

# **Universidade Federal do Pampa**

## **Trabalho Final De Graduação**

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA COMUNIDADE  
TERAPÊUTICA ESPÍRITA CHICO XAVIER E A CONTRIBUIÇÃO DO  
GRUPO APOIO FRATERNO NO FORTALECIMENTO DOS VÍNCULOS  
FAMILIARES.**

**Acadêmica: Daniela Fraga  
Orientadora Prof<sup>ª</sup>. Me.: Laura Fonseca**

**SÃO BORJA/RS  
2012**

**DANIELA FRAGA**

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA COMUNIDADE  
TERAPÊUTICA ESPÍRITA CHICO XAVIER E A CONTRIBUIÇÃO DO  
GRUPO APOIO FRATERNAL NO FORTALECIMENTO DOS  
VÍNCULOS FAMILIARES**

Trabalho Final de Graduação apresentado a banca de graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Laura Regina da Silva Câmara  
Maurício da Fonseca

São Borja

2012

**DANIELA FRAGA**

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA COMUNIDADE  
TERAPÊUTICA ESPÍRITA CHICO XAVIER E A CONTRIBUIÇÃO DO  
GRUPO APOIO FRATERNAL NO FORTALECIMENTO DOS  
VÍNCULOS FAMILIARES**

Trabalho Final de Graduação apresentado a banca de graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Trabalho Final de Graduação defendido e aprovado em: 17 de janeiro de 2012.

Banca Examinadora:

---

Professora Me. Laura Regina da Silva Câmara Maurício da Fonseca

Orientadora

Serviço Social – UNIPAMPA

---

Professor. Me. Jocenir de Oliveira Silva

Serviço Social – Unipampa

Dedico este trabalho a todos os meus familiares, especialmente minha mãe vó Basília Bengochêa de Moura e ao meu pai vô José Fraga (em memória). Dedico também a todas as minhas amigas que sempre estiveram ao meu lado em minha caminhada, me incentivando.

**“Todos os dias, quando me levanto, pergunto: por que escolhi esta profissão? Ela esta presente no meu cotidiano. Quando vou à rua num dia qualquer, cheio de gente, me sinto feliz, mas aí... O meu outro eu - Assistente Social – chega e diz: olha ali aquela criança descalça neste frio, cheirando cola... Mais adiante aquele homem dormindo ao relento. Olho, então, ao redor para ver se tem mais alguém preocupado com as cenas que o cotidiano nos esfrega na cara. Mas fico surpresa, ninguém nota! Me dou conta de que esta realidade, além de ser banalizada, é evitada pela consciência de quem não quer ver. É um mundo que existe de forma invisível, para que o “nosso real” possa existir sem culpa. Ah! Me esqueci... Por que sou Assistente Social? Todos os dias, o mundo me responde por que escolhi ser Assistente Social... Porque olho o mundo invisível dos sem direitos. Dos famintos, dos doentes, dos sem educação, dos desesperançados, dos espoliados, dos excluídos. Porque sou indignada com a injustiça, porque direitos para mim, só tem significado com garantia. Porque, pela minha escolha profissional, estou na luta permanente, na defesa intransigente dos direitos humanos e na busca de uma sociedade mais justa (Maria da Graça Maurer Gomes Türck).**

## AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus por me permitir, me iluminar, me guiar e me abençoar em mais uma caminhada de muitas que ainda virão...

Agradeço aos meus familiares pelo apoio e incentivo nesta jornada, em especial agradeço ao meu “paizão” José que hoje apesar de não estarmos mais fisicamente em contato, tenho a certeza que esta sempre ao meu lado me guiando em minhas ações, me confortando e me dando força nos momentos difíceis, dizendo “filha você é capaz”... Agradeço a minha mãe e companheira, mãe Basília a qual em muitas dificuldades enfrentadas me inspirei, pois ela é sinônimo de garra, de determinação além de ser a maior incentivadora na minha caminhada e a pessoa que certamente vai estar sempre ao meu lado para sorrir e comemorar junto comigo todas as conquistas que certamente virão, pois se houver dificuldades com esta mãe e com a minha “mãezinha” ao meu lado tenho a certeza de que enfrentarei todas elas, sorrindo e de cabeça erguida. Muito Obrigada por tudo!!!

Por ser tão abençoada com duas mães maravilhosas, agradeço a minha “mãezinha”, mãe Nica pelo companheirismo, e certamente hoje a minha determinação e o meu “querer sempre mais” são traços seus que herdei e que me motivam a cada dia buscar mais e mais. Agradeço em especial aos meus tios Mario, Beth, Danilo, Flávio... meus padrinhos Tereza e Neri, meus manos Drica, Déia, Ro, Rafa, Lu, Rique... e todos os familiares pelo incentivo e pela paciência, principalmente ao meu tiuzão Mario Cesar pelas muitas malas carregadas... hahahaha....

Agradeço as minhas amigas Barbara, Alene, Simoni, Sandão, Sandrinha, Charlene pelo carinho, pelo incentivo nos momentos de sufoco que junto passamos e pelos longos conselhos que certamente ajudaram e muito... Agradeço ao meu “amorzinho” pelo companheirismo, pela paciência e calma nos momentos de inquietude, stress, nervosismo... e apesar das enormes dificuldades enfrentadas estar sempre ao meu lado e que este sempre ao meu lado continue para sempre!!!

Agradeço a todo o corpo docente da Unipampa pelo conhecimento transmitido e deixo a Unipampa de um modo geral, até breve...

## RESUMO

O presente Trabalho Final de Graduação – TFG - aborda o relatório teórico prático vivenciado no estágio curricular obrigatório do curso de Serviço Social, no período de setembro de 2010 a julho de 2011, o qual foi realizado na Comunidade Terapêutica Espírita Chico Xavier. Neste trabalho primeiramente busca-se discutir a saúde de um modo geral com ênfase à saúde mental e dentro desta, a problemática da dependência química a qual não possui uma única causa, motivo ou explicação, mas sim engloba um conjunto de fatores biopsicossocial. Levando-se em consideração ser a saúde uma das áreas que mais emprega profissionais do Serviço Social, segundo a pesquisa realizada pelo CFESS (Conselho Federal de Serviço Social) em 2005, este trabalho traz um breve histórico da inserção do profissional na saúde, dando visibilidade ao trabalho do mesmo na saúde mental. Também é explanado o surgimento das Comunidades Terapêuticas em especial a Comunidade Terapêutica Espírita Chico Xavier, as quais segundo a regulamentação da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) passam a reconhecer a necessidade do profissional Assistente Social na equipe básica de atendimento ao usuário dependente de uma determinada substância psicoativa. Para finalizar, é explanado o projeto de intervenção “Grupo de mútua ajuda Apoio Fraternal” desenvolvido com as famílias dos usuários da Comunidade Terapêutica Espírita Chico Xavier, no período de março de 2011 a julho de 2011, sendo abordada a co-dependência que os familiares desenvolvem, e levando-se em consideração o princípio de integralidade presente na Lei 8.080 que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) e que norteou a elaboração deste projeto de intervenção.

Palavras Chaves: Saúde, Saúde Mental, Serviço Social, Dependência Química, Comunidade Terapêutica e Família.

## RESUMÉN

Este Trabajo Final de Postgrado - Gobierno Federal de Transición - el informe se refiere a programas de capacitación teórica y práctica con experiencia en el curso de Servicio Social obligatorio para el período septiembre 2010 - julio 2011, que se celebró en la Comunidad Terapéutica Espírita Chico Xavier. En este trabajo, primero trató de hablar sobre la salud de la general, con énfasis en la salud mental y dentro de esto, el problema de la dependencia química que no tiene una causa única razón o explicación, sino que abarca una serie de factores biopsicosociales. Teniendo en cuenta la salud es un área que cuenta con obras de servicio social más, según una investigación llevada a cabo por CFESS (Consejo Federal de Servicio Social) en 2005, este artículo presenta una breve historia de la inserción del profesional de la salud, dando visibilidad el mismo trabajo en salud mental. También se explica la aparición de las Comunidades Terapéuticas de la Comunidad Terapéutica, en particular, el Xavier Espírita Chico, que de acuerdo a las regulaciones de la ANVISA (Agencia Nacional de Vigilancia) en el año 2001 se requiere la presencia de personal de trabajo social en el servicio al cliente básica depende de una de sustancias psicoactivas. Por último, se explicó el proyecto de intervención "Grupo de Apoyo de la ayuda mutua fraterna", desarrollado con las familias de los usuarios de la Comunidad Terapéutica Espírita Chico Xavier, desde marzo 2011 hasta julio 2011 y se dirigió a los miembros de la familia co-dependiente desarrollo, y teniendo en cuenta el principio de exhaustividad en la actual Ley de 8080 que regula el Sistema Nacional de Salud (SUS) y guió el desarrollo de este proyecto de intervención.

Palabras clave: Salud, Salud Mental, Servicios Sociales, Dependencia de Sustancias Químicas, de la Comunidad y Terapia Familiar.



## LISTA DE SIGLAS

AA – Alcoólicos Anônimos  
AE – Amor Exigente  
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
AS – Assistente Social  
CAPs – Caixas de Aposentadoria e Pensões  
CAPS – Centros de Atenção Psicossocial  
CAPS' ad – Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas  
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
CID – Classificação Internacional de Doenças  
COI – Centros de Orientação Infantil  
COJ – Centros de Orientação Juvenil  
COMAD – Conselhos Municipais de Políticas Sobre Drogas  
CONAD – Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas  
CTs – Comunidades Terapêuticas  
FUNAD – Fundo Nacional Antidrogas  
IAPs – Institutos de Aposentadoria e Pensão  
INPS – Instituto Nacional da Previdência Social  
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
LOS – Lei Orgânica da Saúde  
MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
SENAD – Secretaria Nacional de políticas Sobre Drogas  
SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas  
SPAs – Substâncias Psicoativas  
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2. A SAÚDE NO BRASIL: A CONSTITUIÇÃO DA SAÚDE COMO POLÍTICA PÚBLICA DA SEGURIDADE SOCIAL .....</b>	<b>13</b>
<b>2.1. A Saúde no Brasil Anterior a Proclamação da Constituição Federal de 1988. ....</b>	<b>13</b>
<b>2.2 A Saúde estabelecida como direito do cidadão e dever do Estado em provê-lá.....</b>	<b>20</b>
<b>3. SAÚDE MENTAL: A INSERÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE, A GARANTIA DOS DIREITOS SOCIAIS ATRAVÉS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E A DEPENDÊNCIA QUÍMICA ENQUANTO EXPRESSÃO DA QUESTÃO SOCIAL. ....</b>	<b>26</b>
<b>3.1. Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica. ....</b>	<b>26</b>
<b>3.2 A inserção e atuação do Serviço Social na saúde com ênfase a saúde mental.....</b>	<b>32</b>
<b>3.3. Dependência química como expressão da questão social.....</b>	<b>40</b>
<b>4. O SURGIMENTO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS EM ESPECIAL O TRABALHO DESENVOLVIDO PELA COMUNIDADE TERAPÊUTICA ESPIRITA CHICO XAVIER E A CRIAÇÃO DO GRUPO DE MÚTUA AJUDA “APOIO FRATERNO”.....</b>	<b>46</b>
<b>4.1. Histórico das comunidades terapêuticas e o trabalho desenvolvido pela comunidade terapêutica espírita Chico Xavier no município de São Borja.....</b>	<b>46</b>
<b>4.2. A Inserção do Serviço Social na Comunidade Terapêutica Espírita Chico Xavier .....</b>	<b>55</b>
<b>4.3. Família e dependência química: A criação do grupo de mútua ajuda com o objetivo de fortalecer os vínculos familiares e dar visibilidade a importância da mesma no processo de recuperação dos usuários. ....</b>	<b>58</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>66</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>71</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Por muitos anos a saúde em nosso país foi atrelada apenas ao sinônimo de doença, até o final da década de 1980, quando se é então elaborada a Constituição Federal de 1988, as medidas tomadas eram pontuais, focadas em campanhas de prevenção e vacinação. Apesar da criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) em 1923, por meio da Lei Elói Chaves, as quais disponibilizavam atendimento à saúde, esta só abrangia os trabalhadores, e de acordo com a contribuição dos mesmos, do contrário as pessoas ficavam a mercê da caridade e da filantropia. Apesar de haver uma expansão do atendimento a demais categorias de trabalhadores anteriormente não abrangida pelas CAPs, tais como: empregadas domésticas, trabalhadores autônomos, dentre outros através da criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) em 1933, essa medida foi tomada com o intuito de evitar posteriormente maiores reivindicações da classe trabalhadora.

Com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) criado no período da ditadura militar, a forma de atendimento continuava voltada para o trabalhador, além disso, neste período teve ênfase o processo de privatização da saúde, pois está segundo os governantes da época deveria também assumir as características do sistema capitalista. Em meio ao descaso com a saúde e o processo de redemocratização do país, surge o Movimento de Reforma Sanitária, o qual envolveu a sociedade de um modo geral e apesar das limitações ainda existentes possibilitou conquistas no acesso ao atendimento de saúde. Em 1988 é então elaborada uma nova Constituição Federal, a qual também foi denominada Constituição Cidadã, por estabelecer o acesso aos direitos sociais como à saúde enquanto política pública não mais de forma discriminatória entre segurando (contribuinte) e não segurado (não contribuinte). Esta Constituição estabeleceu um novo sistema de proteção social pautado na Seguridade Social em que a Saúde, junto com a Previdência e a Assistência Social, passa a ser de responsabilidade do Estado, sendo apenas o acesso a Previdência contributiva. Entretanto, na década de 1990, surge o sistema neoliberal, o qual estipulou entre outros pressupostos, a minimização de gastos na área social e a retirada do Estado na garantia dos direitos sociais. Desta forma as políticas sociais públicas passam a ser atingidas, sendo a saúde afetada com medidas fragmentadas e pontuais.

A saúde mental também passou por constantes lutas, pois por muitos anos o tratamento dos pacientes era voltado ao asilamento dos mesmos, ou seja, longe do convívio social. O Movimento de Reforma Psiquiátrica o qual emerge e é fortalecido pelo Movimento

de Reforma Sanitária, buscou mudar este cenário e garantir o acesso aos direitos sociais por parte deste público desprovido de um atendimento de qualidade. Os manicômios locais para onde as pessoas que sofriam de transtornos mentais eram levadas, foram alvo de denúncias de maus tratos e os próprios recursos destinados a estes espaços eram precários.

Em 1989 o Deputado Paulo Delgado elaborou um projeto de Lei apresentado ao Congresso, o qual buscava a substituição dos hospitais psiquiátricos por dispositivos não asilares. Esta Lei, entretanto, levou doze anos para ser aprovada, ou seja, somente em 2001 os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), passaram a ser regulamentados, sendo que o primeiro CAPS foi inaugurado em 1986 em São Paulo. Estes espaços foram utilizados como dispositivos na diminuição das internações em hospitais psiquiátricos, fortalecendo um dos princípios da própria reforma psiquiátrica que era de romper com o asilamento das pessoas que sofriam de transtornos mentais.

Entretanto, como explanado anteriormente, o sistema neoliberal impõe dificuldades à execução do que prevê a reforma psiquiátrica, pois o atendimento a estas pessoas está fragmentado. A maioria dos profissionais que trabalham nos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) ou CAPS' ad (Centros de Atenção Psicossocial a Álcool e Drogas) são contratados e muitas vezes apenas por meio expediente, ou a psicóloga e a assistente social assumem papéis de gestão dentro da instituição o que dificulta uma maior atenção aos usuários dos serviços. Além disso, verifica-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão por parte do Governo Federal em regulamentar e fiscalizar as ações e os serviços na área da saúde, não fazendo cumprir integralmente a legislação psiquiátrica conquistada com muito trabalho pelos profissionais de saúde.

Deste modo afeta-se também o tratamento da dependência química, problemática que afeta a sociedade de um modo geral, sendo que até a década de 1960, esta foi tratada em nosso país como “caso de polícia”, e a única opção dada era o tratamento em manicômios, longe do convívio social, sendo descriminalizado os usuários como “desajustados sociais”. Em meio à falta de políticas públicas por parte do Estado e o não reconhecimento desta problemática como um problema de saúde, surge ligado à igreja católica a primeira Comunidade Terapêutica do Brasil. Esses dispositivos de tratamento expandem-se de forma significativa, englobando os aspectos físicos, psíquicos, sociais e econômicos vivenciados pelos sujeitos dependentes de substância psicoativas (SPAs), ou seja, levando em consideração os sujeitos de forma integral.

Em 2001 segundo a resolução nº 101 da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), as Comunidades Terapêuticas passam a ser regulamentadas e entre os profissionais da equipe está estabelecida a presença do Assistente Social, sendo este mais um espaço sócio ocupacional conquistado pela categoria profissional, com vista a garantir aos usuários o acesso aos direitos sociais e um tratamento de qualidade.

