

**UNIVERSIDADE ALTO VALE DO RIO DO PEIXE – UNIARP
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

DILETA SCHAITEL

**DEPENDÊNCIA QUÍMICA:
A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DO DEPENDENTE QUÍMICO**

**CAÇADOR
2017**

DILETA SCHAITEL

**DEPENDÊNCIA QUÍMICA:
A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DO DEPENDENTE QUÍMICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como exigência para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, do curso de Serviço Social da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP, sob a orientação da professora Janes Guzella.

**CAÇADOR
2017**

**DEPENDÊNCIA QUÍMICA:
A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DO DEPENDENTE QUÍMICO**

DILETA SCHAITEL

O presente Trabalho de Conclusão de Curso foi considerado apto com nota _____, aprovado em _____, de _____, de _____, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof. Janes Guzella

Coordenadora do Curso de Serviço Social:
Doutora Fátima Noely da Silva

**CAÇADOR
2017**

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus, que me deu força, sabedoria e perseverança para que este sonho fosse realizado. Às minhas filhas e ao meu marido pelo carinho, dedicação, pelo incentivo e paciência, principalmente nos momentos mais difíceis. Meu carinho todo especial a minha Mãe (Maria) que soube compreender a minha ausência nas reuniões familiares.

Agradeço à professora orientadora Janes Guzella por ter aceitado fazer parte deste trabalho. Também às Professoras Luciana Marques e Daiana Cristina Pedro, Adriane Alves Cruz, Dra. Fátima Noelly da Silva, pelo carinho e atenção

Agradeço também a todos os professores que tive a honra de ter encontrado nesses quatro anos de faculdade e que são fundamentais na formação de futuros profissionais de Serviço Social. Meu sincero agradecimento a todos os Profissionais Assistentes Sociais e Técnicos e as Instituições onde realizei os Estágios: CAPS Videira, Departamento de Ação Social, CRAS Amarante, Comunidade Terapêutica São Francisco – CTSE, todos na Cidade de Videira – SC.

Agradeço a todos os meus familiares e amigos pela paciência e apoio que me forneceram neste período.

A todos vocês o meu mais sincero agradecimento, por tornarem possível a realização desta etapa tão importante, pela compreensão, pelos conselhos e pela troca de experiências que foram importantes nesta primeira etapa da minha formação profissional.

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso sob o título: *Dependência Química: A Importância da Família no Tratamento do Dependente Químico* apresenta um estudo bibliográfico a respeito dos tipos de drogas existentes em nossa sociedade, assim como as ações tomadas pelo Estado que, atualmente, vem tratando essa questão como problema de saúde. Entre as políticas públicas de atendimento, está o trabalho desenvolvido em Comunidades Terapêuticas, buscando a reabilitação do dependente, e a importância da família nessa recuperação. Os arranjos familiares e os problemas nessa instituição familiar que podem acarretar no uso de substâncias psicoativas. O trabalho do assistente social na Comunidade Terapêutica é fundamental no processo de tratamento e no engajamento da família para apoiar o dependente na recuperação. Descremos o estágio supervisionado obrigatório de serviço social, realizado na Comunidade Terapêutica São Francisco, de Videira – SC, contribuindo para a recuperação do dependente químico, oferecendo suporte às famílias co-dependentes.

Palavras- chave: Dependência química, famílias, Serviço Social.

ABSTRACT

This Undergraduate thesis under the title “Chemical Dependence: The Importance of the Family in the Treatment of Chemical Dependent” presents a bibliographic study regarding the types of drugs existing in our society, as well as actions taken by the State that is currently dealing with this issue as a health problem. Among the public policies of care is the work developed in Therapeutic Communities, seeking a rehabilitation of the dependent, and the importance of the family in this recovery. Family arrangements and family problems that may result in non-use of psychoactive substances. The social worker's work in the Therapeutic Community is critical in the treatment process and not engaging the family for the dependent's recovery support. We describe the compulsory supervised social service stage, held in the São Francisco Therapeutic Community of Videira - SC, contributing to a recovery of the chemical dependent, offering support to co-dependent families.

Keywords: Chemical Dependency, Families, Social Work.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AA – Alcoólicos Anônimos

ABESS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AS – Assistente Social

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência

CBAS – Congresso Brasileiro de Assistência Social

CEAS – Centro de Estudo e Ação Social

CENTRO POP – Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua

CF – Constituição Federal

CFAS - Conselho Federal de Assistentes Sociais

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CFSS - Conselho Federal de Serviço Social

CID – Código Internacional de Doenças

CIS AMARP – Consórcio Intermunicipal de Saúde e Associação dos Municípios do Alto Vale do Rio do Peixe

CNSS – Conselho Nacional de Serviço Social

COMADs – Conselhos Municipais Anti Drogas

CONAD – Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas

CR – Consultórios na Rua

CRAS – Centro de Referência em Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CRESS – Conselho Regional de Serviço Social

CT – Comunidade Terapêutica

CTSF – Comunidade Terapêutica São Francisco

DMT – Dimetiltryptamina

DOM - Diário Oficial dos Municípios

DQ – Dependência Química

DRA – Doutora

ESF – Estratégia Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América
FAPESC - Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina
FEBRATEC – Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas
FUNAD – Fundo Nacional Anti Drogas
IBGE – O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LBA – Legião Brasileira de Assistência
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social
LSD - Dietilamida do ácido lisérgico
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
NA – Narcóticos Anônimos
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONGs – Organizações Não Governamentais
ONU – Organização das Nações Unidas
PAFE – Programa de Atenção Familiar Especializado
PAIF – Programa de Atenção Integral à Família
PAS – Plano de Atendimento Singular
PAS – Programa de Atendimento Singular
PNAIF – Programa Nacional de Atendimento Integrado à Família
PNAS – Política Nacional da Assistência Social
PNASH – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PUC – Pontifícia Universidade Católica
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SC – Santa Catarina
SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SENAI – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SESI – Serviço Social da Indústria
SISNAD – Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas

SNAS – Secretária Nacional de Assistência Social

SP – São Paulo

SPA – Síndrome da Dependência Psicoativa

Sr – Senhor

SS – Serviço Social

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Terapia Cognitiva Comportamental

THC – Tetraidrocanabinol

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNIARP – Universidade Alto Vale do Rio do Peixe

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 REFERENCIAL TEÓRICO	14
1.1 CONCEITO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA	14
1.1.1 Sintomas da Dependência Química	15
1.2 TIPOS DE DROGAS	16
1.2.1 Álcool	17
1.2.2 Maconha	18
1.2.3 Benzodienepínicos	19
1.2.4 Solventes/Inalantes	19
1.2.5 Opióides/ Opiáceos	20
1.2.6 Cocaína	20
1.2.7 Crack	21
1.2.8 OXI	22
1.2.9 Nicotina	22
1.2.10 LSD (Dietilamina do Ácido Lisérgico)	23
1.2.11 Ayahuasca	24
1.2.12 Êxtase	24
1.2.13 Mescalina	25
1.3 POLÍTICAS PÚBLICAS GOVERNAMENTAIS DE ATENDIMENTO – DA REFORMA PSIQUIÁTRICA À CONSTITUIÇÃO DE 1988	25
1.4 SISTEMA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS	37
2 AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS	39
2.1 COMO O GOVERNO FEDERAL AS DEFINEM	39
2.2 AS LEGISLAÇÕES QUE REGEM AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS:	43
2.3 A COMUNIDADE TERAPÊUTICA SÃO FRANCISCO	47
2.3.1 Histórico e objetivos	48
2.3.2 Estrutura	49
2.3.3 Seu funcionamento/ metodologia de tratamento	50
2.3.4 O papel do Serviço Social na Instituição	55
2.4 A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO E NA RECUPERAÇÃO DO DEPENDENTE QUÍMICO	57

2.4.1 A Configuração da Família Contemporânea.....	57
2.4.2 A Família e as Políticas Sociais.....	61
2.4.3 A Família e o Dependente Químico.....	65
3 ANÁLISE E DESCRIÇÃO DO ESTÁGIO DE SERVIÇO SOCIAL.....	73
3.1 CONCEPÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL NORTEADORA DO ESTÁGIO.....	73
3.1.1 O histórico do Serviço Social.....	73
3.2 PROGRAMA DE ACOLHIMENTO E REINSERÇÃO SOCIAL- INSTITUCIONAL.....	89
3.2.1 Programa de acolhimento e reinserção social.....	89
3.2.2 Atividades do programa de acolhimento e reinserção social:.....	90
3.2.3 Programa de Atenção Familiar Especializado – PAFE.....	90
3.2.4 Serviço de Atendimento Social Individualizado para famílias dos acolhidos....	91
3.3 PROJETO ACADÊMICO.....	91
3.3.1 Objetivos do Projeto Acadêmico de Estágio:.....	92
3.3.2 Objetivos Gerais.....	92
3.3.3 Objetivos Específicos.....	92
3.4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO ESTÁGIO.....	93
3.5 A CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS SOCIAIS DA PRÁTICA DE ESTÁGIO.....	96
3.6 DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO.....	97
3.6.1 Relato de Atividades Desenvolvidas no Período de Estágio.....	97
3.6.2 Atendimento Social ao Acolhido.....	99
3.6.3 Atendimento individual de um familiar.....	100
3.6.4 O que é a Recaída.....	105
3.6.5 Como acontecem as saídas para a Ressocialização.....	106
3.6.6 Período que acontece a Graduação e a conclusão do tratamento:.....	107
CONSIDERAÇÕES FINAIS DO ESTÁGIO.....	108
CONCLUSÃO.....	110

INTRODUÇÃO

O Trabalho de Conclusão de Curso faz parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Assistente Social, do Curso de Serviço Social, sendo obrigatória a disciplina de Normas e Planejamento, ministrada pela Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP, sob orientação da professora Dra. Hillevi Maribel Haymussi.

O tema desenvolvido é sobre dependência química, considerado complexo e amplamente debatido atualmente. Uma pessoa, ao se tornar dependente químico, terá seu corpo tão habituado à determinada droga que apresentará sintomas físicos ao ficar algum tempo sem fazer uso da substância.

A influência da família no tratamento dos dependentes químicos em tratamento, internados em uma Comunidade Terapêutica, será objeto deste trabalho científico, que apresenta conhecimento teórico e prático adquiridos durante o estágio supervisionado, durante a formação acadêmica.

Nos primeiros capítulos serão abordados e descritos os diferentes tipos de drogas, assim como seus efeitos. As políticas públicas para o controle dos problemas causados pelas drogas, o enfrentamento da situação de vulnerabilidade enfrentada pelas famílias atingidas e as mudanças ocorridas com a Reforma Psiquiátrica também serão temas abordados.

Por muito tempo, família e sociedade trataram a dependência química como “vício”, porém com a promulgação da Constituição Federal Brasileira de 1988, a dependência de substância psicoativa passou a ser vista como uma doença que precisa ser tratada.

Portanto, é necessário para as universidades, para a sociedade e, principalmente, para os profissionais que atuam com dependentes químicos a melhor compreensão sobre o tema, de forma que haja uma maior conscientização de toda a população, a fim de que seja possível diminuir a incidência do uso de drogas.

As comunidades terapêuticas serão descritas e, especialmente, o trabalho desenvolvido na Comunidade Terapêutica São Francisco, assim como sua estrutura, metodologia de tratamento e as observações durante o estágio lá realizado, nos capítulos 2 e 3.

No último capítulo do trabalho, apresentamos o estágio supervisionado de serviço social obrigatório, que ocorreu na Comunidade Terapêutica São Francisco, na cidade de Videira – SC. Esta Comunidade é uma Instituição da Sociedade Privada, sem fins lucrativos, que trabalha para minimizar os impactos ocasionados pelo uso/abuso de substâncias psicoativas na vida dos dependentes químicos e de suas famílias.

Nesse contexto, para o Assistente Social que atuano programae no meio acadêmico, o tema dependência química é de extrema relevância, uma vez que esta problemática vai de encontro aos desafios enfrentados por diversos profissionais. O presente estudo pretende, também, demonstrar que os profissionais responsáveis no auxílio da recuperação dos dependentes, devem incentivar e conscientizar as famílias sobre o tema e sobre o apoio que o dependente precisa, destacando a importância do trabalho do Assistente Social, na mediação dos conflitos familiares oriundos da dependência química.

Este Trabalho de Conclusão de Curso tem como principal objetivo evidenciar a importância da família no tratamento da dependência química.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 CONCEITO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Este capítulo apresentará uma abordagem teórica sobre a dependência química, suas consequências na vida das pessoas e o seu efeito sobre a saúde. Também será apresentada uma breve abordagem sobre os tipos de drogas.

Para nós humanos, a dependência é algo sempre constrangedor, algo que nos oprime, limita porque tolhe nossa liberdade, limita nossas capacidades para realizar nossas aptidões. A dependência infringe a liberdade. Neste texto iremos abordar a dependência do uso de drogas. Existem conceitos como dependência física, que trata do comportamento de busca de droga, como característica central e, dependência psicológica que se caracteriza pelo fato de a droga ocupar lugar central no pensamento, dominando e regendo as emoções e atividades desempenhadas, prevalecendo o desejo incontrolável de uso contínuo.

Atualmente, não se faz mais distinção entre dependência física e psicológica, devendo-se utilizar o conceito de dependência química quando se fizer referência à pessoa usuária de substância psicoativa, sem que assim a desejem.

As substâncias psicoativas podem ser utilizadas, pelas pessoas, como uma maneira de alterar o humor e as emoções. Esse uso deixa as pessoas suscetíveis ao abuso das drogas e isso poderá acarretar a chamada síndrome da dependência. Geralmente, as pessoas apontam motivos para o início do uso das drogas, que vão sendo substituídos por outros e, assim, o consumo se mantém. Sejam quais forem os motivos, esses nunca são suficientes para explicar a causa da dependência, que é considerada uma doença crônica.

A Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) define como característica principal da dependência: a presença de um grupo de sintomas que indica o uso contínuo de determinada substância, mesmo que não sejam observados problemas relacionados ao seu uso.

Segundo Viana Filho (2012):

Profissionais da área de assistência à saúde fazem a comparação entre a droga e uma chave. Quando é ingerida alguma substância indevida, ao chegar ao organismo esta se depara com uma “porta de acesso” denominada dependência, na maioria das vezes esta porta é aberta, e o dependente não tem controle sobre o indivíduo. Em alguns casos (raros, isolados) a porta não se abre, e o usuário consegue parar de usar quando desejar.

Existe uma explicação científica relativamente para o fato de que a primeira experiência do ser humano com as drogas acontece certamente no ventre materno, quando a mãe faz uso de alguma substância psicoativa e o feto recebe de “carona” através do cordão umbilical pequenas doses dessa substância. Mesmo sem querer prejudicá-lo, ela ingeriu, seja para aliviar uma dor que estava sentindo, ou até mesmo para satisfazer um desejo ou comemorar um momento de alegria. Também existem aquelas mães em situação de rua que fazem uso de drogas para aliviar a fome, entre outros. Em ambos os casos, a droga assume – e muitas vezes consegue – a função silenciosa e implacável de destruir a pessoa e inclui-se aí o círculo familiar e social (PAULA; PIRES, 2002).

Os usuários de substâncias psicoativas apresentam sintomas de fácil percepção pela família, amigos e pessoas que são do seu convívio. No capítulo a seguir será falado sobre esses sintomas.

1.1.1 Sintomas da Dependência Química

Quando uma pessoa se torna usuário de drogas, emite sinais que podem ser facilmente percebidos pela família ou por pessoas em seu círculo de convivência. A observação precisa ser bastante minuciosa, já que somente um ou dois sintomas isolados podem aparecer por outras causas, não necessariamente uso de drogas. Entre os sintomas mais comuns, segundo Brito (1988, p. 145 e 146), em seu livro *O Desafio das Drogas*, estão:

- Mudanças de personalidade, assim como de humor repentino, com acessos de mau-humor inexplicados;
- Queda no rendimento escolar ou até abandono escolar;
- Isolamento social, evitar a companhia dos amigos e família;
- Abandono de atividades corriqueiras ou favoritas (como esporte ou hobbies);
- Quando motorista, pode começar a cometer infrações de trânsito;
- Mudança no círculo de amigos, telefonemas de pessoas desconhecidas;
- Intrigas familiares, gerando frequentes conflitos;

- Hostilidade frequente em relação às pessoas;
- Utilização de colírios frequentemente; olhos avermelhados;
- Surgimento de medicamentos, colírios, embalagens não comuns e até mesmo instrumentos utilizados para consumo (cachimbos, seringas);
- Aumento ou diminuição acentuadas de apetite;
- Irresponsabilidade repentina com afazeres;
- Distração, riso em excesso e sem motivo;
- Atitudes incomuns e antiéticas como mentir, roubar, faltar à escola ou trabalho.
- Alteração quanto aos hábitos de higiene e aparência pessoal;
- Atitudes fora do comum ou estranhas, como frequente uso de óculos escuros, mesmo em ambientes fechados ou com pouca luz;
- Uso de mangas compridas, mesmo em dias quentes;
- Ao serem mencionados temas relacionados às drogas, tem reação defensiva;
- Distúrbios do sono, apresentam-se frequentemente cansados e irritados;
- Objetos pessoais ou mesmo da família começam a sumir;
- Tom monótono na voz, falta de expressão facial;
- Som alto e mudar o horário da sua rotina (dia pela noite);
- Problemas incomuns de saúde, como afecções nos brônquios;
- Depressão, comentários suicidas.

Vários são os tipos de substâncias psicoativas passíveis de causar dependência que serão brevemente apresentadas no próximo capítulo.

1.2 TIPOS DE DROGAS

São consideradas drogas, segundo o SENAD (BRASIL, 2013, p. 85), quaisquer substâncias psicoativas naturais ou sintéticas que, conforme a circunstância de uso, podem funcionar como remédios ou venenos. Seres humanos buscam, tanto na natureza como em laboratórios, remédios que curem as doenças e ainda substâncias que alterem seu estado de espírito e modo de agir.

A sociedade costuma considerar como drogas somente as substâncias ilícitas como a maconha, a cocaína e o crack, que são os mais conhecidos. No entanto, no ponto de vista da saúde, várias substâncias tidas como legais podem ser igualmente perigosas, como o álcool, que também é uma droga, equiparando-se às outras.

As drogas são classificadas como psicoativas por serem substâncias que atuam diretamente no cérebro, afetando a atividade mental. Basicamente, elas são de três tipos (BRASIL, 2013, p. 90):

- **Drogas Depressoras:** Afetam o cérebro, diminuindo a atividade mental. Os efeitos são diminuição da atenção, concentração, tensão emocional e da capacidade intelectual. Fazem parte da classificação os ansiolíticos, álcool, inalantes (cola) e narcóticos (como morfina e heroína).

- **Drogas Estimulantes:** Afetam o cérebro, aumentando a atividade mental, assim ele funcionará de forma acelerada. Habitualmente utilizadas com o intuito de permanecer acordado por longos períodos de tempo, para a diminuição do apetite ou para a obtenção de estado de euforia. Em algumas situações, são utilizadas no tratamento de doenças, como déficit de atenção ou doenças neurológicas, em forma de medicação. Fazem parte dessa classificação a cafeína, o tabaco, anfetaminas, cocaína e crack.

- **Drogas Alucinógenas ou Psicodislépticas:** Provocam alterações no funcionamento do cérebro, alterando a percepção dos usuários. São consideradas alucinógenas o LSD, a maconha, o ecstasy e outras substâncias derivadas de plantas ou cogumelos (ayahuasca, ibogaína, sálvia, mescalina, psilocibina, entre outras). Muitas dessas substâncias são utilizadas em rituais religiosos, pois lhes são atribuídas propriedades que facilitam o contato com dimensões religiosas e, por isso, também chamadas de substâncias enteógenas. Apesar de poderem provocar psicoses, raramente causam dependência. Está sendo identificado potencial terapêutico dos psicodislépticos para algumas doenças, em diversas pesquisas.

1.2.1 Álcool

As bebidas que possuem álcool em sua composição são comumente usadas em ocasiões sociais, para comemorar uma data especial ou acompanhar uma refeição, sem avaliar os eventuais problemas que o uso pode desencadear, como

fatores relacionados à Saúde, Família, Social, Financeiro e Espiritual. O álcool encontrado nessas bebidas é o etanol, conseguido a partir da fermentação ou destilação de vegetais, como a cana-de açúcar. A quantidade de álcool existente varia de uma bebida para outra.

O nível de álcool no sangue de uma pessoa é chamado de alcoolemia, que é medida em gramas por litro (g/l). A embriaguez ou intoxicação será causada pela ingestão maior de álcool de que a pessoa pode eliminar, sendo que o organismo é capaz de eliminar uma dose-padrão por hora. Inicialmente, o consumidor ficará eufórico, desinibido, mais sociável e alegre. Conforme a ingestão aumenta, a atividade cerebral diminui e prejudica a coordenação motora.

A quantidade que pode ser considerada de risco pode variar de pessoa para pessoa e o espaço de tempo entre o consumo excessivo de álcool, que poderá acarretar consequências físicas e psicológicas relacionadas ao seu uso.

O álcool é uma droga considerada lícita, mas pode ser a porta de entrada para o uso de outras substâncias. Há grande facilidade de acesso ao álcool e o custo financeiro para manter o vício é baixo. A mídia investe em propagandas criativas e bem elaboradas, de forma que incentiva o consumo do álcool em destaque, visando somente o lucro financeiro e não a saúde da população.

1.2.2 Maconha

Planta psicoativa (*Cannabis sativa*) (BRASIL, 2013, p. 116), comumente encontrada em diversas regiões do mundo, sendo, assim, a droga ilícita mais consumida. São os brotos femininos que “secretam uma resina que contém mais de 60 alcaloides canabinóides, sendo o THC (9-tetrahydrocannabinol)” (BRASIL, 2013, p.116), que é o princípio ativo causador dos efeitos da droga.

Comumente usada em forma de fumo, a partir de cigarros caseiros, feitos a partir da combinação de brotos, folhas, caules e sementes do cânhamo. Pode ser encontrado o uso através da mistura com alimentos ou fumada em forma de haxixe – bolinhas de resina. A sua prevalência de uso fica somente atrás do consumo de álcool e de cigarros, constituindo-se assim na droga ilícita mais utilizada no mundo.

Seus efeitos podem variar, de acordo com a dose, via de administração e pureza, podendo ser euforia, fala excessivamente prolongada, aumento do desejo sexual, sensação de lentificação do tempo, aumento da sociabilidade, entre outros.

Também podem surgir efeitos físicos como pupilas dilatadas, palidez, aumento do apetite, tontura, tosse, sonolência, entre outros.

Também podem ocorrer efeitos psíquicos como alucinações, depressão, ataques de pânico e irritabilidade. Como efeitos psiquiátricos também podem ser observados: psicose, intoxicação prolongada (popular chapado) e flashbacks. A maconha pode causar dependência psicológica, podendo causar desconforto no usuário quando não fizer uso.

1.2.3 Benzodiazepínicos

Medicamentos que são utilizados para tratar os transtornos ansiosos, a partir do SENAD (BRASIL, 2013, p. 97). Suas propriedades farmacológicas se apresentam como sedativos, hipnóticos, ansiolíticos, relaxantes musculares e anticonvulsivos. Seus efeitos podem incluir confusão mental, dificuldades de concentração, disfunção sexual, irritabilidade, agressividade, além de trazer redução da frequência cardíaca, falta de ar e deixar a marcha instável.

O uso dessa substância somente será nocivo quando em altas dosagens ou associados à ingestão de álcool, opiáceos ou outras drogas depressoras, podendo então, resultar em overdose e até mesmo morte. Para ser seguro, o tempo de uso deve ser curto e sob acompanhamento médico, para que a pessoa não desenvolva tolerância, síndrome da abstinência e dependência.

1.2.4 Solventes/Inalantes

Podem ser encontrados em produtos domésticos ou industriais (BRASIL, 2013, p. 99). Têm como principal característica a evaporação rápida e o consumo é feito através da inalação, em busca de seus efeitos psicoativos e a rapidez que alcança o cérebro e sua rápida ação. A maioria dos usuários são adolescentes e adultos jovens, já que o custo é relativamente baixo e de fácil aquisição.

Os sintomas do uso dos solventes são semelhantes aos sintomas provocados pelo uso do álcool, sendo imediatos e de curta duração – em média 5 a 15 minutos. Inicialmente o sujeito sentirá excitação e desinibição, em seguida, depressão, quando houver uso de doses maiores.

1.2.5 Opióides/ Opiáceos

Opióides ou Opiáceos são termos utilizados de forma genérica em referência aos alcaloides que, a partir do SENAD (BRASIL, 2013, p.101),

Interagem com determinados receptores no cérebro, sejam eles originários da papoula (*Papaversomniferum*), seus análogos semissintéticos e sintéticos e os compostos endógenos (produzidos pelo próprio organismo).

O usuário dessa substância sentirá alívio das dores e uma breve sensação de bem-estar, mas em grandes quantidades os efeitos podem ser estupor, coma e depressão respiratória. Os mais comuns são a morfina, heroína, a hidromorfina, a metadona e a petidina. Os efeitos podem variar rapidamente da euforia à irritabilidade.

1.2.6 Cocaína

De acordo com o manual do curso para líderes, voluntários, profissionais e gestores de comunidades terapêuticas, produzido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, “a cocaína é uma substância natural, extraída das folhas de *Erythroxylon Coca*, uma planta encontrada principalmente na América do Sul” (BRASIL, 2013, p.105, 106). Pode se apresentar em forma de pó, quando será inalada, ou dissolvida em água para uso injetável ou sob forma de pedra, que é conhecido como crack e é fumada, com a utilização de cachimbos.

Também existem outras formas de consumo, que possuem muitas impurezas em sua produção, como a Merla, que também é fumada, e um produto grosseiro, chamado de pasta de coca, que é obtida nas primeiras fases da extração da cocaína, sendo também fumada em forma de cigarros, conhecidos como “basukos”.

O efeito da cocaína é anestésico, possui propriedades vasoconstritoras – que provoca diminuição do calibre de um vaso sanguíneo e estimula o Sistema Nervoso Central. Os efeitos serão sentidos qualquer seja a via de utilização – aspirada, inalada ou endovenosa. Também pode ocorrer dor no peito, contrações musculares, convulsões e até coma, chegando a paradas cardíacas e morte, em casos mais graves.

São comuns alguns efeitos indesejáveis da cocaína, podendo acontecer com pequenas doses, assim, o usuário que já desenvolveu tolerância à droga e precisa de altas doses para alcançar os efeitos desejados, poderá sofrer o aumento do aparecimento desses efeitos indesejáveis. Isso pode também explicar casos de overdose provocados por pequenas doses da droga.

Entre esses efeitos indesejáveis estão: comportamento agressivo, irritabilidade, paranoia, desconfiança e ainda, com alguns usuários de Merla e Crack pode haver a perda do interesse sexual. Efeitos mais graves podem ocorrer, como “distúrbios no ritmo cardíaco e ataques cardíacos, dores no peito, falência respiratória, apoplexia, convulsões, dores de cabeça e complicações gastrointestinais”. (BRASIL, 2013, p.106).

1.2.7 Crack

Também chamado de pedra (BRASIL, 2013, p. 107-108), é pouco solúvel em água, por isso é fumado, com ajuda de cachimbos e não injetado. É extraído do cloridrato de cocaína ou da pasta de cocaína. O que o diferencia da cocaína em pó é a via de uso, mas os efeitos são bastante parecidos.

Por ser fumado, alcança o pulmão, que por ser um órgão bastante vascularizado e de grande superfície, resulta em absorção instantânea e rapidamente atinge a circulação, alcançando, por fim, o cérebro, sendo a forma mais rápida de atingir os efeitos e considerada poderosa pelos usuários.

