas de agir, com o objetivo de oferecer maior qualidade nas atividades propostas, ele vai conceituar que:

A avaliação é uma categoria de estudo que pode focalizar diferentes aspectos de um programa, política ou serviço, como relevância, eficiência, efetividade, resultados e impactos. Seu objetivo é melhorar a qualidade dos processos de implementação ou verificar seus resultados, dando também subsídios para o planejamento, a programação e a tomada de decisões futuras. Para garantir maior isenção, as avaliações devem ser executadas por instituições externas, com pesquisas que procuram responder a perguntas específicas, propor medidas de correção e orientar os tomadores de decisão, gestores e demais atores envolvidos no processo de formulação e implementação (VAITSMAN, 2009, p.158-159).

O sistema de monitoramento foi realizado em todos os encontros a partir das atividades propostas pelo projeto de intervenção, onde se observou a aceitação e apoio dos usuários em relação às ações sugeridas. Os indicadores foram construídos através do nível de participação e interesse dos sujeitos pelos assuntos apresentados nas atividades. O processo de monitoramento ocorreu a partir dos objetivos que constam no projeto de intervenção, assim se podem verificar as ações previstas, e as que realmente foram possíveis de ser executadas, pois por meio dos indicadores, analisou-se e efetivação do projeto.

A avaliação das atividades foi problematizada no relatório final, documento entregue no término da disciplina de Estágio supervisionado II. Os resultados obtidos estão disponíveis para acesso da Assistente Social da instituição. A avaliação das ações propostas também foram recebidas no decorrer da execução do projeto, levando em consideração a opinião dos participantes, tendo os indicadores como norteadores desta construção. O processo de avaliação do projeto ocorreu através do monitoramento das atividades, onde se identificam as falhas os pontos que tiveram efetividade. É um momento de aprendizado e de planejar para futuras intervenções

5.2. A aplicação das ações do projeto

Neste item será abordado sobre as intervenções desenvolvidas por meio do projeto de intervenção. No processo de aplicação das atividades foi possível realizar 4 encontros, compostos por 11 usuários como participantes, nos dias 4/05/2017; 11/05/2017; 18/05/2017 e 25/05/2017, reduziu-se o número de encontros, pois o grupo que estava participando das atividades já havia recebido alta hospitalar, e os novos usuários internados na Ala Recomeçar,

por questões do agravamento da saúde mental, se encontravam com algumas capacidades cognitivas comprometidas.

As discussões propostas foram acolhidas pelos usuários, pois apesar da resistência inicial de alguns sujeitos, foi possível desenvolvê-las de forma que todos participassem das atividades. As dinâmicas contribuíram para os participantes exteriorizarem suas reflexões, uma vez que, utilizou-se de outros meios para obter uma comunicação ampla, que garantisse a visibilidade de todos os usuários.

O projeto também visou trazer temas variados que tivesse relação com o uso abusivo de drogas, porém, ocorreram algumas mudanças em relação ao planejamento prévio, uma delas foi a redução do número de atividades, e a outra refere-se a identificação de maior aprofundamento em determinados assuntos, os quais foram reivindicados pelos usuários, que necessitavam discutir temas que lhes causavam inquietação. As atividades foram orientadas pelas discussões sobre: relações familiares e sociais e o fortalecimento e reconstrução de vínculos, autonomia nas escolhas dos sujeitos e o interesse ou não por continuar o tratamento em comunidades terapêuticas ou CAPS – AD.

Os objetivos específicos do projeto de intervenção precisam da construção de indicadores e meios de verificação para que assim seja possível identificar a efetividade das ações e o alcance dos objetivos propostos, segue a descrição de cada item e os instrumentos utilizados para análise:

- Instigar discussões em grupo sobre o uso abusivo de drogas. Indicador: Número de participantes das rodas de conversas, e a interação mútua no grupo, através dos relatos orais. Meios de verificação: Diários de campo.

- Estimular as reflexões sobre as discussões realizadas. Indicador: Análise de discurso dos participantes. Meios de verificação: Diários de campo.

- Fortalecer a autonomia dos sujeitos perante suas escolhas. Indicador: Relatos orais por meio de dinâmicas e análise de discurso. Meios de verificação: Diários de campo e número de participantes nas dinâmicas.

- Identificar como se configura as relações familiares a partir dos relatos dos usuários. Indicadores: Explicação e compartilhamento dos materiais produzidos em dinâmicas e relatos orais dos participantes. Meios de verificação: Desenhos produzidos, verificação realizada através dos registros de visita aos usuários e registro nos diários de campo.

Dentre as várias situações que se encontravam na Ala Recomeçar, destacou-se 1 caso onde o usuário já estava 2 meses internado na instituição, via convênio particular. Tal sujeito havia passado por um número aproximado de 47 internações involuntárias, que é

caracterizada por decisão de terceiros, nesta situação, a família. Foi possível problematizar com o usuário sobre a autonomia que exerce em relação às suas escolhas ao decorrer das internações, percebeu-se no processo, o início de uma reflexão sobre tal realidade apresentada, no entanto, os familiares decidiram findar a internação, pois era o desejo do sujeito. Porém observou-se por meio da afirmação dos familiares, que vão continuar buscando tratamentos alternativos, sem considerar as escolhas do usuário. Buscou-se discutir com os familiares sobre as escolhas que eles assumiam frente a realidade do usuário, para que, se começasse um processo de reflexão de ambas as partes, com o objetivo de fortalecer a autonomia do sujeito.