Em julho de 2010, é inaugurada no Município de São Borja a Comunidade Terapêutica Espírita Chico Xavier vinculada a Associação Espírita José Ferreira de Moraes, a qual presta serviço à comunidade são-borjense há mais de oitenta anos. Segundo a Assistente Social Cintia Saldanha Lersch, este dispositivo de tratamento, foi criado em nosso município, devido à distância e a falta de vagas a esse modelo de tratamento localizado até então apenas em outras cidades. A Comunidade Terapêutica (CT) tem capacidade para disponibilizar tratamento por nove meses a quarenta residentes, do sexo masculino em regime de internato.

De setembro de 2010 a julho de 2011, foi desenvolvido o estágio curricular obrigatório do curso de Serviço Social na Comunidade Terapêutica Espírita Chico Xavier. No primeiro momento de estágio foi realizada a análise institucional deste espaço sócio ocupacional, a apreensão da realidade dos usuários que já estavam na Comunidade Terapêutica, o acolhimento aos que vinham a este espaço em busca de tratamento, a criação do plano de estágio e o respectivo projeto de intervenção, o qual passou a ser desenvolvido no segundo semestre do estágio.

Em meio à co-dependência que muitos familiares desenvolvem e pela Comunidade Terapêutica até o momento não haver desenvolvido nenhum trabalho voltado de forma mais integral aos familiares, é que então surgiu a idéia de criar um grupo de mútua ajuda voltado para os familiares dos usuários da Comunidade Terapêutica, dando visibilidade à importância da presença dos mesmos não apenas durante o tratamento dos usuários, mas principalmente após estes completarem esse ciclo.

O método que deu embasamento à elaboração do projeto de intervenção foi o método dialético crítico e suas categorias de análise historicidade, totalidade e contradição, buscando compreender, de uma forma geral, a história de cada usuário como algo inacabado e sim em constante mudança, contradição e superação. Além disso, cada família possui seus respectivos princípios e valores, não cabendo desta forma situá-las como uma instituição neutra, acabada e uniforme.

## **2. A SAÚDE NO BRASIL: A CONSTITUIÇÃO DA SAÚDE COMO POLÍTICA PÚBLICA DA SEGURIDADE SOCIAL**

O presente capítulo aborda no primeiro subitem um breve resgate histórico da saúde no Brasil desde o período em que o mesmo era colônia de Portugal até a proclamação da Constituição Federal de 1988, onde se emprega um novo modo de proteção social pautado na Seguridade Social. No segundo subitem deste capítulo é então discutida a saúde enquanto política pública não contributiva e dever do Estado em provê-la.

A concepção de Seguridade Social representa um dos maiores avanços da Constituição Federal de 1988 no que se refere ao sistema de proteção social, a extensão e garantia de direitos sociais em nosso país.

Em 1990 temos na saúde a implantação da Lei nº 8.080 que regulamenta a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando-se como objetivos a democratização do acesso e implantação da própria política através dos órgãos de controle social, a descentralização visando à proximidade a realidade local de cada cidade e estado, a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações, bem como a defesa da saúde como direito de todos e dever do Estado.

### **2.1. A Saúde no Brasil Anterior a Proclamação da Constituição Federal de 1988.**

O modo como os direitos civis, políticos e sociais foram e são constituídos no Brasil, trazem resquícios desde o período em que o Brasil era colônia de Portugal. Este país deixou a nós uma herança histórica calcada na exploração, no trabalho escravo, na dependência e na propriedade privada. A escravidão no Brasil perdurou por longos anos<sup>1</sup> e após sua abolição em 1888, não houve grandes mudanças, o acesso aos direitos civis e políticos era consentido apenas aos homens livres e autônomos, ou seja, apesar dos homens que até então eram

---

<sup>1</sup> O Brasil foi descoberto em 1500 pelos portugueses e até 1822 manteve-se como Colônia de Portugal, o qual aproveitou a riqueza do Brasil para uma expansão comercial através do desenvolvimento de uma agricultura extensiva, calcada no trabalho escravo. Após, três séculos para o Brasil tornar-se independente de Portugal, a Inglaterra (berço das idéias liberais), estipulou como condição o fim da escravidão. Brasil e Inglaterra assinaram então em 1827 a Lei nº 1831, a qual proibia o tráfico de escravos, considerando este, pirataria, no entanto, o Brasil só interrompe o tráfico em 1850, quando novamente o país é pressionado pela Inglaterra, com a invasão aos portos brasileiros para afundar navios suspeitos de transportar escravos. Internamente, no Brasil a abolição a escravatura só ocorreu em 1888 (COUTO, 2004).

escravos “serem abolidos” dessa condição, estes permaneciam excluídos dos direitos civis e dos direitos políticos, pois necessitava continuar trabalhando muitas vezes para o mesmo senhor<sup>2</sup>, para proverem seu sustento e com isso continuavam submissos as ordens<sup>3</sup> deste (COUTO, 2004).

A condição de vida durante o período escravocrata e após a abolição da escravatura era precária, havia duas divisões de moradias, a casa grande onde vivia o senhor com sua família no conforto e a senzala onde ficavam os escravos miseravelmente tratados como animais e sujeitos a castigos. Os senhores proprietários de terras, caso viessem a contrair alguma doença, ou iam para a Europa em busca de tratamento, ou mandavam buscar os melhores médicos para curá-los; já os escravos (durante a escravatura) ou empregados (após a abolição) eram tratados pelos escravos/empregados mais antigos, através de chás e ervas, no entanto, muitos dependendo da doença vinham a falecer (SILVA, 1994).

Após a independência do Brasil em relação a Portugal em 1822, foi proclamada em 1824<sup>4</sup> a primeira Constituição Federal brasileira. Neste período, existiam no Brasil dois partidos políticos: os conservadores que defendiam o voto indireto, alegando que a população era analfabeta e pobre e que a eleição direta só podia ser realizada em um país de população homogênea e os radicais que defendiam a eleição direta, denunciando a elitização do processo indireto. Destes dois partidos, vence os conservadores e apesar das declarações estabelecidas na Constituição, se houvesse algumas alterações estas eram justificadas como necessárias para organizar o Estado e impor a ordem (COUTO, 2004).

Nos períodos de Império e República, períodos de predominância do coronelismo, os coronéis<sup>5</sup> é que mandavam em tudo, estabelecendo a ideologia do favor: dou-lhe comida e abrigo e em troca você me deve serviço e obediência. Os coronéis eram a própria Lei, o poder do governo terminava ao chegar à porteira das grandes fazendas<sup>6</sup>. As necessidades dos trabalhadores eram atendidas pelos empregadores (coronéis), os demais ficam a mercê da caridade da Igreja, pois não havia uma interferência por parte do Estado (COUTO, 2004).

---

<sup>2</sup> Senhor: designação atribuída aos grandes proprietários de terra e de escravos (SILVA, 1994).

<sup>3</sup> Os que até então eram escravos passaram a serem considerados livres após a abolição da escravatura, por não pertencerem mais a um senhor como um objeto, uma propriedade privada; no entanto, como não tinham meios de se manterem continuavam trabalhando para este mesmo senhor (COUTO, 2004).

<sup>4</sup> Na Constituição Federal de 1824, o direito de votar era dado aos homens livres com mais de 25 anos e que tivesse uma renda mínima de 100 mil réis (COUTO, 2004).

<sup>5</sup> Coronéis: no período regencial, os fazendeiros que tinham postos de comando na Guarda Nacional recebiam o título de coronel (COTRIM, 2003, p. 367).

<sup>6</sup> A justiça consentida como a base dos direitos civis estava aqui empregada como um instrumento de poder pessoal (COUTO, 2004).

Em 1891 foi proclamada uma nova Constituição, no entanto, a política neste período era regida na troca de favores; na economia além da agricultura exportadora passou a se desenvolver a industrialização e também se expandiu a criação de estradas ferroviárias. O principal centro de expansão industrial nesta época era a cidade de São Paulo, na qual também havia um grande número de imigrantes, além disso, muitas pessoas passaram a largar o trabalho do campo e vir para a cidade em busca de melhores condições de vida (COTRIM, 2003).

As condições de trabalho eram precárias, não se tinha descanso, ganhavam pouco e por isso na maioria das famílias as crianças também iam trabalhar muito cedo, não havia salário mínimo, direito a férias e nem pagamento de horas extras. Os ambientes de trabalho eram espaços mal iluminados, com mau cheiro, quente e sem ventilação. Estes fatores também favoreciam a ocorrência de acidentes de trabalho e revolta por parte dos operários, que resultou na criação dos primeiros sindicatos para lutar por direitos trabalhistas (COTRIM, 2003).

As condições de vida neste período também eram precárias e fortaleceram a revolta da população; havia lixos amontoados pelas ruas, ratos e mosquitos transmissores de doenças, onde milhares de pessoas morriam em consequência das epidemias, como a da febre amarela, peste bubônica e da varíola. Nos cortiços e casebres a higiene era precária, muitas pessoas dormiam no chão perto de animais como cachorros e gatos. Um dos movimentos marcantes desta época referente à saúde da população foi à revolta da vacina em 1904, aonde o governo para combater as epidemias que se alastravam cada vez mais, contou com grande participação do médico sanitário e diretor da saúde pública Oswaldo Cruz, o qual dizia ser necessário vacinar toda a população para conter as epidemias, no entanto, pela maioria da população ser analfabeta, não ser informada dos problemas de saúde, dos meios para combater as doenças, da necessidade das vacinas; revoltaram-se com a atitude do Estado, sendo acalmados pela coerção policial.

Nas duas primeiras Constituições Federais citadas anteriormente, a saúde teve uma pequena menção, pautada em socorros emergenciais voltados a uma prática filantrópico-caritativa, estendida até o período de 1930<sup>7</sup>, quando, o processo de industrialização se

---

<sup>7</sup> Estende-se até este período, no entanto, sem grandes avanços, pois após houve a elaboração de mais quatro Constituições Federais “1934, 1937, 1946 e 1967” e apenas em 1988 a saúde passou a ser reconhecida e assegurada mediante Constituição Federal, como um direito do cidadão que deve ser provido pelo Estado (SIMÕES, 2008)



intensifica e o deslocamento da população rural para a cidade aumenta ainda mais. Após pequenas mobilizações como a da revolta da vacina, e reivindicações da população por melhores condições de vida, o Estado passa a desenvolver campanhas de orientação a população, como práticas de higiene e distribuição de vacinas contra as epidemias (SIMÕES, 2008).

Cabe destacar que ainda antes da década de 1930, em 1923, surge a Reforma Carlos Chagas, a qual segundo Bravo (2007) tentou ampliar o atendimento à saúde, no entanto, como uma estratégia da União de ampliação do poder nacional. Neste mesmo período são adotadas algumas medidas por parte do Estado em relação aos trabalhadores, como a implantação da Lei Elói Chaves<sup>8</sup> n° 4.682 que por meio desta foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs)<sup>9</sup> para os trabalhadores, financiadas pela União, pelas empresas e pelos próprios empregados. Essas caixas de aposentadorias e pensões forneciam benefícios aos trabalhadores de acordo com a contribuição dos mesmos, tais como: “assistência médica curativa e fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral” (BRAVO, 2000, p. 90).

Na década de trinta surge à medicina previdenciária com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), o qual expandiu os benefícios até então fornecidos pelas CAPs a outras categorias de trabalhadores como as: empregadas domésticas, trabalhadores rurais, entre outros que anteriormente não tinham direito a nenhum benefício, sendo esses consentidos com o objetivo de evitar reivindicações ainda maiores pelos trabalhadores. Este sistema tinha ênfase em práticas individuais (apenas forneciam benefícios sem desenvolver algum trabalho coletivo, até mesmo preventivo a doenças) e curativas (visam o imediato relacionado à saúde do trabalhador, ou seja, se ele adoecesse teria apenas o atendimento médico, não existindo uma integralidade<sup>10</sup> no atendimento aos sujeitos).

---

<sup>8</sup> A Lei Eloy Chaves, publicada em 24 de janeiro de 1923, consolidou a base do sistema previdenciário brasileiro, com a criação da Caixa de Aposentadorias e Pensões para os empregados das empresas ferroviárias. Após a promulgação desta lei, outras empresas foram beneficiadas e seus empregados também passaram a ser segurados da Previdência (BRAVO, 2000).

<sup>9</sup> As Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) constitui o embrião do então sistema previdenciário brasileiro, surge como uma preocupação em relação à questão de higiene e saúde do trabalhador. Os CAPs eram financiados pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Os benefícios eram proporcionais com as contribuições, e estavam previstos: assistência médico-curativo e fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio-funeral. Os pioneiros nessa forma de serviço foram os ferroviários em 1923 (BRAVO, 2000, p. 90).

<sup>10</sup> Integralidade: o usuário deve ser visto de forma geral e não apenas na questão específica da saúde (SUPERA/SENAD).

As alterações que passam a ocorrer na sociedade brasileira a partir da década de trinta tem como indicadores o processo de industrialização, a redefinição do Estado, o surgimento das políticas sociais, além das reivindicações dos trabalhadores (BRAVO, 2000, p. 90).

Com o golpe do Estado<sup>11</sup> em 1964 e a predominância do regime ditatorial, o Estado com o objetivo de manter um controle sobre a população utilizou-se do “binômio repressão – assistência”, também com a finalidade de aumentar seu poder de dominação política, econômica e social. Segundo Bravo (2007), o golpe de 1964, foi à solução encontrada pela burguesia para manter-se no controle sobre a sociedade e em meio ao crescimento dos movimentos sociais com ênfase em ideais de democracia. Neste período, a medicina previdenciária expandiu-se e os programas de saúde passaram a ser desenvolvidos com grande destaque no setor privado<sup>12</sup>. Este projeto de saúde articulado ao mercado tinha ênfase em conter gastos com a saúde e focalizar o atendimento, além disso, tinha como estratégia responsabilizar a própria sociedade em assumir os custos da saúde e uma refilantropização<sup>13</sup> da mesma. Esta fase ditatorial de governo instaura na sociedade a alusão ao produto privado em relação à saúde (BRAVO, 2007).

Segundo Bravo (2000), em 1966 houve a unificação da previdência social através da junção dos IAPs e a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Em relação à saúde pública no período ditatorial, houve um declínio:

As doenças que afetavam maior parte da população eram de responsabilidade do Ministério da Saúde, enquanto o atendimento médico individual era da previdência [...] A saúde pública teve nesse período um declínio maior do que no anterior [...] O combate as epidemias reduziu-se gradativamente [...] A redução dos gastos em saúde pública foi decisão política e não se pautou por indicadores sociais [...] Em 1971 foi criada a Central de Medicamentos (CEME), cuja proposta era ampliar o poder competitivo dos laboratórios nacionais, mas que efetivamente, não criou condições favoráveis de enfretamento aos laboratórios transnacionais (BRAVO, 2007, p. 42 a 44).

As questões sociais neste período eram tratadas de forma neutra, pragmática e racional, despolitizadas de sentido político e social, como algo separado e estranho na

---

<sup>11</sup> Em 1964, assume o poder a burguesia, solução política, via mecanismos repressivos que buscava devastar a democracia, com ênfase a beneficiar todas as classes proprietárias e manter o poder e controle da classe trabalhadora (BRAVO, 2007).

<sup>12</sup> O setor privado neste período expande-se com ênfase em uma mercantilização da saúde. Segundo Bravo (2001), a partir dos anos 1950 já havia uma estrutura hospitalar privada montada e apontava na direção de formar empresas médicas, ligadas aos interesses capitalistas.

<sup>13</sup> Este processo de refilantropização perdura na sociedade até hoje, um exemplo deste, é a contratação de agentes comunitários de saúde para realizar tarefas de prevenção junto à população, sendo mais barato para o Estado a contratação deste do que de um profissional habilitado/formado na área da saúde (BRAVO, 2007).

sociedade. “Houve o desenvolvimento de um Estado estranho, inimigo, que anulou o cidadão, mantendo a grande maioria da sociedade civil sob controle e exploração” (BRAVO, 2007, p. 40).

Na perspectiva da elite dirigente tecnoburocrata, as deficiências na saúde pública se caracterizam pela ausência de planificação, falta de capacidade gerencial e pouca participação da iniciativa privada, os problemas de saúde deveriam ser resolvidos pela tecnocracia, através da privatização dos serviços [...]. A medicalização da vida social foi imposta, tanto na saúde pública quanto na previdenciária. O setor saúde precisava assumir as características capitalista, com incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior [...]. A dicotomia saúde pública e saúde curativa permaneceu de forma acentuada, sendo dada pouca importância às medidas de atenção coletiva à saúde da população (BRAVO, 2007, p. 42).

Para concretizar a saúde como produto privado e do mercado, o Estado passou a financiar hospitais privados e estipular convênio com as empresas. As medidas tomadas pelo Estado começaram a gerar insatisfação por parte da população e não apenas da classe trabalhadora, mas também por parte das classes médias e alta da sociedade. Ao final de 1974, a economia passou a enfrentar vários problemas ocasionados pelo endividamento do Brasil na busca de crescimento econômico, tendo como resultado o aprofundamento da dívida externa, a elevação da taxa inflacionária, entre outros fatores que ampliaram o desemprego. Neste período surge então o fundo de apoio social (FAS) para dar suporte a programas e projetos vinculados à área da saúde e previdência, no entanto, os recursos advindos deste apenas 20,5% eram destinados ao setor público enquanto 79,5% eram destinados ao setor privado (BRAVO, 2007).