Os efeitos que são intensa euforia, ilusão de onipotência, e autoconfiança, têm duração muito rápida, em média 5 minutos, o que faz o uso mais frequente e a dependência ocorre facilmente, necessitando de investimento maior. Isso faz com que os usuários passem dias consumindo crack e durante esse tempo, não se alimenta, não dorme e chega a não ter cuidados básicos de higiene ou interesse pelas próprias condições físicas.

A dependência pode levar o usuário à agressividade e a utilização de qualquer meio para conseguir a droga, como roubar, vender seus pertences ou a prostituição. Entre os efeitos indesejados, o usuário pode ainda desenvolver hiperatividade, insônia, perda de sensação do cansaço e falta de apetite, que resultará em grande perda de peso em pouco tempo.

O usuário passa a ficar angustiado, com muito medo de ser flagrado pela família ou polícia usando a droga. Cortes nos dedos, queimaduras e rachaduras nos lábios e nariz também são frequentes, que podem ser causadas pela chama ou pelo ato de quebrar a pedra.

1.2.8 OXI

Produzida a partir da mistura de uma pasta-base de coca ou cocaína refinada, gasolina, cal virgem e solventes utilizados em construções. Existem relatos de uso de cimento, acetona, ácido sulfúrico, amônia e soda cáustica. Por utilizar esses materiais de baixo custo e sem fiscalização, acaba se tornando mais barata que o Crack, apesar de serem bastante semelhantes, inclusive seus efeitos. Segundo o SENAD (BRASIL, 2013, p.111):

Na boca, o querosene ou gasolina, combinados com o calor, provocam ferimentos labiais e na mucosa bucal danificam as papilas gustativas da língua, e ainda causam lesões esofágicas e corrosão dentária. A cal virgem na droga pode provocar fibrose pulmonar e os diversos produtos químicos adicionados à droga vão para o fígado, causando esteatose (aumento da gordura do fígado) e até cirrose hepática. A longo prazo, o cérebro é lesado, causando perda de memória e alterações cognitivas, como diminuição da capacidade de concentração e raciocínio.

O uso pode causar efeitos devastadores, como o grande aumento da chance de problemas cardiovasculares, como o infarto e o acidente vascular encefálico.

1.2.9 Nicotina

Considerado um alcaloide, é a principal substância psicoativa do tabaco. Pode se apresentar nas formas de tabaco para mascar, rapé, goma de mascar de nicotina ou a inalação da fumaça do tabaco, em forma de cigarros. (SENAD BRASIL, 2013, p.112).

A inalação de fumaça faz com que ocorra a absorção pelos pulmões e atinja o cérebro em segundos, podendo resultar tanto em efeitos estimulantes, quanto relaxantes. Alguns usuários apresentam um aumento na capacidade de focalização da atenção e efeito de alerta, outros relatam a redução da ansiedade e da irritabilidade.

A ação aguda da nicotina pode resultar em euforia leve, ansiedade, aumento da frequência cardíaca, melhora da atenção, náuseas, vômitos e piloereção – nome científico do comumente conhecido “arrepio”.

O usuário que se tornou dependente, pode desenvolver sintomas de irritabilidade, ansiedade, tensão, aumento do apetite, entre outros, com apenas algumas horas de abstinência.

O tabaco, além da nicotina, pode conter mais de 4000 substâncias e é considerado pela Organização Mundial de Saúde como possível causa de mortes através de doenças como câncer de pulmão, doenças cardíacas, bronquite crônica, enfisema, infarto do miocárdio, sinusite, derrame cerebral e envelhecimento prematuro da pele.

1.2.10 LSD (Dietilamina do Ácido Lisérgico)

Pode ser considerada a mais potente droga alucinógena, conforme SENAD (2013, p. 113). Encontrado em forma de um líquido doce, é usado em gotas ou “figurinhas” com desenhos, chamados de papel. Também conhecido como ácido, ponto, gota ou doce.

O efeito alucinógeno do LSD foi descoberto por acaso em 1943, pelo cientista suíço Albert Hoffman, ao ingerir o LSD acidentalmente pela primeira vez, e propositalmente, em um segundo momento. Nas décadas de 1950 e 1960, o LSD foi utilizado como medicação em tratamentos psiquiátricos, embora com resultados pouco satisfatórios.

Os efeitos surgem em torno de 30 minutos do seu consumo, podendo durar de 6 a 8 horas. Podem ser distorções perceptivas, sinestesia, perda da noção de tempo e espaço, alucinações, delírios que levam a pessoa se julgar com capacidades ou força extraordinárias, ansiedade, depressão, crises psicóticas, suor intenso, excitação e pode chegar a crises convulsivas.

O LSD, mesmo em doses elevadas, não leva à morte. Seu risco consiste à perturbação psíquica, pois o usuário perde a capacidade de avaliar situações de risco. Também não leva à dependência química, mas o uso prolongado pode causar a dependência psíquica ou psicológica.

1.2.11 Ayahuasca

Trata-se de uma bebida conseguida a partir da “ebulição ou imersão do cipó *Banisteriopsis caapi* com as folhas da *Psychotria viridis*, que contém uma potente substância alucinógena, a dimetiltriptamina ou DMT, responsável pelos efeitos.” (BRASIL, 2013, p. 121).

Seu consumo é, geralmente, em rituais religiosos e foi, para esse fim, reconhecida pela sociedade brasileira como prática religiosa legítima e regulamentada pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas – CONAD, em 2004.

Pode provocar efeitos como alucinações, sinestesia, sensação da alma se desprendendo do corpo, sensação do contato com locais e seres sobrenaturais, entre outros. Os usuários também podem apresentar efeitos físicos, como hipertensão, taquicardia, tremores, euforia e comprometimento da coordenação motora.

Mesmo sob uso crônico, não existem evidências de desenvolvimento de dependência ou síndrome de abstinência.

1.2.12 Êxtase

Conhecido também por ecstasy, cujo nome é metilenodioximetanfetamina, (SENAD, 2013, p. 122) trata-se de uma substância feita em laboratório, que apesar de ser derivada das anfetaminas, além da ação estimulante também possui propriedades alucinógenas. Provoca diminuição da serotonina, dopamina e noradrenalina, neurotransmissores responsáveis pela comunicação entre os neurônios, causando euforia, sensação de bem-estar, alterações da percepção sensorial e aumento da perda de líquidos.

Sua forma de apresentação mais comum é em forma de pílulas, mas pode ser encontrada em cápsulas, barras ou pó. Seus efeitos demoram, em média, 30 minutos para atingir seu pico, podendo variar entre usuários e a pureza da sua composição, sua duração pode ser de 4 a 8 horas.

Devido à sensação de bem-estar e despreocupação que a substância provoca no usuário, ele acaba não percebendo seus sintomas problemáticos, como náuseas, desidratação, febre e hipertensão. Sendo assim, pode ocorrer o agravamento do

quadro e evoluir para convulsões e até mesmo a morte, que também pode ocorrer quando a substância é ingerida concomitantemente com álcool.

Usuários frequentes podem ter perda de memória e de eficácia do cérebro. Assim como ataques de pânico, depressão, distúrbios do sono, psicose crônica, diminuição do apetite, hemorragia cerebral, trombose, arritmia cardíaca, entre outros.

1.2.13 Mescalina

Substância que se apresenta sob a forma de pó branco, extraído do cacto Peyote. O consumo mais comum é através da via oral, sendo mastigada ou bebida em forma de chá, raramente injetada, sendo um poderoso alucinógeno.

Possui várias semelhanças ao LSD, (SENAD, 2013, p. 124) como o fato de a dependência ser praticamente nula e os efeitos psíquicos, os mesmos. A diferença fica nos efeitos físicos, sendo os produzidos pela Mescalina muito mais potentes. Seu uso ainda está presente em rituais sagrados das tribos nativas da América do Norte, mas no Brasil seu cultivo e comercialização são proibidos.

Todo esse cenário de uso/abuso de drogas faz com que surja a necessidade de políticas públicas que busquem a reversão desse quadro e o tratamento dos usuários de substâncias psicoativas. A partir dessa necessidade, começam a surgir as Políticas Públicas Governamentais de Atendimento, que iniciam pela reforma psiquiátrica e os usuários têm seus direitos elencados e garantidos pela Constituição Federal, como será apresentado no capítulo a seguir.

1.3 POLÍTICAS PÚBLICAS GOVERNAMENTAIS DE ATENDIMENTO – DA REFORMA PSIQUIÁTRICA À CONSTITUIÇÃO DE 1988

Não existe ainda um consenso quanto ao termo que é adequado para designar pessoas com problemas mentais. A Lei 10.216/2001 escolheu o termo “pessoas portadoras de transtornos mentais”. Ainda pode ser ouvida a denominação “pessoa acometida de transtorno mental”, utilizada pela ONU em 1991, nos “Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental”.

A importância da terminologia utilizada se deve ao fato da tentativa de evitar o preconceito e o uso de expressões pejorativas, para se referir às pessoas que a lei da reforma psiquiátrica pretendeu proteger. A intenção é humanizar a questão, partindo da filosofia de respeito aos direitos fundamentais às pessoas envolvidas.

A necessidade de criar leis surgiu pela forma que as pessoas denominadas “loucas” eram tratadas, vistas como um incômodo à ordem social e o tratamento era a partir de internações em instituições, que muitas vezes não possuíam a mínima estrutura necessária.

No Brasil, a lei 10.216/2001, foi promulgada, mas não abrangeu todos os direitos considerados pela Resolução 46/119 aprovada pela Assembleia Geral da ONU em 17 de dezembro de 1991, que defendia a proteção das pessoas com doenças mentais e a melhoria da assistência à saúde mental.

A saúde mental pode ser conceituada, a partir de Gustavo Pinheiro (*apud* Lima e Branco Neto, p. 3), como “aquele estado de bem-estar psíquico, psicológico e mental, decorrente de percepção íntima e social integrada nas concepções político-constitucionais do Estado Democrático de Direito.” Isso se deve ao fato de que as pessoas que enfrentam essa situação sentem-se impedidas de exercer a sua cidadania, pois sofrem discriminação, e muitas vezes têm violado o princípio da dignidade humana (art. 1º, III, CF/88), o direito de ir e vir, a autonomia sobre o próprio corpo e o direito à não-marginalização (art. 3º, III, CF/88), (*apud* Lima e Branco Neto, p. 5), entre outros impedimentos.

A Constituição Federal, promulgada em 1988, determina a “saúde como direito de todos e dever do Estado”, em seu artigo 196, que leva ao entendimento que o acesso deve ser universal e gratuito. O termo saúde também deve englobar saúde física e mental, estendendo o atendimento às pessoas com doenças mentais.

A Reforma Psiquiátrica, que no Brasil é influenciada pelas ideias italianas, busca efetivar ações que dignifiquem as pessoas portadoras de transtornos mentais e o tratamento por elas recebido. Lima e Branco Neto (p.6) afirmam que:

É com este pensamento que a legislação sobre saúde mental no país dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por novas modalidades de atendimento, tais como: hospitais-dia, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS, trata dos direitos do portador de transtorno mental, articulado à luta em defesa dos interesses do portador de transtorno mental.

A partir daí o sistema de tratamento psiquiátrico passa a ser reestruturado. Em 31 de julho de 2003, a Lei 10.708, impulsiona o auxílio de reabilitação psicossocial a pacientes que estão em muito tempo de internação em hospitais psiquiátricos, onde serão incluídos em outros programas extra-hospitalares, buscando o fim do isolamento e o início de verdadeiros cuidados à saúde física e mental sejam proporcionados às pessoas que necessitam.

Conforme Delgado *et al* (2007, p. 39, *apud* Lima e Branco Neto), a Reforma Psiquiátrica:

[...] é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e seus familiares, nos movimentos sociais e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcada por impasses, tensões, conflitos e desafios.

Apesar de haver o entendimento pela OMS (Organização Mundial de Saúde) da deficiência e violação dos direitos humanos por parte dos hospitais psiquiátricos e de que, em muitas situações, o paciente alcança a cronicidade e não a melhora do quadro, acredita-se que o fechamento dessas instituições, pela própria OMS, precisa vir acompanhado de novas alternativas, buscando a efetivação da ação, ocorrendo ao mesmo instante, de forma coordenada. Cumprindo essa necessidade, a Lei 10.216/2001 instituiu que uma nova rede de cuidados da saúde mental seja criada e que as possibilidades oferecidas pela Constituição Federal sejam contempladas.

A inserção social do doente mental não é um processo simples, sendo que o próprio indivíduo precisa se reconhecer capaz, processo que depende do tratamento, que o auxiliará a ser autônomo e independente, a ponto de dirigir sua própria vida. Dessa forma, não basta a mera desospitalização do sujeito, mas a criação de possibilidades que ajudem no enfrentamento de desafios e na superação da exclusão sofrida.

No final de 2001 acontece, em Brasília, a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em que a participação dos movimentos sociais, de usuários e de seus familiares foi expressiva e que, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, p. 10):

Consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

A Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, criada pelo deputado Paulo Delgado, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica é sancionada, visando que o tratamento seja ofertado em bases comunitárias, apesar de não instituir, claramente, quais os mecanismos serão criados para a extinção dos manicômios. O Ministério da Saúde ressalta que também “Uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica é construída, e é traçada a política para a questão do álcool e outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos”. (BRASIL, 2005, p.9)

A redução de leitos psiquiátricos está acontecendo de forma efetiva em todos os estados brasileiros, apesar de com intensidades diferenciadas. Segundo dados do Ministério da Saúde entre “2003 e 2005 foram reduzidos 6.227 leitos”. (BRASIL, 2005, p. 14).

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem demonstrado grande empenho para efetivar a reintegração das pessoas portadoras de transtornos mentais. Serviços Residenciais Terapêuticos são então implantados, fazendo parte da política de saúde mental do Ministério da Saúde, também conhecidas como residências terapêuticas ou simplesmente moradias. Trata-se de casas urbanas, objetivando fornecer moradia para pessoas egressas de hospitais psiquiátricos, promovendo a reintegração na comunidade.

Cada indivíduo possui suas próprias necessidades, gostos e hábitos que precisam ser respeitados. Há também o limite de oito moradores por casa e um cuidador é designado para apoiá-los.

O Programa de Volta para Casa foi criado pela lei federal 10.708, sancionada em 2003, onde é concedido um auxílio-reabilitação para egressos de hospitais psiquiátricos e estar incluído em programas de reintegração social. O benefício pode ter renovação anual, se assim for considerado para o processo de reabilitação. Com esse programa, observou-se que muitas pessoas que estavam internadas há muitos anos não possuíam sequer os documentos necessários para o cadastro, reforçando a ideia de que estavam totalmente privados de exercer sua cidadania. Sendo assim, a primeira etapa de reintegração é a identificação das pessoas e a inclusão social.

Um desafio a ser vencido pela Reforma Psiquiátrica são os Manicômios Judiciários, já que, “não estão submetidos às normas gerais de funcionamento do SUS, ao PNASH/Psiquiatria (com única exceção dos Hospitais de Custódia do Rio de Janeiro)” (Ministério da Saúde, 2005, p. 22), e isso faz com que hajam denúncias frequentes de maus tratos e óbitos nessas instituições.

Entre tantos desafios que a Reforma Psiquiátrica enfrenta em seu processo de inclusão social é a reinserção das pessoas no mercado de trabalho. Em resposta a isso, surge um movimento conhecido como Economia Solidária, que busca, através da solidariedade, desenvolver empreendimentos coletivos e auto gerenciados como resposta à exclusão do mercado de trabalho. A partir desses projetos, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) reitera que:

É através de um diálogo permanente entre os campos da saúde mental e da economia solidária que o Programa de Inclusão Social pelo Trabalho das pessoas com transtornos mentais e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas começa a ser delineado.

É importante salientar que a Reforma Psiquiátrica tem como protagonistas “os gestores do SUS, os trabalhadores em saúde mental, e principalmente os familiares e usuários dos serviços ofertados pelos CAPS e de outros serviços substitutivos”. (Ministério da Saúde, 2005). Um desafio que busca uma política pública, mas também coletiva para a saúde mental.

Outro problema de saúde pública que vinha sofrendo omissão é a prevenção e tratamento aos transtornos relacionados ao uso/abuso do consumo de álcool e outras drogas, que acabava deixando a responsabilidade para outras instituições como as escolas, a segurança pública ou a justiça. Essas instituições têm papel relevante para a questão, mas há a necessidade de instituir-se uma política pública mais clara e incisiva para o problema. Existe ainda uma visão distorcida da realidade, onde o uso de drogas é associado à criminalidade, resultando em abordagens preventivas/terapêuticas ineficazes, já que são questões vistas com menos importância e que acabam, em algumas situações, reforçando o uso ou a dependência psicoativa.

Esse quadro de descaso começa a mudar somente em 2002, quando o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, p. 43) lança o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas buscando a

ampliação dos programas de tratamento, a compreensão efetiva do problema e a promoção de direitos e a abordagem de redução de danos. Inicia então o reconhecimento de que o uso de substâncias psicoativas deve ser visto como problema de saúde pública.

Esse é o marco inicial para o apontamento de diretrizes para o “tratamento e a construção da redessocioassistencial de atenção para as pessoas que fazem uso indevido de álcool e outras drogas” (Ministério da Saúde, 2005, p. 44) buscando prevenir as consequências negativas ocasionadas pela dependência química.

No ano de 2011 ocorre a publicação da Portaria 3.088, pelo Ministério da Saúde objetivando a instituição da “Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) 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”. (BRASIL, 2011).

Essa rede, conforme designação da portaria (BRASIL, 2011) é constituída por sete pontos de atenção, sendo a primeira a atenção básica; psicossocial especializada; urgência e emergência; residencial de caráter transitório; hospitalar; estratégias de desinstitucionalização; estratégias de reabilitação psicossocial. Cada um desses níveis de atenção é fornecido por instituições, com serviços especializados como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), destinados às pessoas com transtornos mentais, atendimento para crianças e adolescentes será fornecido pelo CAPSi e os usuários de drogas serão atendidos pelo CAPSad. Leitos e ambulatórios serão disponibilizados em hospitais gerais, para internação, assim como as Unidades Básicas de Saúde (UBS) fornecerão cuidados básicos e de base comunitária. A continuação do cuidado se dará mediante atendimento pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e consultórios na rua (CR). (BRASIL, 2011).

O artigo 7º da Portaria 3.088 institui o CAPS como responsável pela atenção psicossocial especializada, que será constituído por uma equipe multiprofissional, realizando atendimento às necessidades já elencadas anteriormente, por área territorial “em regime intensivo, semi-intensivo e não intensivo” (BRASIL, 2011). A realização dessas atividades se dará em espaços coletivos, articulando-se com outros pontos de atenção da rede de saúde, como SAMU, UPA 24 horas, hospitais e pontos de emergência, quando houver situações de urgência e emergência.

As Comunidades Terapêuticas fazem parte dos pontos de atenção na RAP na atenção residencial de caráter transitório (BRASIL,2011), sendo caracterizada como:

[...] serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

A equipe do CAPS é responsável por definir a indicação de acolhimento em Unidades de Acolhimento, elaborando o projeto terapêutico do usuário, acompanhando de forma especializada o período de acolhida, o planejamento de saída e a continuidade do cuidado, buscando a reinserção do usuário na comunidade. (BRASIL, 2011).

A internação, conforme a portaria, deve ocorrer em regime de curta permanência, através de serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas acometidas pelas necessidades citadas, sendo articulada com o Projeto Terapêutico Individual desenvolvido pelo serviço de referência do usuário, sempre com vinculação ao CAPS. A portaria define ainda como que são unidades que “compõe a rede hospitalar de retaguarda aos usuários de álcool e outras drogas, observando o território, a lógica da redução de danos e outras premissas e princípios do SUS.” (BRASIL, 2011).

A implantação da Rede de Atenção Psicossocial, conforme a portaria, será executada em quatro fases, sendo o Desenho Regional da Rede de Atenção Psicossocial, Adesão e Diagnóstico, Contratualização dos Pontos de Atenção e Qualificação dos componentes. Em cada uma das fases os dirigentes políticos do SUS deverão ser mobilizados.

A operacionalização da Rede de Atenção Psicossocial caberá: (BRASIL, 2011)

- I - à União, por intermédio do Ministério da Saúde, o apoio à implementação, financiamento, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial em todo território nacional;
- II - ao Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, apoio à implementação, coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial no território estadual de forma regionalizada; e
- III - ao Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, implementação, coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de

atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede De Atenção Psicossocial no território municipal.

O Ministério da Saúde definirá a implantação de cada componente e seu financiamento, publicando normas específicas para tanto.

Observou-se, conforme Costa et al, (2015, p. 245), a partir da complexidade do uso/abuso de substâncias psicoativas, que se faz necessário essa rede avançar além do setor de saúde, buscando uma perspectiva inter-setorial, considerando que

Com o avanço das políticas da assistência social e a configuração do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), dispositivos como os Centros de Atenção da Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS), Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua (Centro POP) e serviços de acolhimento institucional devem ser considerados para uma atenção integral ao usuário de drogas.

Costa et al (2015, p. 245) ressalta ainda a importância de recursos assistenciais provenientes da própria comunidade, complementando os dispositivos públicos, objetivando a ampliação das possibilidades assistenciais, englobando entidades socioassistenciais não governamentais, como as Comunidades Terapêuticas que atendem aos usuários de drogas.

Há a necessidade de que exista uma compreensão mais contextualizada e abrangente dessas instituições que compõe a rede de atenção aos usuários de substâncias psicoativas, buscando um entendimento sobre os processos e as relações que constituem entre si, em uma perspectiva relacional. Costa et al (2015, p. 245) destaca duas dessas relações: a referência, que é “o encaminhamento do usuário para serviços que mais se adequem às suas necessidades e às características da pessoa, isto é, à complexidade de seu caso” e a contrarreferência, que “é o processo por meio do qual esse último serviço fica responsável por prestar o cuidado necessário e encaminhar a pessoa de volta para o serviço inicial, viabilizando o cuidado compartilhado”. Esse sistema busca a promoção da integralidade do cuidado, propiciado pela comunicação entre os serviços.

Para que seja entendido o papel de cada uma dessas instituições, se faz necessário um estudo aprofundado a respeito de cada uma delas, elencando suas funções, objetivos, orientações técnicas e o papel fundamental que elas desempenham.

O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, é uma das principais portas de entrada para tratamento da saúde mental. Está inserida na atual política de saúde mental substituindo o modelo hospital excêntrico sendo que os CAPS foram regulamentados em fevereiro de 2002 através da portaria nº 336/GM, que dispõe sobre o papel estratégico dos CAPS na organização dos serviços prestados.

Vale ressaltar o papel fundamental dos Centros de Atenção Psicossocial, como informa o Ministério da Saúde (2005)

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o surgimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando, assim, as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território.

Ressalta ainda que:

São serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Os CAPS além de atenderem transtornos mentais severos e persistentes, tratam pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas e sua implantação segue critérios populacionais, sendo que para o atendimento a dependentes químicos será o CAPS AD, sendo que para a sua implantação o município precisa ter mais de 70.000 habitantes, podendo haver alteração conforme a realidade local.

A Lei nº 12.435/2011 define o CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social – como uma unidade pública estatal, com abrangência municipal ou regional, que objetiva ser referência de trabalho social especializados no SUAS. As famílias e indivíduos que se encontrem em situação de risco pessoal

ou social, por violação de direitos. Conforme as orientações técnicas do CREAS (BRASIL, 2011, p.12) seu trabalho está articulado

Com as demais unidades e serviços da rede socioassistencial, das demais políticas públicas e órgãos de defesa de direitos, além da organização de registros de informação e o desenvolvimento de processos de monitoramento e avaliação das ações realizadas.

Conforme orientações técnicas do CREAS (BRASIL, 2011, p. 11)

Em 2011, a Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011 (Lei do SUAS), assegurou-se definitivamente, no país, a institucionalidade do SUAS, garantindo avanços significativos, dentre os quais pode-se destacar o cofinanciamento federal operacionalizado por meio de transferência automática e o aprimoramento da gestão, serviços, programas e projetos de assistência social. A Lei do SUAS autoriza, ainda, que os recursos do cofinanciamento federal destinados à execução das ações continuadas de Assistência Social podem ser aplicados no pagamento dos profissionais que integrem as equipes de referência, responsáveis pela organização e oferta dos serviços socioassistenciais.

De modo geral, conforme suas orientações técnicas (BRASIL, 2011, p. 23) são competências do CREAS:

- Ofertar e referenciar serviços especializados de caráter continuado para famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos, conforme dispõe a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais;
- a gestão dos processos de trabalho na Unidade, incluindo a coordenação técnica e administrativa da equipe, o planejamento, monitoramento e avaliação das ações, a organização e execução direta do trabalho social no âmbito dos serviços ofertados, o relacionamento cotidiano com a rede e o registro de informações, sem prejuízo das competências do órgão gestor de assistência social em relação à Unidade.

Para o cumprimento dessas competências, o CREAS orienta-se pela garantia das seguranças socioassistenciais, fornecendo Segurança na Acolhida, conhecendo cada família e sua singularidade. A oferta de serviços de forma continuada faz parte da Segurança de convívio ou vivência familiar buscando o fortalecimento, resgate ou construção de vínculos familiares, comunitários e sociais. Os projetos individuais e coletivos de vida também são considerados e apoiados.

Conta ainda com a Segurança de Sobrevivência ou de Rendimento e de Autonomia objetivando o “empoderamento e o desenvolvimento de capacidades e potencialidades para o enfrentamento e superação de condições adversas oriundas das situações vivenciadas”. (BRASIL, 2011, p. 24).

O atendimento especializado fornecido pelo CREAS visa, portanto, maior grau de independência familiar e pessoal, com qualidade e primando pela associação entre o alcance a serviços, benefícios e programas de transferência de renda.

Faz-se necessário mencionar que a prevenção ao agravamento das situações atendidas se expressa pela atenção especializada e a qualificação do atendimento ofertado na instituição. Esse trabalho permite que a perpetuação de ciclos intergeracionais de violência intra-familiar, por exemplo, seja evitada, para que não acabe havendo a ruptura do convívio em busca de segurança.

Cabe ainda ressaltar que há a qualificação crescente da atenção especializada através de capacitação e educação contínuas, trocas de experiência, estudos de caso e assessoria de profissional externo, para que o atendimento ofertado pelo CREAS alcance seus objetivos. (BRASIL, 2011, p. 24).

O Centro de Referência de Assistência Social – CRAS também faz parte da Proteção Social Básica, que busca a prevenção de situações de risco e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. São atendidas pessoas em situação de vulnerabilidade social. Também conhecido como casa das famílias, a partir do guia de orientação técnica (BRASIL, 2005, p. 6), é:

- A unidade pública estatal responsável pela oferta de serviços continuados de proteção social básica de Assistência Social às famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade social.
- a unidade efetivadora da referência e contra-referência do usuário na rede socioassistencial do Sistema Único de Assistência Social - SUAS e unidade de referência para os serviços das demais políticas públicas.
- a “porta de entrada” dos usuários à rede de proteção social básica do SUAS. No CRAS são oferecidas os seguintes serviços e ações:
- apoio às famílias e indivíduos na garantia dos seus direitos de cidadania, com ênfase no direito à convivência familiar e comunitária;
- serviços continuados de acompanhamento social às famílias ou seus representantes;
- proteção social pró-ativa, visitando as famílias que estejam em situações de quaserisco;
- acolhida para recepção, escuta, orientação e referência.