Pode-se analisar que tal caso apresenta uma situação de coo dependência por parte da família, que possui a necessidade de controlar as ações do sujeito. Moraes, Braga, Souza e Oriá (2009) afirmam que a coo dependência pode ser caracterizada como uma doença crônica que se desenvolve de forma progressiva. Ela, na maioria das vezes, surge na pessoa que tem relação direta com o usuário abusivo de drogas, onde o coo dependente assume as responsabilidades que deveriam pertencer ao usuário, assim cerceando sua autonomia. Sobral Pereira (2012) pontua que:

[...] na co-dependência há um conjunto de padrões de conduta e pensamentos patológicos que produzem sofrimento psíquico. Assim, por se tratar de um transtorno que se traduz em sofrimento para a vida do co-dependente, tal como do dependente químico, se torna insustentável não oferecer assistência profissional ao co-dependente que, seja como forma de defesa, modificando substancialmente seu estilo de vida, não apenas no que diz respeito a sua interação com o dependente químico, mas com as demais pessoas, seja do convívio familiar, social e do trabalho, inclusive, consigo mesmo (SOBRAL E PEREIRA, 2012, p.2).

Outro caso relevante resultou na reconstrução de vínculos, onde a partir das ações do projeto, o usuário teve a oportunidade de manifestar que não tinha contato com a família, pois devido ao uso abusivo de drogas, se encontrava em situação de rua, assim configurando na ruptura dos vínculos familiares. Por meio de ações, buscando contato com a família, e realizando reflexões com o usuário, o que possibilitou ele restabelecer as relações. O rompimento de vínculos com os familiares era algo que esteve estabelecido durante anos, pois o uso abusivo de drogas trazia consequências, as quais eram geradoras de conflitos entre o usuário e a família. Identificou-se tal situação devida à ausência de visitas ao sujeito, e também aos sentimentos que demonstrava durante algumas atividades do projeto. Realizou-se a busca ativa, contatando os familiares próximos, que se dispuseram a se reaproximar do usuário. No processo de aproximação com a família foi trazido os fatores determinantes para

chegar ao uso abusivo de drogas, ressaltando a importância da reconstrução de vínculos para que o tratamento se efetive. Após as sucessivas aproximações, foi possível reaproximar a família do sujeito, que se motivou a adotar a continuidade da sua recuperação em outra instituição, assim que concluisse o tempo de internação no Hospital Ivan Goulart.

Também se observou uma situação que promoveu a reflexão através de uma dinâmica, onde após discussões realizadas sobre família, foi sugerido que os usuários confeccionassem desenhos ou frases que representassem algo de si. No final do processo, um caso se destacou, no qual o sujeito o desenhou, sua mãe, um cavalo, e um lugar rodeado de árvores de montanhas, quando solicitado que explicasse a arte, o participante relatou que quando findar o processo de internação, “[...] pretendo voltar a morar no interior, onde cresci para poder andar á cavalo e dar atenção e amor á minha mãe, e deixar de usar droga”. (SIU). Tal momento descrito foi a primeira aproximação que se teve com o usuário, porém em outras oportunidades realizou-se sucessivas aproximações com a mãe e com o usuário, separadamente, onde identificou-se por meio dos relatos de que a família era composta pelos dois, pois o pai não convivia com eles devido á diversas agressões direcionadas á mãe do usuário, que aconteceram durante anos. O sujeito e sua mãe moraram alguns anos na zona rural, juntamente com a avó materna, com o intuito de afastar-se do pai, porém voltaram a residir na zona urbana, visando conseguir emprego, e foi nesta mudança que o usuário começou a consumir drogas.

Nas atividades o sujeito demonstrava a vontade de voltar á morar na zona rural, para assim afastar-se das drogas, porém foi problematizado se isto realmente seria efetivo para sua recuperação, uma vez que, estaria evitando, ao invés de enfrentar o problema e tentar superá-lo, acredita-se que as discussões juntamente com o sujeito geraram reflexões, pois ele decidiu por continuar morando na zona urbana e seguir o tratamento visando sua recuperação.

Os resultados do projeto de intervenção acredita-se, que foram de suma importância para os usuários que participaram das atividades, pois se percebeu a efetivação de discursos a partir das ações desenvolvidas, sendo assim, o projeto proporcionou um espaço de discussão onde eles puderam compartilhar suas experiências e também debater sobre as consequências que o uso abusivo de drogas trouxe a suas vivências.

Nos relatos foi perceptível a forma como os usuários estabelecem suas relações familiares afetivas, pois se identificou que elas eram consideradas de suma importância para impulsionar mudanças necessárias na realidade dos sujeitos, porém, na maioria das vezes era a família que dificultava o exercício da autonomia dos usuários, fator comum, observado mediante as abordagens.