Em 1975 entra em cena o Sistema Nacional de Saúde com o objetivo de propiciar a articulação entre os órgãos da saúde, criticando o Estado e as idéias de que o governo deveria minimizar suas responsabilidades em relação à saúde, enquanto a iniciativa privada deveria ampliar a sua intervenção. No entanto, médicos sanitaristas que ocupavam cargos do Ministério da Saúde e defendiam maior intervenção do Estado nos problemas de saúde da população, enfrentaram intensas pressões políticas sendo derrotados.

As reformas realizadas na Política Nacional de Saúde, no período de 1974 a 1979, não contavam com a participação ativa dos trabalhadores, que exerceram pressões através do ressurgimento dos movimentos sociais. Alguns profissionais da saúde, nesse momento, iniciaram uma reação pretendendo transformar o setor através de modificações no sistema atual (caracterizado pela dicotomia das ações estatais, predominância do setor privado, ênfase no atendimento hospitalar e corrupção), mas enfrentaram embates constantes com os interesses empresariais e industriais que eram hegemônicos nas definições da política de saúde, tendo como um dos articuladores a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), que congregava os interesses do setor privado [...]. A estratégia dos sanitaristas, de penetrarem no

aparelho estatal, de forma orgânica, para fortalecer o setor público, só passa a ocorrer a partir de 1979 (BRAVO, 2007, p. 57 e 58).

Ao final deste período ditatorial, surge o movimento de reforma sanitária<sup>14</sup> (final da década de setenta), com a pressão da população, dos estudantes, dos próprios profissionais da saúde, sindicatos dos trabalhadores, associações de profissionais e associação de moradores, entre outros. Neste período há um crescimento de encontros e produção teórica dos profissionais da área da saúde coletiva, incorporando grandes discussões das ciências sociais (BRAVO, 2007). Nestes encontros dos profissionais da saúde, foram realizados vários estudos referentes às mudanças na saúde da população e no atendimento da mesma, relacionando aos mecanismos perversos do Estado em aumentar o crescimento econômico e com isso aumentar a exploração da classe trabalhadora, “agravando suas condições de vida e higiene, dificultando o acesso aos bens essenciais, tornado-as mais vulneráveis as enfermidades e outros danos a saúde” (BRAVO, 2007, p. 58).

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) passou a ampliar os debates dos profissionais da saúde, com o objetivo de defender a saúde coletiva. Em torno das discussões sobre a saúde estava a universalização<sup>15</sup> do acesso, a concepção de saúde como direito social e dever do Estado, unificação da saúde sobre um novo olhar para a saúde individual e coletiva, descentralização do sistema de saúde com a participação das três esferas de governo: federal, estadual e municipal e dar a população o direito de participar das decisões políticas e sociais através do controle social<sup>16</sup> realizado pelos conselhos de saúde e pelas conferências<sup>17</sup>. A elaboração da Política Nacional de Saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS) enfrentou e enfrenta até hoje permanente tensão entre ampliar os serviços, disponibilidade de recursos financeiros, entre outros fatores que serão discutidos no próximo subitem.

---

<sup>14</sup> O termo “Reforma Sanitária” foi usado pela primeira vez no país em função da reforma sanitária italiana. A expressão ficou esquecida por um tempo até ser recuperada nos debates prévios à 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando foi usada para se referir ao conjunto de idéias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, introduzindo uma nova idéia na qual o resultado final era entendido como a melhoria das condições de vida da população (<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html> acesso 08/06/11).

<sup>15</sup> Universalização: expandir a toda população, todos têm o direito de acessar, independente de contribuição (SIMÕES, 2008).

<sup>16</sup> É a participação da sociedade civil, em vista a garantir os direitos sociais (como por exemplo, o acesso a saúde), superando os mecanismos tradicionais de controle técnicos - burocráticos.

<sup>17</sup> Conselhos de saúde e as conferências: são espaços democráticos de deliberação e de fiscalização da política pública de saúde (SIMÕES, 2008).

## **2.2 A Saúde estabelecida como direito do cidadão e dever do Estado em provê-lá.**

Ao final do período ditatorial junto com a abertura democrática, a sociedade brasileira vivenciou uma “profunda e prolongada crise econômica que persiste até os dias atuais” (BRAVO, 2000, p. 8). Resultante deste período uma imensa parcela demandatária de políticas sociais e uma crise econômica devido o excessivo endividamento externo (COUTO, 2004).

Esta crise ocasionou alto índice de desemprego, e corte de gastos na área social inclusive na assistência médica; o que já era precário ficou insustentável, e com isso sindicatos e movimentos sociais se fortaleceram aumentando suas mobilizações:

A ampliação do espaço de atuação das entidades representativas dos profissionais e sindicatos médicos favoreceu o desdobramento da prática política, havendo articulação com outros sindicatos de trabalhadores, outras entidades, movimentos populares e avanços no âmbito parlamentar. A luta pela saúde se ampliou e diversos movimentos se destacaram: os movimentos de bairro de periferia urbana e favelas, na luta por saneamento, água, luz, transporte e postos de saúde; os movimentos de bairro de “classe média”, visando à melhoria dos serviços de saúde e alteração das políticas do setor; o movimento político dos partidos oposicionistas, com propostas alternativas de políticas de saúde, enfatizando o setor público e a promoção da saúde; os movimentos desencadeados pelas comunidades eclesiais de base, visando mobilizar e organizar a população em torno de suas questões concretas de vida, passando por lutas específicas na esfera da saúde e o movimento sindical que, a partir de sua reorganização, enfrentou a grave situação de saúde dos trabalhadores, colocando na pauta de reivindicações essa questão (BRAVO, 2007, p. 67).

Todas essas mobilizações foram aderidas e discutidas no V Simpósio Nacional sobre Políticas de Saúde, do qual a comissão de saúde da Câmara dos Deputados elaborou um relatório, apresentando em síntese a situação da saúde no Brasil:

Afirma que as políticas de saúde não tem assumido um cunho redistributivo, privilegiando as ações de caráter curativo em detrimento das medidas de saúde coletiva [...]. A ação governamental precisaria contemplar a implantação de uma política econômica que evitasse o desgaste e a espoliação da saúde da população e a adoção de políticas sociais que tivessem por objetivo a universalização do acesso aos serviços (saúde, previdência, educação, habitação) e a equidade desses serviços sobre controle democrático da sociedade (BRAVO, 2007, p. 85).

Após discussões sobre as propostas apresentadas em torno da saúde foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, “visando unificar, racionalizar, democratizar e descentralizar os recursos federais, estaduais e municipais” (BRAVO, 2007, p. 85).

Um dos momentos marcantes foi à realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986 em Brasília, a qual teve grande participação dos sindicatos dos trabalhadores, moradores, associações de profissionais da saúde, estudantes e partidos políticos, entre outros. “Os setores empresariais da saúde não participaram, em protesto contra o princípio da conferência, que se fundamentou no conceito de saúde como direito do cidadão e dever do Estado” (BRAVO, 2007, p. 88). Nesta conferência a saúde passou a ser vista não apenas relacionada à doença em si, mas como resultante das condições de alimentação, habitação, meio ambiente, trabalho e lazer, entre outros. Em 1987 foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e a partir de 1988 o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) deixou de atuar como órgão responsável pela saúde. “A rede de 41 hospitais e 614 postos de assistência médica passou para a administração direta das secretarias de saúde” (BRAVO, 2007, p. 90). Os convênios que até então eram estabelecidos com o INAMPS passaram a ser responsabilidade dos municípios e estados. Neste período em vista ao processo de descentralização foi criado o CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), com o objetivo de estabelecer as responsabilidades dos municípios e estados em relação à saúde. Entretanto, a organização da saúde já a partir do SUDS apresentava contradições, a começar pelo processo de descentralização:

Ele é implantado num momento em que a reforma tributária ainda não foi feita, e, na medida em que esses recursos são repassados sem possibilidade de controle, em alguns estados, poderão ser absorvidos em outras demandas. Outro aspecto se refere a não-preocupação com políticas fundamentais para a organização do sistema, ou seja, de medicamentos, de equipamentos e de recursos humanos. A questão da participação popular é outro problema a ser enfrentado, para não ocorrerem novos ciclos e patamares de fisiologismo descentralizados, a partir das posturas de cada governo estadual, com os Conselhos Estaduais de Saúde, tendo diversas configurações no jogo de forças existente (BRAVO, 2007, p. 91).

A elaboração da Constituição Federal de 1988, também denominada Constituição Cidadã, foi um dos momentos mais significativos no processo de transição democrática, “pois se tratava da definição dos princípios políticos que dariam forma a organização do poder do Estado e as relações entre Estado e Sociedade Civil” (BRAVO, 2007, p. 75). A sociedade, apesar de precariamente organizada, participou na elaboração desta Constituição o que segundo Bravo (2007), representou um avanço na cultura política democrática, pois até então as Constituições eram elaboradas apenas pelas oligarquias. No entanto, para alguns autores como Florestan Fernandes (1985) e Campello de Souza (1988) que analisaram este processo

de transição democrática, alegam ser este mais uma estratégia da burguesia, no qual não há um rompimento por completo com o passado autoritário de governo no Brasil, onde se alega o apoio da população nas decisões políticas, mas ao mesmo tempo desmobiliza as práticas democráticas e os movimentos sociais desta mesma população.

Na Constituição Federal de 1988, foi empregada a Seguridade Social, a qual representa um dos maiores avanços da Constituição no que se refere à proteção social e atende às históricas reivindicações da classe trabalhadora.

Está inserida no capítulo “Da Ordem Social” e é composta pelo tripé Saúde, Assistência Social e Previdência Social. Representa a promessa de afirmação e extensão de direitos sociais em nosso país, em consonância com as transformações sócio políticas que se processaram. Nessa direção, destaca-se como significativo na concepção de Seguridade Social: a universalização, a concepção de direito social e dever do Estado, o estatuto de política pública à assistência social, a definição de fontes de financiamento e novas modalidades de gestão democrática e descentralizada com ênfase na participação social de novos sujeitos sociais com destaque para os conselhos e conferências [...]. Parte-se da concepção de que as Políticas de Seguridade Social são concebidas na ordem capitalista como o resultado de disputas políticas e, nessa arena de conflitos, as políticas sociais, resultantes das lutas e conquistas das classes trabalhadoras, assumem caráter contraditório, podendo incorporar as demandas do trabalho, e impor limites, ainda que parciais, à economia política do capital. Nessa perspectiva, ao garantir direitos sociais, as políticas sociais podem contribuir para melhorar as condições de vida e trabalho das classes que vivem do seu trabalho, ainda que não possam alterar estruturalmente o capitalismo [...]. A perspectiva de Seguridade Social pautada no projeto ético-político da categoria é concebida como parte de uma agenda estratégica da luta democrática e popular no Brasil, visando à construção de uma sociedade justa e igualitária. Não é vista como um fim, mas como transição a um padrão de civilidade, que começa pela garantia de direitos no capitalismo, mas que não se esgota nele (CFESS, 2009, p. 10).

A elaboração da Constituição de 1988 se deu em etapas, primeiro foram criadas subcomissões de trabalho, que deveriam ouvir a sociedade, após foram apresentadas algumas propostas de projetos e por fim a Assembléia Constituinte se transformou numa arena política em que os interesses na saúde se organizaram em dois blocos de um lado estava os representantes do setor privado e do outro os representantes do movimento de reforma sanitária. Estes grupos disputaram o destino da saúde através da Capacidade técnica de formular com antecipação um projeto de texto constitucional claro e consistente; a mobilização da sociedade em torno do processo constitucional e a pressão constante desta sobre os constituintes. O texto aprovado, após vários acordos políticos atende em grande parte as reivindicações do movimento sanitário como:

O direito universal a saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano;

As ações e serviços de saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder públicos sua regulamentação, fiscalização e controle;

A constituição do Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;

A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção as instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviço far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais;

A proibição de comercialização de sangue e seus derivados (TEIXEIRA apud BRAVO, 2007, p. 93).

Entretanto, enquanto no Brasil se dava a construção do SUS, nos demais países predominava a política neoliberal<sup>18</sup>, com ações focalistas ao contrario da universalização no acesso aos serviços de saúde, com o repasse de responsabilidades do Estado ao setor privado e o Estado com o papel de regular o mercado e prestar apenas alguns serviços à população, considerados estratégicos. Ou seja, houve um descompasso do SUS Brasil com a política neoliberal que estava tornando-se hegemônica na década de 1980.

Além dos princípios herdados do Welfare State<sup>19</sup> na Europa durante o século XX (universalidade, hierarquização<sup>20</sup> e regionalização<sup>21</sup>) acrescentou-se o controle social e a descentralização<sup>22</sup>. Com o controle social visava-se construir uma maior democracia e uma gestão participativa por parte da sociedade civil. Em relação à descentralização, buscou-se responsabilizar os estados e os municípios pela organização do sistema de saúde, tendo em

---

<sup>18</sup> Podemos definir o neoliberalismo como um conjunto de idéias políticas e econômicas capitalistas que defende a não participação do Estado na economia. Surge entre a década de 70/80 com a crise da economia em meio a política Keynesiana, Welfare State e o modo de produção taylorista/fordista que visava a produção em massa; sendo substituída por um modelo que dá ênfase ao livre comércio e uma acumulação flexível em relação ao modo de produção (<http://www.suapesquisa.com/geografia/neoliberalismo.htm> acesso 08/06/11).

<sup>19</sup> O universalismo é a forma de política social que nasce e se desenvolve com a ampliação do conceito de cidadania, com o fim dos governos totalitários da Europa Ocidental (nazismo, fascismo etc.), com a hegemonia dos governos sociais-democratas e, secundariamente, das correntes euro-comunistas, com base na concepção de que existem direitos sociais indissociáveis à existência de qualquer cidadão. Com ela nasce o conceito de *Welfare State* ou Estado de Bem Estar Social. <http://www.tecsi.fea.usp.br/eventos/Contecsi2004/BrasilEmFoco/port/polsoc/saude/welfare/apresent.htm>. acesso 08/06/11).

<sup>20</sup> Hierarquização: há diversas instâncias operacionais, estruturadas segundo o grau de suas responsabilidades (SUPERA/SENAD).

<sup>21</sup> Regionalização: adequar-se as diferentes regiões, em vez de sua efetivação linear e igualitária (SUPERA/SENAD).

16. Descentralização: deve malear-se por diversos níveis de direção administrativa (SUPERA/SENAD).



vista que os municípios também têm maior conhecimento da realidade local, para posteriormente desenvolver ações (GASTÃO, 2006).

A Constituição Federal de 1988 em seu art. 196 define a saúde como:

Direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Em 1990 foi implantada a Lei 8.080 que rege o SUS e em 1991 a Lei Orgânica 8.212 da Seguridade Social que também dispõe sobre o direito à saúde. No entanto, neste período de elaboração e implantação destas Leis realizou-se o Consenso de Washington<sup>23</sup>, o qual visava à diminuição dos gastos nas políticas sociais e a desresponsabilização do Estado em assegurar os direitos sociais estabelecidos à população. Desta forma todas estas Leis até então consolidadas com a Constituição Federal de 1988, passaram a ser alvo de desmonte pelos governos posteriores como afirma Couto (2004, p. 42):

No conjunto das orientações indicadas no Consenso, inspiradas pelo receituário teórico neoliberal, que teve adoção em quase todos os países do mundo, na década de 1980, estão: a indicação para a desestruturação dos sistemas de proteção social vinculado às estruturas estatais e a orientação para que os mesmos passassem a ser gestados pela iniciativa privada.

Com esse desmonte das leis, vemos o SUS (Sistema Único de Saúde) no Brasil remar contra a maré, já que vem sendo implantado em um contexto cultural e político que dificulta a estruturação de políticas públicas. Na década de 1990, segundo Bravo (2000, p. 99) “redirecionou-se o papel do Estado, influenciado pela política de ajuste neoliberal”. Na saúde, ora se utiliza de idéias do movimento sanitário, ora se adere ao projeto articulado ao mercado privatista. O processo de descentralização também propicia aos governos atualmente manterem-se omissos na execução da política pública de saúde.