O indicador utilizado para a necessidade de oferta de serviços de Proteção Básica é a taxa de vulnerabilidade social. Conforme o Guia de Orientação Técnica – SUAS nº1 (BRASIL, 2005, p. 7), o município deverá implantar um CRAS em territórios onde a vulnerabilidade social é identificada, aproximando os serviços dos usuários. O número de CRAS por município será definido de acordo com o porte do município e um número máximo de famílias a ser atendido em cada unidade. Os CRAS (BRASIL, 2005, p.7) poderão ser:

Pequeno Porte I – município de até 20.000 habitantes/5.000 famílias – mínimo de 1 CRAS para até 2.500 famílias referenciadas; Pequeno Porte II – município de 20.001 a 50.000 habitantes/de 5.000 a 10.000 famílias – mínimo de 1 CRAS para até 3.500 famílias referenciadas; Médio Porte – município de 50.001 a 100.000 habitantes/de 10.000 a 25.000 famílias – mínimo de 2 CRAS, cada um para até 5.000 famílias referenciadas; Grande Porte - município de 100.001 a 900.000 habitantes/de 25.000 a 250.000 famílias – mínimo de 4 CRAS, cada um para até 5.000 famílias referenciadas; Metrópole - município de mais de 900.000 habitantes/mais de 250.000 famílias – mínimo de 8 CRAS, cada um para até 5.000 famílias.

O CRAS precisa contar com um ambiente acolhedor, oferecendo recepção, salas para entrevistas e áreas convencionais de serviços. A privacidade, integridade e dignidade das famílias devem ser preservadas. O local deve ser acessível às pessoas idosas e com deficiência. (BRASIL, 2005, p.12)

A equipe do CRAS contará com profissionais para atendimento específico às famílias, sendo: Assistente Social, Psicólogo, Auxiliar Administrativo, Estagiários e Coordenador. Essa equipe receberá capacitação continuada e reuniões semanais serão realizadas para definição do trabalho a ser realizado com as famílias, membros e indivíduos, assim como “os serviços que isso envolve; avaliação bimensal do trabalho desenvolvido e dos indicadores de resultado a serem oportunamente definidos”. (BRASIL, 2005, p.13)

O principal programa de Proteção Social Básica, do Sistema Único de Assistência Social – SUAS é o Programa de Atenção Integral à Família – PAIF, sendo ofertado no CRAS, e busca a “ampliação da capacidade de proteção social e de prevenção de situações de risco no território de abrangência do CRAS”. (BRASIL, 2005, p.15).

O PAIF, criado em 18 de abril de 2004 (Portaria nº 78), pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS, aprimorou a proposta do Plano Nacional de Atendimento Integrado à Família – PNAIF, implantado pelo Governo Federal no ano de 2003. Em 19 de maio de 2004, o PAIF tornou-se “ação continuada da Assistência Social”, passando a integrar a rede de serviços de ação continuada da Assistência Social, financiada pelo Governo Federal (Decreto 5.085/2004).

O trabalho com as famílias e indivíduos, realizado pela equipe do CRAS, seguirão as seguintes diretrizes metodológicas do PAIF (BRASIL, 2005, p.16):

- Articular o conhecimento da realidade das famílias com o planejamento do trabalho;

- Potencializar a rede de serviços e o acesso aos direitos;
- Valorizar as famílias em sua diversidade, valores, cultura, com sua história, problemas, demandas e potencialidades;
- Potencializar a função de proteção e de socialização da família e da comunidade;
- Adotar metodologias participativas e dialógicas de trabalho com as famílias;
- Em caso de trabalho com famílias indígenas, quilombolas e outras comunidades tradicionais: - para implementação dos serviços, para além das diretrizes metodológicas já mencionadas, é indispensável que a equipe técnica estabeleça uma interlocução com lideranças, conselhos e associações indígenas, quilombolas e outras, para melhor condução dos trabalhos, levando sempre em conta a opinião dos beneficiários dos serviços, suas necessidades e o planejamento do trabalho.

Conhecendo as diversas instituições e o papel de cada uma delas no atendimento ao usuário de substâncias psicoativas e às famílias que se encontram em situação de vulnerabilidade social, confirma-se a importância da referência e a contrarreferência que, conforme JULIANI e CIAMPONE (1999), contribuem para a articulação entre os níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde. Explicam que a referência faz o encaminhamento do usuário, partindo do nível menor para o maior de complexidade e a contrarreferência faz o processo inverso, referenciando referenciar “do nível de maior para o de menor complexidade” (JULIANI; CIAMPONE, 1999).

Para que todos os direitos e as necessidades de atendimento sejam supridos de forma constitucional e igualitária, é necessário que se constituam leis que fundamentem esses trabalhos e que contribuam para o efetivo resultado. Para tanto, foi instituído o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, apresentado no próximo capítulo, com base na Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006 (BRASIL, 2006).

1.4 SISTEMA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS

O Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre drogas foi instituído pela Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006 (BRASIL, 2006) com as seguintes finalidades:

[...] prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas, define crimes e dá outras providências.

O Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, regulamentado, decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006, tem como objetivos, segundo o SENAD (2013, p. 13):

- Contribuir para a inclusão social do cidadão, tornando-o menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso indevido de drogas, tráfico e outros comportamentos relacionados;
- Promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país;
- Promover a integração entre as políticas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas;
- Reprimir a produção não autorizada e o tráfico ilícito de drogas;
- Promover as políticas públicas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, Estados e Municípios.

A partir da regulamentação do Sistema Nacional de Políticas Sobre Drogas-SISNADhouve a reestruturação do Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), visando a garantia da participação paritária entre governo e sociedade. Em 23 de julho de 2008, foi instituída a Lei nº11.754, que modificou o nome do Conselho Nacional Antidrogas para Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD). Alterou também o nome da Secretaria Nacional Antidrogas para Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Essa modificação, bastante aguardada, é considerada um marco na evolução das políticas Públicas no Brasil.

A lei define princípios e diretrizes direcionadas às atividades de zelo e incorporação à sociedade dos dependentes químicos e seus familiares. Garante que o Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD) poderá direcionar recursos às instituições da sociedade civil, sem fins lucrativos, que tenham atuação nas áreas da atenção à saúde e assistência social, que atendam aos usuários de substâncias psicoativas.

Ainda existem desafios em questão, como, por exemplo, dar especificidade às atividades de “prevenção, tratamento, acolhimento e reinserção social e econômica de usuários”. (FAPESC, 2015, p. 128). A lei ainda regulamenta questões quanto ao Procedimento Penal, os crimes e as penas para traficantes, apreensão, arrecadação e destinação de bens do acusado.

No próximo capítulo, serão conhecidas as Comunidades Terapêuticas, conforme a Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (BRASIL, 2013), que surgem como uma forma humanizada de tratamento aos dependentes de substâncias psicoativas, que irá caracterizar-se pela acolhida do usuário.

2 AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Neste capítulo a definição das Comunidades Terapêuticas pelos órgãos públicos será apresentado, assim como as características da Comunidade Terapêutica São Francisco, onde o estágio foi realizado.

2.1 COMO O GOVERNO FEDERAL AS DEFINEM

O nome Comunidade Terapêutica – CT surgiu na Escócia, segundo o SENAD (BRASIL, 2013) quando o Dr. Maxwell Jones percebeu que o tratamento psiquiátrico tradicional não surtia os efeitos desejados. Tentando encontrar uma solução, reuniu alguns profissionais a fim de investigar como se deveria falar com os pacientes, tentando mudar a forma de tratamento, buscando mais humanização e baseando-se na ideia de autoajuda ou ainda ajuda mútua. A primeira Comunidade Terapêutica-CT foi desenvolvida na Inglaterra, em 1940 e focava os atendimentos em pacientes com distúrbios de personalidade duradouros, acometidos de problemas psiquiátricos.

No Brasil,(BRASIL, 2013). as CT's aparecem com intensidade por volta dos anos 1970, mas sem regras regulamentares, o que resultou instituições precárias. Considerando a necessidade e os bons resultados pelo modelo das CT's e com as instituições organizadas em federações, a necessidade de um padrão e regras de regulamentação eram eminentes.

As CT's começam a ser incluídas em Leis regulamentares em 2001, como parte das “intervenções para tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional”, passando a fazer parte da Política Nacional sobre Drogas. (BRASIL, 2013).

Apesar desse avanço considerável, a discussão sobre a importância das CT's ainda continuava. Foi em 2011 que o Governo Federal em conjunto com diversos representantes das CT's conseguiu reverter a situação. A partir daí houve diversas reuniões governamentais importantes, com diferentes intenções: (BRASIL,2013)

- Reunião para alinhamento de ações no âmbito da saúde e assistência social entre comunidades terapêuticas e Governo Federal;
- Reunião para discussão sobre a metodologia do mapeamento das CT's de todo o Brasil;
- Reunião com a presidenta Dilma Rousseff, Ministro da Saúde, Secretário de Atenção à Saúde, Ministra da Casa Civil, Ministro da Justiça, Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas, Subsecretário de Políticas

sobre Drogas de Minas Gerais e diversos representantes das CT's no Brasil;

- Reunião com ministros da Casa Civil, Justiça, Saúde, Planejamento; secretários: Políticas sobre Drogas e Atenção à Saúde; diversos representantes das federações.

Na busca de um modelo eficaz para o tratamento aos dependentes de substâncias psicoativas foram também realizadas pesquisas, com o intuito de investigar cientificamente os procedimentos utilizados e sua eficácia, os pacientes indicados para esse ambiente, o papel dos profissionais envolvidos, sempre buscando a melhoria do serviço.

A legislação, através de suas normas, diretrizes, princípios e objetivos, segundo Costa (2017, p.11):

[...] passou a direcionar a linha de atuação que deve ser priorizada por órgãos governamentais e não governamentais que atuam, direta e indiretamente, na questão da dependência química, em caráter preventivo ou de tratamento; em sistema ambulatorial ou de internamento, prevalecendo a redução de danos ou a abstinência.

Assim, a dependência química entra para a esfera da saúde pública, levando as Comunidades Terapêuticas, que inicialmente focavam seu atendimento às pessoas vulnerabilizadas pela pobreza, a se adequarem às normas legais para ampliação do atendimento (Costa, 2017, p. 7).

As Comunidades Terapêuticas podem ser incluídas no âmbito das instituições que constituem o chamado terceiro setor, termo esse usado cada vez com mais frequência, apesar de ser tratado com ressalvas e, por vezes, criticado, não se pode desconsiderar que esse setor está alcançando grande evidência social tanto em âmbito nacional, quanto internacional. (Costa, 2017, p. 8)

Costa (2017, p. 8) parte do conceito de que a sociedade atual possui sua estrutura baseada em três setores, sendo o Estado, que compõe o primeiro setor, o segundo setor constituído pelo Mercado e as “Organizações da Sociedade Civil que atuam sem finalidade de lucro com atuações de interesse público”, formando o terceiro setor e atuando na esfera pública não estatal. Sendo assim, torna-se campo de trabalho para profissionais das ciências humanas e sociais que executam seu trabalho em “instituições não-governamentais, de assistência social, educação, saúde, lazer, cultura, dentre outras”.

A separação da sociedade em três setores na prática não é tão simples, pois eles estão interligados de tal forma que a separação acaba sendo somente para fins de explanação, pois a sociedade como um todo é formada de cidadãos a quem são atribuídos direitos e deveres; são direitos civis, políticos e sociais.

Portanto, para Costa (2017):

[...] o Terceiro Setor é formado por instituições (associações ou fundações privadas) não governamentais, que expressam a sociedade civil organizada, com participação de voluntários, para atendimentos de interesse público em diferentes áreas e segmentos. Avança da perspectiva filantrópica e caritativa para uma atuação profissional e técnica, na qual os usuários são sujeitos de direitos, tendo em vista o alcance de um trabalho qualitativamente diferenciado daquele que sempre marcou a história dessas organizações: o assistencialismo e a filantropia.

Essas instituições existem há muito tempo, mas a forma de vê-las e de entendê-las como organizações em crescimento, como no Brasil, é recente, sendo que elas tiveram seu início em países como EUA, Inglaterra e França. Costa (2017) demonstra esse crescimento através da:

Pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), divulgada em 2004, o Brasil possui 276 mil fundações e associações onde trabalham 1,5 milhões de pessoas, pagando salários e remunerações no valor de 17,5 bilhões!

Como explicação para esse crescimento, Costa (2017) destaca três principais razões:

1. A substituição gradativa e intencional das funções do Estado de Bem Estar Social pelo chamado Estado Mínimo, resultante da implantação também gradativa da política neoliberal, levando ao sucateamento das políticas sociais públicas. Embora o Estado de Bem Estar Social nunca tenha sido implantado efetiva e amplamente no Brasil, não podemos desconsiderar ações sociais de iniciativa pública, de importante presença no atendimento à questão social brasileira, reforçada, a partir de 1988, pela Constituição Federal seguida de diferentes leis orgânicas relacionadas ao atendimento a diferentes áreas e segmentos, que as promulgaram como dever do Estado e direito de cidadania;
2. A legislação social trazida pela Constituição Federal de 1988 e decorrentes Leis Orgânicas que, garantidoras dos direitos sociais e de cidadania, com ênfase na participação popular, implicou na necessidade do reordenamento técnico e administrativo das instituições estatais e da rede privada. Além disso, houve o surgimento cada vez mais atuante e participativo de grupos sociais organizados, buscando fazer valer os direitos e conquistas trazidas por essa legislação.
3. O acirramento da questão social: profundas desigualdades sociais, pobreza acentuada, fome, aumento da violência, etc.

As instituições que compõem o terceiro setor vêm desenvolvendo seu trabalho principalmente na esfera da assistência social, educação e saúde, buscando não apenas sobreviver, mas atuar com qualidade social, sendo um bom exemplo disso as Comunidades Terapêuticas, em questão. Para tanto, vieram propostas políticas e técnicas que as instituições precisam se adequar. Assim, a ideologia neoliberal ganha força, quando a instância federal busca determinar o estado mínimo, buscando repassar à sociedade civil responsabilidades da instância pública.

O trabalho do Assistente Social que atua no terceiro setor é regulamentado pela lei que regulamenta a profissão (Lei nº. 8.662, de 07/06/93), e algumas das suas atribuições são:

- Implantar, no âmbito institucional, a Política de Assistência Social, conforme as diretrizes da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS /93) e Sistema Único da Assistência Social (SUAS /04), de acordo com a área e o segmento atendido pela instituição ;
- Subsidiar e auxiliar a administração da instituição na elaboração, execução e avaliação do Plano Gestor Institucional, tendo como referência o processo do planejamento estratégico para organizações do terceiro setor
- Desenvolver pesquisas junto aos usuários da instituição , definindo o perfil social desta população , obtendo dados para a implantação de projetos sociais, interdisciplinares;
- Identificar , continuamente, necessidades individuais e coletivas, apresentadas pelos segmentos que integram a instituição , na perspectiva do atendimento social e da garantia de seus direitos , implantando e administrando benefícios sociais ;
- Realizar seleção sócio-econômica, quando for o caso, de usuários para as vagas disponíveis, a partir de critérios pré-estabelecidos, sem perder de vista o atendimento integral e de qualidade social; e nem o direito de acesso universal ao atendimento;
- Estender o atendimento social às famílias dos usuários da instituição, com projetos específicos e formulados a partir de diagnósticos preliminares;
- Intensificar a relação instituição/família, objetivando uma ação integrada de parceria na busca de soluções dos problemas que se apresentarem;
- Fornecer orientação social e fazer encaminhamentos da população usuária aos recursos da comunidade, integrando e utilizando-se da rede de serviços sócioassistenciais;
- Participar, coordenar e assessorar estudos e discussões de casos com a equipe técnica, relacionados à política de atendimento institucional e nos assuntos concernentes à política de Assistência Social;
- Realizar perícia, laudos e pareceres técnicos relacionados à matéria específica da Assistência Social, no âmbito da instituição, quando solicitado;(COSTA, 2017)

O trabalho do Assistente Social estará focado na garantia do direito de inclusão ao atendimento, buscando alcançar as metas, objetivos e diretrizes

presentes no planejamento estratégico da instituição, com o intuito de apresentar significativa contribuição.

2.2 AS LEGISLAÇÕES QUE REGEM AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS:

Vale ressaltar que a questão da dependência química só passou a receber atenção especial por parte do Estado a partir da Constituição Federal de 1988, quando foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD.

A partir do crescimento do consumo de substâncias psicoativas o papel exercido pelas Comunidades Terapêuticas se faz cada vez mais importante e há um grande aumento no número delas. Assim, a SENAD, juntamente com a ANVISA e a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRATEC) editaram a Resolução RDC 101, de 30 de maio de 2001, buscando a regulamentação das CT's e a garantia de que os dependentes químicos sejam abrigados adequadamente, com boa qualidade no atendimento (BRASIL, 2001b *apud* FAPESC, 2015, p.146).

Esses centros de tratamento consideram que para haver resultado efetivo no tratamento é necessário que as informações repassadas tenham relações com atitudes, valores e o estilo de vida de todos os envolvidos no processo.

Mais tarde, em 30 de junho de 2011, a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), vinculada ao Ministério da Saúde, publica a Resolução nº29, que dispõe sobre “os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas” (FAPESC, 2015, p. 147).

A Resolução ANVISA nº 29/11 (BRASIL, 2011 *apud* FAPESC, 2015, p.147) considera que as CT's são instituições destinadas a prestar serviços de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas, funcionando em regime residencial, onde a convivência coletiva entre as pessoas é a base do tratamento terapêutico. Destaca-se a necessidade de pessoas técnica e eticamente orientados e local protegido de todo o tipo de exposição da integridade física.

A Resolução objetiva, também, o estabelecimento com a sociedade civil, revisão de normas sanitárias, para que estejam de acordo com o Sistema Único de Saúde (SUS). Em Santa Catarina, a Resolução nº 002 foi publicada em 7 de

novembro de 2011, pela Diretoria de Vigilância Sanitária do Estado de Santa Catarina (SANTA CATARINA, 2011 *apud* FAPESC, 2015, p. 147), em que normas mínimas são estabelecidas para o funcionamento dos centros especializados em tratamento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependências de substâncias psicoativas.

O Ministério Público de Santa Catarina, na busca por fazer cumprir o preceito da Constituição Federal, de que toda pessoa deve ser tratada com dignidade e respeito, incluiu no seu Plano Geral de Atuação, “ações de orientação e fiscalização desses serviços quanto ao funcionamento” (FAPESC, 2015, p. 147).

A Lei Federal nº 11.343, regulamentada pelo decreto nº 5.912/2006 (BRASIL, 2006), instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) e estabelece que as atividades de atenção e as de reinserção social do usuário e do dependente de drogas e seus familiares devem observar os seguintes princípios e diretrizes:

- I - respeito ao usuário e ao dependente de drogas, independentemente de quaisquer condições, observados os direitos fundamentais da pessoa humana, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social;
- II - a adoção de estratégias diferenciadas de atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares que considerem as suas peculiaridades socioculturais;
- III - definição de projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde;
- IV - atenção ao usuário ou dependente de drogas e aos respectivos familiares, sempre que possível, de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais;
- V - observância das orientações e normas emanadas do Conad;
- VI - o alinhamento às diretrizes dos órgãos de controle social de políticas setoriais específicas.

Mais tarde, (BRASIL, 2011;2013, *apud* FAPESC, 2015, p. 148)

Em 16 de agosto de 2013, a Gerência Geral de Tecnologias em Serviços de Saúde da Agência Nacional de Vigilância Sanitária emitiu a Nota Técnica nº 55 com a finalidade de orientar e esclarecer quanto à aplicação da RDC nº 29, de 30/06/2011, para o funcionamento das Comunidades Terapêuticas e afins.

As condições de funcionamento e atuação das Comunidades Terapêuticas foram estabelecidas pela Resolução 002/DIVS/2011, pela Diretoria de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, em 07/11/2011 e

estipula prazos para as adequações necessárias ao cumprimento da RDC 29/11 (BRASIL, 2011; SANTA CATARINA, 2011, *apud* FAPESC 2015, p. 148)

A ANVISA, em sua Resolução – RDC/ANVISA Nº 101/2001, determina que em algumas situações não será possível o tratamento em Comunidades Terapêuticas:

- Quando há risco de morte por problemas causados pelo uso de drogas;
- Coma ou comprometimento da consciência, mesmo que a pessoa não tenha consumido drogas ultimamente;
- Em casos de uso de substâncias na tentativa de cometer suicídio;
- Quando houver sinais de agressão, com hematomas aparentes;
- No caso de alterações graves nos exames laboratoriais, passíveis de risco de morte;
- Na existência de outras patologias, não relacionadas ao consumo de drogas, como diabetes, por exemplo;
- Quando o dependente apresentar alucinações, delírios, síndrome de perseguição;
- Dependente acometido de problemas afetivos, como depressão;
- Alterações de pensamento, quando a pessoa adquire mania de grandeza, por exemplo;
- Indivíduo não controla suas vontades e torna-se negativo, pessimista, autodestrutivo, entre outros.

Cabe ressaltar que a ANVISA (RDC/ANVISA Nº 101, 2001) determina que sejam respeitadas as crenças religiosas ou ideológicas dos acolhidos, que a sua permanência é totalmente voluntária, podendo solicitar alta a qualquer momento, salvo em caso de o acolhido colocar sua vida ou de terceiros em risco. O sigilo, assim como o anonimato, também deve ser garantido, sendo que informações ou imagens do acolhido só poderão ser divulgadas sob autorização, por escrito, pela pessoa ou familiares.

O exercício da cidadania não pode ser privado aos acolhidos. A ANVISA (RDC/ANVISA Nº 101/2001) ainda afirma que as informações

Sobre direitos e deveres do usuário e de seus familiares ou responsáveis, devem ser fornecidas antecipadamente e por escrito. Os regulamentos e normas da instituição devem ser informações previamente ao paciente, que declarará sua concordância por escrito na admissão. É preciso garantir

cuidados com o bem-estar físico e psíquico do paciente, proporcionando um ambiente livre de álcool, outras drogas e violência.

As Comunidades Terapêuticas, conforme a RDC/ANVISA Nº 101/2001, devem possibilitar, ainda, que os acolhidos exerçam suas atividades espirituais, têm a obrigação de fornecer alimentação nutritiva, manter as instalações em boas condições de higiene e os alojamentos em condições adequadas de moradia. Os castigos físicos, psiquiátricos ou morais são terminantemente proibidos. O acompanhamento médico e a manipulação de medicamentos prescritos devem ser garantidos e acompanhados e todos os cuidados dispensados ao acolhido devem ser registrados, ao menos três vezes por semana. No caso de surgimento de doenças ou agravos à saúde, relacionados ou não ao uso ou privação de drogas, deve ser assegurado o encaminhamento às instituições de saúde. Mesmo após a alta, a instituição deve disponibilizar acompanhamento por até um ano.

As comunidades terapêuticas, segundo a ANVISA em sua RESOLUÇÃO - RDC Nº 29/2011, precisam estabelecer critérios, por escrito, definindo seu horário de funcionamento, atividades obrigatórias e opcionais, como as seguintes:

Alta terapêutica; Desistência (alta pedida); Desligamento (alta administrativa); Casos de mandado judicial; Evasão (fuga) e Fluxo de referência e contra-referência para outros serviços de atenção a outros agravos. [...] Avaliação médica por Clínico Geral; Avaliação médica por Psiquiatra; Avaliação Psicológica; Avaliação familiar por Assistente Social e/ou Psicólogo; Realização de exames laboratoriais; Estabelecimento de programa terapêutico individual; Exibição de filme e/ou fotografias para ciência da família e do assistido; Definição de critérios e normas para visitas e comunicação com familiares e amigos Alta terapêutica, desligamento, evasão, etc.

Ainda, segundo a ANVISA (RDC Nº 29/2011) devem ser estabelecidas regras quanto:

Horário do despertar; Atividade física desportiva variada diária; Atividade lúdico-terapêutica variada diária (por ex.: tecelagem, pintura, teatro, música, dança, modelagem, etc); Atendimento em grupo e/ou individual coordenado por profissional de nível superior habilitado em dependência de SPA, ao menos uma vez por semana; Atividade didático-científica para o aumento de conscientização; Atividade que vise estimular o desenvolvimento interior (por ex.: yoga, meditação, prática de silêncio, cantos e outros textos filosóficos reflexivos). Essa atividade é opcional para o residente, respeitando-se suas convicções e credos pessoais e oferecendo, em substituição, atividades alternativas; Atendimento médico psiquiátrico pelo menos uma vez ao mês, nos casos de co-morbidade; Atendimento em grupo por membro da equipe técnica responsável pelo programa terapêutico, pelo menos 3 vezes por semana; Participação diária, efetiva e rotativa da rotina de limpeza, organização, cozinha, horta, etc; Atendimento

à família durante o período de tratamento; Atividades de estudos para alfabetização, profissionalização, etc.

Em 2015, a resolução CONAD Nº 01/2015 (BRASIL, 2015) regulamenta,

[...]no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas.

A resolução CONAD nº 01/2015 (BRASIL, 2015) define as Comunidades Terapêuticas como entidades que “realizam o acolhimento de pessoas com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa”, sendo pessoas jurídicas e sem fins lucrativos. Fica claro em seu art. 4º que as instituições estarão condicionadas “à concessão de alvará sanitário ou outro instrumento congênere de acordo com a legislação sanitária aplicável a essas entidades”.

A instituição irá atuar de forma articulada à rede de prestação de serviços, presente em seu território, “de atenção, cuidado, tratamento, proteção, promoção, reinserção social, educação e trabalho, além dos demais órgãos que atuam direta ou indiretamente com tais políticas sociais”. (BRASIL, 2015)

A resolução reafirma as regras já estabelecidas pela ANVISA, a garantia de pedido de alta a qualquer momento, a individualidade, direito a visitas, programa de acolhimento, garantia de participação da família, espaço comunitário, como de atendimento individual. Considera que os ambientes devem estar livres de trancas, chaves ou grades, garantindo os direitos dos acolhidos.

2.3 A COMUNIDADE TERAPÊUTICA SÃO FRANCISCO

As informações que seguem neste item foram obtidas em documentos da instituição, como o Relatório Anual de Atividades 2015, Programa de Acolhimento e Reinserção Social, 2016, dos quais foram de suma importância para a elaboração deste trabalho, sendo assim procuramos manter com fidedignidade todos os dados existentes nestes documentos.

Os Programas de Acolhimento e reinserção Social são destinados àquelas pessoas que sofrem com problemas associados ao uso nocivo ou a dependência de

substâncias psicoativas, tratando estas patologias para que o dependente e os co-dependentes tenham melhor qualidade de vida, procura entender o sujeito em sua totalidade no que se refere aos seus aspectos físicos, quanto seus aspectos psicológicos, sociais e espirituais.

2.3.1 Histórico e objetivos

Fundada em 11 de fevereiro de 2010, a Comunidade Terapêutica São Francisco foi idealizada por Ademar Jorge Vanz, Francisco Rosalino Marchetti e Pedro Alcemir Couto (in memoriam), que pretendiam construir um espaço para acolhimento e tratamento “de pessoas que sofrem com as consequências do uso, abuso ou Dependência de substâncias psicoativas como álcool e outras drogas”. (CTSF, 2016).

Com a demanda de dependentes químicos na região percebeu-se a necessidade de uma segunda sede, então em 15 de janeiro de 2015, foi fundada a primeira filial no município de Campos Novos – SC.

O público alvo da Comunidade são masculinos adultos, com idade entre 18 e 59 anos, sendo que a sua capacidade total, entre as duas unidades, é de 108 vagas, operando com sua capacidade limite, havendo sempre uma lista de espera de pessoas aguardando vagas, almejando tratamento.

A Comunidade Terapêutica São Francisco, conforme Programa de Acolhimento, tem como:

Missão: Criar e proporcionar soluções inovadoras que promovam a recuperação da Dependência Química e a Reinserção Social dos acolhidos.

Visão: Tornar-se referência no serviço de acolhimento institucional e reabilitação psicossocial para dependentes químicos.

Valores:

- Respeito à dignidade humana,
- Compromisso com a qualidade dos serviços prestados,
- Ética
- Profissionalismo
- Trabalho em equipe.