O uso abusivo de drogas, na maioria das vezes, é influenciado pela dificuldade de relações sociais presente na vida dos sujeitos e/ou também por sentimentos que surgem na realidade social de cada pessoa. O vínculo familiar é determinante para o processo de recuperação do usuário, porém é difícil de fortalecê-lo, pois existe uma grande complexidade e conflitos gerados no interior desta relação devido:

[...] as alterações de comportamento que modificam o cotidiano da família, destaca-se a agressividade por parte do indivíduo dependente químico, que prejudica ainda mais as relações familiares. Dessa forma, a família vivencia diversas formas de sofrimento que desordenam sua vida, o que leva a consequências psicológicas e físicas (SOCCOL, TERRA, RIBEIRO, TEIXEIRA 2014, p.118).

O uso abusivo de drogas faz com que a família adoça junto ao usuário, portanto, ela também precisa passar por algum tratamento, recebendo orientações e total atenção, para assim desenvolver habilidades de abordagens e formas de relacionar-se com sujeito. Tal com a família é fundamental, visto que se torna um momento onde se desvenda suas particularidades, trazendo demandas que necessitam de ser superadas para o decorrer do tratamento, pois possivelmente, na maioria dos casos, são elas que levam ao uso abusivo de drogas. É necessário entender a família no contexto da saúde mental, pois apesar de ela ser responsável pelos cuidados do usuário, é importante compreender suas fragilidades, como aborda na seguinte citação:

Evidentemente, o objetivo não está em isentar a família de seus compromissos junto a seus membros, mas compreendê-la a partir da totalidade, sendo assim, ressaltando suas potencialidades, mas também as fragilidades, essas últimas, não raramente, acabam por se sobressair quando a família encontra-se desamparada material e/ou emocionalmente, refletindo intensamente em suas relações (BUSSULA, OLIVEIRA, VOLPATO, 2009, p.3).

A partir das rodas de conversa também foi possível perceber que em muitos casos os usuários estavam internados, não por vontade própria, mas sim pela interferência de familiares e/ou órgãos públicos, caracterizando assim, como internação compulsória ou involuntária. Diante disto, teve-se a oportunidade de problematizar, com alguns sujeitos, a autonomia que eles exercem sob suas escolhas, desta forma, buscando que ele reflita sobre isto, para que futuramente possa ser protagonista da sua realidade.

São definidas três modalidades de internações para ingresso na Ala Recomeçar: a internação compulsória, a internação involuntária e a internação voluntária. As mesmas estão

respaldadas pela lei 10.216/2001, que dispõe questões referentes aos direitos e proteção às pessoas portadoras de transtornos mentais, estabelecendo modelos de atendimento assistencial na área da saúde mental. As formas de internações são especificadas no artigo 6º desta lei, conforme descreve na seguinte citação:

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica: I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça (BRASIL, 2001).

As internações devem ser os últimos recursos a serem recorridos, quando as alternativas se tornaram insuficientes para atender os problemas relacionados ao uso abusivo de drogas, e caso necessite de optar-se pela internação, ela deve ser desenvolvida de maneira breve referente ao tempo de institucionalização, como descreve Silva (2013):

Observa-se que a internação, em qualquer de suas modalidades, somente poderá ser aplicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, ou seja, deverá ser a última medida adotada, depois de esgotados os outros meios de tratamento, e mesmo assim com a menor duração temporal possível (SILVA, 2013, p.140).

A internação compulsória foi a modalidade recorrente na maioria dos casos que adentravam na Ala Recomeçar, tal questão é presente nos debates de autores que se interessam pelo assunto, onde disseminam-se discursos favoráveis e contrários a internação de forma compulsória, as controvérsias estão presentes no “[...] debate sobre a internação compulsória de dependentes químicos surge envolto a polêmica, pois contrapõe dois direitos fundamentais: o direito à liberdade e o direito à vida” (SILVA, 2013, p.143), isto acontece pelo fato de que os usuários em regime de internação compulsória não exercem a autonomia de seguir o caminho que desejarem, tendo anulada a liberdade de ir e vir.

Os favoráveis a internação compulsória “[...] afirmam que a liberdade dos dependentes químicos já está reduzida pelo uso de drogas, sendo necessário priorizar o direito à vida, essencial para a garantia de todos os demais direitos” (SILVA, 2013, p.143). Esta discussão parte do pressuposto de que o uso abusivo de drogas limita a capacidade de discernimento dos sujeitos, desta forma, reduzindo sua autonomia com a interferência de terceiros. Segundo Silva (2013) os defensores de tais medidas estão respaldados pelo artigo 196 da Constituição

Federal que estabelece que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988)”.

Silva (2013) destaca que para os defensores da internação compulsória, esta medida não fere o princípio referente à autonomia dos sujeitos, “pois esse princípio, assim como os demais, não é absoluto. E, para poder exercer plenamente a autonomia de vontade, exige-se que o indivíduo tenha o necessário discernimento” (SILVA, 2013, p.146), portanto, sob esta perspectiva, outros direitos antecedem o direito de escolha dos usuários, como o direito a vida, à saúde e a proteção e recuperação, e devem primeiramente ser garantidos.

Em contrapartida, Costa (2012) afirma que a internação compulsória, por não se tratar de uma escolha do usuário, raramente efetiva-se, sendo assim, a taxa reincidência é elevada. A autora também pontua que:

Infere-se, pois, que uma internação dessas, que deve ser proposta pelas prefeituras, tem um grande apelo político, já que é um cartão de visitas para o agente público, sem dúvida. E para a população, de um modo geral, parece uma solução mágica, entretanto, muitas vezes o objetivo é tirar o problema dos olhos de quem se incomoda com ele (COSTA, 2012, p.19).