A contra-reforma do Estado atingiu a saúde por meio das proposições de restrição do financiamento público; da dicotomia entre ações curativas e preventivas, rompendo com a concepção de integralidade por meio da criação de dois

---

<sup>23</sup> Reunidos na capital americana em novembro 1989 no International Institute for Economy, funcionários do governo dos EUA, dos organismos internacionais e economistas latino-americanos discutiam um conjunto de reformas essenciais para que a América Latina superasse a crise econômica e retomasse o caminho do crescimento. O diagnóstico era tenebroso: dívida externa elevada, estagnação econômica, inflação crescente, recessão e desemprego. As conclusões desse encontro passaram a ser denominadas informalmente como o Consenso de Washington (<http://www1.folha.uol.com.br/folha/educacao/ult305u11503.shtml> acesso 08/06/11).

subsistemas. O subsistema de entrada e controle, ou seja, de atendimento básico, de responsabilidade do Estado (uma vez que esse atendimento não é de interesse do setor privado) e o subsistema de referência ambulatorial e especializada, formado por unidades de maior complexidade que seriam transformadas em Organizações Sociais. Nessa lógica, há ênfase em programas focais: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF)<sup>24</sup>; além da utilização de cuidadores com a finalidade de baratear os custos das ações básicas [...] Entende-se que todas essas medidas visam o estímulo ao seguro privado de saúde, ficando o Sistema Único de Saúde (SUS) restrito aos pobres, por meio de ações mínimas e programas focalizados, havendo um outro sistema para os consumidores (CFESS, 2009, p. 12).

As políticas sociais, no Brasil, durante anos foram pensadas e perpassadas pela lógica do favor, distantes da eloquência dos beneficiários dessas mesmas políticas. A política pública de saúde tem encontrado notórias dificuldades para sua efetivação, como a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, o desafio de construção de práticas baseadas na integralidade, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, os avanços e recuos nas experiências de controle social, a falta de articulação entre os movimentos sociais, dentre outras. Todas essas questões são exemplos de que a construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios fundamentais na agenda contemporânea da política de saúde. No entanto, o SUS possui hoje vinte e dois anos de existência e enquanto política pública de saúde já é uma grande conquista, pois enfrenta o modelo hegemônico da política neoliberal em que se apregoa o acesso à saúde pública somente à aqueles que realmente não têm condições de pagar por um sistema privado de saúde, desconstruindo o princípio de universalidade presente na Lei nº 8080 que regulamenta o SUS. É um sistema marcado por muitas dificuldades de efetivação tendo em vista o que está proposto em Lei. “Rema contra a maré” da mercantilização da saúde. Os princípios que fundamentaram a sua criação estão sendo substituídos por práticas focalistas e valores individualistas. O desafio é vencer esta lógica da política neoliberal, fortalecer o Estado que apesar de oferecer o mínimo possível na garantia aos direitos sociais é o único capaz de garantir algum acesso à população através das políticas pública.

---

<sup>24</sup> A denominação do programa e suas características modificam-se, nos anos 2000, para Estratégia de Saúde da Família inserida no modelo assistencial do SUS. A sua direção precisa, entretanto, ser modificada efetivamente na perspectiva de prover atenção básica em saúde para toda população, de acordo com os princípios da integralidade e universalidade do SUS bem como, ter como objetivo a (re) organização do sistema.

### **3. SAÚDE MENTAL: A INSERÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE, A GARANTIA DOS DIREITOS SOCIAIS ATRAVÉS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E A DEPENDÊNCIA QUÍMICA ENQUANTO EXPRESSÃO DA QUESTÃO SOCIAL.**

O presente capítulo aborda no primeiro subitem a saúde mental e todo contexto de luta da reforma psiquiátrica, na busca de garantir o reconhecimento dos sujeitos portadores de transtornos mentais como sujeitos de direito. Discute o propósito da reforma psiquiátrica referente a substituição dos hospitais psiquiátricos, por leitos em hospitais gerais e o trabalho desenvolvido pelos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e CAPS' ad (Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e outras drogas). No segundo subitem é abordada a inserção profissional do Assistente Social na área da Saúde com ênfase à saúde mental, sendo realizada uma breve retrospectiva histórica da própria profissão.

Para finalizar este capítulo é abordada a dependência química, enquanto expressão da questão social, a qual não se constitui em um problema isolado, individualizado e sim esta atrelada a múltiplos fatores.

#### **3.1. Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica.**

Até o início do século XIX, as pessoas que sofriam de transtornos mentais não tinham nenhuma assistência médica especializada<sup>25</sup>; quando não eram colocados em prisões por “vagabundagem” ou perturbação a ordem pública, ficavam pelas ruas perambulando ou eram levados para os hospitais de caridade, poucos na época e comandados pela igreja católica.

A chegada da Família Real ao Brasil, em 1808, constitui o marco inicial da aplicação de práticas interventivas voltadas aos desviantes<sup>26</sup>. Assim como ocorrera em outras partes do mundo, dá-se no Brasil a necessidade de reordenamento da cidade, tendo em vista recolher os que perambulavam pelas ruas: desempregados, mendigos, órfãos, marginais de todo o tipo e loucos. Inicialmente, o destino desta clientela passa a ser a prisão, ruas ou celas especiais dos hospitais gerais da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro (importante destacar que, mesmo se tratando de uma época na qual diversas transformações estavam ocorrendo na Europa, de onde provinha a Família Real Portuguesa, observa-se uma repetição dos modelos

---

<sup>25</sup> Havia hospitais psiquiátricos, no entanto, estes eram usados mais como um instrumento de recolhimento e “limpeza das cidades”.

<sup>26</sup> Desviantes: termo moralmente empregado na época referente às pessoas que sofriam de transtornos mentais.

mais arcaicos de segregação/exclusão, sem maiores preocupações humanistas, estando a reclusão dos desviantes, ligada diretamente a interesses outros, que não o cuidado e a atenção à saúde. Tal fato reforça a utilização da questão da loucura, enquanto dispositivo social de regulação e controle, tendo em vista o desenvolvimento econômico, motivado por aspectos de cunho exploratório-mercantilista ( ALVES, et. al.,2009, p. 91).

Sendo assim, em 1830 um grupo de médicos higienistas, os quais foram criadores da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, começaram a reivindicar, entre outras medidas de higiene pública, que fosse construído um hospício<sup>27</sup> para estas pessoas, criticado o abandono destas a própria sorte. Em 1841, foi então criado o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, pelo imperador Pedro II, o qual foi chamado de Hospício D. Pedro II, no entanto, este só veio a ser inaugurado em 1852; sua direção permaneceu nas mãos da igreja católica. Este hospício seguiu o modelo europeu, onde o tratamento se dava de forma asilar (COSTA, 2003).

Em 1890 passaram a ocorrer mudanças na direção do hospital psiquiátrico, o qual passou a chamar-se Hospital Nacional dos Alienados<sup>28</sup>, e em 1903 é promulgada a primeira Lei Federal de assistência aos alienados. De 1912 a 1920, ocorre um grande aumento no número de estabelecimentos destinados aos doentes mentais.

Em 1927, o governo Washington Luis cria o serviço de assistência aos doentes mentais do Distrito Federal, instituição encarregada de coordenar administrativamente todos os estabelecimentos psiquiátricos públicos do Rio de Janeiro. Em 1930, esta instituição é incorporada ao Ministério da Educação e Saúde, que, obedecendo à tendência centralizadora do governo surgido da Revolução de 1930, assume a responsabilidade de todos os serviços psiquiátricos do país (COSTA, 2003, p. 41).

No Rio Grande do Sul em 1884, foi inaugurado o primeiro Hospital Psiquiátrico chamado São Pedro. Anterior a sua fundação, as pessoas que sofriam de alguns transtornos mentais eram levadas para uma ala da Santa Casa ou eram levados para as cadeias. Segundo Cheuiche (2004), um dos fatores que levou a criação do Hospital Psiquiátrico São Pedro, foi o crescente número de usuários, ocasionando um aglomerado no Hospício D. Pedro II, no Rio de Janeiro e nas delegacias, urgindo daí a necessidade de serem criados novos espaços, pois:

O procedimento indolente era impróprio às exigências de produção da emergente sociedade capitalista. A urbe, normatizadora, vista como espaço de opulência, previsibilidade e disciplina, era destinada aos grupos sociais judiciosos, que definiam os padrões racionais de comportamento. É nesse meio de racionalidade que

---

<sup>27</sup> Hospício do latim “hospitium”, hospedeiro; local destinado ao acolhimento de doentes pobres e incuráveis.

<sup>28</sup> Alienado do latim “alienus”, estranho; o individuo estranho a si mesmo ou a comunidade social.

a loucura foi considerada uma ameaça, devendo ser silenciada e isolada através do encarceramento físico, longe do espaço público (CHEUICHE, 2004, p. 119).

O tratamento na área de saúde mental por muito tempo foi baseado no isolamento de pacientes em hospitais psiquiátricos, afastados do convívio sócio familiar. Em meio à revolta da sociedade pela repressão causada no período ditatorial e a emergência de vários movimentos sociais que reivindicavam por melhores condições de vida, surge em 1978 em relação à saúde o movimento dos trabalhadores de saúde mental (MTSM), o qual questionava o modo de assistência médica psiquiátrica desenvolvido na época. Este movimento voltava-se contra o asilamento de pacientes que sofriam de alguns transtornos psiquiátricos e a mercantilização da loucura, visando mudanças no modelo de atenção e gestão da saúde (VASCONCELOS, 2006).

Os principais objetivos do movimento dos trabalhadores de saúde mental estava voltado para:

Denúncias e mobilização pela humanização dos hospitais psiquiátricos tanto públicos quanto privados, alguns dos quais foram identificados como verdadeiro campo de concentração;  
Denúncia da indústria da loucura nos hospitais privados conveniados do então INAMPS;  
Denúncia e reivindicações por melhores condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos, principalmente no Rio de Janeiro;  
Primeiras reivindicações pela expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental, apesar de o movimento não ter ainda bem claro como deveriam ser organizados tais serviços (VASCONCELOS, 2006, p. 23).

No Rio de Janeiro em 1980 o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência reuniram-se para discutir a administração dos hospitais públicos, onde lideranças do movimento dos trabalhadores de saúde mental também se fizeram presentes, reivindicando a humanização dos hospitais psiquiátricos públicos e o desenvolvimento de ações integradas de saúde que deram ênfase aos princípios do SUS exposto na Lei nº 8.080.

Em São Paulo e Minas Gerais, a vitória de governos estaduais oposicionistas (Tancredo Neves e Franco Montoro) em 1982 permitiu a entrada de lideranças do MTSM nas secretárias estaduais de saúde, possibilitando com isso uma intervenção crescente nos hospitais psiquiátricos estaduais e privados e particularmente a partir da implantação do CONASP, uma expansão gradativa da rede ambulatorial em saúde e saúde mental. Os principais objetivos da plataforma política do MTSM naquela conjuntura foram:

a-) não criação de novos leitos em hospitais psiquiátricos especializados, e redução onde possível e/ou necessário;

- b-) regionalização das ações em saúde mental, integrando setores internos dos hospitais psiquiátricos ou hospitais específicos com serviços ambulatoriais em suas áreas geográficas de referência;
- c-) controle das internações na rede conveniada de hospitais psiquiátricos privados via centralização das emissões de AIH nos serviços de emergência do setor público;
- d-) expansão da rede ambulatorial em saúde, com equipes multiprofissionais de saúde mental, composta basicamente por psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais e, as vezes, também por enfermeiros, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos;
- e-) humanização e processos de reinserção social dentro dos asilos estatais, também com equipes multiprofissionais (VASCONCELOS, 2006, p. 24).

Apesar dessa conquista pelo MTSM, em 1987 “houve um fechamento temporário dos espaços políticos para os interesses democráticos populares e para as políticas de saúde mental identificadas com esses interesses” (VASCONCELOS, 2006, p. 25); de todos os estados apenas o governador do Rio Grande do Sul não interrompeu as reivindicações na saúde mental. Após em 1990 houve uma crítica dentro do próprio MTSM referente ao modo como o movimento vinha sendo conduzido<sup>29</sup>, dando ênfase à necessidade deste movimento se aliar aos demais movimentos populares.

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens que incidiram nas diferentes esferas de governo (federal, estadual e municipal), nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais e no território da opinião pública (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 6).

Composto pelos protagonistas do movimento de reforma sanitária, familiares de pessoas que estavam ou passaram por internações, profissionais da saúde, entre outros; este movimento trouxe à tona a violência que ocorria com os pacientes dentro dos manicômios, dando ênfase também à hegemonia de uma rede privada e construindo uma crítica a este modelo de atenção às pessoas com transtornos mentais<sup>30</sup>.

Em 1989, a Secretaria Municipal da Saúde de Santos (SP), intervém através do fechamento do hospital psiquiátrico chamado “A Casa de Saúde Anchieta”, devido denúncias de maus tratos e mortes de pacientes. Com isso abriu-se um leque de possibilidades de se construir uma rede de cuidados substitutivos aos hospitais psiquiátricos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

---

<sup>29</sup> Neste período, uma ala do MTSM desenvolveu uma crítica aguda a burocratização do conjunto do próprio Movimento, no sentido de que no período anterior tendeu a se restringir as lutas a partir de dentro do aparelho do Estado (VASCONCELOS, 2006, p. 25).

<sup>30</sup> Baseado na definição da Organização Mundial de Saúde – OMS - entende-se como Transtornos Mentais e Comportamentais as condições caracterizadas por alterações do modo de pensar e/ou do humor (emoções), e/ou por alterações do comportamento associadas à angústia expressiva e/ou deterioração do funcionamento psíquico

Na década de 1990, passa a vigorar as primeiras normas federais de regulamento e implantação dos serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), NAPS (Núcleo de Apoio Psicossocial) e hospital dia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Em 2001 foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental [...] um dispositivo fundamental de participação e controle social [...] a III Conferência consolida a reforma psiquiátrica como política de governo, confere os CAPS o valor estratégico para 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 garantia do avanço da reforma psiquiátrica no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 10).

Após a reforma psiquiátrica, a política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas no Brasil, é assumida pelo Ministério da Saúde de modo integral, com a elaboração de programas que busquem prevenir, tratar e reabilitar os usuários. Esta foi uma das decisões tomadas após a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001. Como espaço para desenvolver a política pública de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, foi criado os CAPS' ad (Centros de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas) em 2002 (III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2001).

Os CAPS ad devem oferecer atendimento diário a pacientes que fazem um uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua [...] a rede proposta se baseia nesses serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária (ex.: internação domiciliar, inserção comunitária de serviços), de acordo com as necessidades da população-alvo dos trabalhos. Os CAPS ad desenvolvem uma gama de atividades que vão desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Também devem oferecer condições para o repouso, bem como para a desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem desse tipo de cuidados e que não demandem por atenção clínica hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 24).

Em 2006 foi aprovada a normativa nº 11.343<sup>31</sup>, a qual estabeleceu modificações no tratamento à dependência química, bem como a estipulou a diferença entre usuários e traficantes, e impulsionou a criação do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre drogas (SISNAD), o qual busca: articular, integrar, organizar e coordenar as atividades de prevenção,

---

<sup>31</sup> Anterior a esta normativa havia a Lei nº 6.368 de 1976 e a Lei nº 10.216 de 2001. Sendo esta ultima, segundo Lersch (2010), considerada o marco legal da Reforma Psiquiátrica, pois garantiu aos usuários a universalidade de acesso e direito a assistência, dentre outras características.

levando-se em consideração que em 1998 já havia sido criada a Secretaria Nacional Sobre Drogas (SENAD)<sup>32</sup>, a qual segundo Lersch (2010, p. 35)

[...] prevê e executa todas as atividades de prevenção do uso indevido de substâncias entorpecentes e drogas que causem dependência. Da mesma forma que prevê as atividades de tratamento, recuperação, redução de danos e reinserção social de dependentes. O SENAD exerce a secretaria executiva do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas – CONAD, dos Conselhos Estaduais sobre Drogas (CEAD) e Conselhos Municipais de Políticas sobre Drogas (COMAD), ambos os conselhos com aspectos normativos, deliberativos e de natureza paritária<sup>33</sup>.

A política em si e o modo como os CAPS' ad devem executar suas atividades é significativo no papel, no entanto, na prática a realidade é outra. Cada vez mais o Estado focaliza o atendimento aos usuários e repassa ao terceiro setor<sup>34</sup> e a empresas privadas suas responsabilidades em oferecer um atendimento de qualidade à população. Desta forma continua também o processo de “mercantilização da saúde”, ou seja, o usuário que tem condições de pagar por um atendimento integral e de qualidade assim o faz, do contrario tende a aderir ao atendimento implantado pelo Estado através dos CAPS' ad (Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e outras Drogas), sendo este apenas diurno.

Além disso, em muitos casos não é trabalhado pelos profissionais deste espaço, o convívio familiar do usuário ou por não terem profissionais capacitados com uma visão crítica sobre determinada situação (Assistente Social) ou pelos profissionais não terem tempo, devido a atividades burocráticas, serem concursados ou contratados por meio expediente, entre outros fatores que distancia a realidade dos CAPS' ad do que se é estabelecido na Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de Álcool e outras Drogas.