Tem como Objetivo Geral:

Realizar o acolhimento de pessoas com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substâncias psicoativas, com adesão e permanência voluntárias em ambiente residencial e de caráter transitório propício à formação de vínculos com a convivência entre os pares.

Os Objetivos Específicos que a comunidade busca alcançar são:

- a) Oferta de atividades previstas no Programa de Acolhimento da entidade;
- b) Promoção do desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais do acolhido como estratégia de prevenção á recaída e manutenção do tratamento;
- c) Fortalecer os vínculos familiares e sociais através da convivência entre os pares;
- d) Facilitar a inclusão social e autonomia doacolhido através de atividades esportivas, culturais, pedagógicas e terapêuticas.
- e) Oportunizar a Reinserção Sócio familiar e econômica dos acolhidos.

2.3.2 Estrutura

A Comunidade Terapêutica São Francisco foi Declarada de Utilidade Pública Entidade Civil Sem Fins lucrativos. São duas unidades, sendo que a matriz tem sua sede em Videira – SC, na Rua Setembrino Comunello, Bairro Cinquentenário, inscrita no CNPJ sob nº 11.722.291/0001-48 e sua Publicação no DOM/SC, nos termos da Lei nº 2.070/08 e do decreto 9.098/09.

A segunda sede está localizada na cidade de Campos Novos, na BR 282, KM 341,interior, inscrita no CNPJ sob nº 11.722.291/0002-29 e sua Publicação no DOM/SC, nos termos da Lei nº 4242/2016 de 12 de fevereiro de 2016.

É disponibilizado, na Comunidade Terapêutica São Francisco, um ambiente fechado com intuito de distanciamento das situações de risco e indutora do consumo de álcool e outras drogas, dentro das normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

A Comunidade Terapêutica São Francisco de Videira – SC possui uma área de 844 m², em um terreno de 2.308 m², sendo divididos em oito dormitórios coletivos, onde existem seis camas individuais e um armário coletivo com divisórias indicando o espaço destinado a cada indivíduo. Existem quatorze banheiros e um deles é adaptado para receber pessoas com deficiência física. Para os funcionários há dois banheiros privativos.

Também dispõe de quatro salas de acompanhamento individual; uma sala para reuniões; uma área para realização de oficinas de trabalho; uma academia interna com diversos aparelhos de ginástica; pátio amplo; com diversos quiosques

para que os indivíduos possam sentar-se, conversar e dividir experiências; uma sala para reuniões com os acolhidos, familiares e visitantes.

O refeitório é coletivo, onde todos fazem suas refeições em conjunto; a lavanderia também é coletiva; havendo 66 tanques, onde cada um lava suas roupas. Existe uma horta bastante diversificada, onde são produzidos legumes e verduras e o trabalho de plantio e cuidados fica a cargo dos próprios acolhidos.

Possui quarenta e oito vagas e a modalidade de admissão é voluntária, sendo que o acolhido pode pedir alta a qualquer tempo. Recebe recursos Federais, através do SENAD, e municipais através da CIS - AMARP, Consórcio Intermunicipal de Saúde e da Associação dos Municípios do Alto Vale do Rio do Peixe. A Comunidade Terapêutica ainda realiza um bingo anual para angariar fundos e recebe doações espontâneas.

A equipe de profissionais que atua na Instituição era, no momento da pesquisa, composta por dois assistentes administrativos; um voluntário que desenvolve atividades de suporte terapêutico e lazer; um responsável pela preparação da alimentação; um técnico de enfermagem; um psicólogo; um assistente social; quatro pessoas que oferecem suporte religioso; três estagiários; três voluntários e um responsável técnico, com curso de capacitação para atuar em Comunidades Terapêuticas, realizado na Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas – SENAD, Órgão que comanda a política pública brasileira sobre drogas .

A Comunidade Terapêutica São Francisco possui o município de Videira como área de abrangência, mas a procedência dos acolhidos acaba sendo bastante variada, podendo ser de qualquer cidade da região, ou do estado de Santa Catarina sendo que já foram atendidas pessoas de Lages, Porto União, Xanxerê, entre outras.

2.3.3 Seu funcionamento/ metodologia de tratamento

A Comunidade Terapêutica São Francisco considera a ideia de que a Dependência Química é uma doença diversificada, assim sendo, a sua concepção de trabalho busca compreender o sujeito em sua totalidade, considerando seus aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais, considerando que o sujeito é um ser humano biopsicossocioespiritual.

Quando o dependente de substâncias psicoativas chega à Comunidade Terapêutica São Francisco, passa por uma entrevista de triagem realizada por um profissional que faz a acolhida e inicia a elaboração do Plano de Atendimento Singular (PAS). Esse plano trata-se de um instrumento onde os documentos relativos a intervenções no tratamento que forem necessários são reunidos. O acolhido tem total conhecimento de tudo o que está planejado para seu tratamento.

O Programa de Acolhimento coloca que a Comunidade Terapêutica:

Considera os aspectos previstos na resolução CONAD/2015, a qual regulamenta a prestação de serviços de atenção à Dependentes de substâncias psicoativas desde a acolhida, reunindo intervenções de todos os profissionais envolvidos.

Os métodos utilizados pela comunidade abordam principalmente a Terapia Cognitivo Comportamental e o Método Minnesota, desenvolvido no estado de Minnesota.

A partir da CT São Francisco (CTSF, 2016), o Método Minnesota surgiu por haver um bispo que estava sofrendo com um grande número de dependentes alcoólicos, então um grupo de pessoas se reuniu e fundou um centro de recuperação (A.A. – Alcoólicos Anônimos), mas como houveram desentendimentos, não teve sucesso. Ao mesmo tempo, o Hospital Wilmar State, um manicômio estadual, tentava desenvolver um trabalho com alcoólatras. O psicólogo responsável pelo manicômio, Dr. Daniel Anderson, convidou o grupo do A.A. para auxiliá-lo e após as reuniões foram observados resultados positivos.

A partir daí grupos de apoio começam a ser formados, considerando os princípios do A.A. e perceberam que o manicômio não era adequado para um efetivo tratamento de dependentes químicos. Assim surgiu o Modelo Minnesota, com base estruturada nos Doze Passos do A.A., utilizando abordagem multidisciplinar.

Este modelo de tratamento utiliza técnicas de Psicologia e os fundamentos dos Doze Passos de Narcóticos Anônimos (N.A.) e Alcoólicos Anônimos (A.A.) e sua estrutura considera como concepções (CTSF, 2016):

1. Dependência química é uma doença e não um sintoma de outra patologia
2. É uma doença multifacetada e multidimensional;
3. O motivo inicial que leva ao alcoolismo não está relacionado com o resultado;
4. Focaliza a causa que desencadeia o processo e não a pré-disposição para a dependência.

Existem alguns princípios que regem o Modelo Minnesota, conforme o Programa de Acolhimento da Comunidade Terapêutica: (CTSF, 2016)

1. A meta é tratar, mas não curar. O acolhido é motivado a aprender a viver com a Dependência Química que é uma condição crônica. Não em procurar as causas e esperar por uma cura.
2. Baseia seu Programa de Recuperação nos 12 Passos de AA-NA especialmente nos primeiros cinco passos.
3. Recomenda-se abstinência total de substâncias psicoativas.
4. Cria um ambiente onde a comunidade terapêutica é totalmente aberta e honesta, o que propicia uma troca de experiências em todos os níveis.
5. Tem uma equipe multidisciplinar que inclui profissionais, que podem ser Dependentes Químicos em recuperação.
6. Apresenta um programa essencialmente didático que é aplicável a qualquer pessoa, mas utiliza um plano de tratamento que é específico para cada acolhido.

O Modelo Minnesota basicamente envolve os profissionais e os acolhidos na definição do caminho a ser seguindo em sua recuperação, a busca constante é pela mudança do estilo de vida, onde há um tratamento de longo prazo e multidisciplinar e o papel da família, amigos e grupos de ajuda-mútua é indispensável e tem papel fundamental na reabilitação do dependente químico.

Outra forma de tratamento presente na Comunidade é a terapia cognitiva comportamental (TCC), “da qual Beck é um dos pioneiros, com seus trabalhos sobre terapia cognitiva da depressão, teve seu uso rapidamente estendido para diversas outras patologias, entre elas, a dependência química”. (CTSF, 2016)

Estudos comprovaram que o indivíduo precisa reconhecer quais são os pensamentos, emoções e comportamentos que podem desencadear uma recaída e a partir desse ponto desenvolver algumas habilidades que auxiliarão no enfrentamento às situações de risco, que ajudavam na prevenção. Essas descobertas trouxeram uma evolução conceitual e terapêutica. Outra situação a ser trabalhada é a dificuldade que os pacientes apresentam em aceitar e fazer mudanças, provocando resistências ao tratamento, fato bastante comum entre os acolhidos para tratamento.

A terapia cognitiva comportamental conta, em seu processo, com psicoterapia individual, em grupo, terapia familiar e ambientes terapêuticos, no caso, uma Comunidade Terapêutica.

São cinco etapas que fazem parte desse tratamento (CTSF, 2016):

- Fase 1 – Triagem e Preparação para Acolhimento – início das orientações aos familiares e ao candidato à vaga.
- Fase 2– Integração/Adaptação – Dois primeiros meses de acolhimento, onde o acolhido conhece o Programa Terapêutico e o Regimento Interno, é conscientizado sobre sua doença e introdução aos Doze Passos (AA – NA).
- Fase 3 – Conscientização e Desenvolvimento – acontece do terceiro ao sexto mês de tratamento, o acolhido passa por atividades de autoconhecimento, buscando superar comportamentos que podem o levar ao consumo de drogas. Nesse período, o acolhido faz a primeira visita aos familiares.
- Fase 4 - Reinserção Social – Acontece do sétimo ao nono mês, sendo a etapa final, onde há a reinserção ao convívio familiar, social e a volta ao trabalho. O resultado, para ser positivo, deverá contar com o comprometimento do acolhido e familiares.
- Fase 5 – Ressocialização Social – Primeira saída ocorre após sessenta dias de tratamento, momento em que o acolhido permanece afastado da comunidade por cinco dias, retornando em seguida; e assim gradativamente até completar nove meses, período sugerido para o tratamento.

A Reinserção Social é um programa de acolhimento direcionado exclusivamente às pessoas em regime residencial, este programa objetiva o fortalecimento dos laços familiar e comunitário, pelos quais, os acolhidos serão inseridos novamente no meio familiar e social, possibilitando sua entrada no mercado de trabalho. A Ressocialização Social é uma ferramenta terapêutica usada durante o tratamento de forma planejada e contínua. (CTSF, 2016)

O tempo de permanência dos acolhimentos na Comunidade Terapêutica é previsto para 09 meses de tratamento. Por se tratar de um regime voluntário, o acolhido fica livre para pedir alta quando assim desejar. Este período é estabelecido de acordo com o programa terapêutico utilizado na Comunidade e é adaptado para cada realidade situacional de forma a promover a inclusão social. O público alvo, são pessoas masculinas que sofrem com transtornos e as consequências decorrentes do uso abusivo de substância psicoativas, no meio familiar. Na Comunidade não acontece qualquer forma de contenção física, isolamento ou restrição da liberdade de vestuário próprio ou de objetos pessoais.

Estando de acordo com a metodologia e cronograma, ambos apresentados na triagem,ressaltando que a permanência do acolhido durante esse período deve ser levado a sério, no qual deverá sair somente para atendimento em rede de Atenção Psicossocial e os demais serviços de saúde, como dentista e médicos quando se faz necessário, ou no período de Ressocialização Social, a sua aceitação ocorre. (CTSF, 0).

Em alguns casos acontecem as recaídas, geralmente quando o dependente químico está limpo – sem fazer uso de substâncias químicas, por um período razoável – estando acolhido para tratamento, podendo ser, por exemplo, ao sair da Comunidade para ressocialização, quando faz uso de uma substância ocorrendo, assim, a temida recaída.

Muitos não conseguem mais parar de fazer uso de substâncias químicas, porque buscam atingir o mesmo efeito de prazer que a droga proporcionou quando se faz uso pela primeira vez. Porém, sem sucesso, acabam por afundar-se, sempre mais e mais no uso/abuso destas substâncias.

De acordo com Solano:

A recaída refere-se a uma retomada do antigo padrão de consumo, onde a pessoa retorna a consumir a substancia nos mesmos níveis anteriores à abstinência.Pesquisas apontam que 80% das pessoas que tratam de dependência recaem no uso depois de algum tempo. “Em geral é preciso passar por vários tratamentos ou tentativas pessoais para que a pessoa consiga parar. Isto não significa que todo mundo vai passar por uma recaída, mas que a possibilidade é extremamente alta”. (SOLANO Sonia Regina Paes Breda, psicóloga especialista em dependência química da Clínica Viva). <http://www.ctviva.com.br/blog/recaida-o-que-fazer/> em 11/062017.

Outros fatores determinantes para que o dependente químico venha a recair, é a autopiedade e o sentimento de culpa: regredindo aponto de permanecer por vários dias sem importar-se com o mundo ao seu redor. Sem destino, ficam fora de casa, sem dar notícias para a família, cometendo atos insanos (roubos, prostituição, assassinatos,entre outras) tudo para conseguir sustentar adição, que pode ser por uso cruzado (mais de uma droga). Outros fatores bem importantes pelo qual pode acontecer uma recaída são financeiro, social, entre outros. (CTSF, 2015).

Há registro de acolhidos que saem para a Ressocialização e não voltam mais, em decorrência de vários fatores como, por exemplo: a não identificação com o tratamento, a falsa sensação de que consegue se manter limpo (sem o uso da

substância) sem a ajuda do programa. Há casos em que o Acolhido pode sofrer uma recaída e não aceitar mais tratar-se, em outros, pode retornar ao tratamento. O Acolhido que sofre uma recaída, no período de ressocialização abordado aqui, sendo de interesse próprio, ao retorna à Comunidade, passa por uma avaliação da equipe técnica a qual vai estudar estratégias de enfrentamento destas questões e superação do problema, para o tratamento de agora em diante. (CTSF, 2015)

2.3.4 O papel do Serviço Social na Instituição.

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS, *apud* COSTA, p.8) define que os usuários da política de assistência social são as pessoas e grupos que estão em situações de vulnerabilidade ou riscos, tais como:

[...] famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e, ou, no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advindas do núcleo familiar, grupos e indivíduos [...]

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

Portanto, indivíduos que estão vulneráveis em decorrência do uso de substâncias psicoativas são suscetíveis à proteção social especial. Destaca-se ainda que esse atendimento pode ser oferecido através de parcerias entre organizações não governamentais.

Desde que cumpram todas as exigências necessárias para serem denominadas entidades de assistência social e estabeleçam parcerias com a gestão pública, as comunidades terapêuticas fazem parte da rede sócio assistencial. O serviço social, juntamente com os Conselhos Municipais Antidrogas (COMADs), irá contribuir “capacitando, assessorando e fornecendo instrumentos e técnicas para que essas instituições superem as suas limitações” (COSTA, p. 9) e avancem no sentido de desenvolver um trabalho focado nas diretrizes das políticas sociais.

Assim, as políticas de Assistência Social e Saúde, com base em suas diretrizes, princípios e objetivos, que prevê o atendimento a usuários/dependentes

de substâncias psicoativas, se deparam com a possibilidade de considerar as comunidades terapêuticas como espaço alternativo de atendimento psicossocial.

Costa (p. 10), ressalta que o Assistente Social desenvolve seu trabalho não somente com os acolhidos, mas também com a família, oferecendo suporte durante o acolhimento, desenvolvendo ainda projetos de prevenção, recuperação e manutenção da doença. Dialoga com outros profissionais e se torna atuante na busca da garantia de acesso a serviços de tratamento e assistência aos dependentes químicos e a essa patologia.

Corrêa et al (2002 *apud* Petry, 2005, p. 15) reforça a importância do trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais:

Na luta por cidadania, a prática do Serviço Social é revigorada no contato com os usuários e com as famílias, a intervenção profissional possibilita suscitar uma reflexão no sentido de clarificar a problemática do sofrimento mental. Acredita-se que os resultados alcançados e a intervenção do Serviço Social, passem a contribuir no processo de transformações societárias, através de um posicionamento crítico-reflexivo do Assistente Social, permitindo que os sujeitos se vejam enquanto cidadãos atuantes da vida coletiva.

O assistente social possui conhecimentos específicos que são essenciais ao acompanhamento do processo de recuperação do dependente químico, que visam o resgate da identidade, da autonomia e da emancipação, visto o fortalecimento do humano/social dos acolhido (KERN, 2001 *apud* Petry, 2005, p.16). Para que esse conhecimento seja efetivo, é necessário que o profissional esteja sempre atualizado e preparado ao exercício pleno da sua função e, ainda, que se aproprie das políticas destinadas ao público alvo que atendem.

O abuso do álcool e as demais drogas vêm se tornando o fenômeno social mais comentado na mídia, em notícias, que mais gera preocupação na família e professores e constitui elevados custos com a justiça e a saúde.

Na Comunidade Terapêutica São Francisco, o Serviço Social teve sua implantação em fevereiro de 2013, objetivando o fortalecimento da qualidade de vida dos acolhidos, atuando também com os familiares e responsáveis. É a primeira etapa do processo de acolhimento, é função do Assistente Social o fornecimento de informações e esclarecimentos a respeito dos serviços prestados, garantindo que os direitos socioassistenciais sejam respeitados e facilitando o enfrentamento das barreiras impostas pela sociedade em relação à Dependência Química. O Assistente

Social também orienta o acolhido e a família, para que, após a reabilitação, ele reassuma sua autonomia e a participação na sociedade, colocando em prática os ensinamentos sugeridos dentro da CT no período de tratamento terapêutico (CTSF, 2015).

O Assistente Social, de acordo com a necessidade, realiza visitas domiciliares, buscando um entendimento e conhecimento da cultura familiar, objetivando uma melhor forma de abordagem quanto ao atendimento individual ao acolhido e também reforçando a importância do acompanhamento desta no processo de tratamento, para que os laços familiares e afetivos tornem mais fácil e agradável a relação de convivência entre os membros da família.

2.4 A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO E NA RECUPERAÇÃO DO DEPENDENTE QUÍMICO.

2.4.1 A Configuração da Família Contemporânea

Nesse capítulo serão apresentadas algumas definições de família, transformações pelas quais elas vêm passando e qual seu papel, tanto na causa do vício, tanto como no fracasso ou sucesso do tratamento.

Castro (1981, p. 31) define que família “é a base da organização social, é a célula-mater da sociedade, que nada mais é que uma reunião de famílias que entre si mantêm certa ordem de relações jurídicas e sociais”.

Com o passar dos anos e as mudanças frequentes na sociedade, no âmbito familiar não poderia ser diferente, sofrendo diversas alterações. As pessoas se constituem de acordo com o meio em que vivem, promovendo e sendo afetadas por mudanças, e, assim, as relações interpessoais se transformam e pode variar em determinadas sociedades.

Com as transformações sofridas pela sociedade, a industrialização e o crescente capitalismo, que forçou as mulheres a fazerem parte do mercado de trabalho, percebe-se que a configuração familiar sofreu importantes modificações. Mesmo com as transformações aparentes, a família conjugal continua com traços que revelam o controle sobre a sexualidade feminina e a preservação das relações de classes.

A família contemporânea transformou-se em alvo constante de discussões e reflexões, contemplando a sua nova composição, buscando políticas públicas que disponibilizem atenção especial às famílias e que garantam alcance aos direitos.

Sarti (2007, p.21) faz uma reflexão sobre essas questões e cita a presença das transformações também nas relações internas.

Falar em família neste começo do século XXI, no Brasil, com alhures, implica a referência a mudanças e a padrões difusos de relacionamentos. Com seus laços esgarçados, torna-se cada vez mais difícil definir os contornos que a delimitam. Vivemos uma época como nenhuma outra, em que a mais naturalizada de todas as esferas sociais, a família, além de sofrer importantes abalos internos tem sido alvo de marcantes interferências externas.

É preciso lançar um olhar sobre como está sendo o enfrentamento, por parte das famílias, a respeito dessas mudanças, dos desafios que surgem na vida moderna e a questão social, que pode ser um entrave na vida dessas famílias. O cotidiano profissional do assistente social será permeado e constituído por essas reflexões, principalmente quando voltarem seu trabalho ou pesquisas à temática familiar.

Levi Strauss (1986 *apud* Oliveira, 2009) diz que, de acordo com o contexto social e época histórica, as formas da vida doméstica sofrem variações, o que leva a se pensar que a família não é uma instituição natural, mas sim construída a partir das normas culturais em que está inserida.

Georges Duby (*apud* ARIÈS, 1981, p.213) traz uma definição de família:

Na realidade, a família é o primeiro refúgio em que o indivíduo ameaçado se protege durante os períodos de enfraquecimento do Estado. Mas assim que as instituições políticas lhe oferecem garantias suficientes, ele se esquiva da opressão da família e os laços de sangue se afrouxam. A história da linhagem é uma sucessão de contrações e distensões, cujo ritmo sofre as modificações da ordem política.

Com a instituição da escola e pela valorização, por diversas instituições – como a igreja – do sentimento familiar e da importância da permanência das crianças junto aos pais, a vida familiar começa a se estender à toda sociedade, deixando de ser privilégio de burgueses ou lavradores ricos.

A divisão social do trabalho também influencia nas relações sociais. Podemos citar o trabalho da mulher, os trabalhadores informais e até mesmo o número de desempregados, que podem influenciar e modificar o cotidiano da família.

A constituição familiar, predominantemente, se faz pelo homem, mulher e filhos. Nos dias de hoje, essa configuração ainda existe, sendo predominante sobre as demais. Porém, com o passar dos anos e as grandes mudanças sociais, torna-se cada vez mais comum de se encontrar outros modelos familiares, que possuem reconhecimento perante a sociedade. Apesar desse reconhecimento, nem sempre há aceitação dos diversos modelos existentes, mesmo estando presentes em diversos contextos.

Porreca (2004, *apud* Oliveira, 2009), vê a família como unidade de reprodução social e biológica:

[...] a família, enquanto unidade de reprodução social e biológica, constitui-se também como unidade de cooperação econômica e de consumo coletivo de bens materiais e simbólicos. As possibilidades de consumo estão relacionadas à heterogeneidade dos atributos sociais de seus integrantes, como idade, grau de escolaridade, ocupação, forma de inserção no mercado de trabalho, e repertório cultural, que, conjuntamente, conferem a cada um deles possibilidades diferenciadas de auferirem determinado rendimento.

Com o aparecimento de novos modelos culturais e com as mudanças na sociedade, novos modos de relacionamento familiar, interpessoal, afetivo e sexual surgem.

Durhan (1986 *apud* Oliveira, 2009) denomina família como unidade de cooperação econômica, em que todos cooperam para o sustento mútuo. Assim sendo, a mulher assume papel fundamental nas despesas domésticas e podem ser considerados outros entes, desde que contribuam com as despesas domésticas. Com a mulher ingressando no mercado de trabalho, assume também sua independência.

Sarti (2007 *apud* Oliveira, 2009) chama a atenção para o fato de que apesar de todas as mudanças ocorridas na família, ainda é lócus onde a reprodução humana acontece. A noção de família possui grande aparato de definições já existentes na sociedade, no âmbito jurídico, psicológico, religioso, entre outros, não sendo simples a dissociação dessas noções. Todas essas trazem alguns modelos de como devem ser as famílias, alicerçadas principalmente em uma visão que a considera como unidade biológica.

A partir do estudo da temática família, percebe-se que esta busca por emancipação, procura instituir novos padrões de comportamento, já que a realidade

exterior e o contexto social têm sofrido profundas mudanças. Tais mudanças precisam ser compreendidas, observando-se os novos padrões de convívio e relações familiares, pensando que estas podem estar ligadas diretamente ao fato de a pessoa buscar nas drogas o alívio para possíveis questões familiares.

Em um contexto familiar pode-se observar diferentes comportamentos e atitudes perante os percalços a serem enfrentados. Sarti (2000, p.39) afirma que

[...] a família não é uma totalidade homogênea, mas um universo de relações diferenciadas, e as mudanças atingem de modo diverso cada uma destas relações e cada uma das partes da relação.

Observando essa trajetória é possível perceber que a família modificou seu papel de unidade de reprodução, passando a ser vista como unidade de consumo perante o sistema capitalista.

Com a mudança da configuração patriarcal familiar tradicional, as relações entre homem/mulher e pais/filhos sofreram mudanças significativas. Mesmo assim, a maioria delas ainda se constitui a partir do casamento ou das uniões estáveis. A ideia de que somente o casamento é a única forma de constituição familiar mudou nas últimas décadas, sendo que filhos fora do casamento e uniões estáveis são reconhecidos e têm seus direitos assegurados perante o Estado.

A Constituição Federal de 1988 em seu artigo 226, parágrafo 1º, institui a família pelo casamento civil e em seu parágrafo 2º, refere-se ao casamento religioso com efeitos civis. Já os parágrafos 3º e 4º, dispõem sobre o estado conjugal, considerando a união estável entre a mulher e o homem para efeitos de proteção do Estado, e também a comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes, denominada família monoparental. Dessa forma, a Lei Máxima do país reconhece publicamente as uniões consensuais, ainda que não sejam oficializadas através do casamento.

Mesmo com todas as transformações sociais, a Constituição não reconhece como família a união homossexual, uma vez que no parágrafo 5º do artigo 226, diz que os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal, são exercidos igualmente pelo homem e pela mulher. Nem mesmo o Código Civil, no artigo 1723, declara que o casamento se realiza no momento em que o homem e a mulher manifestam, perante o juiz, a sua vontade de estabelecer o vínculo conjugal e o juiz os declara casados.

As mudanças ocorridas na sociedade, principalmente na construção das relações humanas, podem ser observadas, dando enfoque especial à maneira de como as pessoas cuidam de seus relacionamentos e de seus familiares. Esse tratamento e cuidado, ou a falta dele, poderá acarretar em situações incômodas e o uso indiscriminado de alguma droga lícita ou ilícita. As trocas no interior da família precisam ser vistas, considerando o contexto social que afeta diretamente as relações na dinâmica familiar como um todo.

2.4.2 A Família e as Políticas Sociais

Historicamente, os direitos sociais dentro do cenário capitalista, segundo Vasconcelos (1999, p. 8), acabaram sendo percebidos como direitos de grupos isolados e setorializados. Sendo assim, acabam sendo voltados às mulheres, crianças, idosos, entre outros. O resultado é a desconsideração da família como um todo.

Somente no final dos anos 1970 surge a preocupação com foco de intervenção nas famílias. Surge a compreensão de que não haverá resultado nas políticas sociais voltadas para grupos isolados se não considerarem que estes estão vinculados à família. A Constituição Federal de 1988 reconheceu a importância da família na proteção social e passa a percebê-la como corresponsável pelo cuidado de seus membros, especialmente crianças e idosos. Sendo assim, considera-se fundamental que as políticas sociais sejam voltadas às famílias, podendo ser considerada sua importância, também, para a recuperação do dependente químico, superando as abordagens fragmentadas e individualizantes, continuando o Estado responsável pela concretização dos direitos sociais.

Ocorre que, por volta de 1990, o Estado brasileiro começa a promover a transferência de suas responsabilidades, apelando para a solidariedade civil. A família sempre fez parte das políticas sociais, mesmo que somente no sentido de serem responsabilizadas pelos problemas vividos pelos seus membros. Enfatiza ainda, que esse cenário da privatização das políticas sociais, busca-se maior participação da sociedade e das famílias na proteção social. Esse cenário acabou por provocar uma consequente quebra da garantia de direitos por parte do Estado, mas ao mesmo tempo, a família como provedora do bem-estar adquire relevância,

sendo ainda responsabilizada, em primeira instância pelo desenvolvimento e segurança de seus membros.