A internação compulsória é um mecanismo que pode trazer resultados, porém, como descrito anteriormente, deve estar fundamentada por políticas públicas efetivas e projetos sociais, para que não se torne somente uma medida fragmentada da realidade social dos usuários. A mesma também deve ser tratada como último recurso a ser adotado, uma vez que, acarreta diversos sofrimentos aos sujeitos envolvidos, principalmente, para os que estão privados do seu convívio social.

Nos relatos observados nas rodas de conversa e também pelas dinâmicas realizadas, era constantemente presente discursos sobre conflitos nas relações familiares e sociais, onde se tinha a apreensão de como se configurava os vínculos no cotidiano dos usuários. Com tal constatação tornou-se possível articular com familiares a fim de reestabelecer vínculos, que pela atual situação, se encontravam rompidos.

As relações intrafamiliares foram observadas para além das atividades do projeto de intervenção, pois em muitos momentos vivenciados no Estágio Supervisionado em Serviço Social I e II, os usuários internados recebiam visitas dos familiares, que previamente compareciam ao Serviço Social da instituição para dialogar com a Assistente Social e as

estagiárias. Neste espaço realiza-se o acolhimento, escuta sensível e discussão reflexiva para realizar as sucessivas aproximações com a realidade concreta dos sujeitos, tendo em vista que a família é elemento importante no atendimento e recuperação dos usuários. Desta forma, era indispensável realizar tal intervenção junto aos familiares. O próximo item problematiza questões referentes às relações familiares junto aos sujeitos internados na Ala Recomeçar do Hospital Ivan Goulart.

5.3. As relações intrafamiliares compreendidas a partir do processo de Estágio no Hospital Ivan Goulart

O uso abusivo de drogas e a dependência química são problemas recorrentes na sociedade, que precisam ser debatidos pelos órgãos públicos e a população, pois é uma questão presente na realidade dos territórios, e que enfrenta a marginalização, uma vez que as pessoas desconhecem a causa dos fenômenos e os rebatimentos intrínsecos na vivência dos sujeitos. Segundo Goulart e Soares (2013) os problemas que emergem com o uso de drogas não envolvem apenas a saúde pública, mas também as relações familiares e sociais que os sujeitos estabelecem no seu convívio, as quais experimentam os impactos gerados pelo uso abusivo de drogas. As autoras destacam que a família dos usuários:

[...] deve ser entendida como eixo-primário das relações que possibilitam a efetividade do tratamento e acompanhamento do dependente de álcool e outras drogas, e não mais enquanto um “agente causador” da drogadição. Defende-se a necessidade de ações que visem promovê-la e/ou fortalecê-la, enquanto fator de proteção na prevenção e atenção no trato da dependência ao álcool e outras drogas (GOULART E SOARES, 2013, p.7).

O Ministério da Saúde (2001) parte da perspectiva de que a família é considerada como meio primário de socialização, onde é repassados valores e culturais e morais aos seus integrantes, os quais serão responsáveis pela formação do modo de ser dos sujeitos. O Modo de organização das famílias esta definido pela transmissão de relações afetivas, nas quais, emergem um convívio de competições. O MS (2001) pontua que: “Essas disputas são orientadas pelas diferenças de poder entre os sexos e, no contexto afetivo, motivadas pela conquista de espaços que garantam o amor, o reconhecimento e a proteção, necessidades básicas da condição humana” (BRASIL, 2001, p.13).

Ao abordar sobre o uso abusivo de drogas, entende-se relevante problematizar questões relacionadas à família, uma vez que, a mesma é o primeiro meio social que os indivíduos estabelecem vínculos, sendo assim, é nela que emergem os impactos advindos do

uso de drogas. Tal espaço de formação e desenvolvimento é composto por relações de poder, nas quais os sujeitos estão expostos á diversas situações que podem repercutir na sua subjetividade. Goulart e Soares (2013) vão afirmar que “a família deve ser vista como ator social que constrói, configura e integra a realidade social, por meio de sua expressividade em relação à saúde mental e à dependência ao álcool e outras drogas” (GOULART E SOARES, 2013, p.7-8).

As relações sociais e familiares sempre estiveram presentes na formação da sociedade, e juntamente com elas emergem as relações de poder, onde um indivíduo exerce autoridade sob outro, ocasionando dependência financeira, afetiva e institucional. Oliveira, Nitschke, Silva, Gomes e Busanello (2009) afirmam que o poder é estrutural e pode ser percebido no núcleo familiar, pontuando que:

Geralmente há uma hierarquia familiar, em que os pais são as figuras que exercem maior poder. Esses são os que têm maior autoridade, tornam-se responsáveis pelas principais decisões tomadas, detêm os recursos financeiros que subsidiam a vida do grupo e estabelecem as regras e os limites que todos devem seguir (OLIVEIRA et al., 2009, p.155).