---

<sup>32</sup> A Secretaria Nacional Sobre Drogas através da medida provisória nº 1.669 e pelo Decreto nº 2.632

<sup>33</sup> Esses órgãos prestam auxílio técnico ao Estado e, consecutivamente, aos governos estaduais e municipais no intuito de articular, integrar e organizar as ações que promovam o desenvolvimento de programas pelos quais objetivem a redução da demanda, dos danos e da oferta de drogas. Para que essas ações se efetivem, são utilizados os recursos do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD). Esses recursos são provenientes de doações e apreensões relacionadas ao tráfico de entorpecentes (após decisão Judicial ou administrativa tomadas em caráter definitivo), assim como, dotações específicas estabelecidas no orçamento da União (LERSCH, 2010, p. 35).

<sup>34</sup> O Terceiro Setor segundo Montano (2007) tem a finalidade de encobrir o desmonte do padrão de intervenção social e estatal, conquistado a duras penas e concretizado na Constituição Federal de 1988, na substituição por um modelo que se adapte as orientações neoliberais na condução destas ONGs, associações, instituições, fundações e entidades da sociedade civil.



### 3.2 A inserção e atuação do Serviço Social na saúde com ênfase à saúde mental.

No final do séc. XVIII surgiu na Inglaterra “A Máquina a Vapor”, um instrumento de trabalho que modificou as relações sociais, econômicas e políticas no mundo inteiro, marcando o início da revolução industrial. Um dos “produtos” deste período foi a divisão da sociedade em duas classes<sup>35</sup>: a classe operária que detém apenas a mão-de-obra como forma de sustento e a burguesia detentora do capital e dos instrumentos de trabalho da classe operária. Com esta divisão e com o processo de industrialização, muitas famílias vieram do campo para a cidade em busca de melhores condições de vida. No entanto, as cidades não acompanharam este processo de industrialização tendo como consequência aglomerados de pessoas vivendo em condições precárias ao redor dos centros urbanos, sem Leis de amparo e garantia de qualquer benefício. Esta classe operária, no entanto, cansada de tanta exploração passou a reivindicar por melhores condições de vida e em meio a estas reivindicações a burguesia passou a pressionar o Estado a adotar medidas de controle sobre a sociedade, sendo decorrente deste processo de conflito entre capital x trabalho, o surgimento do Serviço Social com vistas a amenizar estes conflitos (CASTRO, 2003).

No Brasil o Serviço Social surge na década de 1930, período em que o País passava pelo processo de industrialização e de um avanço significativo rumo ao desenvolvimento econômico, social, político e cultural. Neste período o Estado passa a redefinir sua atuação e o surgimento das políticas sociais respondendo às reivindicações da classe trabalhadora. As características econômicas e políticas desse período possibilitaram o surgimento de políticas sociais que respondessem às questões sociais, a qual segundo Bravo (2004, p. 26):

A questão social neste período precisava ser enfrentada de forma mais sofisticada, transformando-se em questão de política e não de polícia, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem os assalariados urbanos, que se caracterizavam como atores importantes no cenário político nacional.

Até 1960 os Assistentes Sociais atuavam com uma determinada homogeneidade, no entanto, após este período muitos desses profissionais começaram a questionar suas ações, as quais segundo Bravo (2007, p. 98) eram voltadas para a “manutenção do status quo”. O questionamento por parte dos profissionais referente às suas ações surge não de forma isolada,

---

<sup>35</sup> Anterior a esta divisão da sociedade em duas classes sociais: a classe operária e a classe burguesa, já havia uma divisão de classes na sociedade como, por exemplo, no período da Idade Média: o senhor feudal, os servos, os escravos e o clero.

mas com respaldo por parte das ciências sociais e humanas. Em meio ao desenvolvimentismo no Brasil, os Assistentes Sociais, se deparam com práticas embasadas teoricamente por outras realidades, sem crítica a verdadeira conjuntura do país. Esta situação propiciou aos profissionais não só os Assistentes Sociais, mas também de outras áreas, analisar e questionar o marco teórico de suas ações e a inscrição de suas práticas na sociedade capitalista, com vista à elaboração de propostas mais conseqüentes com a verdadeira realidade do país (BRAVO, 2007).

O serviço social enquanto profissão pós-período ditatorial passou por profundas transformações houve um “redimensionamento da formação de seus quadros técnicos na reprodução da categoria profissional e da incorporação de novas referências teórico-culturais e ideológicos” inclusive na área da saúde com novas exigências advindas da própria política de saúde (BRAVO, 2007, p. 96). Dentro dessas exigências de mudanças estava o modo como se dava a própria formação dos profissionais, buscando romper com “o confessionalismo, o paroquialismo e o provincialismo que historicamente marcaram o surgimento e o desenvolvimento do ensino da profissão” (BRAVO, 2007, p. 97). Neste período há também a expansão quantitativa dos cursos de serviço social e com essa expansão houve a necessidade de uma revisão teórica e um maior desenvolvimento crítico intelectual por parte da profissão, a qual com a inserção de novos docentes nos marcos acadêmicos passou a ser possível.

O questionamento do Serviço Social “tradicional”, no início da década de 60, não foi um processo restrito ao país, mas um fenômeno internacional, impulsionado pelos acontecimentos econômico-sociais, políticos ideológicos e culturais da época que tiveram rebatimentos na profissão. Na América Latina, a crítica ao Serviço Social se explicitou com o Movimento de Reconceituação a partir de 1965 e estava articulada as condições sócio-políticas de superação do subdesenvolvimento. O eixo do debate se centrava na contestação do Serviço Social importado, com práticas assistencialistas e ajustadoras, e a pretensão de neutralidade científica (BRAVO, 2007, p. 99).

Na área da saúde até 1960 havia poucos profissionais do Serviço Social<sup>36</sup>, os quais tiveram suas ações ampliadas somente com o surgimento do complexo previdenciário de assistência médica. Segundo Vasconcelos (2002), no Rio de Janeiro após a primeira turma de Assistentes Sociais se formarem a própria escola de Serviço Social em contato com as diretorias dos hospitais, visando à inserção desses profissionais no mercado de trabalho, sugeria que os Assistentes Sociais fossem integradas à equipe hospitalar desenvolvendo

---

<sup>36</sup> Haviam poucos profissionais formados a época. No entanto, hoje segundo a pesquisa realizada pelo CFESS de 2005, a área da saúde é a terceira maior área que emprega Assistentes Sociais.

atividades como o levantamento de dados sociais e familiares, dos pacientes, estabelecendo contato com as famílias preparando-as para a alta do paciente com vista também a evitar recaídas por parte deste e realizando encaminhamentos a outros espaços de atendimento. Neste período havia poucos hospitais públicos e geralmente estes eram localizados nas capitais, comandados pela Igreja Católica. Segundo Cerqueira (1968), os hospitais e os hospícios estatais atendiam um grande número de pacientes e nestes espaços trabalhavam poucos Assistentes Sociais; havia hospitais gerais e psiquiátricos para os trabalhadores e seus dependentes, pertencentes ao IAPs, sem que os assistentes sociais fossem especializados na área de saúde; e havia poucas clínicas psiquiátricas privadas as quais não empregavam Assistentes Sociais.

As primeiras atividades desenvolvidas pelos profissionais tinham um cunho moralizante de “correção dos males sociais” ou “desajustes sociais” (VASCONCELOS, 2002). Até a década de 1970 o Serviço Social para desenvolver algumas atividades e dar embasamento a determinadas ações na área da saúde utilizou-se de modelos e práticas na área da psicologia tais como: psicologia do ego, dinâmicas de psicologia, entre outras (BISNETO, 2007).

Apesar da importação de técnicas de outros países, referente à atuação do Serviço Social na saúde com ênfase a saúde mental, há diferenças, como por exemplo, em relação ao modelo norte-americano:

Nos Estados Unidos o Serviço Social em Saúde Mental seguia uma linha de apoio terapêutico. O serviço prestado ao usuário se restringia ao atendimento das questões ligadas ao tratamento médico em si, diferente do que ocorria no Brasil, onde o trabalho do Serviço Social nas organizações psiquiátrica estava voltado ao atendimento das questões emergenciais associadas à enorme pobreza dos pacientes e ausência de rede de suporte familiar e comunitária. Nos Estados Unidos isto não ocorre por que já havia no início do século agências de serviço social (as obras sociais) que atendiam a população quanto às necessidades materiais e a concessão de benefícios. (BISNETO, 2007, p. 19).

A trajetória do Serviço Social na área da saúde e na saúde mental, com ênfase na psiquiatria brasileira é muito diferente do modo como este era desenvolvido nos Estados Unidos. No Brasil as primeiras ações do Serviço Social foram direcionadas a “amenizar” os conflitos relacionados ao capital x trabalho, através da intervenção nas expressões da questão social.

Segundo Vasconcelos (2000) as primeiras atividades dos Assistentes Sociais na saúde se deu nos centros de orientação infantil (COI) e nos centros de orientação juvenil (COJ).

Antes do golpe de 1964 o número de clínicas psiquiátricas privadas era pequeno e não há registros que empregassem Assistentes Sociais [...] já com o golpe de 1964 e o destaque para a onda de privatização e expansão do atendimento como uma forma de evitar maiores reivindicações a assistência ao doente mental se estendeu [...] procedeu reformas no sistema de saúde e previdência como discurso da modernização e racionalização, mudando desta forma o quadro hospitalar brasileiro (BISNETO, 2007, p. 22).

Antes de 1964 existiam hospícios estatais nas principais capitais e hospitais gerais para os trabalhadores e dependentes, pertencentes aos IAPs (Instituto de Aposentadoria e Pensões), no entanto, em 1966 os IAPs foram incorporados ao INPS (Instituto Nacional da Previdência Social).

O Serviço Social nos órgãos de assistência médica da previdência foi regulamentado em 1967 e previa as seguintes ações: individual, de caráter preventivo e curativo; grupal, de caráter educativo preventivo; comunitária, para mobilização de recursos e reintegração dos pacientes a família e ao trabalho. Foi ressaltada a contribuição do assistente social nas equipes interprofissionais com a finalidade de fornecer dados psicossociais significativos para o diagnóstico, tratamento e alta do paciente e participar em pesquisas médico-sociais (BRAVO, 2007, p. 102).

O direito a assistência médica por muito tempo foi atrelado à contribuição previdenciária, deixando os sujeitos que não tinham condições de contribuir, a mercê da caridade e da filantropia. Segundo Bisneto (2007, p. 25):

O grande problema para o governo da ditadura militar nos hospícios no fim dos anos 1960 não era a loucura (esta era controlada pela psiquiatria, pelos psicotrópicos e pelo aparato asilar). Era a pobreza, o abandono, a miséria que saltava a vista e que geravam contestações da sociedade, principalmente após a incorporação do atendimento aos trabalhadores e seus dependentes na rede previdenciária de assistência mental. O Assistente Social veio para viabilizar o sistema manicomial no seu ponto mais problemático.

O número de hospícios aumentou, abriram-se várias clínicas psiquiátricas, multiplicando-se espaços de trabalho para os Assistentes Sociais:

A partir de 1973, o Ministério da Previdência e Assistência Social enfatiza a importância da equipe interprofissional para a prestação de assistência ao doente mental, numa de suas tentativas de melhorá-la, que se abriu espaço para o Serviço Social nas instituições psiquiátricas (BISNETO, 2007, p. 24).

Em 1973 o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) passou a exigir a contratação de Assistentes Sociais nos hospitais. Estes passaram a contratar o profissional, no entanto, pagavam-lhes um salário precário e não tinham suas atividades dentro do hospital definidas (BISNETO, 2007). Além disso:

No II Congresso Brasileiro relacionado a ação do assistente social na saúde, restrito no seu enfoque aos ambulatórios e hospitais, foi o estímulo as abordagens grupal e comunitária e também a sinalização para o enfoque em saúde pública na proteção, prevenção e recuperação da saúde. O mercado de trabalho para o profissional, entretanto, foi ampliado apenas na saúde individual, fundamental na previdência social e não na saúde coletiva. As experiências de medicina comunitária emergentes nos departamentos de saúde pública, principalmente a partir de meados da década de 60, não envolveram significativamente os assistentes sociais (BRAVO, 2007, p. 102).

Deve ser levado em conta que no final da década de 1960 teve-se início o movimento de reforma da profissão conhecido como Movimento de Reconceituação que no período de 1970, é revigorado pela categoria profissional, a qual o direcionava a uma revisão teórica – metodológica, ética – política e técnica - operativa, que vem a se concretizar na década de 1980. Segundo Panozzo (2009, p. 28), na década de 1980 através deste movimento o Serviço Social buscou romper com o conservadorismo, e ultrapassar a centralidade até então empregada ao fazer profissional, voltado apenas para a dimensão interventiva. Com a elaboração do projeto ético político da profissão em 1980<sup>37</sup>, estabelece que a realidade sócio-histórica deve ser conhecida criticamente, que o Serviço Social deve deixar de ser tratado como uma prática social abstrata e configurar-se como um trabalho profissional, que dispõe de objetivos, meios e resultados. Além de buscar-se através deste projeto construir uma cultura profissional democrática voltada para uma nova ordem societária em contraposição a hegemonia do capital, baseando-se em valores fundantes da redemocratização da sociedade norteados por princípios de democracia, igualdade, liberdade e justiça social.

Entretanto em meio aos pressupostos do neoliberalismo presentes desde o início da década de 1990, no Brasil e em toda a América Latina com ênfase à abertura comercial, privatizações, minimização do Estado na garantia dos direitos sociais e minimização de gastos na área social, entre outros fatores, empregados pelo discurso de que primeiro a economia tem

---

<sup>37</sup> O projeto ético político da profissão, segundo Iamamoto (2005) trata-se de um projeto profissional indissociável a democracia, equidade, liberdade, defesa do trabalho, direitos sociais e humanos e a contestação de todas as ordens.

que crescer para posteriormente haver melhorias sociais e igualdade social. As políticas deste modo mantêm-se fragmentadas, pontuais e focalistas afetando diretamente o trabalho desenvolvido pelo Assistente Social, os quais buscam romper com as práticas conservadoras e alienantes do sistema capitalista. Segundo Vasconcelos (2001: pg. 9):

[...] historicamente, buscamos romper - através do trabalho e das relações sociais -, com as formas capitalistas de pensar e agir para empreender ações que, além de possibilitar acesso a bens e serviços, resulte num processo educativo; resulte num bem e não num produto a ser consumido. Uma ação consciente, que exige a capacidade de antecipar, de projetar; capacidade que não está dada, mas é algo a construir, a alcançar.

O Assistente Social na área da saúde precisa também romper com a idéia<sup>38</sup> de ser um profissional auxiliar, situação a qual coloco o profissional submetido às rotinas institucionais, desenvolvendo seu trabalho muitas vezes dentro do espaço sócio-ocupacional voltado apenas às solicitações das direções de unidade de saúde e dos demais profissionais. Aceitando ainda, como únicas, as demandas dos usuários e desta forma tornado-se um profissional pragmático, o qual apenas realiza as suas atividades sem um estudo e um planejamento das mesmas. Segundo Vasconcelos (2001, p. 7):

Os usuários chegam ao plantão do Serviço Social através de procura espontânea, encaminhamentos internos e encaminhamentos externos. Os encaminhamentos diferem de unidade para unidade dependendo da procura maior ou menor por determinados serviços que são oferecidos. Enquanto, por exemplo, numa unidade a procura de idosos é maior, tendo em vista os programas destinados à terceira idade, em outra unidade a procura advinda da ortopedia é maior tendo em vista a procura maior dos usuários por esta especialidade, muito procurada, mas existente apenas em algumas unidades. Assim, os assistentes sociais não realizam estudos sobre as demandas dos usuários nem as demandas institucionais, realizando ações a partir de demandas espontâneas ou selecionadas e dirigidas ao Serviço Social pelos demais profissionais de saúde/serviços. [...] O plantão é a única atividade comum à maioria dos assistentes sociais, ainda que, em algumas unidades de saúde, esta atividade não seja reconhecida por este nome. O Plantão não se constitui assim, num serviço ou uma atividade pensada, planejada, organizada, reduzindo-se a ações isoladas desenvolvidas pelo assistente social para "resolver o(s) problema(s) do usuário".