Nos dias atuais, a família é o espaço privilegiado pelo estado para o desenvolvimento de programas e políticas sociais, com especial destaque às políticas de Assistência Social e Saúde. Com a estruturação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a família ganha ênfase a partir da criação dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS).

A NOB/SUAS considera que a Assistência Social tem entre seus princípios a “matricialidadesociofamiliar”, que significa ter a família como “núcleo social básico de acolhida, convívio, autonomia, sustentabilidade e protagonismo social” (BRASIL, 2005, p.90). Há, portanto, a tentativa de superação do seguinte conceito (BRASIL, 2005, p.90):

O conceito de família como unidade econômica, mera referência de cálculo de rendimento per capita e a entende como núcleo afetivo, vinculado por laços consanguíneos, de aliança ou afinidade, que circunscrevem obrigações recíprocas e mútuas, organizadas em torno de relações de geração e de gênero.

A NOB/SUAS destaca que o estado, portanto, precisa compreender que a família precisa ser apoiada e ter acesso a condições que permitam garantir seu próprio sustento, que consigam educar suas crianças e adolescentes com qualidade e na proteção dos idosos e portadores de deficiências. (BRASIL, 2005, p.90).

A visão de matricialidadesociofamiliar contribui para o rompimento do dogma da existência de um modelo familiar, mas trabalha com as funções do modelo de família dominante. Observa ainda, que esse rompimento também elimina os papéis e funções na divisão do trabalho por gênero.

Essa circunstância posta pela PNAS/2004 e a NOBS/SUAS/2005 reproduz uma formatação homogênea de família, mesmo não concentrando no modelo estrutural da família moderna, reitera as suas funções como sustento, guarda e educação de suas crianças e adolescentes.

A PNAS/1998 define como família a “unidade nuclear, eventualmente ampliada por outros indivíduos que com ela possuam laços de parentesco” (BRASIL, 1988, p. 66). Pode ainda, moldar-se com base no arranjo conjugal, associando outros parentes, que têm, como obrigação, formar um “grupo doméstico, vivendo sob o mesmo teto e mantendo sua economia pela contribuição de seus membros” (BRASIL, 1988, p. 66).

Já a PNAS/2004 busca uma definição de família que desconsidera o que ela é, ou deve ser, mas partindo dos papéis aos quais precisa desempenhar: cuidado, proteção, educação, socialização, meio de referência moral e ética. Como destaca (BRASIL, 2005, p.41):

A família, independentemente dos formatos ou modelos que assume, é mediadora das relações entre os sujeitos e a coletividade, delimitando, continuamente os deslocamentos entre o público e o privado, bem como geradora de modalidades comunitárias de vida.

A PNAS/2004 considera que deve haver a “compreensão dos diferentes arranjos familiares, superando o reconhecimento de um modelo único baseado na família nuclear”. E reitera que “independente dos formatos ou modelos que assume” cabe à família o desempenho de papéis hegemonicamente formulados e considera como referência o modelo nuclear.

No caso da NOB/SUAS, que operacionaliza o sistema único de Assistência Social, uniformizando no território brasileiro a política de assistência social, considera que “estamos diante de uma família quando encontramos um conjunto de pessoas que se acham unidas por laços consanguíneos, afetivos e, ou, de solidariedade” (BRASIL, 2005, p. 90). A NOB/SUAS assume também que a família é “núcleo básico de sustentação afetiva, biológica e relacional” (BRASIL, 2005, p. 90).

O Ministério da Saúde adota o conceito de família do IBGE (BRASIL, 1998), que considera como:

O conjunto de pessoas ligadas por laços de parentescos, dependência doméstica ou normas de convivência que residem na mesma unidade domiciliar. Inclui empregados (as) domésticos (as) que residem no domicílio, pensionistas e agregados.

Percebe-se aqui o perfil multifacetado da instituição familiar, confirmado por Mioto (2004) que cita o consenso por parte dos profissionais que lidam com as famílias sobre a diversidade dos arranjos familiares, o caráter contraditório dos vínculos conjugais e a liberalização dos costumes. Com as diversas mudanças sofridas pela sociedade contemporânea, relativas à economia, ao trabalho, revolução da reprodução humana, com costumes e hábitos tornando-se cada vez mais liberais e a lógica individualista cada vez mais presente, resultaram em mudanças radicais na organização familiar. A partir de todas essas mudanças, Mioto

(2004) observa que houve uma diminuição das famílias nucleares, aumento das monoparentais e o crescimento das variedades de arranjos familiares, e aumento de processos de empobrecimento acelerado.

Rodrigues et al (2000, p. 41 e 42) ao reportar o assunto tipos familiares, cita os seguintes:

- Nuclear: também chamada de biparental, composta pelo pai, mãe e filhos. Nela se destacam as funções social, política, sexual, econômica, reprodutiva e educativa.
- Extensas ou ramificadas: neste tipo de arranjo familiar, estão incluídas diferentes gerações na mesma família;
- Associativas: é o tipo de família na qual, as pessoas com as quais existem estreitos laços afetivos, também estão inseridos como membros;
- Adotivas: atribui-se esta denominação ao conjunto de pessoas que, ao se encontrarem, desenvolvem afinidades, passam a conviver considerando-se uma mesma família, independentemente de qualquer consanguinidade.
- Duais ou monoparentais: este tipo de arranjo familiar é assim denominado por ser aquele formado por apenas dois membros: mãe-filho, pai-filho, esposo-esposa / companheiro-companheira;
- Ampliadas: são as famílias formadas sem necessidade de haver espaço físico comum, nem de desempenhar todas as funções tradicionais em conjunto. As pessoas se consideram como parentes, "psicologicamente falando".
- Recompuestas: são aquelas famílias (marido, esposa e filhos ou um dos cônjuges e filhos), que após uma primeira experiência não bem-sucedida fazem uma nova tentativa com o mesmo ou com outro cônjuge;
- Homossexuais: este tipo de família resulta da união de pessoas do mesmo sexo. É uma prática que começa a se difundir na sociedade pós-moderna, conforme registros da imprensa falada e escrita.

Confirmando esse perfil multifacetado da família e as mudanças que vêm acontecendo, temos os dados do IBGE que afirmam que o "tamanho da família brasileira diminuiu em todas as regiões: de 4,3 pessoas por família em 1981, chegou a 3,3 pessoas em 2001". O número de famílias onde há mulheres com filhos e sem cônjuges aumentou, embora ainda predomine o padrão histórico, em que há o casal com filhos. (IBGE)

2.4.3 A Família e o Dependente Químico

Conforme Kalina (1987, *apud* Azevedo e Silva, 2013, p. 152), a maior parte das dependências se originam dentro do âmbito familiar ou no meio em que o indivíduo está inserido. Ele cita dois tipos de famílias como preponderantes a esse sofrimento, que são as simbióticas, em que todas as pessoas interferem na vida das outras, onde não há liberdade ou autonomia em sua própria vida. O outro modelo familiar é a cismática, em que os indivíduos não interferem uns na vida dos outros, mas não existe nenhum tipo de comunicação, não sendo possível encontros ou conversas grupais sem que haja desentendimento. Os conflitos podem ser gerados pela falta de liberdade, quando uns se metem na vida dos outros, gerando brigas.

Lehen (1996, *apud* Azevedo e Silva, 2013, p. 152) lembra que as pessoas não nascem inseridas na sociedade, essa inserção ocorrerá através do convívio familiar e também a respectiva atribuição de valores. Ressalta ainda, que se deve ter atenção quando o sintoma drogadição já está instalado na instituição familiar, em que a saída ou a chegada do usuário torna-se o centro das atenções. Na maioria das famílias pode haver um cúmplice do usuário, que geralmente é a mãe, e isso acaba por excluir a figura do outrem, nesse caso, o pai. Assim sendo, a mãe acaba assumindo a função de cuidadora, como na infância. Quando há a recuperação, os pais voltam a constituir um casal e o sistema familiar sofre novamente com alterações disfuncionais, podendo acarretar em uma nova busca pelas drogas, tornando-se um processo cíclico.

Ainda, em algumas famílias, as drogas e o álcool são consumidos pelos pais, em casa, e acabam sendo ofertados aos filhos desde muito cedo. Nesses casos, a falta de estruturação familiar, em que não existem papéis claros, conflitos e o não estabelecimento de regras e limites pode se tornar fator de alto risco para os filhos e quem convive nesse âmbito.

Para Lehen (1983, *apud* Azevedo e Silva, 2013, p. 152), a dependência química surge como uma forma de fugir dos problemas do cotidiano do sujeito. No âmbito familiar há uma pessoa que será o culpado por todos os problemas e encarregado, acabando por se tornar dependente químico como forma de diminuir e aguentar fatores como depressão, tristeza e ansiedade em que se encontra.

Souza, Kantorski e Mielke (2006, *apud* Azevedo e Silva, 2013, p. 153) consideram que a recuperação precisa de um ambiente formado pela união familiar, amigos e demais pessoas que forem importantes para o usuário. A família precisa se livrar de preconceitos e buscar informações sobre a patologia para saber lidar com os problemas que poderão surgir durante a recuperação. A participação familiar já é defendida por vários estudiosos, que partilham do pensamento de que toda a família precisa estar ligada e que a mudança no comportamento do usuário provocará melhora em todo o âmbito familiar.

Não existe uma única explicação a ser atribuída para a dependência química, pois pode estar relacionada a muitos fatores, que podem ser biológicos, do meio ambiente, socioculturais e psicológicos. Relacionando à família, pode ser hereditário, conforme Jaffe (1981 *apud* Oliveira, 2016, p. 18) a maneira de enfrentar tensões e a reação ao mundo externo pode ser geneticamente determinado.

A desagregação da família (OLIVEIRA, 2016, pág. 19) surge como consequência direta ao uso de drogas dos indivíduos. Pois é no lar que eles encontrarão um refúgio para os problemas do cotidiano, se a família não oferece um bom ambiente para o desenvolvimento dos filhos, são desestruturadas, com pais ausentes, que vivem separados, com violência doméstica, situações em que as crianças são abandonadas e maltratadas, entre outros, os indivíduos se tornarão natos à dependência química.

Desordens familiares e sociais podem resultar em atitudes deturpadas. Oliveira (2016, p. 19) comenta que a perda de afeição familiar deixa os indivíduos fragilizados e influenciáveis. O jovem busca fazer parte de um grupo e quando a cultura familiar tem menos influência, ou com o enfraquecimento da autoridade familiar, a influência exercida pelo grupo será maior. A lealdade com esse grupo promoverá deslealdade com a sua família.

Conforme Dias (2002, *apud* Oliveira, 2016, p. 20) podem haver fatores sociais, individuais e familiares que conduzirão à dependência química:

Fatores individuais: curiosidade; necessidade de pertencer a um grupo; forma de expressar independência; procura de experiências aprazíveis, de risco, de auto-afirmação, de bem-estar e de tranquilidade; alívio de tensões; necessidade de euforia; má integração das experiências e desorganização na síntese do ego; problemas de auto-imagem; dificuldades no relacionamento social e experiências traumáticas ocorridas na infância e na adolescência. 21 Fatores familiares: ausência dos pais; pressões sobre o indivíduo, face a expectativas demasiado elevadas; pais muito protetores; o

exemplo dos pais, que fumam e bebem; ausência de equilíbrio nas relações com o indivíduo (pais bastante autoritários ou permissivos); afastamento do indivíduo, considerado como desonra da família; insuficiência de diálogo e de comunicação no lar; agressões físicas e verbais entre os pais. Fatores sociais: a influência da cultura do meio social em que o sujeito está inserido; desigualdades sociais de oportunidades; frustração produzida pela desocupação forçada; redes estabelecidas de comercialização e distribuição de droga nos centros urbanos e dificuldades de inserção social.

As drogas surgem, então, como um refúgio, sendo uma reação a “uma situação social intolerável e ao desequilíbrio, onde o sistema afetivo e emocional desvanece-se para dar lugar ao único propósito da vida, que é o consumo da droga”, (OLIVEIRA, 2016, pág. 22) tentando reduzir ou esquecer o sofrimento.

Quando o uso é abusivo, raramente a iniciativa de buscar ajuda parte do usuário. Geralmente é a família que procura tratamento especializado. Nessas situações, podem haver ocorrências mais graves, como overdose, por exemplo. A família ainda pode acabar descobrindo que o uso vem acontecendo por vários anos, que o usuário pode ter envolvimento com tráfico, e problemas de relacionamento na escola, trabalho ou em outros locais que o usuário frequenta também podem ser registrados.

No tratamento a família precisa ser incluída, para que não faça julgamentos, ressaltando que o problema a ser visto é somente o uso de drogas. O terapeuta precisa ter formação técnica e entender que o tratamento familiar é tão sério quanto o tratamento do usuário. A família geralmente também apresenta resistência quanto ao tratamento, para haver aceitação é necessário que ela se veja como corresponsável, sem que sejam tratados de forma acusatória.

Através da observação realizada por diversos clínicos e estudiosos pelo mundo, observou-se que as famílias de usuários apresentam algumas características em comum, sem que isso signifique que a família que possui essa característica desenvolverá o consumo de drogas.

Uma das características é a inversão de papéis, onde não são respeitadas as hierarquizações, como entre pais e filhos, onde o filho pode desautorizar os pais e desconsiderar valores tradicionais de família. Esse fato, muitas vezes, é visto como normal, e os integrantes passam a agir como se tudo estivesse certo.

Há casos em que os pais acabam se tornando “viciados no vício do próprio filho” (ZEMEL, 2001, p. 48), em que todos os problemas que aparecem passam a ser relacionados ao vício, sem que muitas vezes realmente seja, causando a co-

dependência. A dependência acaba diferenciando o usuário da família e nem sempre, principalmente os pais, conseguem perceber que os familiares não são todos iguais, que cada um tem uma necessidade específica.

Muitas vezes nas famílias em que há um dependente químico, é comum que haja abusadores de jogos, remédios ou álcool, mas que consideram somente o uso da droga ilícita como problema. Existe então a chamada cultura aditiva, onde a droga ilícita é adicionada aos vícios já existentes. Sendo assim, a família precisa assumir a sua corresponsabilidade nessa adição.

As drogas podem ser vistas como alívio para uma dor psíquica ou para se obter prazer imediato. Nas famílias essa característica também pode ser observada, o imediatismo ou impulsividade serão provavelmente observados durante o tratamento. Logo no início, é comum que acreditem que o problema será solucionado de imediato e achem que o tratamento é insuficiente porque não surtiu o efeito esperado.

Quando há o imediatismo, o problema precisa ser tratado adequadamente, pois pode ter raízes profundas, já que sempre se tratou os problemas de forma superficial, e no tratamento da dependência química precisará entender que tem que haver comprometimento e tempo para resultados efetivos.

Ainda há o fato da família não aceitar essa corresponsabilidade, acreditando que o problema surgiu sem motivos, que é azar, ou sina. Sendo assim, tentam se mostrar fortes, corretas e decididas, e não entendem a origem. Colocam o dependente químico em uma situação de isolamento e desamparo, situação em que, ainda mais, fará com que ele busque amparo nas drogas.

Para que a família aceite que algo passou despercebido e que não conseguiu resolver algum problema, precisa perceber que também é impotente diante de algumas situações (como no uso das drogas). Para essas pessoas fica difícil aceitar ajuda, porque seria o mesmo que aceitar essa condição e, portanto, assume a posição de onipotência.

A dificuldade de comunicação também é comum nos seios familiares, assim como algumas mentiras ou omissões para não piorar as situações. A dificuldade em expressar sentimentos provavelmente apareça nesse caso também. Não é só a falta de diálogo que pode ser problema, mas casos em que um fala e o outro finge que ouviu também ocorrem e são prejudiciais. Pais não falam aos seus filhos que o

amam, porque acreditam que isso é óbvio, mas muitas vezes eles podem achar que não são amados.

Uma simples palavra como limite, assim como é o diálogo, muito comentada, pode ser pouco entendida e menos ainda praticada. Em geral, limites são impostos, mas não são verificados. E, ainda, ninguém sabe muito da vida do outro, horários, compromissos e isso piora muito quando se refere ao subjetivo, não se sabe o que o outro realmente sente, suas angústias.

Compreende-se que limite é somente impor regras e todos cumprirão. Na verdade, não existe um padrão a ser cumprido, cada família vive de uma maneira, portanto, as necessidades são distintas e as regras assim serão. Impor limite não significa que as regras estipuladas nunca poderão ser modificadas, devem ser sempre analisadas e adaptadas à realidade.

A falta de ritos também pode desequilibrar a família. É necessário que se estabeleçam algumas diferenças entre uma comemoração e o comparecimento ao problema familiar. Isso se estende ao cotidiano, como assistir um filme juntos, o almoço ser sempre na mesa, em família, em outras situações que instituem rituais familiares.

O dependente químico acaba constituindo uma família paralela com um grupo o qual ele se identifica, recriando alguns papéis familiares. Acabam deixando de lado sua família real, e passa ser dependente da família criada. Dessa forma, se observa a necessidade do usuário de se cercar de pessoas com as quais se identifica, nesse caso, outros usuários. Sendo assim, há necessidade da constituição e fortalecimento dos vínculos primários deste usuário, ou sejam reconstruídos para que ele consiga, no âmbito familiar, aliviar suas tensões, sem que haja a necessidade do uso das drogas.

A partir de tudo isso, se percebe a necessidade de que a família seja incluída no processo e que se trata de um problema biopsicossocial, sendo ela a principal representante do desenvolvimento familiar e social. É muito mais fácil que a família cuide de um filho que sofreu um acidente, enquanto aquele envolvido com o uso das drogas, que acaba sendo isolado ou rejeitado.

A partir de SchenkereMinayo (2005, *apud* Paz e Colussi, 2013, p. 551), a família é a instituidora das relações primárias, sendo que os filhos sofrerão influências dela e isso resultará na maneira que ele irá agir quando se deparar com

uma determinada situação de acesso às drogas, na sociedade ou no meio em que ele está inserido. Quando a relação familiar é saudável, durante todo o crescimento, a proteção será para toda a vida.

A família, além de ser corresponsável, passa a ser codependente, já que sofre todas as consequências e conflitos, juntamente com o familiar usuário de drogas. É comum que a família, ao procurar ajuda para tratar o dependente químico, descubra situações anteriores, problemas que vão além do uso/abuso das drogas. Quando não há envolvimento da família no processo de formação destas relações, ela acaba tornando-se refém de uma família resistente a mudanças.

Os pais não podem usar do artifício de que não sabem nada sobre drogas. O conhecimento teórico e técnico deve ser dos terapeutas, não dos pais. É comum que haja o sentimento de culpa por parte dos pais, porém esses precisam somente aceitar o fato e procurar ajuda para toda a família. Em alguns casos, a terapia familiar é suficiente, em outras o dependente precisa de mais ajuda, por existirem questões físicas e psíquicas particulares.

Atualmente, existem vários Centros de Referência que oferecem tratamento gratuito e ainda clínicas particulares que oferecem essa possibilidade. Paz e Colussi (2013, p.552) indicam que

Entre as modalidades de tratamento adotadas nestes casos, as mais comumente utilizadas são as internações em comunidades terapêuticas (CT) ou clínicas de desintoxicação, os atendimentos nos centros de atenção psicossocial para álcool e outras drogas (Caps Ad) e a participação de grupos de apoio, também chamados de grupos de autoajuda.

Essas possibilidades de tratamento pouco contemplam a inserção familiar, as literaturas mais atuais produzidas (Schencker e Minayo, 2003, *apud* Paz e Colussi, 2013, p. 552) ressaltam a importância da família, permitindo a modificação dos padrões familiares, resultando em uma dinâmica familiar funcional.

Pesquisas, como a realizada por Patrícia Freitas de Melo e Maria de Assunção Lima de Paulo (2012), com dependentes químicos em tratamento no CAPS de Campina Grande – SP, apontam que o apoio familiar é extremamente importante durante a recuperação, sendo fator principal para o sucesso e a continuidade do tratamento.

O papel da família é essencial, por se tratar do lugar privilegiado em que acontece o processo primário de socialização, em que o afeto e o aspecto cultural

da família são determinantes para a recuperação. Além desses fatores, também há o apoio financeiro e o diálogo, afirmação essa feita pelos próprios dependentes químicos em tratamento que foram entrevistados.

O primeiro ambiente a ser afetado quando a pessoa se torna usuário de drogas é o familiar, onde os conflitos e tensões diárias são frequentemente observados, porém, é nesse mesmo espaço que os dependentes encontram auxílio, conforto e apoio necessário para iniciar e dar continuidade ao tratamento.

A reestruturação dos modelos assistenciais no Brasil, a partir da reforma psiquiátrica, reforça o papel da família, já que grande parte do cuidado e auxílio virá dela. Fica claro também que a relação dependente químico/família sofre considerável melhora com o tratamento, já que as brigas são diminuídas e o convívio se torna mais amigável.

Como, no modelo atual, a política assistencial institui que novos serviços de atendimento devam ser criados e a oferta de leitos hospitalares para esse fim sejam diminuídos, a família é valorizada e possui papel essencial no que se refere aos cuidados e ao tratamento. Para um resultado efetivo, é necessário que se encontre um ponto de equilíbrio, já que a família pode estar desgastada e drasticamente afetada.

Durante a pesquisa relatada, Melo e De Paulo (2012, p. 89) concluíram que:

[...] torna-se fundamental a presença dos familiares durante os atendimentos e reuniões trazendo dúvidas e conhecendo melhor o trabalho do CAPS, para que assim possam conhecer de forma mais ativa o processo terapêutico, como também incentivar diretamente os usuários, a participarem das atividades.

O incentivo para que as famílias participem deve ser constante, sendo este o elo de ligação entre os usuários de drogas psicoativas e o tratamento e a sociedade, sendo assim, a busca por um tratamento mais solidário e humanizado torna a inclusão da família imprescindível, sendo necessária que também recebam suporte profissional, com apoio e orientação necessários para que ofereçam estrutura satisfatórias para a reinserção total do indivíduo em tratamento.

As famílias encontram grandes dificuldades, já que além de manterem suas atividades cotidianas, precisam estar em vigilância constante, para que os usuários frequentem as reuniões, tomem os medicamentos e se mantenham afastados dos espaços que seriam instigantes para uma recaída. Evitar pessoas e lugares

frequentados no tempo da adicção em ativa é imprescindível para o sucesso do tratamento.

Num ambiente, em que haja pessoa com dependência psicoativa, assim como em outros, as relações saudáveis são essenciais para que o tratamento e a manutenção do mesmo surtam efeitos. A Vila Serena Florianópolis ressalta, em seu manual, que os dependentes químicos em recuperação precisam aprender a amar, confiar e estabelecer relações saudáveis com as outras pessoas, com os outros adictos em recuperação, com a família, amigos e a comunidade em que vive.

Os dependentes químicos, devido ao uso indiscriminado de substâncias psicoativas, acreditam que seus relacionamentos não funcionavam, acreditando serem incapazes de ter relacionamentos consistentes e até mesmo começam a se considerar indignos de amor. Com a formação e o fortalecimento dos laços familiares, começam a reviver e a sentir-se especiais.

A Comunidade Terapêutica São Francisco reconhece a importância da família no processo de recuperação, por isso os convida para envolver-se com as atividades do Programa de Acolhimento e Reinserção Social, em que é realizado o acolhimento do dependente químico. Nesse momento, são apresentados o programa de acolhimento e o regimento interno da CTSF. São utilizadas, como atividades, a escuta qualificada, identificação de demandas emergenciais e a verificação das condições clínicas do acolhido.

A família está presente também no Programa de Atenção Familiar Especializado – PAFE, onde são realizadas palestras, grupos de apoio, eventos e a promoção do fortalecimento dos vínculos familiares e sociais. Aproximando a família ao processo de recuperação, será melhorada a capacidade protetiva, serão minimizadas as fragilidades causadas pela codependência, acarretando em maior aceitação e compreensão dos sintomas que levam ao uso de substâncias psicoativas.

Nos grupos de apoio, que são coordenados pelo Assistente Social, os acolhidos têm a possibilidade de trocar informações e aprendizados, através da partilha da própria experiência acerca do tratamento e de como ele está reagindo. Recebem informações sobre seus direitos sociais e a manutenção do tratamento.

A CTSF ainda presta atendimento psicossocial aos familiares, todas as sextas-feiras para que tirem dúvidas a respeito do tratamento. Em casos de famílias

que não realizam visitas e não participam das atividades, a CTSF entra em contato e reforça a necessidade da participação familiar para o sucesso do tratamento.

As famílias podem visitar o acolhido no último sábado de cada mês, a fim de promover a interação familiar e o fortalecimento de vínculos familiares. Nesse momento, há uma abordagem coletiva, com momento de reflexão sobre temas voltados ao tratamento.

3 ANÁLISE E DESCRIÇÃO DO ESTÁGIO DE SERVIÇO SOCIAL

Atualmente o Serviço Social é considerado como uma profissão de caráter interventivo, que está inserido na divisão social e técnica do trabalho, tendo respaldo junto a Lei n.º 8662/93 que regulamenta a profissão. A profissão tem um código de ética e possui um vasto campo de atuação, podendo atuar no campo das políticas sociais, com o objetivo de assegurar os direitos da população usuária na saúde, educação, Previdência Social, habitação, varas da infância e juventude, famílias, instituições, podendo ainda atuar em entidades públicas ou privadas também em entidades não governamentais-ONGs. (ABESS, 1996, p. 13)

Este capítulo irá apresentar a concepção de serviço social norteadora do estágio supervisionado obrigatório que subsidiou a intervenção, que foi registrada em diário de campo e relatório apresentado à supervisora acadêmica. Na sequência, traz a descrição e análise da prática, conforme os objetivos estabelecidos no plano de estágio, possibilitando, assim, visualizar a experiência vivenciada pela acadêmica junto aos dependentes químicos acolhidos e seus familiares, na Comunidade Terapêutica São Francisco.

3.1 CONCEPÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL NORTEADORA DO ESTÁGIO

Neste capítulo será apresentado o Conceito de Serviço Social, bem como sua trajetória.

3.1.1 O histórico do Serviço Social

O Serviço Social tem sua gênese na Assistência Social, como afirmam diversos autores. Visto por outro ângulo, pode-se dizer que são as desigualdades

sociais que deram origem a profissão. As sociedades sempre se organizaram de alguma forma para cuidar dos chamados desvalidos, dos pobres, dos órfãos, abandonados, dos doentes. Com o desenvolvimento econômico e social alcançado nos últimos séculos, a intervenção do Estado nas desigualdades sociais, reconhecendo direitos das classes excluídas, evidenciou a questão social. É neste contexto que surgiu o Serviço Social como profissão. Há muitos registros sobre a história do Serviço Social no Brasil, contudo, iremos brevemente apresentar algumas referências.

Segundo Vieira (1976), no início da história, a assistência aos pobres, aos velhos, aos abandonados era realizada pela família, pelo clã ou pela tribo. Os usos, costumes, crenças, tradições sempre influíram de uma maneira decisiva sobre o modo de tratar os assistidos, o qual diferia de uma tribo a outra e de considerar as causas e os efeitos dos males sociais. Acreditava-se, na antiguidade, que as pessoas fortes e boas seriam bem-sucedidas na vida e que os pecadores seriam pobres ou doentes, uma vez que a miséria, doença, as enfermidades, as catástrofes eram castigos dos deuses pelas faltas cometidas pela pessoa ou por seus pais. (Vieira, 1976, p. 19)

No século XIX, na Europa, os operários viviam em grau extremo, a miséria e a exploração decorrentes da industrialização e desenvolvimento do capitalismo. Essa situação dá uma grande dimensão à questão social, levando a Igreja a se posicionar. Esta via a época como de grande crise, de decadência da moral e dos costumes cristãos. Esta situação decorre – segundo a Igreja – do liberalismo e do comunismo. Tendo em vista sua missão – encaminhar o homem à conquista da felicidade eterna – ela intervém na situação que é de desordem e que impede as pessoas de cumprir sua tarefa de dar glória à Deus, dadas as condições em que vivem. (Aguiar, 1995, p. 17)

Conforme descreve Estevão (1984), um marco importante para a criação da Assistência Social foi a fundação da Sociedade de Organização da Caridade em Londres no ano de 1869, na qual se fundamentou a prática de toda a assistência social desde então.