As relações de poder são uma forma de organização familiar. Para, além disto, influenciam na subjetividade dos sujeitos envolvidos e também na construção de identidade de seus membros. Tal interferência traz resultados no modo em que os indivíduos se relacionam com a sociedade, nas suas escolhas, nas atitudes e suas concepções, conforme afirma as autoras:

O poder, no interior da família, pode apresentar-se como uma relação de autoridade ou como forma de influenciar as decisões de seus membros. Mais do que pensar sobre o poder, é preciso analisar as relações de poder na família. Essas podem ser responsáveis pela formação da individualidade de cada membro, o que caracterizará sua identidade e capacitará os indivíduos a exercerem sua cidadania (OLIVEIRA et al., 2009, p.155).

O poder nas relações familiares foi identificado nos processos de Estágio Supervisionado em Serviço Social I e II, pois constantemente as situações em que a família exercia autoridade sob os usuários internados na Ala Recomeçar do Hospital Ivan Goulart, sendo assim, decidindo os rumos da vida dos sujeitos. Tal prática comprometia a efetivação do atendimento e recuperação, visto que, os usuários não exercitavam sua autonomia sobre as escolhas, e conseqüentemente, na maioria dos casos, a internação se configurava em um ciclo

não evolutivo, onde após receberem alta hospitalar, retornavam á instituição depois de um período, para recomençar o processo.

Oliveira et al. (2009) trazem que a partir da perspectiva de Foucault, as relações de poder resultam em dominação, e conseqüentemente, interferindo ou até mesmo anulando as vontades do outro, que por sua vez, submete-se a situações contrárias á próprias escolhas. No entanto, as autoras destacam que as relações de poder "são universais e podem ter um caráter positivo, desde que não resultem em uma relação de coerção, nem de exclusão, considerando que o poder só se exerce sobre sujeitos livres" (OLIVEIRA et al., 2009, p.156). Tal concepção de poder, quando inserida nas relações intrafamiliares, possibilita o protagonismo de seus membros, oportunizando que eles demonstrem sua essência, e se fortaleçam para superar as adversidades apresentadas na realidade que se manifesta nas suas vivências. As autoras pontuam que:

Quando o poder exercido pelos membros da família estimula o crescimento do outro, estabelecem-se relações intrafamiliares saudáveis. É exatamente esse poder que é preciso estimular nas famílias que se encontram em situação de crise, de fragilidade emocional e de maior vulnerabilidade social. A relação de poder, sendo parte integrante dos relacionamentos afetivos é considerada saudável, quando não anula a identidade do outro (OLIVEIRA et al., 2009, p.156).

As relações de poder devem ser exercidas de forma que não prive o outro de sua liberdade e autonomia, onde ele possa direcionar sua vida de acordo com a própria vontade, construindo a identidade e tendo como aprendizado, os resultados de suas escolhas, sejam elas, satisfatórias ou não. As experiências de vida são pertencentes somente ao indivíduo que a vivenciou, pois isto implica na subjetividade do ser humano, que é singular aos demais e reage de maneiras distintas em várias situações que surgem na realidade concreta, nas quais, cada sujeito terá um meio de conduzi-las, visando alcançar o que é melhor adequando para os momentos de sua vida.

Segundo Oliveira et al. (2009) a família é uma instituição considerada de suma importância para a formação e desenvolvimento do ser humano, que deve promover a saúde mental de seus membros, proporcionando um ambiente que incentive o aprendizado e experiências que contribuam para a construção do modo ser dos que a compõe. No entanto, nas relações familiares também se encontram situações que resultam no adoecimento mental de seus integrantes, pois os mesmos vivenciam a violência psicológica, física e/ou afetiva, experimentando o sofrimento de viver em um contexto coercitivo, agressivo, negligente e/ou constrangedor, estabelecendo-se assim, a violência intrafamiliar.

A violência intrafamiliar esteve presente na realidade das famílias dos usuários internados na Ala Recomeçar, onde o uso abusivo de drogas ocasiona sofrimento para os sujeitos envolvidos. Tal questão não é a única que impacta as relações familiares. Analisou-se que na maioria das situações, a família e o usuário enfrentam uma realidade de vulnerabilidade social e econômica e de violação de direitos sociais, vivenciando o desemprego, fome, condições de habitação precárias e insegurança, demandas que deveriam ser garantidas pelo Estado, a partir das políticas públicas, pois a Constituição Federal estabelece que:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 2015).

A violação de direitos pode ser identificada como causador de violência intrafamiliar, gerando relações conflituosas entre os membros da família, que passam a enfrentar os impactos psicológicos, físicos e afetivos presentes no convívio familiar e social. O Ministério da Saúde (2001) afirma que:

[...] a violência intrafamiliar é uma questão de grande amplitude e complexidade cujo enfrentamento envolve profissionais de diferentes campos de atuação, requerendo, por conseguinte, uma efetiva mobilização de diversos setores do governo e da sociedade civil. Tal mobilização visa, em especial, fortalecer e potencializar as ações e serviços na perspectiva de uma nova atitude, compromisso e colaboração em relação ao problema (BRASIL, 2001, p.5).