Outro problema enfrentado pela categoria profissional referente não só a área da saúde, mas também aos demais espaços sócios ocupacionais e que afeta o desenvolver de suas atividades nestes espaços, é a questão da precária contratação profissional; é pouca a

---

<sup>38</sup> Segundo Castro (ano), a primeira escola de Serviço Social da América Latina, foi criada no Chile em 1925, por esta escola ser fundada por um doutor, Alejandro Del Rio, o Serviço Social por muito tempo foi empregado na área da saúde como uma profissão auxiliar a médicos.

efetivação de concursos e amplia-se cada vez mais a contratação de profissionais os quais ficam desta forma desprotegidos e submissos aos mandos da instituição. Muitas das demandas do Assistente Social nos hospitais esta voltada apenas a encaminhamentos tanto interno (programas ou serviços da unidade), quanto externo (INSS, Defensoria Pública, entre outros recursos assistenciais); sendo desta forma incapacitado também, pela grande demanda e pelo pouco tempo contratado para desenvolver suas atividades (muitas vezes apenas contatado por apenas 20hs). Sendo assim, o atendimento do Serviço Social aos usuários, segundo Vasconcelos (2001, p. 8 e 9) se da dentre outras situações:

Atendimento individual, realizado através de uma única entrevista, sendo raros os retornos objetivando a continuidade ou acompanhamento da demanda apresentada [...]. O assistente social no plantão realiza basicamente orientações (previdenciária, acidente de trabalho, programas assistenciais), encaminhamentos (para recursos internos da unidade - inscrição nos programas, agilização de exames e/ou consultas médicas, para recursos da comunidade/ou institucionais - bolsas de alimento, passagem gratuita, recursos assistenciais, exames de alta complexidade, asilamento, casas de apoio), e em alguns casos aconselhamento/apoio. Estas ações resultam numa atenção que não tem continuidade nem interna nem externa a unidade de saúde [...]. Constitui-se em ações imediatas, isoladas e assistemáticas, que promovem encaminhamentos, orientações, aconselhamentos e apoio sobre a(s) doença(s). Ações como um fim em si mesmo, na medida em que, não estão articuladas a programas e projetos que atinjam e/ou absorvam os usuários de forma sistemática e continuada, no sentido de oferecer suporte contínuo às demandas explícitas, mas principalmente às demandas implícitas por promoção e proteção da saúde e prevenção de doenças, danos, agravos e riscos.

Os assistentes sociais atuam junto a sujeitos sociais que vivenciam as mais diversas expressões da questão social, as quais se mantêm em reprodução, pois o Estado emprega uma política econômica que privilegia uma minoria e mantém as políticas sociais públicas de forma regressivas, fragmentadas e pontuais, mantendo-se desta forma a desigualdade social.

A política pública de saúde tem encontrado ainda muitas dificuldades para sua efetivação, como a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde e o desafio de construção de práticas baseadas na integralidade, além dos entraves na efetivação do controle social de modo a garantir o protagonismo dos usuários. Todas essas questões são exemplos de que a verdadeira efetivação dos princípios da Reforma Sanitária permanece como desafios fundamentais na saúde, e sendo o Assistente Social um dos profissionais da área da saúde, este deve lutar para garantir que os pressupostos desta reforma se consolidem.

Em relação à reforma psiquiátrica, esta também buscou o respeito à capacidade de autonomia dos usuários e o acesso universal aos serviços de saúde, buscando promover uma atenção integral aos sujeitos, no entanto, ainda há muito que ser feito, pois as décadas

anteriores em que a dependência química não era reconhecida como um problema de saúde deixou um grande vácuo em relação à ausência de políticas sociais e de tratamento disponibilizado através das mesmas, ou seja, houve e ainda há uma grande quantidade de sujeitos sem um tratamento de qualidade, pois no Brasil temos apenas 258 CAPS' ad<sup>39</sup> espalhados e segundo Laranjeira (1990) a problemática da dependência química cresce cerca de 10% ao ano.

Para romper com a lógica conservadora, a categoria profissional precisa unir-se e reivindicar por melhores condições de trabalho, é no planejamento das ações que o Serviço Social conseguirá desenvolver suas atividades de forma a garantir os direitos sociais dos usuários, frisando sempre seu compromisso ético-político para a instituição empregadora. O planejamento segundo Vasconcelos (2001, p. 18):

É um instrumento de luta, de negociação, de registro da prática. Se a formação profissional oferece os instrumentos teóricos para captar o movimento da realidade social é ao projetar suas ações que os profissionais se transformam em “recursos vivos” podendo assim, contribuir com os usuários na busca por transformações das suas condições de vida e de trabalho, ou seja, promover a saúde. É nesse sentido que podemos identificar um profissional propositivo e não passivo.

É fundamental que o profissional Assistente Social realize levantamento de dados, estudos e pesquisas, volte seu trabalho a partir das demandas dos usuários priorizando as suas necessidades e não apenas o que as instituições empregadoras lhe passam, de continuidade a sua capacitação enquanto profissional potencializando à análise e crítica dos dados com a produção teórica acumulada sobre as diferentes expressões para compreender a realidade trabalhada, contribuindo para a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, priorizando como assegurado na proposta de criação do SUS, ações que promovam à saúde de modo integral e fortalecendo cada vez mais os princípios da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica na garantia e efetivação dos direitos sociais.

---

<sup>39</sup> CAPS' ad: Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e outras drogas. Na região Sul são 56 CAPS' ad, na região Sudeste 102, na região Centro Oeste 15, na região Nordeste 73 e na região Norte 12 (Fontes: Área Técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE – Censo 2010).



### 3.3. Dependência química como expressão da questão social.

A dependência química<sup>40</sup>, problema de causa múltipla, pode ser também identificada como umas das expressões da questão social, a qual nasce do conflito capital x trabalho, durante a revolução industrial, e é vivenciada pelos sujeitos através da: exclusão social, do desemprego, falta de moradia, fome, entre outras situações que deixam estas pessoas mais vulneráveis, e que configuram principalmente as expressões da desigualdade social gerada pelo modo de produção capitalista.

Segundo Carvalho e Iamamoto a questão social é assim entendida:

Expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação no cotidiano da vida social, da contradição entre proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e da repressão (CARVALHO, IAMAMOTO, 1991, p. 77).

Tais expressões aliadas a um padrão de sociedade capitalista que visa em primeiro lugar o lucro, explorando e alienando trabalhadores, faz com que os mesmos se manifestem através de resistências ou de rebeldias a este sistema imposto. Segundo Iamamoto (1998), os assistentes sociais trabalham com as mais diversas manifestações da questão social, experimentadas pelos sujeitos no trabalho, na família, na saúde, etc.

Entretanto o conceito de dependência química que é uma relação alterada entre um indivíduo e seu modo de consumir uma substância, não faz nenhuma menção a esta problemática como uma questão social, que afeta o sujeito nas suas relações sociais e familiares. Configurando este apenas como um ser doente, dependente de uma substância química-psicoativa, não se referindo às implicações que o uso e abuso de drogas gera na vida do indivíduo, trazendo diversas conseqüências sociais como desagregação familiar, violência, criminalidade, entre outros além dos problemas psicológicos como depressão, transtornos obsessivos compulsivos, etc. e físicos como a debilitação do organismo, etc.

O uso de drogas pelo sujeito é muitas vezes uma maneira de experimentar outra realidade, que difere da qual ele convive diariamente, que por vezes é marcada por conflitos, contradições e desigualdades advindas de um processo de exploração e alienação do sujeito, conseqüências trazidas pelo modo de produção capitalista.

---

<sup>40</sup> A dependência química aqui referente à dependência de álcool e substâncias ilícitas.

A dependência química se constitui uma expressão da questão social através do modo como os sujeitos sociais vivenciam a precarização de suas vidas e das relações sociais estabelecidas, tais como o desemprego, falta de moradia, violência, exclusão entre outros fatores fazendo com que os mesmos se manifestem de diversas maneiras. Dentre essas formas está à rebeldia ao padrão imposto, o qual leva os usuários muitas vezes a utilizar as drogas como forma de subsistência (tráfico) ou como válvula de escape (usando-as), ou seja, como uma forma de se alienar dos problemas vivenciados. A exclusão vivenciada em nossa sociedade não se resume unicamente ao fato de ter-se ou não emprego, mas abrange as relações políticas, culturais e sociais dos sujeitos que ficam excluídos não somente do direito à renda, mas também dos seus direitos trabalhistas, previdenciários e de proteção social.

A drogadição muitas vezes é resultante de uma história de vida marcada por diversos conflitos, tais como: familiares, violência, maus-tratos, ausência dos pais, dentre outras causas, as quais chegam como demanda ao Assistente Social junto com os usuários que buscam tratamento. Além disso, o agravamento das expressões da questão social, o crescente pauperismo ocasionado pelo precário mercado de trabalho e pelos pressupostos neoliberais, o qual apregoa que a desigualdade social é necessária para haver competição e para a economia crescer, gera desta forma um contingente populacional fragilizado, vulnerável ao envolvimento com o uso de substâncias psicoativas.

A dependência química é constatada como uma doença pelo modo como atinge o usuário, causando “alterações na estrutura e no funcionamento normal do mesmo” (COSTA, 2006).

Não se tem um único motivo, causa ou explicação que leve o usuário a usar determinada substância, mas sim uma série de fatores que podem ser físicos (hereditário, ou seja, um indivíduo que já tem uma herança genética e predisposição ao uso de uma determinada substância), sociais (como forma de inserção, de inclusão social a um determinado grupo), emocionais/psíquicos (quando o indivíduo está passando por alguma frustração e faz o uso de uma determinada substância para amenizar o sofrimento, que ele está sentindo naquele momento) ou culturais (aqui deve ser levado em consideração a influência da mídia, das propagandas com relação ao consumo de bebidas alcoólicas); e quando nos referimos à dependência química, estamos nos reportando a todas as substâncias psicoativas

(SPA) que causam mudança de comportamento e que possam levar a dependência seja ela lícita<sup>41</sup> (álcool) ou ilícita<sup>42</sup> (maconha, Crack, cocaína...) (COSTA, 2006).

O envolvimento com substâncias psicoativas seja pelo consumo ou pelo tráfico, está fortemente presente em nossa sociedade, no entanto, esta relação já vem há anos ocorrendo. O uso de substâncias psicoativas esteve e até hoje está presente em rituais de magia (oferendas), em rituais religiosos (ceitas ou até mesmo na igreja católica através do vinho), na cultura (festas que não podem faltar bebida “para animar os convidados”), entre outros espaços. Por muito tempo até mesmo para o desenvolvimento da ciência e da medicina, se utilizou determinadas plantas, para analisar o comportamento dos indivíduos, mas foi a partir do século XIX que estas passaram a ser mais utilizadas na busca de conhecimento sobre o sistema nervoso humano (SONENREICK, 2000).

Segundo Sonenreick (2000), na década de 1950 houve grande utilização de barbitúricos<sup>43</sup>, substância utilizada como indutor do sono e anticonvulsivantes, além disso, há relatos que uso desta substância estava relacionado a muitas tentativas de suicídio na época. As anfetaminas<sup>44</sup> também foram outras substâncias de “destaque” na época, tornando-se comum seu uso como estimulante entre estudantes, atletas, militares, entre outros, além de serem utilizadas também até hoje, como antidepressivos e auxiliar em regimes para emagrecimento.

Durante a II Guerra Mundial, muitas drogas foram utilizadas, sendo distribuídas aos soldados para manterem-se acordados e aliviar o cansaço, além de também serem distribuídas nas usinas de armamento para aumentar a produção. No Japão em 1950, o país contava com cerca de 500.000 mil dependentes anfetamínicos na população. Na década de 1960 com o movimento Hippie, muitos jovens utilizaram de substâncias psicoativas, principalmente alucinógenos<sup>45</sup>. Na década de 1980, no Brasil houve a epidemia da cocaína<sup>46</sup>, substância da

---

<sup>41</sup> Lícita: regulamentada por Lei (LUFT, minidicionário, 2000).

<sup>42</sup> Ilícita: proibida por Lei (LUFT, minidicionário, 2000).

<sup>43</sup> Barbitúrico é o nome dado a um composto químico orgânico sintético derivado do "ácido barbitúrico".

<sup>44</sup> São substâncias sintéticas - não existem na natureza, sendo produzidas em laboratórios – que foram usadas inicialmente para diminuir o cansaço, afastar o sono e reduzir o apetite (SUPERA, 2006).

<sup>45</sup> Substâncias que causam alucinações, delírios.

<sup>46</sup> A cocaína é uma substância natural, extraída das folhas de uma planta encontrada exclusivamente na América do Sul, a *Erythroxylon coca*, conhecida como coca ou epadu, este último nome dado pelos índios brasileiros. Pertencente ao grupo das drogas que estimulam a atividade cerebral, deixando a pessoa sem sono e sim cheia de “energia”. Há relatos que os índios costumavam mascar as folhas dessa planta, e na Europa a partir do séc. XIX esta substância teve seu uso difundido como energético, indicado para o tratamento de depressão. Até 1903, a Coca-cola era um xarope de coca. Nesta época, os fabricantes, preocupados com o risco de dependência, retiraram a cocaína da fórmula, substituindo-a por cafeína. Em 1914, a venda e o uso de cocaína foram proibidos. O consumo quase desapareceu, retornando a partir da década de 60. Pesquisas realizadas pelo Centro

qual sua folha foi por muito tempo utilizada na forma de chá, no entanto, neste período esta substância passou a ser utilizada pelas vias intranasal e endovenosas, aumentando o índice de infecções inclusive do HIV/AIDS. Na década de 1990, o Crack<sup>47</sup>, substância vendida mais barata que a cocaína e por causar efeito mais rápido passou a ser bastante consumido (SONENREICK, 2000).

O século XX foi marcado pelo grande uso de substâncias psicoativas e aumento de infecções, principalmente o HIV, com isso o Estado, se viu pressionado em elaborar uma política social pública que amenizasse a onda de infecções (SONENREICK, 2000).

Como citado anteriormente, segundo Laranjeira (2005), o índice de usuários de substâncias psicoativas a cada ano vem aumentando cerca de 10%, este é um fator biopsicossocial, ou seja, não há uma única causa que leve os sujeitos a tornarem-se usuários de uma determinada substância psicoativa. Com esse índice, torna-se cada vez mais preocupante e de grande relevância a discussão sobre a saúde pública e os tipos de tratamento disponibilizados pela mesma, onde deve ser levado em consideração que cada ser é único, ou seja, cada usuário possui a sua historicidade e sua particularidade, onde se deve ser respeitado suas peculiaridades, não sendo tratado e internado como pacientes de outras patologias.

A dependência química como expressão da questão social deve ser analisada como um fator macrossocial, ou seja, que atinge a sociedade como um todo e que em muitos momentos, os sujeitos buscam as drogas para fugir da realidade vivenciada por ele (problemas na família, violência, precarização do trabalho, abandono, entre outros). Além disso, deve ser avaliado que a dependência química de uma determinada substância psicoativa pode ocasionar a degradação física, social e econômica de suas vidas e que vem a refletir conseqüentemente na vida dos familiares do usuário.

O Assistente Social ao deparar-se com um usuário de substâncias psicoativas deve procurar realizar uma análise crítica da realidade, vendo esta de um modo global e não fragmentado à questão dependência química, observando não apenas as desigualdades vivenciadas pelos usuários ou as resistências destes. Vendo-o como uma pessoa que possui direitos sociais e que estes devem ser respeitados, além de analisar os sujeitos com uma

---

Brasileiro de Informação sobre as Drogas (CEBRID), da UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo), mostram que o consumo de cocaína aumentou muito nas décadas de 80 e 90, no Brasil (SUPERA, 2006).

47. O crack é a cocaína alcalina, não salina; e é obtido da mistura da pasta de cocaína com bicarbonato de sódio. O crack é conhecido nos Estados Unidos como a “cocaína dos pobres e mendigos”.

“totalidade” expressa por muitas áreas (social, econômica, cultura, entre outras). Nesse sentido Yamamoto (1999, p. 80), destaca que é necessário ao profissional:

[...] uma competência crítica capaz de decifrar a gênese dos processos sociais, suas desigualdades e as estratégias de ação para enfrentá-las. Supõe competência teórica e fidelidade ao movimento da realidade, competência técnica e ético-política que subordine o “como fazer” ao “o que fazer” e este ao “dever ser”, sem perder de vista seu enraizamento no processo social.

Anterior ao período de 1960, a dependência química era tratada em nosso país como “caso de polícia” e o usuário de drogas um “desajustado social”. Segundo Bucher (1992, p. 170)

[...] as situações de consumo flagradas em meras ocorrências policiais, sem consideração pelas suas raízes e razões, pelas suas implicações psicossociais ou simplesmente humanas, a repressão cega encontra um campo fértil para atuações indiscriminadas, através da violência policial, do peso esmagador do aparelho judiciário (ou ainda psiquiátrico), das condições desumanas de detenção, do estigma social e da marginalização crescente que marca os indiciados.

O Estado não se responsabilizava e não reconhecia a dependência química como um problema de saúde; a polícia intervinha prendendo os usuários, considerados desajustados sociais “limpando” as ruas. Outra opção dada às famílias nesse período era a internação em manicômios<sup>48</sup>, longe da cidade e do convívio social, tachando<sup>49</sup> o dependente químico a uma pessoa que sofria de transtornos psiquiátricos e que deste modo deveria viver isolado, ser institucionalizado para não “contaminarem” o resto da cidade (COSTA, 2006).

No decorrer dos anos e com a falta de políticas públicas por parte do Estado referente à dependência química, diferentes confissões religiosas (católica, evangélica...) motivadas pela perspectiva da evangelização passaram a criar espaços para o tratamento dos usuários de drogas (importante modelo de outros países), hoje denominadas Comunidades Terapêuticas (CT), as quais serão abordadas no próximo capítulo (COSTA, 2006).