Segundo Faleiros (2001), o Serviço Social americano foi estruturado por organizações religiosas. A prática era fundamentada e inspirada na providência divina, uma vez que o trabalho social consistia no reforço da moralidade e da submissão das classes dominadas. Era, portanto, o controle social da família

operária para adequar e ajustar seu comportamento às exigências da ordem social estabelecida.

Segundo Martinelli (2005), com a introdução das indústrias nas cidades no século XIX, surge uma nova forma de organização social, o Sistema Capitalista, que funda a sociedade de classe e um novo modo de produção nas relações sociais mediatizadas pela posse privada de bens. O capitalismo gera o mundo da ruptura e da exploração da maioria pela minoria, o mundo em que a luta de classes se transforma na luta pela vida e pela superação da sociedade burguesa.

A população desse modelo de produção vivencia no seu cotidiano o adensamento dos problemas sociais, das expressões da “Questão Social”, e as formas de enfrentamento dos trabalhadores a esse modelo eram vistas pela classe dominante apenas como uma falta de entrosamento e defeito do indivíduo nas relações entre eles e não como um problema estrutural (FALEIROS, 2001).

Segundo Estevão (1984), sociedades se formaram em todos os países capitalistas e tinham como princípio colocar a necessidade de criar instituições que se encarregassem de formar pessoas para realizar as tarefas de assistência social, pois o que se fazia antes por prazer ou obrigação religiosa passou a ser encarrado como profissão.

Conforme Lima (1983, p. 13) afirma:

O serviço social, introduzido no Brasil nos anos 30, não pode ser analisado como um fato isolado, mas como decorrente de uma situação histórica, de um processo cumulativo de acontecimentos na sociedade brasileira nos setores político, econômico, social e religioso. Esse processo desencadeou-se em ritmo mais acelerado na década de 20, diante dos movimentos de reação à situação vigente, e se tornou um período de inquietação e efervescência que culminou com a Revolução de 30.

Segundo Santos (2006), o Serviço Social no Brasil neste período sofreu forte influência Europeia, Franco Belga e tradições Cristãs, mais tarde Norte Americana. A profissão tem no seu bojo histórico essa ligação com as doutrinas e apostolados da Igreja Católica, e foi nesse contexto que o Serviço Social brasileiro fundamentou e formulou seus primeiros objetivos, balizados num pensamento dogmático e conservador. O Serviço Social se originou da ajuda ao próximo, da caridade, da filantropia e da benemerência existentes no contexto. Pois, à medida que foi se desenvolvendo a evolução do mundo, a ideia de “ajuda” também foi evoluindo.

Desta forma, o Serviço Social desenvolveu-se a partir de duas fontes: de um lado a caridade e do outro a noção de que os problemas sociais eram uma espécie de doença social, ou caso de polícia, uma vez que o suporte a essas famílias menos favorecidas emocionalmente e financeiramente davam-se por meio do trabalho exercido pelas “Damas de Caridade” no contexto histórico das primeiras décadas do século XX. A presença do Neotomismo no Serviço Social marca profundamente a profissão desde a fundação da primeira escola de Serviço Social no Brasil (SANTOS, 2006).

O Serviço Social surgiu ligado ao projeto da reforma social da Igreja, a serviço de sua ideologia, carrega o seu ponto de vista teórico além de sua prática. Toda a visão de homem e de sociedade adotada na profissão se dará a partir da visão católica, tendo como base filosófica o Neotomismo (FIGUEIRA, 2009).

Segundo Yamamoto (2011), no aspecto conceitual, o indivíduo era visto como único culpado pela situação de miséria que se encontrava, no qual os Assistentes Sociais buscavam trabalhar a superação das dificuldades materiais, com o objetivo de atingir a perfeição. Não havia a preocupação de analisar a sociedade e tão pouco as relações dos homens, as questões eram tratadas no contexto da moralidade, na busca do ajustamento do homem à sociedade, porque o homem é que era o problema, de acordo com a doutrina Social da Igreja. “Os relatos existentes sobre as tarefas desenvolvidas pelos primeiros Assistentes Sociais demonstraram uma atuação doutrinária e eminentemente assistencialista”.

O Serviço Social, a partir desta visão, vai buscar na matriz positivista o seu primeiro suporte teórico-metodológico – o método positivista trabalha as relações aparentes dos fatos. Restringe a visão de teoria àquilo que pode ser verificado e experimentado. Sua intervenção é no sentido de preservar e conservar aquilo que já existe e a visão de problema é fragmentada. Segundo Yazbek (2009, p 146), os pensamentos que dominavam o Serviço Social no período da década de 1930 e 1940, tinham fontes na Doutrina Social da Igreja, no tomismo e Neotomismo – “no ideário franco-belga de ação social e no pensamento de São Tomás de Aquino do século XII” (IAMAMOTO, 2011).

Segundo Yamamoto; Carvalho (1995, p. 65):

As Instituições Sociais e assistenciais, a partir da década de 1930, tornam-se instrumento de controle social e político dos setores dominados e de

manutenção do sistema de produção tanto por seus efeitos econômicos, quanto pela absorção dos conflitos sociais e das relações Sociais, vigentes, onde a reprodução das relações sociais é vista “como a reprodução do capital que permeia as várias ‘dimensões’ e expressões da vida em sociedade”. Ou seja, dessa forma, a reprodução das relações sociais é a reprodução de determinado modo de vida, do cotidiano, de valores, práticas culturais e políticas e do modo como se produzem as ideias nessa sociedade.

Estevão (1984, p. 47) relata que “em 1936, foi fundada a Escola de Serviço Social de São Paulo, a primeira do gênero no Brasil que, como era de se esperar, liga-se à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo”.

Lima (1983) contribui para a discussão quando afirma que a segunda escola criada foi a Escola de Serviço Social do Rio de Janeiro, no ano de 1937, a qual atualmente, também, é integrante da universidade católica.

Segundo Iamamoto e Carvalho (2003), ainda na década de 1930, através do incentivo e o controle da Igreja Católica, surgiu as primeiras manifestações da institucionalização do Serviço Social. O CEAS – Centro de Estudos e Ação Social – foi criado em plena revolução paulista, e tinha como objetivo difundir a doutrina e a Ação Social da Igreja Católica. Esta entidade foi a fundadora e mantenedora da primeira Escola de Serviço Social do país e foi o primeiro passo para a especialização na prestação da Assistência Social.

O Presidente Getúlio Vargas criou a lei de n.º 2.497 para a formação do Departamento de Assistência Social do Estado, um dos motivos pelo qual foi considerado o “pai dos pobres”, criando leis em benefício aos trabalhadores, já que sua Política Social era forte e assistencialista (IAMAMOTO; CARVALHO, 2003).

Segundo Yasbeck (2009), o CEAS surge após um curso intensivo de “formação Social para moças”, organizado pelas Cônegas de Santo Agostinho, sendo este desenvolvido de 1º de abril a 15 de maio de 1930, orientado e coordenado pela Melle Adéle de Loneux, Professora da Escola Católica de Serviço Social da Bélgica, tendo uma programação teórica-prática, como Visita a Instituições beneficentes. O referido curso teve grande aceitação por parte dos Jovens Católicos, pois os mesmos buscavam criar uma Associação Social.

Em 1936, período em que o CEAS envia a Bruxelas, na Bélgica, as Sras. Maria Kiehl e Albertina Ramos, para realizar o Curso de Serviço Social, onde Dona Odila Cintra Ferreira, já tinha formação Social na Escola Normal de Paris. Mesclado

com a visão Francesa e Franco Belga inaugura-se a primeira escola de Serviço Social no Brasil mais precisamente na PUC de São Paulo (YASBECK, 2009).

Segundo Vieira (1977), em 1938, cria-se o Conselho Nacional de Serviço Social CNSS – com o objetivo de centralizar e organizar as obras assistenciais públicas e privadas sendo utilizado como mecanismo de clientelismo político e de manipulação de verbas e subvenções públicas. Na década de 1940, no Rio de Janeiro, criou-se a Escola Técnica de Serviço Social com um convênio firmado entre o CEAS e o departamento de Serviço Social do Estado com objetivo de organizar os centros familiares. Também foi realizado o curso de preparação em trabalho Social, visando melhor treinar, orientar e nortear os trabalhadores sociais da época.

Segundo Andrade (2008, p. 05):

Em 1942, Getúlio Vargas, em nome de interesses econômicos e políticos, estreitou relações com o governo norte-americano de Roosevelt, que tinha como metas prioritárias o fortalecimento do capitalismo e, em contrapartida, a luta contra o comunismo e a expansão de sua hegemonia sobre todo o continente americano, fato objetivamente constatado na História.

Estevão (1984, p. 49) contribui para a discussão com a seguinte colocação:

Após a criação das primeiras escolas de Serviço Social, ocorre a institucionalização do Serviço Social, quer dizer, pouco a pouco o governo vai criando instituições que vão assumir a assistência social e legalizando a existência da profissão no Brasil. [...] A primeira instituição pública importante, criada por decreto-lei, na área da Assistência Social, foi a Legião Brasileira de Assistência, nascida em 1942 com o objetivo de “trabalhar em favor do progresso do Serviço Social”, ao mesmo tempo que procurava canalizar e conseguir apoio político para o governo, através de sua ação assistencialista.

Encontramos em Sposati e Falcão (1989), que neste mesmo ano, destacam-se as instituições mais importantes desta década para o surgimento do Serviço Social além do CEAS: outras como a Legião Brasileira de Assistência – LBA, a qual sempre esteve entregue às Primeiras Damas de caridades, caracterizando o aspecto filantrópico, de ações clientelistas, com o objetivo de prover as necessidades das Famílias, cujos chefes haviam sido mobilizados para a guerra.

O Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial – SENAI, também surgido em 1942, é uma instituição privada brasileira de interesse público, sem fins lucrativos, com personalidade jurídica de direito privado, está fora da administração pública (PORTAL DA INDÚSTRIA, 2017).

A partir de 1945, o Serviço Social assumiu o modelo funcional implantado pelos Estados Unidos e se afastou do doutrinário da Igreja Católica que predominava na década de 40 (ANDRADE, 2008).

Em 1946, Pós-Guerra Mundial, cria-se o Serviço Social da Indústria – SESI – para atuar no bem-estar do trabalhador na indústria. Apresentou-se uma emergência da profissionalização do Serviço Social por meio da intervenção do Estado, mobilizado pela Igreja Católica. As instituições sociais e assistenciais tornam-se cada vez mais importantes para o interesse da Sociedade e para o Estado brasileiro por se tratar de um instrumento de controle social e político dos setores dominados e de manutenção do sistema de produção tanto por seus efeitos econômicos, quanto pela absorção dos conflitos sociais e das relações sociais vigentes (ANDRADE, 2008).

No que toca ao plano externo, a abertura, nas décadas de 1940 a 1960 de um novo e amplo campo para os assistentes sociais - as instituições assistenciais públicas e particularmente patronais e grandes empresas (especialmente as indústrias) – suscita no Assistente Social, progressivamente, a substituição do binômio, Igreja-Família por Escola-Indústria-Família (ANDRADE, 2008; p. 276-277).

Segundo Martinelli (2011), a origem da profissão relaciona-se profundamente com o capitalismo e um conjunto de variáveis, entre elas: alienação, contradição e antagonismo. Tais condições determinaram o seu surgimento como fenômeno histórico, social e profissional e caracterizaram o Serviço Social como uma criação típica do capitalismo a ser colocado a seu serviço como uma importante estratégia de controle social.

Piana (2009, p. 88) contribui para a discussão quando afirma que:

O surgimento do Serviço Social está intrinsecamente relacionado com as transformações sociais, econômicas e políticas do Brasil nas décadas de 1930 e 1940, com o projeto de recristianização da Igreja Católica e a ação de grupos, classes e instituições que integraram essas transformações. Essas décadas são marcadas por uma sociedade capitalista industrial e urbana. A industrialização processava-se dentro de um modelo de modernização conservadora, pois era favorecida pelo Estado corporativista, centralizador e autoritário. Assim, a burguesia industrial aliada aos grandes proprietários rurais, buscava apoio principalmente no Estado para seus projetos de classe e, para isso, necessitavam encontrar novas formas de enfrentamento da chamada “questão social”.

A profissão de assistente social surgiu no Brasil na década de 1930. O curso superior de Serviço Social foi oficializado no país pela lei nº 1889 de 1953. Em 27 de agosto de 1957, a Lei 3252, juntamente com o Decreto 994 de 15 de maio de 1962, regulamentou a profissão. Em virtude das mudanças ocorridas na sociedade e no seio da categoria um novo aparato jurídico se fez necessário de forma a expressar os avanços da profissão e o rompimento com a perspectiva conservadora. Hoje a profissão encontra-se regulamentada pela Lei 8662 de 07 de junho de 1993 que legitima o Conselho Federal de Serviço Social e Conselhos Regionais. E, fundamentalmente, define em seus artigos 4º e 5º, respectivamente, competências e atribuições privativas do assistente social (CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2017).

Segundo Bulla (2003, p. 8), a profissão passou a ter em seu aprimoramento técnico e metodológico nos fundamentos das ciências sociais e com elas a visão funcionalista americana passou para a brasileira.

Conforme afirma Iamamoto (2008), a Escola, a Indústria e a família passam a ser um todo unificado através das conexões orgânicas existentes entre seus elementos, que se sedimentam através de tradições, dogmas e princípios morais de que a Família é depositária. Família, corporação, nação etc., sendo que os grupos sociais naturais são organismos autônomos e não apenas mera soma dos indivíduos que os constituem, pois possuem uma unidade independente. Indivíduos e fenômenos sociais coexistem, em coesão orgânica com a sociedade em sua totalidade. Nesse sentido, a intervenção do Estado na questão social é legítima, cabendo à Igreja a reunificação e recristalização da sociedade.

Década de 1960, neste período, o serviço social apresenta-se atrelado às ações estatais, de cunho benemerente, que nada mais eram do que o modo de atenuar as expressões da classe trabalhadora descontente com sua situação de classe explorada. A “Questão Social” era vista como caso de polícia e merecedora de respostas urgentes. A Igreja Católica é apresentada como parceira do Estado, agindo por meio de ações que tinham como metas respostas quanto às expressões da “questão social”. A resposta da Igreja Católica à “Questão Social” se deu por meio das primeiras organizações, muitas vezes em substituição às ações do Estado. Ações que a Igreja trazia para si devido ao pouco interesse do Estado (IAMAMOTO, 2008).

Estevão (1984, p. 30) contribui para a discussão quando afirma que:

Na década de 60, o Serviço Social se expande ao assumir as propostas desenvolvimentistas também em plena expansão nos países latino-

americanos; propostas estas levadas a efeito no Brasil pelos Governos Juscelino e Jânio Quadros.

Na década de 70, as instituições são influenciadas pela política desenvolvimentista, burocrática e “modernizadora”, como forma de obter maior controle sobre a sociedade. Assim, houve o fortalecimento de instituições como a LBA que realizou concurso público para preenchimento das vagas, inclusive para a área de Serviço Social (COUTO, 2006).

Na década de 80, como consequência do fracasso do milagre econômico, há o crescimento do nível de empobrecimento da fatia da população que já fazia parte do segmento marginal do processo produtivo, sendo registrados níveis expressivos de miséria absoluta, altos índices de mortalidade infantil e desnutrição. Nesse contexto são inseridos nas instituições diversos programas, constituídos de ações fragmentadas, que buscam atender as exigências desse contingente da população cada vez mais dependente de “benefícios” (COUTO, 2006).

Entretanto, no governo de Fernando Collor de Melo, nos anos 90, a LBA entra em decadência devido aos desmandos políticos, levando a instituição à extinção, comprovando a tese de Soares (2001), de que o período Collor se constituiu no desmonte do padrão de proteção social, sem uma efetiva substituição do mesmo. No ano de 1995 o então presidente Fernando Henrique Cardoso extingue a LBA por decreto, sendo que nenhuma outra instituição foi criada com o objetivo de substituí-la. Com a finalização da LBA foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), ligado à Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS) que assumiria o papel da LBA e do também extinto Ministério do Bem-Estar Social.

3.1.2 O que é Serviço Social

Segundo Iamamoto (1999), o Serviço Social é considerado como especialização do trabalho e a atuação do profissional como manifestação do seu trabalho, no contexto da produção e reprodução da vida social.

Harvey (2011) afirma que a profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho insere-se nos mais diversos contextos, lidando cotidianamente com expressões da questão social materializadas, também, nos conflitos.

O Serviço Social é uma profissão de caráter sociopolítico, crítico e interventivo, que se utiliza de instrumental científico multidisciplinar das Ciências Humanas e Sociais para análise e intervenção nas diversas refrações da “questão social”. Isto é, no conjunto de desigualdades que se originam do antagonismo entre a socialização da produção e a apropriação privada dos frutos do trabalho. Assistentes sociais se inserem nas mais diversas áreas: saúde, previdência, educação, habitação, lazer, assistência social, justiça etc. Com papel de planejar, gerenciar, administrar, executar e assessorar políticas, programas e serviços sociais, atuam nas relações entre os seres humanos no cotidiano da vida social, por meio de uma ação global de cunho socioeducativo e de prestação de serviços. (CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL – MG 2014, p 01).

É uma das poucas profissões que possui um projeto profissional coletivo e hegemônico, denominado projeto ético-político, que foi construído pela categoria, a partir das décadas de 1970 e 1980. Ele expressa o compromisso da categoria com a construção de uma nova ordem societária. Mais justa, democrática e garantidora de direitos universais. Tal projeto tem seus contornos claramente expressos na Lei 8662/93, no código de Ética Profissional de 1993 e nas Diretrizes Curriculares, o curso superior de Serviço Social foi oficializado no país pela lei nº 1889 de 1953. Em 27 de agosto de 1957, a Lei 3252, juntamente com o Decreto 994 de 15 de maio de 1962, regulamentou a profissão de Serviço Social no Brasil (CRESS, 2017).

3.1.3 O objeto da profissão e as expressões da questão social;

Montaño (2007) defende que o Serviço Social não possui um objeto de conhecimento próprio, entretanto para Iamamoto (2001) o objeto de trabalho é a própria questão social, a qual em suas múltiplas expressões provoca a necessidade da ação profissional junto à criança e ao adolescente, ao idoso, a situações de violência contra a mulher, a luta pela terra etc. Essas expressões da questão social são a matéria-prima ou o objeto do trabalho profissional.

Segundo Iamamoto (1999), a base da fundação do Serviço Social baseia-se na questão social como forma de especialização do trabalho, correspondendo ao conjunto de expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura. Assim, a produção social torna-se mais coletiva e o trabalho mais social, porém a apropriação dos frutos continua privada, monopolizada por apenas uma parte da sociedade.

“A questão social é a expressão do processo de produção e reprodução da vida social na sociedade burguesa, da totalidade histórica concreta” (IAMAMOTO, 1999, p. 114).

Iamamoto (1997, p. 14) continua a definição quando afirma nos seguintes termos o objeto do Serviço Social:

“Os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões quotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública, etc. Questão social que sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resiste, se opõem. É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movido por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade. [...]... a questão social, cujas múltiplas expressões são o objeto do trabalho cotidiano do assistente social”.

Segundo Mara (2011), a Questão Social passou a ser tratada diferentemente com o reconhecimento do Serviço Social:

A “Questão Social” passa a ser tratada como uma relação deficiente entre o capital e o trabalho, aí passa a se dar a razão do serviço social, que foi uma conquista dos trabalhadores, mas apesar da luta dos trabalhadores o serviço social surgiu como uma estratégia da igreja e dos burgueses para se manter no controle, já que a revolta dos trabalhadores ameaçaria os seus sagrados valores morais, a ordem e o poder.

Para Pastorini (2004), a “questão social” moderna nas sociedades capitalistas mantém a característica de ser uma expressão concreta das contradições e oposições presentes nas relações entre classes, e entre classes e o Estado. No entanto, as relações capital-trabalho são variáveis, como é a forma de organização do capital e do trabalho: por isso, existem novidades nas manifestações da “questão social”, o que é muito diferente de afirmar que a “questão social” é outra, já que isso pressuporia afirmar que a “questão social” anterior foi resolvida e/ou superada.

3.1.4 O projeto profissional

O projeto profissional foi construído no contexto histórico de transição dos anos 1970 aos 1980, num processo de redemocratização da sociedade brasileira, recusando o conservadorismo profissional presente no Serviço Social brasileiro.

Constata-se o seu amadurecimento na década de 1990, período de profundas transformações societárias que afetam a produção, a economia, a política, o Estado, a cultura, trabalho, marcados pelo modelo de acumulação flexível e pelo neoliberalismo.

O Projeto Ético-Político do Serviço Social, não foi construído de maneira efêmera. Sua gênese se localiza na segunda metade da década de 1970 e teve como marco o III CBAS – Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, conhecido como "Congresso da Virada". Esse mesmo projeto avançou nos anos 80, num processo de redemocratização da sociedade brasileira, 1980 recusando o conservadorismo profissional ainda presente no Serviço Social brasileiro. Constata-se o seu amadurecimento na década de 1990, período de profundas transformações societárias que afetam a produção, a economia, a política, o Estado, a cultura, o trabalho, foram marcados pelo modelo de acumulação flexível e pelo neoliberalismo. O projeto ético-político profissional hoje ainda se encontra em construção e fortemente tensionado pelos rumos neoliberais da sociedade e por uma nova reação conservadora no seio da profissão (CRESS, 2017).

Conforme Yasbeck (2004, p.12), o processo de construção do projeto ético-político envolve:

(...) um conjunto de componentes que necessita se articular: são valores, saberes, e escolhas teóricas, práticas, ideológicas, políticas, éticas, normatizações acerca de direitos e deveres, recursos políticos organizativos, processos de debate, investigação, interlocução crítica com o movimento da sociedade, da qual a profissão é parte e expressão.

Segundo Teixeira & Braz (*apud* Netto, 1999, p. 95) definiríamos o Projeto Ético Político da seguinte maneira:

Os projetos profissionais [inclusive o projeto ético político do Serviço Social] apresentam a autoimagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam os seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, institucionais e práticos) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as balizas da sua relação com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais, privadas e públicas [...].

3.1.5 O código de ética e a lei regem a profissão

Segundo Braga (2013), a partir de 1993 uma nova ética é definida com base na realidade social e na sua totalidade. Esse código trabalha contra o moralismo conservador e a moralidade burguesa, visando representar um novo perfil

profissional elaborado democraticamente, não apenas para afirmar um conjunto de normas, e sim um novo perfil profissional postulando o enfrentamento de antigas e novas expressões da questão social.

A ruptura com a prática profissional tradicional possibilita ao assistente social assumir o compromisso com projeto social democrático, e o posicionamento político comprometido com a luta da classe trabalhadora. E, esse projeto social, é definido como Projeto Ético-Político que possibilita aos profissionais à construção de novas respostas as demandas da sociedade. (BRAGA, 2013, p. 7)

São onze os princípios éticos do Serviço Social¹ (CFESS, 1993):

- I. Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;
- II. Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
- III. Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras;
- IV. Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida;
- V. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
- VI. Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças;
- VII. Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;
- VIII. Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação exploração de classe, etnia e gênero;
- IX. Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos trabalhadores;
- X. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;

- XI. Exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física.

Nas décadas de 40 e 50 houve o reconhecimento da importância do Serviço Social como profissão, a qual foi regulamentada em 1957 com a Lei 3252 (CFESS, 2017).

¹ Texto original do Código de Ética profissional dos assistentes sociais de 1993.

A profissão passou por mudanças e necessitou de uma nova regulamentação: a lei 8662/93 como forma de acompanhar as transformações da sociedade brasileira. No ano de 1993, o Serviço Social instituiu o Código de Ética expressando acesso universal aos direitos sociais, civis e políticos (CFESS, 2017).

A prática do profissional é regida pelos princípios e direitos firmados na Constituição de 1988 e pelas legislações complementares referentes às políticas sociais e aos direitos da população, a qual não pode haver qualquer tipo de discriminação no atendimento profissional (CFESS, 2017).

O presente Código de Ética Profissional do Serviço Social é resultado de um amplo processo de trabalho conjunto. Os Assistentes Sociais foram solicitados em diversos momentos através do CFAS (CFSS) /CRAS e demais entidades de organização da categoria a dar contribuições e a participar de comissões, debates, assembleias, seminários e encontros regionais e nacionais (CFESS, 2017).

O código é regido por princípios e diretrizes norteadores da prática profissional determinados socialmente, e traz a marca da conjuntura atual da sociedade brasileira. Constitui-se em parâmetro para o profissional se posicionar diante da realidade, disciplinando o exercício profissional no sentido de dar garantia à nova proposta da prática dos Assistentes Sociais (CFESS, 2017).

Os princípios e diretrizes norteadores da prática profissional estão expressos neste Código sob forma de direitos, deveres e proibições, agrupados em títulos e capítulos (CFESS, 2017).

3.1.6 As dimensões do Serviço Social

Santos (2002) define o termo “dimensão” relacionando às propriedades de alguma coisa, no sentido de seus pressupostos, de suas direções, de seus princípios fundamentais. Referente ao Serviço Social, podemos relacionar aos princípios que contribuem para a concretização da profissão e que formam a sua base. Desta forma, são todos os elementos que constituem e são constitutivos da profissão, intrínsecos à passagem da finalidade ideal – que está no âmbito do pensamento, da projeção – à finalidade real – âmbito da efetividade da ação.

Podemos destacar três dimensões da intervenção profissional as quais se encontram presentes nas diferentes expressões do exercício profissional: formativa, investigativa, organizativa e interventiva. Elas formam entre si uma relação de unidade na diversidade. Os instrumentos são considerados como produto da ação humana, se constituindo como meios de alcançar uma finalidade (SANTOS, 2002).

A competência teórico-metodológica refere-se à dimensão através da qual os profissionais conseguem fundamentar sua leitura da realidade. O maior conhecimento teórico e mais amplo será a cadeia de mediações e maiores as possibilidades encontradas para a intervenção. Ou seja, o conhecimento teórico e os demais conhecimentos sobre a realidade (cultural, religioso, político, dentre outros) oferecem o conteúdo a ser trabalhado (SANTOS, 2002).

A Dimensão Ético-Política envolve o projetar a ação em função dos valores e finalidades do profissional, da instituição e da população. É responsável pela avaliação das consequências de nossas ações – ou a não avaliação dessas consequências. São as diferentes posições e partidos que os profissionais assumem. Essa competência é a responsável pela escolha de instrumentos que vão ao encontro das finalidades e dos compromissos do profissional (SANTOS, 2002).

A profissão, de acordo com o projeto ético-político hegemônico assume o compromisso com a defesa intransigente dos direitos humanos, com a ampliação da cidadania, com a qualidade dos serviços prestados, com a luta em favor da equidade e da justiça social. Compromissos estes que devem ser perseguidos nas atividades desenvolvidas pelos assistentes sociais. Contudo, os profissionais precisam adquirir todas essas competências e articulá-las para materializar as intencionalidades da profissão na prática profissional (SANTOS, 2002).

É a execução da ação que se planejou, tendo por base os valores, as finalidades e a análise do real, ou, seja comprometido com um determinado projeto profissional. Para Guerra (2012), a dimensão técnico-operativa se constitui no modo de aparecer da profissão, pela qual ela é conhecida e reconhecida. Responde às questões: Para que fazer? Para quem fazer? Quando e onde fazer? O que fazer? Como fazer?