As relações intrafamiliares, em vários casos, estão constituídas por relacionamentos abusivos, que impedem o outro de viver da maneira que preferir, sendo assim, somente uma das vontades prevalece, portanto, ocorrendo a dominação. Tal situação pode resultar na anulação de sua autonomia, que é um ato coercitivo, e conseqüentemente, conduz o indivíduo ao sofrimento. Para complementar, o Ministério da Saúde (2001) destaca que:

Quando se fala de violência intrafamiliar, deve-se considerar qualquer tipo de relação de abuso praticado no contexto privado da família contra qualquer um dos seus membros. As estatísticas são eloquentes ao assinalar o homem adulto como autor mais frequente dos abusos físicos e/ou sexuais sobre meninas e mulheres. No entanto, o abuso físico e a própria negligência às crianças são, muitas vezes cometidos pelas mães, e no caso dos idosos, por seus cuidadores (BRASIL, 2001, p.10).

Tendo em vista os impactos gerados pela dominação nas relações de poder, Oliveira et al. (2009) defendem a construção de relacionamentos saudáveis, pois eles promovem o protagonismo dos sujeitos e impulsionam uma convivência que contribui para a formação e desenvolvimento dos sujeitos, conforme consta na seguinte citação:

Ao falar em relações intrafamiliares saudáveis, referimo-nos ao tipo de interação que permite aos indivíduos saírem de um estado de dominação, para buscarem sua liberdade de ser, expressar-se e construir sua subjetividade. É poder encontrar prazer e felicidade ao se relacionar com os outros. É sentir-se bem na convivência cotidiana. Isso não significa que os conflitos não existam, muito pelo contrário, é preciso que eles ocorram, a fim de motivar e promover a mudança para ser saudável (OLIVEIRA et al., 2009, p.157).

O fortalecimento das relações familiares e sociais é importante de ser trabalhado pelas instituições, e garantido por meio das políticas públicas, pois configura-se como espaço de convívio e suporte aos usuários, no entanto, é frequente identificar famílias adoecidas mentalmente, em consequência do uso abusivo de drogas de algum dos seus membros, e portanto, não conseguem oferecer o apoio que o usuário necessita para efetivar o tratamento. Oliveira et al. (2009) trazem que os profissionais, principalmente da área da saúde, precisam trabalhar com a família, incentivando transformações, para a construção de relações saudáveis:

[...] partindo do pressuposto de que: quem tem que mudar a situação são as pessoas que a estão vivenciando. Isso significa valorizar a liberdade de cada ser humano e de cada família. Não é função do profissional de saúde dizer ao outro o que ele deve fazer, mas sim ajudá-lo a pensar nos caminhos possíveis para essa transformação, encontrando o que é preciso ser feito (OLIVEIRA et al., 2009, p.157).

No processo de Estágio Supervisionado em Serviço Social I e II verificou-se que as famílias são indispensáveis no atendimento dos usuários. As relações familiares com o usuário necessitam ser fortalecidas para fornecer o suporte ao sujeito, para o enfrentamento do problema. Com o intuito de superar as dificuldades existentes no cotidiano, para construir um ambiente de convívio que promova a autonomia e evolução dos sujeitos, rompendo com o histórico de violência presente nas relações intrafamiliares.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identifica-se que as partes constitutivas do presente TCC, são elementos importantes para contextualizar questões fundamentais relacionadas ao tema. O uso abusivo de drogas e as relações intrafamiliares necessitam de constante debate e reflexão junto à sociedade e Estado, com o intuito de romper com preconceitos e elaborar políticas públicas voltadas para tal público, que atendam de maneira efetiva, as necessidades que emergem na vida dos sujeitos, e que os mesmo sejam reconhecidos como seres humanos, superando a marginalização e culpabilização que enfrentam no seu cotidiano, pois a população desconhece que o uso abusivo de drogas e dependência química são problemas decorrentes de outros fenômenos manifestados na particularidade dos indivíduos.

Na maioria dos discursos, percebe-se que a sociedade exime-se de tal problema, porém entende-se que a mesma, gera violência ao rotular e criminalizar os sujeitos que usam drogas, portanto, são responsáveis pelo constante uso abusivo de drogas e a dependência química. A violência intrafamiliar também contribui para o agravamento de tal situação, uma vez que, fragilizam ou rompem os vínculos com os usuários de drogas, não entendendo que o fenômeno é consequência de diversos fatores anteriores ao seu surgimento, associando o uso abusivo de drogas como culpa somente do indivíduo.

No decorrer dos capítulos identificou-se que, apesar de ocorrer avanços referentes à saúde mental, mais especificamente, o uso abusivo de drogas, através das reformas e políticas de atenção aos usuários, há vários desafios que devem ser enfrentados, pois se trata de uma temática raramente discutida. Considera-se que os serviços voltados à atender os usuários de drogas e seus familiares, deve proporcionar aos profissionais qualificações, por meio da formação continuada, visando trazer melhorias para as ações desenvolvidas através das políticas públicas na área da saúde. Tendo em vista tal objetivo, se reconhece que as Assistentes Sociais do Hospital Ivan Goulart tem sua intervenção condicionada pela instituição, onde é preciso elaborar possibilidades com o intuito de superar os desafios postos no cotidiano profissional.

Durante o processo de estágio foi possível de observar alguns pontos, que contribuíram para descobertas e despertar interesse em relação ao tema. No uso abusivo de drogas, entende-se que a presença e apoio da família no tratamento é um fator de suma importância, sendo assim, o trabalho com as famílias é essencial para a recuperação do usuário, desta forma o fortalecimento de vínculos é uma das questões que devem ser trabalhadas pela equipe multidisciplinar.