---

<sup>48</sup> Manicômios: nomenclatura utilizada para os hospitais psiquiátricos, anterior a reforma psiquiátrica.

<sup>49</sup> Tachar: atribuir defeitos morais a; acusar; censurar (LUFT, minidicionário, 2000).

#### **4. O SURGIMENTO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS EM ESPECIAL O TRABALHO DESENVOLVIDO PELA COMUNIDADE TERAPÊUTICA ESPIRITA CHICO XAVIER E A CRIAÇÃO DO GRUPO DE MÚTUA AJUDA “APOIO FRATERO”.**

O presente capítulo aborda o surgimento das Comunidades Terapêuticas no Brasil, período em que a dependência química era tratada em nosso país como caso de polícia e o usuário de drogas um “desajustado social”, o qual deveria viver isolado do convívio social, sendo a única opção dada o tratamento nos manicômios, enquadrado os sujeitos com portadores de transtornos mentais. Posteriormente é explanada a regulamentação da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) sobre este dispositivo de tratamento e a criação da Comunidade Terapêutica Espírita Chico Xavier, bem como a inserção do profissional Assistente Social neste espaço sócio ocupacional. Para finalizar este capítulo é explanada a importância da família no tratamento da dependência química e o projeto de intervenção desenvolvido na Comunidade Terapêutica Espírita Chico Xavier, através do estágio curricular obrigatório do Curso de Serviço Social, realizado no período de setembro de 2010 a julho de 2011.

##### **4.1. Histórico das comunidades terapêuticas e o trabalho desenvolvido pela comunidade terapêutica espírita Chico Xavier no município de São Borja.**

Na metade do século XX, Frank Buchman, ministro evangélico luterano, criou o grupo Oxford, o qual tinha como objetivo: “o renascimento espiritual dos cristãos” e embora o alcoolismo não fosse o foco principal do grupo, esta problemática também era trabalhada, pois segundo os princípios do grupo, o envolvimento com o álcool causava sinais de “destruição espiritual” (FRACASSO, 2006, p. 61). O trabalho desenvolvido pelo grupo visava uma ajuda mútua entre os participantes.

Em 1934 Bill Wilson, um grande corretor de Nova York, dependente do álcool, que estava começando a perder seus negócios em função da bebida, viajou para Akron, onde conheceu Henrietta Sieberling, integrante do grupo Oxford, e a qual lhe indicou que procurasse o doutor Bob Smith, o qual também era dependente do álcool. Bill ao trocar vivências com Bob decidiram criar então um grupo para pessoas que buscavam livrar-se do

álcool e em 1935, em Akron foi então criado o primeiro grupo de Alcoólicos Anônimos (AA) (FRACASSO, 2002).

Entre os princípios do grupo Alcoólicos Anônimos, que provinham do grupo Oxford e que até hoje são desenvolvidos na organização do grupo esta: confessar aos outros, ou seja, relatar suas vivências, suas fraquezas perante o álcool; reparar os males feitos pedindo desculpas às pessoas também afetadas (familiares, amigos...) e acreditar que as mudanças de cada integrante do grupo envolve a participação do mesmo no grupo através de seus relatos. O campo da psiquiatria também estava passando por transformações. Em 1940 na Inglaterra, foi criada a primeira Comunidade Terapêutica, a qual o tratamento disponibilizado era voltado para as pessoas que sofriam de transtornos mentais (FRACASSO, 2002).

Os princípios e as características dessa Comunidade Terapêutica tais como: “todos os relacionamentos são potencialmente terapêuticos”, ou seja, o convívio entre eles é uma forma de tratamento e “considera-se a organização como um todo responsável pelo resultado terapêutico”, ou seja, é uma ajuda mútua, onde todos devem se ajudar e ajudar os outros; vieram posteriormente a influenciar no trabalho desenvolvido pelas demais Comunidades Terapêuticas, voltadas ao tratamento da dependência química (FRACASSO, 2002).

A primeira Comunidade Terapêutica voltada para o tratamento da dependência química surgiu em 1959 em Santa Mônica, na Califórnia, fundada por Charles Dederich, dependente químico do álcool, denominada Synanom. Segundo Fracasso (2002, p.62):

As influências do A A sobre a Synanom são fundamentais: as duas organizações seguiram a premissa da recuperação por meio da mútua ajuda da crença de que a capacidade de mudança e recuperação esta no indivíduo e da perspectiva de que a sobriedade ocorra primordialmente por meio de relacionamentos terapêuticos com outros indivíduos em situações similares.

A metodologia de trabalho desenvolvido na Comunidade Terapêutica de Synanom serviu e serve até hoje de exemplo para muitas Comunidades Terapêuticas.

O objetivo do processo grupal era ajudar a pessoa a desvelar e alterar comportamentos e atitudes características associadas a dependência de substâncias psicoativas. A integração era utilizada para elevar a autoconsciência individual desses aspectos negativos da personalidade, por meio do seu impacto nas outras pessoas, sendo a persuasão grupal um recurso destinado a levar a total honestidade pessoal, completa autoexposição e compromisso absoluto com a mudança de si mesmo (FRACASSO, 2002, p. 62).

Eram trabalhados entre os usuários, assim como continua sendo trabalhado pela grande maioria das Comunidades Terapêuticas, os doze passos<sup>50</sup> e as doze tradições dos alcoólicos anônimos. Além disso, procurou-se também trabalhar a personalidade e o estilo de vida desses sujeitos, visando novos hábitos, e com isso buscou-se em outras áreas como na psicologia (na psicanálise) e na filosofia, novas metodologias e técnicas de trabalho (FRACASSO, 2002, p. 62).

Várias Comunidades Terapêuticas foram criadas, na Alemanha, na Suécia, na Espanha, na Ásia, na Bélgica, na Holanda, na América Latina, entre outros países. Em 1979, na Itália foi fundada uma escola voltada para preparar os profissionais que trabalham em Comunidades Terapêuticas. Aos poucos passou a ser incluído na equipe das Comunidades Terapêuticas profissionais como: psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais e enfermeiros.

Em 1976, o National Institute on Drug Abuse (NIDA), nos Estados Unidos, patrocinou a primeira conferência de planejamento das CTs, em Cristal City, Virginia, realizada pela Federação das Comunidades Terapêuticas das Américas (Therapeutic Communities of América, TCA). Profissionais reuniram-se para deliberar e esclarecer a natureza e o propósito das CTs como tratamento para o abuso de substâncias psicoativas (SPA) (FRACASSO, 2002, p. 63).

Este movimento de encontro dos profissionais e participantes das CTs continua até hoje. “Discussões marcam esses espaços em Conferências realizadas pelas Federações Nacionais, Internacionais e Mundial de Comunidades Terapêuticas para definir um modelo com base em evidências” (FRACASSO, 2006, p. 63).

No Brasil a primeira Comunidade Terapêutica destinada ao tratamento da dependência química, surge em 1968 em Goiânia, denominada “Desafio Jovem”, também

---

<sup>50</sup> 1º Admitimos que éramos impotentes perante o álcool, que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas;

2º Viemos a acreditar que um poder superior a nós mesmos poderia devolver a sanidade;

3º Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que o concebíamos;

4º Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos;

5º Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas;

6º Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter;

7º Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições;

8º Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a ela causados;

9º Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-las significasse prejudicá-las ou a outrem;

10º continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitimos prontamente;

11º procuramos através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que o concebíamos, rogando apenas o conhecimento de sua vontade em relação a nós e forças para realizar essa vontade;

12º Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.



oriunda de um movimento religioso. Posteriormente em 1978 surge outra CT em Campinas e assim vão se estendendo.

Pela Lei nº 6.368 de 1976 não havia uma distinção entre usuários e traficantes, estabelecendo que a pena para os mesmos fosse de até dois anos de reclusão. Em 1998 foi realizado no Brasil o I Fórum Nacional Antidrogas, no qual foram apresentadas as “recomendações da normatização dos serviços e procedimentos na área de tratamento a dependência química” (FRACASSO, 2008).

Em 1999 a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) constituiu uma comissão técnica (especialistas e profissionais) para apresentar subsídios à elaboração de critérios mínimos para o funcionamento de serviços de atenção. O documento produzido por esta comissão foi encaminhado à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), onde se constituiu um grupo técnico assessor para elaborar uma proposta de regulamento para o funcionamento das comunidades terapêuticas e serviços assemelhados. Em 2000 a proposta de regulamento (aprovada pela Diretoria Colegiada da ANVISA em 10 de outubro) foi submetida à consulta pública. No ano seguinte, em 31 de maio de 2001 as sugestões foram avaliadas em conjunto, algumas foram incorporadas ao texto final e a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº101/01 foi publicada. Esse foi certamente um momento histórico e importante para as Comunidades Terapêuticas (CT) porque são reconhecidas, oficialmente, pelo Ministério da Saúde (MS) como um serviço de atenção a pessoas com transtornos decorrentes de uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial (FRACASSO, 2008, p.17).

Segundo Fracasso (2008, p. 19) “a CT é uma micro comunidade, um microcosmo da sociedade maior, onde os pacientes são chamados de “residentes” que participam ativamente do processo de tratamento”. Na chegada do residente a CT ele é acolhido, recebe amparo e ajuda por parte dos outros residentes e posteriormente com a maturidade do tratamento e a evolução do mesmo, este futuramente também dará amparo e ajuda aos demais residentes novos que chegarem a CT. Este é um princípio que rege tanto o tratamento dentro de uma CT quanto às regras de convívio entre os residentes que se embasa em uma ajuda mútua entre eles. Segundo Fracasso (2008, p. 20) as CT tem como objetivo “não só ajudar o dependente a começar a sair das drogas, mas ajudá-lo também a desenvolver um estilo de vida que sustente uma vida sóbria”.

Em 2002 é sancionada uma nova normativa nº 10.409, a qual revoga a normativa nº 6.368 de 1976, procurando adequar o enfrentamento a problemática da dependência química ao real contexto brasileiro, entretanto, em 2006 é aprovada a Lei nº 11.343, a qual entre as suas principais características esta a diferenciação entre usuários e traficantes, empregando ao mesmo tempo um reconhecimento da dependência química por parte legal como um problema

de saúde, a qual segundo o CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) acarreta no usuário “transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas”. Além disso, segundo Lersch (2010, p. 37) o CONAD, em meio ao descaso de muitas CTs no tratamento disponibilizado, elaborou:

[...] um padrão básico de funcionamento destas comunidades, pelo qual assegure os direitos e um mínimo de qualidade aos usuários. Dessa forma, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) por meio da Resolução nº 101/2001, em seu artigo 1º estabelece regulamento técnico e disciplina as exigências mínimas do funcionamento das Comunidades Terapêuticas (CT) as pessoas com dependência química.

Entretanto, em junho de 2011 é revogada a resolução 101 da ANVISA através da nova resolução nº 29, a qual predispõe entre outros requisitos a contratação obrigatória do profissional Assistente Social.

No Rio Grande do Sul existem hoje 183 CT masculinas, 17 CT femininas e 8 CT para criança e adolescente<sup>51</sup>. Dentre as 183 CT no Rio Grande do Sul, está a Comunidade Terapêutica Espírita Chico Xavier, a qual foi inaugurada dia 05 de junho de 2010 às margens da Br. 287 em São Borja/RS. Está vinculada ao Centro Espírita José Ferreira de Moraes, que de acordo com o art. primeiro<sup>52</sup> de seu estatuto, declara ser uma instituição sem fins lucrativos. Conforme Simões (2008) a Lei nº 9790/99, que institui as OSCIP (organização da sociedade civil de interesse público) define como sendo uma instituição sem fins lucrativos.

A pessoa jurídica de direito privado que não distribui, entre seus sócios ou associados, diretores, empregados ou doadores, eventuais excedentes operacionais, brutos ou líquidos, dividendos, bonificações, participação ou parcelas de seu

---

<sup>51</sup> Estes dados são disponibilizados pela FEBRACT (Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas), a qual foi fundada em 16 de outubro de 1990. É uma sociedade civil, sem fins lucrativos, inscrita como órgão de Utilidade Pública Federal (nº 26.170/95-24), e de Utilidade Pública Municipal (Dec. nº 7.739/93). Possui certificado de entidade de fins filantrópicos (nº 28996. 02649/95-00) e é registrada no Conselho Nacional de Assistência Social (sob nº 026497/95-00/97) e cadastrada na Secretaria Nacional Sobre Drogas (disponível em: <http://www.febract.org.br/historico.htm> >. Acesso em 27 set. 2010.

<sup>52</sup> Art. 1º - O presente Estatuto rege as atividades da Associação Espírita Dr. José Ferreira de Moraes, organização instituída nos moldes do artigo 54 do Código Civil Brasileiro, de fins não econômicos, fundada em 25 de dezembro de 1934, com seus atos constitutivos registrado no Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas da Comarca de São Borja, de duração indeterminada, estabelecida na Rua Barão do Rio Branco, 2080, nesta cidade onde está sua sede e foro. A associação de ordem religiosa, cultural filantrópica, de assistência social, sem finalidade lucrativa, pessoa jurídica de direito privado, que serve desinteressadamente à coletividade, tendo como finalidades:

- a) O estudo, a difusão e a prática do Espiritismo;
- b) A orientação à infância, à juventude e à família;
- c) Assistência e promoção social.

patrimônio, auferidas mediante ou exercício de suas atividades, e que os aplica integralmente na consecução do respectivo objeto social (SIMÕES, 2008).

Segundo Lersch (2010, p.57) o poder executivo da cidade de São Borja junto com as cidades próximas ao município<sup>53</sup> reuniu-se em 2009, com vista a criar um “Centro Regional para Tratamento a Dependentes Químicos, bem como a criação de um consórcio intermunicipal” para manter e administrar este espaço.

A criação deste Centro Regional emergiu durante um encontro de segurança pública realizado na cidade vizinha de Itaqui – RS e tinha como principais metas: desvelar áreas disponíveis para a construção desse centro, assim como a elaboração de um projeto que contemplasse a obra física, recursos humanos e infra-estrutura, sendo que esse projeto serviria de base para pleitear recursos de emendas no orçamento geral da União, por meio de parlamentares, do governo federal e estadual (LERSCH, 2010, p. 57)<sup>54</sup>.

O Grupo de auto-ajuda Amor Exigente (AE)<sup>55</sup>, o qual vinha realizando encaminhamentos aos usuários de substâncias Psicoativas, foi um grande mobilizador para que fosse criado um espaço de tratamento à dependência química próximo a esses usuários, pois uma das dificuldades enfrentadas e que objetivaram posteriormente à criação da Comunidade Terapêutica, foram os altos custos de deslocamento e tratamento, o que dificultavam cada vez mais o acesso dos usuários que procuravam um tratamento mais intensivo na modalidade de CTs. Além disso, o grupo AE também não tinham um lugar fixo para desenvolver seus trabalhos, os quais eram realizados em uma sala, disponibilizada por uma escola do Município.

Desse modo, um dos coordenadores do AE elaborou um projeto chamado Vôo Livre, o qual visava à manutenção dos recursos humanos e materiais desse grupo de auto-ajuda o qual necessitava de condições para pagar o aluguel de um prédio para promover seus encontros semanais. Do mesmo modo, utilizava a parte dos recursos humanos para mediar internações e tratamentos de dependentes químicos. Este projeto foi fomentado e implementado por uma grande empresa local a qual começa

---

<sup>53</sup> Segundo Lersch (2010, p.57) as cidades são: Itaqui, Itacuru, Maçambará e Unistalda.

<sup>54</sup> Segundo Lersch (2010), esses dados foram coletados por meio de uma reunião informal com o presidente da Câmara Legislativa de São Borja no ano de 2009.

<sup>55</sup> O grupo de Auto-ajuda Amor exigente: é um grupo que se reúne semanalmente em busca de solução para a auto-ajuda, tanto dos adictos quanto das suas famílias as quais eles denominam de co-dependentes. Assim com este grupo no município de São Borja há outros espalhados pelo Brasil, todos com o mesmo propósito e ligados a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas. Acreditam que suas reuniões baseadas nos 12 Princípios Básicos de Amor Exigente e nos Doze Passos e as Doze Tradições (AA) provoquem nos adictos o estímulo para manterem-se abstermidos (Disponível em <http://www.amorexigente.org.br/section.asp?sectionID=58>. Acesso em 27 Set. 2010).

a compreender a relevância desta problemática, que é a adicção, em nosso município e região (LERSCH, 2010, p. 58)<sup>56</sup>.

Com os empecilhos na criação do Centro Regional de tratamento para dependentes químicos, dois empresários locais junto com os coordenadores do grupo AE e representantes do poder legislativo local, reuniram-se com o objetivo de ampliar o atendimento à problemática da dependência química. Deste encontro resultou o projeto de construção da Comunidade Terapêutica Espírita Chico Xavier (LERSCH, 2010).