Segundo Torres (2017), as dimensões constitutivas do Serviço Social são a maneira pela qual o profissional vai se direcionar, perante a realidade exposta na sociedade, contribuindo para a intervenção qualificada nas relações sociais e no confronto com o sistema capitalista vigente.

É na articulação da dimensão técnico-operativa com as demais dimensões da intervenção profissional que é possível materializar em ações, as concepções teórico-metodológica e ético-política que orientam o profissional de Serviço Social (SANTOS, 2017).

3.1.7 Instrumentais Técnico-Operativos

A ação profissional se dá a partir da formulação de objetivos para a mesma. Devemos caracterizar qual ação a realizar, estas, geralmente são condicionadas a partir das demandas, das necessidades dos usuários que estão vinculados a determinado serviço. A forma de concretizar a abordagem dos sujeitos (individual, grupal, por telefone, pessoalmente, por escrito/questionário, eletronicamente...) e a utilização de instrumentos técnico-operativos (como entrevistas, reuniões, grupos, assembleias, encaminhamentos, visitas domiciliares, estudo, relatórios, laudos, pareceres...) deve ser incluída em um Plano de Ação, o qual conterà o detalhamento do processo interventivo profissional do/a assistente social para responder as demandas da instituição à qual está inserido/a (GERBER, 2017).

Neste sentido, Lewgoy e Silveira (2007, p.236) nos indicam que:

Planejar significa organizar, dar clareza e precisão à própria ação; transformar a realidade numa direção escolhida; agir racionalmente e intencionalmente; explicitar os fundamentos e realizar um conjunto orgânico das ações.

A prática profissional do assistente social se orienta pelo projeto profissional do serviço social e pelo código de ética do Assistente Social. Exige conhecimentos teórico-metodológicos, técnico-operativos e ético-políticos. O Assistente Social precisa ser crítico e propositivo, como diz Iamamoto (2000), ser capaz de decifrar as demandas apresentadas pela classe trabalhadora e propor ações que possam fazer o enfrentamento à questão social.

3.2 PROGRAMA DE ACOLHIMENTO E REINserÇÃO SOCIAL-INSTITUCIONAL.

No capítulo a seguir será apresentado em forma de cópia os programas e projetos desenvolvidos na Comunidade Terapêutica São Francisco da Cidade de Videira-SC. As informações que seguem foram extraídas fielmente dos documentos da Instituição. Este plano institucional (Programa de Acolhimento e Reinservação Social, 2016) norteia todas as ações da instituição no que concerne ao atendimento das demandas a que se propõe em seus objetivos seguindo a metodologia: Terapia Cognitiva Comportamental e o Método Minnesota, utilizada como principais abordagens aos acolhidos e familiares.

Apresentamos neste trabalho de conclusão de curso, uma síntese das propostas desse programa, onde está inserido o Serviço Social e onde foi realizado o estágio supervisionado IV, objeto desta análise.

3.2.1 Programa de acolhimento e reinservação social

A finalidade deste programa é realizar o acolhimento e promover a Reinservação Social de pessoas com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substâncias psicoativas, com adesão e permanência voluntárias em ambiente residencial e de caráter transitório, com atividades planejadas e contínuas. A Reinservação Social acontece a partir da 4ª fase do tratamento e corresponde do 7º ao 9º mês, sendo a fase final em regime de residência. Etapa em que o acolhido se prepara para voltar ao convívio social, sendo este o objetivo final do Programa de Acolhimento. Está voltado para o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento para o convívio com a família e a sociedade, preparação para o mundo do trabalho.

O Programa de Atendimento Singular (PAS) bem como, o Programa Terapêutico nesta fase, estará focado no projeto de vida, que será realizado em conjunto com acolhido e seus familiares.

Público Alvo: Dependentes Químicos masculinos, com idade entre 18 e 59 anos.

Capacidade de Atendimento: 48 Pessoas.

Recursos Humanos Envolvidos: Assistente Social, Psicólogo, Auxiliar Administrativo, Técnica em Enfermagem, Conselheiros/Monitores em DQ.

Abrangência Territorial: As atividades são realizadas no município de Videira – SC.

3.2.2 Atividades do programa de acolhimento e reinserção social:

Atendimento Social Individualizado para famílias dos acolhidos: Atendimento para familiares dos acolhidos realizado na Comunidade terapêutica, com objetivos:

- Informar e conscientizar familiares sobre Programa Terapêutico de Acolhimento,
- Identificação e encaminhamentos de demandas familiares visando a diminuição dos fatores de risco no âmbito familiar,
- Fortalecer vínculos familiares através do processo de conscientização sobre Dependência Química, convívio familiar e Processo de recuperação,
- Incentivar a participação familiar no processo de recuperação e tratamento, através da aproximação da família com a Comunidade Terapêutica.

3.2.3 Programa de Atenção Familiar Especializado – PAFE

Oferece suporte às famílias dos acolhidos da Comunidade Terapêutica São Francisco, devido à grande importância da participação familiar durante o processo de recuperação do Dependente Químico. Os principais serviços que integram o Programa de Atenção Familiar Especializado são:

Grupo de apoio para familiares: Acontece quinzenalmente, dirigido por profissional de Serviço Social, com acompanhamento de profissionais da área da Psicologia.

Atendimentos Psicossociais: realizados na Comunidade Terapêutica com agendamento prévio.

Visitas Domiciliares: para melhor compreensão do acolhido e seu modo de viver, seus hábitos e cultura familiar, a partir do conhecimento *in loco* do meio em que estava inserido e desenvolveu a doença da Dependência Química.

3.2.4 Serviço de Atendimento Social Individualizado para famílias dos acolhidos

Atendimento para familiares dos acolhidos realizado na Comunidade Terapêutica, todas as sextas feiras, com os seguintes objetivos:

- Escuta qualificada e acolhida;
- Informar e conscientizar familiares sobre Programa Terapêutico de Acolhimento;
- Identificação e encaminhamentos de demandas familiares visando a diminuição dos fatores de risco no âmbito familiar;
- Fortalecer vínculos familiares através do processo de conscientização sobre Dependência Química, convívio familiar e Processo de recuperação;
- Incentivar a participação familiar no processo de recuperação e tratamento, através da aproximação da família com a Comunidade Terapêutica

Público Alvo: Familiares/responsáveis pelos acolhidos.

3.3 PROJETO ACADÊMICO

A materialização do processo de intervenção do estágio Obrigatório Supervisionado IV ocorreu na Comunidade Terapêutica São Francisco – CTSF, no Município de Videira – SC, mais precisamente no programa de atendimento aos Acolhidos e familiares. A CT está localizada na Rua Setembrino Comunello, nº 150 – Bairro Cinquentenário, nesta Cidade. O Estágio transcorreu no primeiro semestre do ano de 2017, no período de 27 de fevereiro de 2017 a 01 de junho de 2017, totalizando 150 horas de estágio, sob a Orientação e acompanhamento contínuo e sistemático da Supervisora de Campo Assistente Social e Responsável Técnica Jaziela da Silva Lisboa.

O estágio apresentado como exigência curricular da disciplina de estágio Supervisionado IV, do curso de Serviço Social, ministrado pela Universidade do Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP, sob a orientação da Professora Doutora Fátima Noely da Silva.

Com relação ao projeto acadêmico, os programas e as atividades desenvolvidas na CTSF, os objetivos foram alcançados com responsabilidade e ética. Este período de estágio, de número IV, foi de extrema importância para que em contato com as atividades desenvolvidas no dia a dia, com determinação e comprometimento desenvolvêssemos a prática com o conhecimento apreendido em sala de aula. Em relação aos objetivos enquanto acadêmicos, procuramos desenvolver todas as atividades que nos foram confiadas e nos detivemos aos objetivos pertinentes, conforme rege o programa Terapêutico, os quais estão descritos abaixo:

3.3.1 Objetivos do Projeto Acadêmico de Estágio:

Neste capítulo serão apresentados os objetivos gerais segmentados em objetivos específicos do Projeto Acadêmico de Estágio.

3.3.2 Objetivos Gerais

- Contribuir para o tratamento e a recuperação dos acolhidos na CT.
- Oferecer aos familiares dos acolhidos na CT, orientações sobre a dependência química e o tratamento oferecido pela C.T, visando integrá-los ao tratamento.

3.3.3 Objetivos Específicos

- Acolher os dependentes químicos que estão passando por tratamento na CT;
- Identificar e encaminhar demandas dos acolhidos, através de escuta qualificada;
- Motivar as famílias a conhecer o programa e contribuir com para o sucesso do tratamento;

- Conscientizar as famílias da importância da participação no período de tratamento do acolhido.

3.4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO ESTÁGIO

Realizou-se o estágio supervisionado de intervenção IV, na Comunidade Terapêutica São Francisco, no Município de Videira – SC, experiência que será descrita a seguir. Na prática de estágio foram utilizados os seguintes instrumentais técnico-operativos e Teórico prático do Serviço Social: Código de Ética, conhecimentos do Serviço Social, utilizando-se de referências do Serviço Social, a Legislação vigente e de conhecimentos de outras áreas das ciências; além de reuniões, entrevistas, observação e atendimento individual.

Em relação aos objetivos, acima descritos, foram alcançados com êxito de acordo com a demanda Institucional, conforme descrição e análise do estágio, em que são descritas as ações desenvolvidas, junto aos acolhidos e familiares.

O ingresso no processo de tratamento na CT pode ser através de encaminhamentos realizados por entidades públicas, (Avaliação médica do CAPS) e/ou privados. A receptividade se dará sempre mediante à referência devidamente preenchida, a qual irá compor o prontuário do candidato à vaga, na Instituição.

Toda a documentação de registro de informações referentes aos acolhidos são devidamente arquivados, juntos aos demais documentos em pastas prontuários de cada acolhido, somente com acesso da equipe técnica da Instituição.

No primeiro momento, falaremos da Acolhida, tendo como norteador deste processo os instrumentais técnicos operativos do Serviço Social, como a entrevista e a documentação de registro das informações necessárias ao procedimento de Acolhida.

Quem é o entrevistado: na triagem é realizada a entrevista, que é o primeiro contato do profissional com o candidato à vaga e família, permitindo um conhecimento prévio da realidade vivenciada, pois uma análise mais profunda será realizada através da observação e análise da conjuntura Social e familiar do acolhido no decorrer do processo de tratamento.

No momento da triagem o candidato à vaga geralmente vem acompanhado de um responsável, sendo um familiar ou profissional que realiza o encaminhamento. Esse responsável auxilia na coleta das informações necessárias,

porque as informações verdadeiras são fundamentais para o início do processo de tratamento, pois em alguns casos, fatores da dependência química já comprometeram a saúde física e mental do mesmo.

As entrevistas e outros atendimentos são documentados/registrados através de uma ficha de atendimento, contendo os principais dados pessoais do candidato, arquivado em uma pasta cadastro, sendo que só a equipe técnica tem acesso a estes documentos. Os instrumentais técnico-operativo utilizados: Entrevista, escuta qualificada, observação, orientação e encaminhamento.

A triagem é o momento da acolhida, permeada pela ética e o respeito sobre a intervenção familiar, buscando direcionar a acolhida da melhor forma possível, evitando qualquer mal-entendido ou constrangimento. A acolhida é de extrema importância para ambas as partes, forma pela qual possibilita aproximação com diálogos e respeito.

O candidato à vaga precisa ter condição clínica favorável para permanência na CT, ausência de patologia psiquiátrica ou comprometimento físico grave, ter realizado procedimento de desintoxicação inicial, ter diagnóstico médico para dependência química ou alcoolismo. O tratamento é de livre adesão e permanência e pode durar até nove meses, dividido em fases distintas e com objetivos definidos, incluindo os períodos de ressocialização e Reinserção Social.

A triagem é o momento em que é realizada a acolhida do candidato à vaga e sua família, oferecendo orientações sobre o que é dependência química, método de tratamento na Comunidade Terapêutica; esclarecimento sobre seus direitos e deveres enquanto acolhido da Instituição, lembrando que o tratamento é voluntário podendo o acolhido pedir alta a qualquer momento.

Na acolhida, o candidato ou o familiar responsável responde um questionário guiado por profissional da instituição denominado de “Triagem de Acolhida”, que permitirá de imediato o acesso às informações necessárias do histórico de vida e uso de substâncias psicoativas, situação trabalhista, situação familiar, judiciária e de saúde do mesmo. A primeira entrevista objetiva identificar os princípios norteadores para a construção do Plano de Atendimento Singular – PAS, o qual será coordenado pelo profissional de Serviço Social e também contará com a participação familiar ao longo do processo de tratamento.

O candidato poderá ser encaminhado através da rede pública por equipamentos da política de saúde (CAPS) ou da política de Assistência Social (CRAS e CREAS), e de forma particular, pela rede privada (consultório médico). Todas as informações são arquivadas junto ao Plano de Atendimento Singular, com acesso restrito somente pela equipe técnica.

Entrevista: É um instrumento necessário para priorizar um atendimento individual ou não, o qual deva ser aprofundado com mais conhecimento da realidade vivenciada. Utilizada na prática profissional em todas as áreas do conhecimento humano, a entrevista visa a identificação de demandas trazidas pelo usuário. Documentação mais utilizada: registros das intervenções e acompanhamento familiar; registros das entrevistas, prontuários e relatórios.

Encaminhamentos: São Técnicas expressas na ação destinada a dar continuidade a um processo de atendimento, sempre que houver a necessidade de uma pessoa ser atendida por outros profissionais. A técnica do encaminhamento é muito importante para o usuário, pois é através dela que o usuário buscará a solução de seus problemas, de acordo com a necessidade do momento.

Visita domiciliar: Prática de intervenção que se observam as características pelo diálogo, observação e relatos: baseada em um planejamento, o profissional em contato com a família agendará horário, com a finalidade de ir até a residência para obter informações e coletar dados referente à demanda apresentada e possível solução do problema.

Reunião: Assim como a dinâmica de grupo, as reuniões são espaços de conhecimento coletivo. São encontros grupais, que tem como objetivos estabelecer alguma espécie de reflexão sobre um determinado tema ou tomada de decisão. As reuniões podem ser realizadas junto à população usuária, junto à equipe de profissionais que trabalham na instituição, sempre tendo presente um coordenador com uma postura democrática, para conduzir a reunião utilizando-se da abordagem e a observação.

Levantamento Socioeconômico: É utilizado para conhecer a realidade econômica de um usuário e também de uma família. Ele é bastante utilizado pelos profissionais quando houver a necessidade de encaminhar o usuário para os programas de transferência de renda, permitindo que o profissional conheça melhor

a realidade socioeconômica do indivíduo ou família, dando mais clareza e precisão em seus pareceres.

Estudo Social: Um dos instrumentos que o Assistente Social faz uso para analisar com mais profundidade e de forma crítica, uma determinada expressão da “Questão Social”.

3.5 A CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS SOCIAIS DA PRÁTICA DE ESTÁGIO

As pessoas em acolhimento na CTSF são usuários de todos os tipos de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Pessoas que precisam ter o perfil, ou seja, tem que trazer consigo o diagnóstico e o CID da doença, mediante avaliação médica. Para realizar tratamento em Comunidade Terapêutica, a pessoa precisa apresentar-se em condições clínicas favoráveis, bem como ter realizado procedimento de desintoxicação em unidade de saúde com supervisão médica para a segurança do mesmo.

O público alvo são homens com 18 a 59 anos de idade, em condições de tratamento. Não existe distinção de classe ou situação econômica, haja visto que a grande maioria é da classe média baixa, tendo como público alvo indireto as famílias.

Os acolhidos são pessoas que se encontram com os vínculos familiares e sociais fragilizados ou rompidos, devido ao uso/abuso ou dependência de substância psicoativa. Devido a estes agravantes a grande maioria não disponibilizavam de residência fixa e emprego, nem com o apoio familiar.

Para que seja possível iniciar um tratamento para dependência química, o sujeito precisa interromper o estilo de vida que promove a sua autodestruição ou leva a comportamentos derrotistas, desta forma, conseguir estabilizar sua vida psicológica e social e para iniciar um processo de longo prazo de mudança pessoal e estilo de vida.

A dependência de drogas é um fenômeno complexo e plurideterminado, sendo diversas as disciplinas do conhecimento científico necessária à sua compreensão, e conseqüentemente, são diversas as áreas profissionais envolvidas na abordagem desta clientela e no tratamento desta doença. O fato de a dependência química ser considerada pela medicina uma doença, não significa que

se trata apenas de um problema com causas físicas ou orgânicas, psíquica ou emocional; mas também se apresentam os fatores que integram o contexto social, cultural, familiar, entre outros.

Através da perspectiva transdisciplinar e leitura de todas estas dimensões que envolvem o ser humano buscam-se definir a diversidade de situações sem perder de vista a globalidade do fenômeno e a singularidade de suas manifestações em cada sujeito que se apresenta (ou é apresentado) como dependente químico.

3.6 DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO

Serão apresentados relatos de algumas intervenções, na consecução dos objetivos. As iniciais dos nomes são fictícias para preservar eticamente as pessoas, conforme os preceitos da profissão e outras leis. Descrição dos objetivos acima citados e o que foi realizado em relação a cada um deles.

No projeto acadêmico, para alcançar os objetivos descritos acima, a prática de estágio se desenvolveu junto aos acolhidos e famílias, da CTSF, utilizando-se de instrumental técnico-operativo do Serviço Social: Triagem/Acolhida, Entrevista, Observação e Encaminhamento.

3.6.1 Relato de Atividades Desenvolvidas no Período de Estágio

O primeiro objetivo a ser alcançado na CT é acolher os dependentes químicos que estão passando por tratamento na CT. Para alcançar este objetivo foi realizado a triagem e acolhimento do “Sr.J”. Ele estava sendo referenciado pelo CAPS de Videira – SC e possuía os encaminhamentos necessários para o processo em questão. Com 36 anos de idade, iniciou o uso de substâncias químicas aos 12 anos, por influência de amigos e por curiosidade. A substância de uso/abuso era a cocaína e em decorrência disso, atualmente, não vive com a esposa e os filhos.

Em relação ao acolhimento do “Sr.J”, ele aparentava tranquilidade, sem alteração de humor. Realizadas as orientações sobre o que é a doença, como ela age no SNC (Sistema Nervoso Central) e que o período de abstinência vai causar crises, mas que são necessárias para serem superadas. É esclarecido, também, como será feito o tratamento, que o programa segue um regimento interno, norteador do programa Terapêutico. Em seguida, o familiar é ouvido sobre o que

esperava do tratamento, a qual se demonstrou confiante. Teve por objetivo esclarecer sobre os direitos e deveres dos acolhidos, orientando sobre os princípios básicos do programa, visando a segurança e a integralidade no período de permanência na Instituição.

Resultados/conclusões: A acolhida foi realizada com êxito, pois a familiar responsável aparenta estar confiante com a atitude assertiva, mostrou-se disposta a apoiar o acolhido no tratamento terapêutico buscando cada vez mais informações para conhecer melhor o processo de tratamento e o que fazer enquanto codependente vítima desta doença – dependência química. Conforme os princípios básicos do programa terapêutico, visamos destacar a importância do apoio da família. Em mostrar ao acolhido que o comprometimento com o processo de mudança de estilo de vida, já que a mudança é alcançada mediante desejo do próprio usuário da substância psicoativa, uma vez que o tratamento só acontece quando o mesmo aceita, pela sua condicionalidade que é de permanecer(voluntário) em acolhimento.

O segundo objetivo a ser alcançado é, através de escuta qualificada, identificar e encaminhar demandas dos acolhidos.

Atendimento individual: Em atendimentos realizados para o “Sr. P”, no decorrer do período de estágio, utilizou-se de escuta qualificada, entrevista e observação, em que todos os atendimentos e encaminhamentos realizados são registrados em seu prontuário de atendimento e anexado ao cadastro individual, sob a responsabilidade da equipe técnica.

Com relação a este paciente, foi realizado atendimento individual para identificação de demandas trazidas pelo acolhido, a respeito de uma situação familiar, foram realizadas ligações e conversado com o familiar em questão (esposa), a qual veio até a CT, para orientações necessárias.

No início do tratamento, mais precisamente no mês 06/2017 o “Sr. P” nos procurou, relatando sobre as dificuldades enfrentadas, a respeito de uma situação familiar. Conforme relato seu, fala que não está conseguindo focar no tratamento pois questões fora da CT estavam lhe fazendo muito mal. Diz estar sofrendo com a indiferença de sua esposa, a mesma diz não acreditar mais na promessa de mudança de vida que ele falava todas as vezes que fazia uso de determinada substância e que isso nunca acontecia, e que este período era só mais uma destas

promessas de mudança, ou seja, não estava tendo apoio e nem compreensão. Por este motivo estava planejando pedir alta e desistir do tratamento.

No desenrolar do processo foi conversado bastante com o mesmo, orientado quanto ao encaminhamento a ser tomado. Em contato telefônico com a esposa, ela apresentou resistência para vir na visita familiar, foram realizadas orientações sobre a importância da participação familiar no processo de tratamento e para a permanência do acolhido na Comunidade Terapêutica. Com o passar dos dias a família toda aderiu ao tratamento, compreendendo mais sobre a doença e assim dando o apoio necessário ao “Sr.. P”, que busca superar-se a cada Ressocialização.

A cada volta da Ressocialização, nos relata ter tido bons momentos com a esposa e as filhas e se mostra contente com o tratamento e deseja concluir o período sugerido e a possibilidade de graduar. O “Sr.P” tem 43 anos de idade e relatou fazer uso de substância química desde muito novo; a idade exata não lembra, mas que por influência de seu pai, que já fazia uso de bebidas alcoólicas, ele passou a usar gradativamente, tendo períodos bem críticos, tanto na família quanto no trabalho.

Dias após o ocorrido, na volta da Ressocialização, o acolhido relatou ter passado bem este período que esteve com a família e que a situação foi resolvida. Portanto, constata-se que pode ser o melhor tratamento possível, mas se a relação familiar não for favorável, a evolução no tratamento não acontece de forma satisfatória.

Concluimos, pelo atendimento, que o “Sr.P” se sentiu acolhido pela conversa e orientações recebidas e que o Serviço Social atua junto da equipe e se utiliza dos recursos internos da Instituição e externos como o CAPS, como mediador das demandas apresentadas.

3.6.2Atendimento Social ao Acolhido

Semanalmente o setor de Serviço Social realiza atendimento aos acolhidos para identificação e encaminhamentos de demandas particulares de cada acolhido. Busca-se articular espaços e agentes facilitadores no processo de recuperação. (Comunidade Terapêutica São Francisco: Programa de Acolhimento e Reinserção Social, 2016).

O terceiro objetivo a ser alcançado é a motivação das famílias a conhecer o programa e contribuir com para o sucesso do tratamento.

De acordo com o Programa de Atenção Familiar Especializado – PAFE, a CTSF oferece às famílias codependentes um suporte no que refere às dificuldades em compreender a globalidade da doença, ou seja, oferecer meios para que haja o conhecimento e entendimento de todos os fatores que envolvem a família nesta problemática.

O trabalho também pretende reaproximar estas pessoas (pais, filhos ou esposas) e desenvolver o fortalecimento e a capacidade protetiva do núcleo familiar e comunitário.

Busca-se o desenvolvimento de atividades que propiciem a reinserção social da família, a qual, oprimida pelas consequências do uso nocivo de drogas de seu familiar, encontra-se isolada da sociedade, esposas perderam seus empregos, filhos não vão mais para escola; a vergonha e o medo são os principais causadores do isolamento social familiar.

O serviço é desenvolvido pelo profissional Assistente Social, através da acolhida, escuta qualificada, grupo de apoio para familiares de Dependentes Químicos, orientações individuais e coletivas sobre dependência química e codependência, caminhamentos para mercado de trabalho, entre outros.

3.6.3Atendimento individual de um familiar

O quarto objetivo buscado é a conscientização das famílias da importância da participação no período de tratamento do acolhido.

O nome é fictício será Sr.M).Em relação a este objetivo, foi realizado atendimento para a família, codependente, a qual fez agendamento para conversar a respeito de seu irmão que encontra acolhido nesta Instituição para o devido tratamento. A família e o acolhido residem neste município, no momento o “Sr. M” está separado de esposa e da filha do casal, por este motivo passou a morar junto com sua mãe. Ele tem, mais ou menos, trinta anos de idade e iniciou o tratamento na CTSF em 10/06/2017 – CID 19 – e faz uso/abuso de substância psicoativa desde os 16 anos de idade. Iniciamos o atendimento explicando sobre o objetivo do

atendimento, sobre a alteração na dinâmica familiar em decorrência do uso de substância por um período considerado longo.

Em desabafo, sua mãe refere que o mesmo teve uma infância normal até aos oito anos de idade, período em que o pai faleceu. Após este fato ocorrido houve mudança de comportamento, passando a ser desobediente e rebelde. A mãe relata que para acalmá-lo fazia todas as suas vontades, conforme suas possibilidades, mas que mesmo assim cresceu rebelde em casa, preferindo o isolamento social. Relatou ainda que o mesmo vem tendo comportamentos egocêntricos no período de ressocialização.

No momento do atendimento, a família refere que o acolhido ao sair pela segunda vez no período de Ressocialização não fez o sugerido pelo programa, pois o mesmo estava ansioso, querendo que tudo fosse resolvido de imediato e ao seu gosto, deixando a família bem apreensiva, estressada e sem ação. Foram feitas orientações referentes às atitudes do acolhido sobre seu comportamento, demonstrando diante da realidade vivenciada neste período que estes comportamentos são perigosos pois são fatores que se evidencia uma recaída. Salienta-se que o atendimento individualizado também conta com a presença de profissional de psicologia – caracterizando-se Atendimento Psicossocial.

No desenrolar do atendimento foi agendado novamente atendimento mediador, para a família e o acolhido, a fim de esclarecer determinadas dúvidas e preocupações da família em relação a este problema situacional.

Concluimos que a família apresentava comportamentoscodependentes como sentimento de culpa, choro excessivo e “pena”. Essa família foi encaminhada para atendimento e acompanhamento psicológico. Utilizou-se de entrevista, escuta qualificada e observação. A codependência se dá quando o familiar que vive a dicção sem fazer uso da droga, em especial pessoas mais próximas, como os pais, cônjuge e filhos.

Ainda na busca do cumprimento do objetivo de conscientizar as famílias da importância da participação no período de tratamento do acolhido, foi realizado grupo de apoio para as famílias codependentes. Conforme os princípios básicos do programa terapêutico, o grupo de apoioàs famílias codependentes acontece duas vezes por mês, nas quintas-feiras das 19h às 20h, sequencialmente, sempre com a direção e apresentação da Assistente Social Jaziela Lisboa, que neste encontro

apresentou o tema: comportamento. Este serviço acontece, provisoriamente, num espaço físico nas mediações da Igreja Matriz de Videira – SC, tendo em breve sala própria dentro da Instituição. Assim como os demais serviços, as reuniões são mecanismos de suporte para as famílias de pessoas que se encontram em acolhimento na CT.

A reunião visa repassar orientações e esclarecer dúvidas no que diz respeito às dificuldades em compreender a doença e também favorecendo a aceitação e ao tratamento. Além da condicionalidade para que possam visitar aos acolhidos na CT, mediante a carteirinha e também estas famílias ficam mais bem preparadas para receber o seu familiar no período de ressocialização. A reunião familiar tem boa aceitação, inclusive, as mães são as que mais frequentam. Instrumental técnico-operativo utilizado: Reunião e observação.