Outro ponto que se destacou é em relação às consequências que o uso abusivo de drogas traz para a situação biopsicossocial, gerando conflitos, os quais fragilizam os vínculos familiares. O agravamento da situação biopsicossocial influencia na saúde física, mental e emocional, também trazendo dificuldades para o convívio social do sujeito, pois o uso abusivo de drogas reproduz violência psicológica, física e emocional, implicando na subjetividade dos indivíduos, fragilizando ou rompendo os vínculos familiares. No entanto, a situação não pode ser analisada de forma fragmentada. Precisa-se levar em consideração fatores pertencentes à realidade particular de cada sujeito, pois no processo de conhecimento da formação histórica dos usuários, encontra-se fenômenos que podem ter influenciado para que o mesmo introduzisse o uso abusivo de drogas na sua vida.

Identifica-se que a produção de conhecimento na área do uso abusivo de drogas é algo que deve ser trazido para discussão na sociedade, para assim romper com estereótipos, rotulando os sujeitos que estão em determinada situação. É comum culpabilizar os usuários abusivos de drogas, e trazer os conhecimentos acerca do tema para debate na sociedade contribuiria para promover maior apropriação, buscando evitar a perspectiva do preconceito, que observa os fatos de forma fragmentada da realidade.

Em relação ao projeto de intervenção, considera-se que foi um processo de contribuição para a experiência profissional, pois foi o primeiro momento aonde se conduziu, sem a presença da Assistente Social, uma intervenção direta com os usuários, se configurando em um período de oportunizar conhecimento e compreensão aos sujeitos, no entanto, foi de grande aprendizado para a estagiária. Tal etapa do processo de estágio é reconhecida como algo que também ofereceu autoconhecimento profissional e pessoal, onde se constatou limitações a ser trabalhadas na perspectiva de sua superação, visando tanto na melhoria das intervenções junto aos usuários, quanto nas relações sociais vivenciadas na sociedade.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo (coord.) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 136.p.

BONINI, Juliana de Oliveira Reis. **Novos arranjos familiares: da família da idade medieval à família da atualidade. Conversando sobre família recomposta ou família de recasamento**. Disponível em:

http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/N202644.pdf Acesso em 20/05/17.

BRASIL. **Lei 10.216, de 2001**. Lei que dispõe dos direitos dos portadores de transtornos mentais. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm Acesso em 06/07/17.

_____. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. 2.ed. rev. ampl.– Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwju3qDOmZjUAhUCQpAKHc_WCWMQFggmMAA&url=http%3A%2F%2Fbvsmms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2Fpolitica_atencao_alcool_drogas.pdf&usq=AFQjCNEcd8PYcY5RvQ3oK2HY1ohyhFcWFA Acesso em 27/05/17.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em 12/11/17

_____. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em 06/07/17.

_____. **Violência Intrafamiliar: orientações para a prática em serviço**. Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf Acesso em 12/11/17.

BORGES, J.M.D. MARINHO, H.H. SILVA, M.R. **O trabalho em rede como uma estratégia de enfrentamento a fenômenos sociais complexos: uma alternativa de atuação mediante a violência doméstica contra as mulheres**. Belo Horizonte – MG, 2013. Disponível em: [http://www.cress-mg.org.br/arquivos/simposio/O%20TRABALHO%20EM%20REDE%20COMO%20UMA%](http://www.cress-mg.org.br/arquivos/simposio/O%20TRABALHO%20EM%20REDE%20COMO%20UMA%20)

20ESTRAT% C3% 89GIA% 20DE% 20ENFRENTAMENTO% 20A% 20FEN% C3% 94MENOS
% 20SOCIAIS% 20COMPLEXOS.pdf Acesso em 12/09/17.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social: Elementos para o Debate**. In: **Saúde e Serviço Social** BRAVO, M.I. S et alli (Orgs). São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

BRITTO, Renata Corrêa. **A Internação Psiquiátrica Involuntária e a Lei 10.216/01. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental**. Disponível em: <http://thesis.icict.fiocruz.br/pdf/brittorcm.pdf> Acesso em 28/05/17.

BUSSULA, Danila. A. OLIVEIRA, Dayane. A. L. VOLPATO, Luci. M. B. **O trabalho dos assistentes sociais juntos ao portador de transtorno mental e sua respectiva família**. Disponível em: <http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/2169/2349> Acesso em 12/11/17.

CFESS. **Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf Acesso em 21/10/17.

COSTA, Alice Albino. **Combate às drogas: Internação compulsória**. Disponível em: http://www.emerj.tjrj.jus.br/paginas/trabalhos_conclusao/1semestre2012/trabalhos_12012/alic_ealbinocosta.pdf Acesso em 12/11/17.

Diferença entre uso, abuso e dependência. Disponível em: <http://www.clinicareencontro.com.br/diferenca-entre-uso-abuso-e-dependencia/> Acesso em 21/10/17.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do estado**. Trad. Ruth M. Klaus. São Paulo: Centauro, 2002.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Saber profissional e poder institucional**. - 10.ed.- São Paulo: Cortez, 2011.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

GONÇALVES AM, SENA RR. **A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família**. Revista Latino-am Enfermagem 2001 março; 9 (2): 48-55. Disponível em: <http://www.readcube.com/articles/10.1590/S0104-11692001000200007> Acesso em 25/05/17.

GANEV, Elaine. LIMA, Wagner de Lorence. **Reinserção social: processo que implica continuidade e cooperação.** Revista Serviço Social e Saúde. UNICAMP Campinas, v. X, n. 11, Jul. 2011.

GOULART, D.C.S. SOARES, A.C.N. **Famílias e dependência de drogas: interfaces com as políticas públicas.** Disponível em: <http://www.cress-mg.org.br/arquivos/simposio/FAM%C3%8DLIAS%20E%20DEPEND%C3%8ANCIA%20DE%20DROGAS.pdf> Acesso em 12/11/17.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade no trabalho do Assistente Social.** Disponível em: <http://www.cedeps.com.br/wp-content/uploads/2009/06/Yolanda-Guerra.pdf>. Acesso 16/10/17.

História e apresentação da Fundação Ivan Goulart. Disponível em: <http://www.hospitalivangoulart.org.br/>. Acesso em dezembro de 2016.

Hospital Ivan Goulart. **Balanco Social 2015.** ed. 3, 2016.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.** - 4.ed.- São Paulo: Cortez, 2010.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** - 34. ed.- São Paulo: Cortez, 2011.

KOSIK, Karel. **Dialética do Concreto.** 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

LEWGOY, A. M. B. e SILVEIRA, E. M. C. **A entrevista nos processos de trabalho do assistente social.** Revista Textos & Contextos Porto Alegre v. 6 n. 2 p. 233-251. jul./dez. 2007.

MARQUES, A. C. P. R. RIBEIRO, M. (org.). **Guia Prático sobre Uso, Abuso e Dependência de Substâncias Psicotrópicas para Educadores e Profissionais da Saúde.** Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/infanciahome_c/dr_drogadicao/dr_doutrina_drogadicao/Guia%20Pratico%20sobre%20%20Uso%20e%20Dependencia%20de%20Drogas.pdf Acesso em 15/12/17.

MESQUITA, JF. NOVELLINO, MSF. CAVALCANTI, MT. **A reforma psiquiátrica no Brasil: Um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental.** Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_4/abep2010_2526.pdf Acesso em: 26/05/17.

MORAES, L. M. P. BRAGA, V. A. B. SOUZA, A. M. A. ORIÁ, M. O. B. **Expressão da codependência em familiares de dependentes químicos.** Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/160> Acesso em 15/12/17.

OLIVEIRA, A.M.N. NITSCHKE, R.G. SILVA, M.R.S. GOMES, G.C. BUSANELLO, J. **Repensando as relações intrafamiliares sob um olhar Foucaultiano.** Rev. Rene. Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 152-158, jul./set.2009.

OLIVEIRA, NHD. **Recomeçar: família, filhos e desafios.** São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/965tk/pdf/oliveira-9788579830365.pdf> Acesso em 24/05/17

O trabalho do assistente social junto aos portadores de transtorno mental e sua respectiva família. Disponível em: <http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/2169/2349>.

PAIM, JS. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf> Acesso em 27/05/17.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores.** História, Ciências, Saúde. Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf> Acesso em 27/05/17.

PEREIRA, MO. VARGAS, D. OLIVEIRA, MAF. **Reflexão acerca da política do Ministério da Saúde brasileiro para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas sob a óptica da Sociologia das Ausências e das Emergências.** Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180669762012000100003 Acesso em 30/05/17.

PONTES, Reinaldo. **Mediação e Serviço Social.** 3.ed. São Paulo: Cortez, 2002.

Plano Terapêutico da Ala Recomeçar. 2013. Arquivo interno.

SILVA, Ana Cristina Ferreira. **Reflexões sobre a proposta de internação compulsória de dependentes químicos.** Ciências Sociais Aplicadas em Revista - UNIOESTE/MCR - v. 13 - n. 25 - 2º sem. 2013 - p. 137 a 155.

SOBRAL, C. A. PEREIRA, P. C. **A co-dependência dos familiares do dependente químico: revisão da literatura.** Disponível em: <http://files.codependencia->

quimica.webnode.com/2000000016a68e6c5e0/N%C3%A3o%20h%C3%A1%20estudos%20satisfat%C3%B3rios%20sobre%20a%20co-dependencia.pdf Acesso em 15/12/17.

SOCOL, Keity Laís Siepmann. TERRA, Marlene Gomes. RIBEIRO, Danilo Bertasso. TEIXEIRA, Joze Karlem da Silva. **O cotidiano das relações familiares com indivíduo dependente químico**. Santa Maria, 2014.

SOUSA, Charles Toniolo de. **A prática do assistente social: conhecimentos, instrumentalidade e intervenção profissional**. In. Emancipação, Ponta Grossa, p.119-132, 2008.

TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito**. História, Ciências, Saúde. Rio de Janeiro, vol. 9(1): 25-59, jan.-abr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf> Acesso em 27/05/17.

VAITSMAN, Jeni. **Monitoramento e avaliação de programas sociais: principais desafios**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, UNESCO, 2009.