Iniciamos a reunião dando as boas-vindas a todas as pessoas que se faziam presentes, sendo que a sala estava cheia. Em seguida, a Assistente Social, que conduziu a reunião falou do tema: Comportamento. Eu, a autora do trabalho de TCC e estagiária, procurei auxiliá-la na organização da sala e na receptividade das famílias, da melhor forma possível, para que se sentissem bem. Neste momento de troca, aprendizado e experiência, sempre com ética, respeito e comprometimento.

Em seguida falou sobre o tema, como é importante que a família mude seus comportamentos, citou exemplos de fácil compreensão a respeito das mães que insistem em fazer tudo pelo seu filho, como se este ainda fosse criança, impedindo que ele faça suas escolhas com erros e acertos, quando na maioria das vezes eles não aprendem a lidar com os desafios, dificuldades impostas pela vida, tornando-se uma pessoa com certas limitações.

Conforme se referiu a Assistente Social, nós devemos pensar que o indivíduo precisa ser estimulado para se desenvolver em sua totalidade. Para que isso aconteça, a família precisa estar muito engajada neste processo de tratamento, assim, o trabalho fica mais completo. Desta forma, o dependente químico vai ser tratado biopsicossocial e espiritual.

Bio: é o físico, deve-se tratar para que a pessoa fique estabilizada (desintoxicação).

Psico: é o estado emocional, a pessoa está sem sentimento de afeto ou de preocupação, a droga bloqueou isso.

Social: são as relações familiares e a sociedade, seja no trabalho ou um compromisso na escola do filho.

Espiritual: Não está ligado à religião, mas com mudança de comportamento. Fatores que eram considerados bons anteriormente perdem o sentido e ele passa a fazer o contrário. Passa também a considerar somente a droga como saída para os problemas.

Por isso a importância do entendimento da família em relação ao tratamento, porque a informação é importante e vai ajudar a identificar os sinais de risco de recaída. Outro fator bem importante que se deve levar em consideração é a mudança nos hábitos na família, como por exemplo, evitar substância que altere o comportamento humano, porque ao ver determinadas substâncias terá lembranças da ativa. Exemplo mais comum é quando o acolhido vai passear em casa de ressocialização e a família faz um almoço para todos os parentes regado de bebidas alcoólicas. Outro ponto importante é a diferença de não ter conhecimento, onde a família na maioria das vezes sente-se culpada, após ter adquirido o conhecimento de como a droga age no organismo humano ela passa a ser corresponsável do familiar dependente químico. Para que isso não aconteça, deve-se evitar substâncias químicas em casa; lugares e pessoas da ativa também devem ser evitadas. A família funciona como um sinalizador, pois é ela quem deve perceber os sinais de risco ou perigo e tomar atitude para evitar uma recaída.

Percebemos que as famílias estavam bem participativas, interagindo e tirando dúvidas a respeito da doença. A reunião é de grande relevância para o elo família/acolhido, em que a CT, através do trabalho da Assistente Social, faz a ponte, levando informações e deixando as famílias mais confiantes. Instrumentos técnico-operativos utilizados: Reunião grupal, observação e diálogo. Os registros das reuniões são arquivados em um envelope de acesso somente pela equipe técnica.

A Comunidade Terapêutica São Francisco é uma instituição de saúde que atua no enfrentamento de problemas relacionados ao uso/abuso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas), considerando a complexidade que é a dependência química e os impactos na vida do usuário e no meio em que ele está inserido, busca tratar e desintoxicar o organismo humano para inseri-lo novamente à sociedade. O tratamento se dá através da convivência entre os pares e da terapia cognitiva comportamental.

Atendimento individual: Conforme o cronograma de tratamento Terapêutico, o atendimento individual é uma estratégia realizada sempre que a equipe ou o acolhido sentir a necessidade de conversar sobre determinada situação, por ser considerado um mecanismo ágil na identificação de demandas.

Neste processo, a atuação do Assistente Social será mediada pela entrevista, escuta qualificada e o acompanhamento. Este atendimento se deu por instrumentos de intervenção como a entrevista, escuta qualificada e acompanhamento sistemático e contínuo. Documentação: os atendimentos são registrados em prontuário de atendimento individual, arquivado na pasta de cada acolhido tendo acesso somente pela equipe técnica.

Em relação a este objetivo falaremos da prática de estágio junto às pessoas em tratamento na CTSF, mais precisamente do atendimento individual referente à identificação de demandas familiares, trazidas pelo “Sr. J”. Ele solicitou atendimento referente a questões que estavam tirando o foco do tratamento. O “Sr. J” vivia em situação de rua nesta cidade, Videira – SC, iniciou o uso das drogas aos 20 anos, sendo a droga de preferência o álcool. Aos 49 anos de idade, já passou por outros tratamentos em hospitais para desintoxicação do organismo, porém sem sucesso. Faz uso medicamentoso para outras patologias e não apresenta quadro de limitações físicas ou cognitivas que comprometa a efetividade do tratamento. Possui nível escolar de 8º ano, profissão de mecânico industrial, desempregado, filho único, porém seus pais são falecidos. Em razão da doença encontra-se separado da esposa, com a qual tem um filho menor de idade.

O “Sr. J” foi encaminhado pelo CAPS de Videira – SC, sendo sua referência de origem. No momento do atendimento, relatou que sentia necessidade em fazer o tratamento até o fim, refere boa adaptação nas atividades, em geral, e também aceitação no grupo. No decorrer do atendimento, contou ter sofrido um acidente e que em decorrência dele perdeu seus óculos de grau, queixou-se de dor de cabeça por falta do acessório.

No desenrolar do atendimento o “Sr. J” demonstra preocupação com o período de ressocialização pelo fato de não possuir residência fixa e nem família que possa lhe acolher. Feito orientações referentes ao que já estava sendo feito e as providências a serem tomadas, o qual agradeceu, mostrando-se contente com o resultado.

Finalizando, em relação aos óculos, foi agendado oftalmologista para os próximos dias, encaminhado pela Assistente Social da Instituição, sem custo para o acolhido. Referente à Ressocialização, a equipe técnica decidiu em comum acordo que o “Sr.J”, irá ao CAPS, nos dias que houver grupos de apoio, passando o dia nesta Instituição e retornando no final da tarde para a CT. Nos outros dias, permanece na CT, uma vez que serão cinco dias, período inicial do tratamento, estratégia avaliada como possibilidade para as futuras ressocializações do mesmo.

O “Sr. J” iniciou o tratamento no mês 08/2017, tempo de permanência previsto de 09 meses, período estabelecido de acordo com a metodologia utilizada na CT e adaptada para cada caso, buscando a promoção do bem-estar e a inclusão social dos acolhidos, por meio da Ressocialização Social. Este período de nove meses é muito importante para o fortalecimento da base familiar, melhor compreensão da doença, assim a família poderá levar uma vida mais confiante sempre fazendo o sugerido no período de tratamento (evitar hábitos da ativa) para evitar possíveis recaídas.

Conforme o programa Terapêutico, a ressocialização é a possibilidade de a pessoa ser inserida gradativamente na sociedade, período em que ela vai colocando em prática seu novo estilo de vida. A ressocialização visa intermediar o acolhido e o mundo externo, com a busca por meios de fortalecer os vínculos fragilizados no meio familiar e afetivo. O programa tem o objetivo de orientar, sobre o que é a doença, utilizando formas de tratamento pautado em três princípios norteadores: honestidade, mente aberta e boa vontade.

3.6.4 O que é a Recaída

É quando o dependente químico está limpo – sem fazer uso de substância química – por um período razoável, estando acolhido para tratamento, por exemplo, e ao sair da CT para a ressocialização não coloca em prática o conhecimento adquirido com o programa e ele faz uso de determinada substância química, desta forma acontece a recaída.

Há casos em que o dependente químico procura compensar o tempo que ficou em abstinência, só que não acontece mais, porque a doença vai se intensificando por ser incurável, progressiva e fatal. Por estes motivos orienta-se que em caso de recaída procure voltar e buscar ajuda novamente.

A recaída pode acontecer mais que uma vez no período em que está acontecendo o tratamento e acontece a ressocialização, porque o dependente químico ainda não deseja realmente parar de usar, desta forma a mudança de vida só acontece quando o desejo de mudar for maior. Outros fatores determinantes para uma recaída é a falta de oportunidades, juntando a isso a autopiedade e o sentimento de culpa, levando a desmotivação pessoal. Para que isso seja evitado, o interno deve levar em consideração os conhecimentos adquiridos com o programa e colocar em prática, ou seja, deve haver diálogo com a família, principalmente no sentido de restaurar a confiança harmônica e o bem-estar no convívio do ambiente.

De acordo com Solano (2015):

A recaída refere-se a uma retomada do antigo padrão de consumo, onde a pessoa retorna a consumir a substância nos mesmos níveis anteriores à abstinência. Pesquisas apontam que 80% das pessoas que tratam de dependência recaem no uso depois de algum tempo. “Em geral é preciso passar por vários tratamentos ou tentativas pessoais para que a pessoa consiga parar. Isto não significa que todo mundo vai passar por uma recaída, mas que a possibilidade é extremamente alta”.

Para que a recaída não aconteça são imprescindíveis a força de vontade do usuário em tratamento e o auxílio da família, evitando comportamentos considerados perigosos.

3.6.5 Como acontecem as saídas para a Ressocialização

A Ressocialização acontece gradativamente, dentro do período de nove meses, inicialmente a primeira saída acontece após 60 dias e assim gradativamente até concluir o tratamento, com período da graduação sugerido de nove meses. Lembrando que a graduação acontece somente para o acolhido que não sofreu nem uma recaída no decorrer do tratamento.

Primeira saída: acontece com 60 dias.

Segunda saída: com 90 dias.

Terceira saída: com 120 dias, em todas estas os acolhidos permanecem fora da Instituição durante 05 dias.

Quarta saída: com 150 dias.

Quinta saída: com 180 dias, ambas os acolhidos permanecem fora da CT, por um período de 07 dias.

Sexta saída: com 240 dias o acolhido permanece fora da Instituição por (30) dias.

3.6.6 Período que acontece a Graduação e a conclusão do tratamento:

A graduação acontece com 270 dias, ou seja, o acolhido completou o período sugerido de nove meses, não ocorrendo nem uma recaída durante o processo de tratamento e após ter concluído todas as etapas do programa, com honestidade, disposição e boa vontade. A Graduação é um momento muito importante para o acolhido e também para a família que aguarda motivada, pelo bom desempenho e determinação do seu familiar em relação ao tratamento e pós-tratamento, para a manutenção e prevenção à recaída.

CONSIDERAÇÕES FINAIS DO ESTÁGIO

O estágio em Serviço Social é de extrema importância para o acadêmico, pois contribui para agregar conhecimentos de forma mais objetiva e segura. É através do estágio de intervenção que o acadêmico pode relacionar teoria e prática no processo de aprendizagem.

Com o estágio pudemos ampliar os conhecimentos necessários para a formação profissional, estivemos sempre empenhadas ao aprendizado a respeito das orientações repassadas pela Supervisora e Assistente Social da Instituição, para o desenvolvimento das atividades. Houve também, para enriquecimento, a busca em referenciais para ampliar o conhecimento de forma ética e com responsabilidade profissional.

Para a instituição – Comunidade Terapêutica São Francisco, o estágio foi uma contribuição, possibilitando ideias novas e somando esforços nas atividades desenvolvidas pela a equipe técnica. Em relação aos acolhidos o estágio foi bem significativo, porque conseguimos contribuir com dedicação e cordialidade, sendo de recíproca mutua e instantânea, não houve nem um tipo de constrangimento e a aceitação foi muito boa. Com o convívio percebemos a entrega e que a troca de experiência foi mutua, ao ouvir e orientar.

Vários conhecimentos foram agregados, mas não de menor significado foi nossa superação de dificuldades próprias, pois muitas vezes nos julgamos incapazes de realizar determinadas ações ou resolver situações problemáticas, procrastinando e sem buscar sair de uma determinada zona de conforto, que julgávamos ser mais prudente.

A realidade vivida e o conhecimento sobre o que é realmente esta doença (dependência química) contribuiu para que pudéssemos dar um passo importante no que se refere ao preconceito, que ainda é tão presente em nossa sociedade e em nós mesmos. Pois, com palestras de prevenção ao uso de substâncias psicotrópicas, para alunos de escolas municipais entendemos que cada pessoa que visita a Instituição e recebe informações corretas vai repassar, seja para a família ou amigos. Desta forma, a sociedade vai entendendo o que realmente é a doença e a forma de tratamento desenvolvida pela Comunidade Terapêutica São Francisco.

Durante o período de estágio obtivemos muitas quebras de barreiras em relação ao preconceito, no modo de conceber o uso de entorpecentes, que até então nós

não conseguíamos compreender a razão do dependente químico, mesmo sabendo que determinada substância lhe ocasiona prejuízos dos mais variados, ele insiste em usar. Passamos a entender que o uso contínuo e sem controle de determinada substância é doença e precisa ser tratada e não excluída. Isso foi motivador para continuar a trabalhar nessa área de tanta importância e significados.

CONCLUSÃO

O consumo de substâncias psicoativas vem aumentando e várias podem ser as motivações, sem distinção de classe social, idade ou gênero. Assim sendo, este tema carece de atenção por parte das políticas públicas, pois trata-se de um problema social e de saúde. O discurso que predomina é o da repressão, da culpa, da visão de criminalidade e muitas vezes o dependente é visto simplesmente como “bandido”. Essas atitudes dificultam o tratamento, já que o dependente necessita de compreensão e apoio, principalmente familiar.

Este trabalho de conclusão de curso teve como finalidade analisar, primeiramente, os tipos de drogas que causam dependência e as consequências que podem acarretar na vida dos dependentes.

Vimos que esse problema passou a ser visto como um problema de saúde, sendo que várias leis e instituições voltadas para o tratamento desse mal foram criados, visando o amparo não só aos dependentes em tratamento, assim como a família que passa a ser codependente, já que sofre com os efeitos indesejados da doença, que deixou de ser vista somente como um vício.

A importância do apoio familiar no tratamento do dependente químico foi enfatizada durante o trabalho, entendendo que a família compõe um sistema e que todos os envolvidos influenciam o comportamento uns dos outros. É comprovado que os familiares exercem o papel de motivadores, ou o contrário, durante todo o percurso do tratamento do dependente químico, ficando evidente a sua importância, podendo levar ao fracasso do tratamento, caso não exista.

Essa importância pode ser comprovada durante a realização do estágio, durante as conversas com os dependentes, sendo que a situação familiar era várias vezes citada por eles e interferia em seu comportamento. É necessário, também, considerar que o início da patologia pode ter sido resultado de algum problema familiar, e para que haja êxito, todo o contexto precisa ser conhecido e tratado, visando restabelecer o equilíbrio familiar e o sucesso do tratamento seja facilitado.

Durante toda a pesquisa bibliográfica e o estágio, ficou claro que a inclusão da família no tratamento é um dos meios mais concretos de se chegar à reabilitação. Quando há a participação da família, fazendo parte dos grupos de apoio e reuniões, o acompanhamento do dependente em recuperação será facilitado, já que entenderão como o processo se dá e quais medidas tomar em caso de recaída.

Esse caminho será, provavelmente, arduo, já que precisarão enfrentar rotulações e preconceitos, precisando da união para superá-los e superar as dificuldades, que podem ser de toda ordem.

Ficou claro que o trabalho desenvolvido pela comunidade terapêutica São Francisco segue esse caminho, já que inclui a participação da família em seu processo terapêutico, mesmo que essas estejam desgastadas e cansadas. Essa situação pode ser percebida, já que nem todas as famílias envolvidas aceitam os convites às reuniões.

Apesar de termos nos empenhado para realizar este Trabalho de Conclusão de Curso, os estudos e conclusões aqui relatadas não se esgotaram, devendo ainda ser objeto de estudos futuros, mas acredita-se que todas as questões relacionadas às famílias são prioritárias e que o papel desempenhado pelo Assistente Social é de extrema importância para mediar o tratamento da dependência química.

Não foi possível esgotar esta temática “A influência da família no tratamento do dependente químico”, porque se trata de um assunto relativamente novo e complexo, com poucos materiais de pesquisa disponíveis, por este motivo sugerimos que o estudo deve ser aprofundado por profissionais e acadêmicos.

REFERÊNCIAS

ABESS. **Currículo Mínimo: novos subsídios para o debate**. São Paulo: Cortez, 1996.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso e abuso de substâncias psicoativas**. Brasília: 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd08_05.pdf. Acesso em: 30/04/2017.

AGUIAR, Antônio Geraldo de. **Serviço Social e Filosofia: das origens à Araxá**. 5ª.ed. – São Paulo: Cortez, 1995.

AMORIM, Camila Gabriel Meireles Amorim. MENDONÇA, Camila Rezende de Mello.

FIGUEIREDO, Karina Aparecida. **A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL EM GRUPOS MULTIFAMILIARES COM FOCO NO ABUSO SEXUAL: DESAFIOS E POSSIBILIDADES**. Disponível em: <http://cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/5f/5fef7efc-c39a-4e13-a7ec-eaaf36894ed1.pdf>Acesso em: 09/10/2017.

ANDRADE, Maria Angela Rodrigues Alves de. **O METODOLOGISMO E O DESENVOLVIMENTISMO NO SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO – 1947 a 1961**. Serviço Social e Realidade. Franca, SP, v.17, n.1, p. 268-269, 2008.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1986.

AZEVEDO, Carolina Santos de. SILVA, Rodrigo Sinott. **A importância da família no tratamento do dependente químico**. Encontro. Revista de Psicologia. Vol.16, Nº 25, Ano 2013. Disponível em: <http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/renc/article/viewFile/2439/2337>. Acesso em: 12/07/2017.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 31. ed. rev. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2003.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 42/2003 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94. Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas. Brasília, DF, 2004.

_____. **Lei n. 11343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD. Brasília, 2006. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/l11343.html . Acesso em: 25.04.2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, DF, 2005.

_____. **Novo Código Civil Brasileiro**. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Ed. Revista do Tribunais, 2003.

_____. **Resolução CONAD Nº 01/2015**. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_27017500_RESOLUCAO_N_1_DE_19_DE_AGOSTO_DE_2015.aspx. Acesso em: 01/08/2017.

_____. **RESOLUÇÃO-RDC/ANVISA Nº 101, DE 30 DE MAIO DE 2001**. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/res_0101.pdf. Acesso em: Acesso em: 01/08/2017.

_____. Secretaria Nacional de Assistência Social Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. **Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS**. Brasília, DF, 2011 Gráfica e Editora Brasil LTDA.

_____. Secretaria Nacional de Assistência Social Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS **Guia de orientação técnica – suas nº 1 proteção social básica de assistência social**. Brasília, DF, 2005.

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Capacitação para comunidades terapêuticas – Conhecer para cuidar melhor: Curso para líderes, voluntários, profissionais e gestores de comunidades terapêuticas**. Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 1. ed. Brasília, DF : SENAD-MJ/NUTE, 2013.

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 6. ed. Brasília, DF: SENAD-MJ/NUTE – UFSC, 2014.

_____. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 10/09/2017.

BRAGA, Luana et al. **A EFETIVAÇÃO DO PROJETO ÉTICO POLÍTICO PROFISSIONAL NO ÂMBITO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL**. 2013. Disponível em: <<http://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2014/03/A-efetivação-do-PEP-no-âmbito-da-Assistência-Social.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2017.

BRITO, Azenilto G. **O desafio das Drogas: Como Vencê-lo**. 2. Ed. Casa Publicadora Brasileira, Tatuí, SP, 1988.

CARVALHO, Raul de; IAMAMOTO, Marilda Villela. **Relações sociais e serviço social no Brasil**. 15. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

CASTRO, Aducto de Souza. **Direito e Legislação**. Atlas. 15 ed. São Paulo, 1981.

COSTA, Selma Frossard. **As Políticas Públicas e as Comunidades Terapêuticas nos Atendimentos à Dependência Química**. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/ssrevista/pdf/2009/29%20AS%20POL%20CDCAS%20P%20DABLICAS%20E%20AS%20COMUNIDADE%20TERAP%20CAUTICAS-COM%20REVIS%20O%20DO%20AUTOR.pdf> . Acesso em: 27/04/2017

COSTA, Selma Frossard. **O Serviço Social e o terceiro setor**. Disponível em: http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v7n2_selma.htm. Acesso em: 02/08/2017.

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

DURHAM, E. R. **As pesquisas antropológicas com populações urbanas: problemas e perspectivas**. In: CARDOSO, R. C. L. (Org.). *A aventura antropológica*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

ESTEVIÃO, Ana Maria Ramos. **O que é Serviço Social**. 3 ed. São Paulo: Brasiliense, 1984.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em Serviço Social**. 3ª ed. São Paulo. Cortez. 2001.

FAPESC. Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina. **Comunidades Terapêuticas: Cenário de Inovação em Santa Catarina**. 1. Ed. Florianópolis. Insular, 2015.

FIGUEIRA, Sonia Maria de Almeida. **Fundamentos Filosóficos para o Serviço Social**. 2009.

GERBER, Luiza Maria Lorenzini. **OFICINA DE SERVIÇO SOCIAL: ELABORAÇÃO DE RELATÓRIOS E LAUDOS**. Disponível em:

<<https://www.amavi.org.br/sistemas/pagina/setores/associal/arquivos/2011/Texto-Oficina-de-Servico-Social-Elaboracao-de-Estudos-e-Parecer-Social.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2017.

GUERRA, Yolanda. **A Instrumentalidade do Serviço Social**. 2ed. São Paulo: Cortez, 1999.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. O Serviço Social na contemporaneidade: dimensões históricas, teóricas e ético-políticas. Fortaleza, CRESS –CE, Debate n. 6, 1997

_____, Marilda Vilela. **A questão social no capitalismo**. Temporalis. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, Brasília, v. 2, n. 3, 2001.

_____, Marilda Vilela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 2ª Ed. São Paulo: Cortez, 2008.

IBGE, **Nas duas últimas décadas houve uma queda substancial do tamanho da família**. Disponível em: <http://teen.ibge.gov.br/biblioteca/274-teen/mao-na-roda/1770-a-familia-brasileira.html>. Acesso em: 31/07/2017.

JULIANI, Carmem Maria Casquel Monti, CIAMPONE Maria Helena Trench. **Organização do sistema de referência e contra referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros**. Rev. Esc. Enf. USP., v. 33, n. 4, 1999.

KAWALL, B. G. **A contribuição do assistente social no processo de prevenção do uso, manutenção da abstinência e prevenção à recaída**. Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de serviço Social. UFSC. Florianópolis: 2003.
LIMA, Arlete Alves. **Serviço Social no Brasil: a ideologia de uma década**. 2. ed. São Paulo: Editora Cortez, 1983. 111 p.

LIMA, Vanessa Batista Oliveira. BRANCO NETO, Joffre do Rêgo Castello. **Reforma Psiquiátrica e políticas públicas de saúde mental no Brasil: resgate da cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais**. Disponível em: http://www.uni7setembro.edu.br/recursos/imagens/File/direito/ic2/vi_encontro/REFORMA_PSIQUIATRICA_E_POLITICAS_PUBLICAS_DE_SAUDE_MENTAL_NO_BRASIL.pdf . Acesso em: 23/04/17.

MARTINELLI, Maria L. **O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos**. Revista Serviço Social e Sociedade, nº 107. São Paulo: Cortez, p. 497-508, 2011.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social: identidade e alienação**. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

MELO, Patrícia Freitas de. PAULO, Maria de Assunção Lima de. A importância da família na recuperação do usuário de álcool e outras drogas. **Saúde Coletiva em Debate**. Campina Grande, PB.P. 41-51, dez. 2012.

MIOTO, R. C. T. **A centralidade da família na Política de Assistência Social: contribuições para o debate**. In: Revista de Política Pública. São Luis: EDUFMA, v. 8, n. 1, jan./jun. 2004.

MONTAÑO, Carlos Eduardo. **O papel sócio-econômico das pequenas e micro-empresas. Uma alternativa de desenvolvimento ou uma estratégia de sobrevivência**. Dissertação de Mestrado, UFRJ-Mimeo; Rio de Janeiro, 1995.

OLIVEIRA, Nayara Hakime Dutra. **Recomeçar: família, filhos e desafios**. Tese – Doutorado – Serviço Social – Faculdade de História, Direito e Serviço Social – UNESP. Franca, 2009

OLIVEIRA, Juliana Maluf Silva Lima. **Compreendendo a Personalidade do Dependente Químico no Enfoque da Gestalt Terapia**. Faculdade de Ciências da Saúde – FACS. Brasília, 2006.

PAULA, Wilson Kraemer de. PIRES, Giselle de Souza Paula. **Viver Livre das Drogas: Tudo que você precisa saber sobre o uso de drogas e sua prevenção**. 5. Ed. Florianópolis, SC. Letras Brasileiras, 2011.

PAZ, Fernanda Marques. COLOSSI, Patrícia Manozzo. Aspectos da dinâmica da família com dependência química. **Estudos de Psicologia**. P. 551-558, out-dez. 2013.

PETRY, Eliane Maria. **A inserção das famílias no tratamento e recuperação de usuários de drogas na Clínica Caminho do Sol: a ação do assistente social**. Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de serviço Social. UFSC. Florianópolis: 2005.

PIANA, Maria Cristina. **O serviço social na contemporaneidade: demandas e respostas**. São Paulo: Editora Unesp, 2009. 233 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/vwc8g/pdf/piana-9788579830389-04.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2017.

SANTOS, Cláudia Mônica dos. **Os Instrumentos e Técnicas: Mitos e Dilemas na formação profissional do Assistente Social**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006. 248 p. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

SARTI, C. A. **Família e individualidade: um problema moderno**. In: CARVALHO, M. C. B. (Org.) A família contemporânea em debate. 3. ed. São Paulo: EDUC : Cortez, 2000.

_____. Famílias enredadas. In: ACOSTA, A. R.; VITALLE, M. A. F. (Org.) **Família: redes, laços e políticas públicas**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SOLANO, Sonia Regina Paes Breda. **Recaída, o que fazer?** Disponível em: <http://www.ctviva.com.br/blog/recaida-o-que-fazer/> Acesso em: 11/06/2017.

SPOSATI, Aldaíza; FALCÃO, Maria do Carmo. LBA: Identidade e efetividade das ações no enfrentamento da pobreza brasileira. São Paulo: Educ, 1989.

TORRES, Mabel Mascarenhas. **As múltiplas dimensões presentes no exercício profissional do assistente social: intervenção e o trabalho sócio-educativo**. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/ssrevista/pdf/2009/2009_2/85_As_multiplas_dimensoes_presentes_no_exercicio_profissional_do_assistente_social_artigo_ultima-versao_publicar.pdf>. Acesso em: 22 set. 2017.

VASCONCELOS, E.M. **A priorização da família nas políticas de saúde**. Saúde em Debate v. 23, n 53. Rio de Janeiro, set/dez 1999 (p. 6- 19).

VIANA FILHO, Almir. **Dependência Química não tem Graça**. 1. ed. Videira, SC, 2012.

VIDEIRA. Comunidade Terapêutica São Francisco. **Programa de acolhimento e reinserção social**. Videira, SC, 2016.

VIDEIRA. Comunidade Terapêutica São Francisco. **Relatório Anual de Atividades 2015**. Videira, SC, 2015.

VIEIRA, Balbina Ottoni. **Metodologia do Serviço Social**. 2. ed. Rio de Janeiro: Livraria Agir, 1979.

VIEIRA, Balbina Ottoni. **Serviço Social: Processos e técnicas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Livraria Agir, 1976.

YAZBEK, Maria Carmelita. **O significado sócio-histórico da profissão**. 2009. Disponível em: <http://unesav.com.br/ckfinder/userfiles/files/O_significado_socio_historico_da_profissao_Yasbek.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2017.

ZEMEL, Maria de Lurdes de Souza. O papel da família no tratamento da dependência. **Revista IMESC**, nº 3, p. 43-63, 2001.