Os recursos para a estrutura física da obra da CT foram obtidos por meio de uma empresa de grande relevância na região, que não poupou esforços para que essa obra tenha o mais alto padrão de qualidade em sua estrutura física. Sendo assim, a obra foi projetada atendendo as normativas sanitárias da RDC no 101/2001 da ANVISA. E a partir da união com outro empresário local foi elaborado então o vínculo desta CT com a Associação Espírita Jose Ferreira de Moraes, que presta serviços a população espírita são-borjense há oitenta e um anos (LERSCH, 2010, p. 58).

Segundo Dutra (2008) a Associação Espírita José Ferreira de Moraes foi fundada no ano de 1929, por um grupo de pessoas da comunidade são-borjense, que estudavam a doutrina espírita. Nesse período, essa instituição era reconhecida enquanto Sociedade Espírita José Ferreira de Moraes, e suas reuniões aconteciam em um espaço cedido por um simpatizante do grupo, no prédio onde atualmente localiza-se o Hotel Pampa. Entretanto, essa instituição somente foi registrada no ano de 1934, elaborando o primeiro estatuto e elegendo o primeiro presidente da mesma e somente em 2006 em meio às necessidades de atender as novas legislações, é que essa instituição passou a denominar-se Associação<sup>57</sup> Espírita José Ferreira de Moraes. Dentro da Associação há o Departamento de Assistência Social e Promoção Social Espírita (DAPSE), ao qual foi ligada o trabalho desenvolvido pela Comunidade Terapêutica Espírita Chico Xavier.

Para qualificar ainda mais o trabalho desenvolvido pela Comunidade Terapêutica, foram estabelecidas parcerias, entre elas com a prefeitura de São Borja, Câmara de Vereadores, Hospital Ivan Goulart e instituições públicas (prefeitura de outros municípios como Alegrete, Maçambará, Itaqui) e as privadas.

---

<sup>56</sup> Segundo Lersch (2010) esses dados foram coletados por meio de reuniões informais com o responsável pela elaboração do projeto.

<sup>57</sup> Segundo Lersch (2010), o título “associação” foi conferido pelo poder público local de modo a qualificá-la e reconhecê-la enquanto entidade filantrópica. Atualmente seu certificado está sendo reconhecido como Entidade Beneficente de Assistência Social. A Associação Espírita é filiada a FERGS – Fundação Espírita do Rio Grande do Sul, a FEB – Fundação Espírita Brasileira, bem como pertence à coordenadoria da 7ª região e a UME – União Municipal Espírita, estando gerida por estatuto social e regimento interno

A comunidade terapêutica possui uma estrutura para abrigar quarenta residentes, atendendo aos usuários do sexo masculino, com idade entre 18 a 65 anos. Oferece uma estrutura que contém lavanderia, cozinha, refeitório, sala para reuniões, banheiros onde um deles está adaptado para portadores de necessidades especiais, e na parte externa possui, galinheiro, estábulo e horta. Todo este espaço é cuidado por seus usuários. No que se refere ao quadro de profissionais, possui três monitores, quatro estagiários<sup>58</sup> (com curso de monitoramento para trabalhar com os usuários de álcool e outras drogas), uma psicóloga, uma assistente social e um acessor administrativo.

O Programa Completo de tratamento da CT tem duração de nove meses em regime de internato. Do primeiro ao terceiro mês, chamado período de Desintoxicação e Adaptação o residente<sup>59</sup> é orientado pela equipe técnica (psicóloga, assistente social e monitores) para haver uma adaptação do mesmo ao programa de tratamento da CT, além de buscar com esse a retomada de hábitos saudáveis de vida (alimentação, sono, horários...). Neste período o residente recebe uma atenção especial da equipe técnica e dos próprios usuários da CT, ou seja, ele é acolhido, incentivando e motivado também pelos companheiros que estão em tratamento<sup>60</sup>. É trabalhado neste tempo o 1º, 2º e 3º passo dos alcoólicos anônimos.

Do quarto ao sexto mês de tratamento, chamado período de Conscientização e Despertar, busca-se modificar a personalidade dos usuários para que os mesmos tenham uma maior aceitação de si e uma conscientização da problemática (LERSCH, 2010). Além disso, é aprofundado o desenvolvimento de responsabilidades através das atividades presentes no plano terapêutico<sup>61</sup>. É estimulado neste tempo a prática do 4º, 5º, 6º e 7º passo dos alcoólicos anônimos, denominado pelos usuários, de passos modificadores. Nos últimos meses de tratamento, período denominado de Reintegração Social ou Ressocialização, os residentes passam a sair da CT por sete dias, ou seja, a partir do sétimo mês é trabalhado com os usuários o retorno ao convívio sócio-familiar, onde eles saem da CT a partir do sétimo mês

---

<sup>58</sup> Estes estagiários são usuários que já completaram os nove meses de tratamento em uma Comunidade Terapêutica e se mantêm em abstinência hoje, além disso, também realizam o curso de monitoramento, desenvolvido por outros monitores para trabalharem com os usuários de substâncias psicoativas.

<sup>59</sup> Residente ou especial é o modo como os usuários da Comunidade Terapêutica são chamados pela equipe técnica.

<sup>60</sup> O incentivo e a motivação entre os usuários de substâncias psicoativas é um propósito estabelecido desde a criação da primeira Comunidade Terapêutica.

<sup>61</sup> Estão presentes no plano de tratamento da CT atividades como: laborterapia, ou seja, as atividades de campo, lavoura, horta, cuidado com os animais, cozinha, jardinagem e outras. O Grupo de Socioterapia inclui as atividades de lazer, esporte, recreação, artesanato, oficinas e limpeza. Todas essas atividades obedecem a um planejamento prévio de rodízio com tempo e horário delimitados e todos os residentes devem passar por todo o tipo de atividade.

pelo período de sete dias<sup>62</sup>. Além dessa saída de ressocialização, o usuário que necessitar sair anteriormente por problemas de saúde, a equipe técnica o acompanha.

A família e o usuário só restabelecem contato após trinta dias de sua entrada na CT. O contato entre os usuários e seus familiares se dá por cartas às quais são lidas pela equipe técnica antes de serem entregues tanto ao familiar como ao usuário e pela visita da família ao usuário na CT, a qual ocorre no terceiro domingo de cada mês. Entretanto, para os familiares visitarem o residente, estes devem participar de quatro reuniões realizadas pelos grupos que trabalham no enfrentamento à problemática da dependência química<sup>63</sup>.

O tratamento do usuário na CT somente é interrompido de três formas: através da graduação que é o momento em que o usuário completa os nove meses de tratamento; pela exclusão, quando este não cumprir o que está previsto no plano de tratamento ou desrespeitar as normas vigentes<sup>64</sup>; ou pela desistência, a qual pode ocorrer a qualquer momento, no entanto, se usuário assinar o pedido de 48h<sup>65</sup>, poderá retornar para um novo tratamento, posteriormente.

Todo o tratamento disponibilizado pela CT é embasado no tripé: oração, trabalho e disciplina. Além da laborterapia e da socioterapia citadas anteriormente, há o grupo dos sentimentos em que os residentes expõem suas angústias, medos, desejos, os sentimentos em relação aos familiares, aos amigos dentre outros. São trabalhados em grupo pela psicóloga e pela assistente social os doze princípios de amor exigente e os doze passos dos alcoólicos anônimos. Apesar da CT estar vinculada ao Centro espírita José Ferreira de Moraes, esta no momento de espiritualidade dos usuários, respeita todas as religiões, ou seja, não se é trabalhado a doutrina espírita como regra, há sim palestrantes adeptos do espiritismo que vão realizar palestras com os usuários assim como convidados de outras religiões. Pois acredita-se que o tratamento não deve ser de escolha de uma determinada religião, mais sim que este

---

<sup>62</sup> A partir do sétimo mês o residente passa vinte e três dias dentro da CT e sete dias em casa com a família. Este espaço é para o residente refletir se está preparado para sair no nono mês de tratamento, pois caso contrário ainda não se sinta seguro, este pode estender seu tratamento por mais três meses, ou seja, o tratamento no final terá ao total um ano de duração.

<sup>63</sup> Anterior a criação do grupo Apoio Fraternal da Comunidade Terapêutica, o qual será detalhado a seguir, somente tinha validade para a visita ao usuário na CT a participação dos familiares no Grupo Amor Exigente.

<sup>64</sup> O usuário ao desrespeitar as normas vigentes da comunidade terapêutica receberá uma advertência e caso este cometer mais de uma vez o desrespeito as normas estabelecidas, será automaticamente expulso da CT, pois as regras são explicadas desde o momento em que o mesmo procura o tratamento disponibilizado pela CT.

<sup>65</sup> O pedido de 48h ocorre quando usuário avisa os monitores da CT que vai desistir do tratamento e se este esperar às 48h e ainda persistir na idéia de desistência poderá retornar posteriormente em um intervalo de dez meses para um novo tratamento na CT, caso contrário, se sair antes das 48h não haverá retorno do mesmo a um novo tratamento.

usuário, venha acreditar num poder superior e busque neste força para manter-se abstinência após completar o tratamento (LERSCH, 2010).

A CT busca seguir as regras estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a qual através da resolução nº 101 de 2001, em seu artigo primeiro estabelece o regulamento técnico e as exigências mínimas de funcionamento das Comunidades Terapêutica. Deste modo, o tratamento para usuários de SPAs, fica adequado aos padrões estabelecidos pela Reforma Psiquiátrica, os quais devem levar em consideração que o tratamento das SPAs só poderá se efetivar em ambiente asilar como último recurso. Sendo assim, a CT Espírita Chico Xavier adota como critérios de seleção, por meio dos setores de Psicologia e de Serviço Social, o modelo proposto pela Reforma Psiquiátrica.

O hospital Ivan Goulart contribui de forma ampla e significativa no tratamento da dependência química através da desintoxicação, orientação e acompanhamento psicossocial destes usuários de SPAs. Porém, quando a equipe de atendimento a esta problemática, composta por Assistente Social, Psicóloga e Psiquiatra dentre outros, verifica que este tratamento devera ter continuidade em um outro módulo atenção, fazem os devidos encaminhamentos para Comunidades Terapêuticas, dentre elas a CT Espírita Chico Xavier (LERSCH, 2010, p. 63).

A Comunidade Terapêutica Espírita Chico Xavier inserida no que atualmente denomina-se Terceiro Setor,<sup>66</sup> assim como as demais existentes buscam suprir a fragilização do tratamento disponibilizado através dos programas do Ministério da Saúde, como os CAPS' ad. E nesta forma de “concessão”, de negação aos direitos historicamente conquistados que se faz necessário a presença do Serviço Social para que este retrocesso não se concretize por inteiro, buscando através do próprio atendimento aos usuários garantir os mínimos sociais para uma melhor qualidade de vida.

#### **4.2. A Inserção do Serviço Social na Comunidade Terapêutica Espírita Chico Xavier.**

A inserção do profissional Assistente Social em Comunidades Terapêuticas veio a ser conquistada a partir da resolução nº 101 da ANVISA em 2001, a qual segundo Lersch (2010, p. 67), “devido esta normativa prevê a reinserção social e o reconhecimento do usuário

---

<sup>66</sup> Segundo Montano (2007), o Terceiro Setor tem a finalidade escusa de encobrir o desmonte do padrão de intervenção social e estatal, conquistado a duras penas e concretizado na Constituição Federal de 1988, na substituição por um modelo que se adapte as orientações neoliberais na condução destas ONGs, associações, instituições, fundações e entidades da sociedade civil.

como um ser múltiplo com implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas”. Anterior a este período as CTs eram espaços sócio ocupacionais mais voltados para atuação apenas de psicólogos e psiquiatras.

No estado do Rio Grande do Sul, a Comunidade pioneira na contratação de Assistentes Sociais em seu quadro é a Pastoral de Apoio ao Toxicômano (PATNA) de Caxias do Sul. A primeira assistente social contratada em seu quadro se deu em 1998. Hoje, a instituição conta com o apoio de três Assistentes Sociais as quais realizam estudos sociais dos internos e familiares, encaminhamentos, projetos de intervenção adequados a problemática apreendida no grupo e famílias, palestras de prevenção e acompanhamento pós-fazenda. Esse trabalho pós-fazenda se realiza por meio de um grupo de ajuda mútua, utilizando-se de reflexões as quais promovam superação das problemáticas levantadas por eles em cada encontro. Esse grupo é formado por dependentes em recuperação advindos da própria instituição ou de outras CTs do estado que estejam residindo em Caxias do Sul ou região (LERSCH, 2010, p. 67).

Em relação à Comunidade Terapêutica Espírita Chico Xavier a inserção do profissional Assistente Social se deu a partir da inserção do Serviço Social no Centro Espírita José Ferreira de Moraes, através da elaboração e desenvolvimento de um projeto de extensão, coordenado por uma professora do curso de Serviço Social da Unipampa, e executado também com a participação e colaboração de duas estagiárias do Serviço Social, sendo que destas uma foi contratada, pela instituição para trabalhar na Comunidade Terapêutica Espírita Chico Xavier, na condição de profissional já formada. Tal projeto foi desenvolvido no período de agosto de 2009 a agosto de 2010, no Centro Espírita, através do Departamento de Assistência Social e Promoção Social Espírita (DAPSE), o qual anterior a este período apenas disponibilizava à população cursos de tricô, crochê, pintura entre outros, além das cestas básicas e das roupas arrecadadas através de campanhas para também serem doadas a população.

O projeto Reviver foi empregado a este departamento do Centro Espírita com o objetivo de mudar este caráter assistencialista, até então desenvolvido neste espaço e dar a oportunidade daquelas pessoas atendidas por esta instituição, a fala, o direito de se pronunciarem frente às situações por elas vivenciadas. Após, este período em que o projeto foi desenvolvido, o Centro Espírita voltou a realizar suas atividades de modo assistencialista, deixando explícito desta forma a necessidade de contratação de um Assistente Social.

Como citado anteriormente, a Comunidade Terapêutica aderiu à contratação de um profissional do Serviço Social a partir desta primeira experiência no Centro Espírita, e desde então, esta profissional desenvolve trabalhos junto com os usuários como: grupos onde eles



recebem informações referentes ao tratamento e aos seus direitos sobre o mesmo. Refletem sobre os processos de mudança da sociedade que muitas vezes impulsionaram determinadas mudanças na rotina das famílias, sendo desta forma um modo do próprio usuário refletir sobre os laços familiares e uma oportunidade para o Assistente Social, muitas vezes resgatar estes laços que por um motivo ou outro foram fragilizados.

Há o grupo dos sentimentos, onde os usuários expõem o que pensam sobre o tratamento, sobre o que passaram anterior ao tratamento e traçam metas para o futuro. A assistente Social, também é responsável junto com a psicóloga, pela elaboração de projetos de subvenção, geração de trabalho e renda para os usuários, visando o futuro dos mesmos após saírem da instituição e cursos de capacitação, sendo que até então estes tiveram pouco retorno. Além disso, atende as famílias através de uma escuta sensível, onde as mesmas relatam suas histórias de vida e do usuário; realiza-se o encaminhamento, orientações aos familiares referente ao auxílio doença ou BPC (benefício de prestação continuada) quando estes têm direito, entre outras atividades, incluído a dedicação referente à orientação dada aos estagiários.

A conquista deste espaço sócio ocupacional pela Assistente Social, entretanto, não se deu sem empecilhos e dificuldades. A ética e o sigilo do profissional<sup>67</sup> várias vezes foi empregada pelos gestores como algo desnecessário, alegando-se ser necessário que o profissional Assistente Social, deveria repassar aos monitores as informações obtidas com os familiares dos usuários, para que estes as utilizassem até mesmo como um mecanismo de repressão (LERSCH, 2010).

Em relação à Psicóloga, a mesma por meio de estudos sobre CT, relata a necessidade do trabalho interdisciplinar entre Psicologia e Serviço Social para o sucesso deste empreendimento. Pois a Psicologia aborda a subjetividade desses sujeitos enquanto o Serviço Social complementa o processo verificando a visão de homem de mundo de forma coletiva e individual e as relações sociais e processuais que se perfazem nos seres sociais. O trabalho é, portanto, colaborativo e interligado, pois quando a Psicóloga analisa os fenômenos psicológicos o Assistente Social considera as expressões da questão social e em ambos os casos não há como separá-los, fragmentá-los para que se possa compreender a totalidade do processo (LERSCH, 2010 p. 69).

O trabalho interdisciplinar não só entre o Assistente Social e a Psicóloga, mas também entre os demais profissionais que compõe a equipe técnica da CT como o acessor

---

<sup>67</sup> Segundo Lersch (2010), deve ser levado em consideração que a necessidade e o porquê do sigilo profissional foi várias vezes explicado aos gestores, aos monitores e ao administrativo da CT.

administrativo e os monitores é algo necessário, pois como citado anteriormente, a problemática da dependência química está atrelada a múltiplos fatores, ou seja, é um fenômeno biopsicossocial. Além disso, esta característica interdisciplinar está prevista no Código de Ética profissional do Assistente Social e nos princípios éticos do mesmo, onde é empregado a articulação com os movimentos de outras categorias profissionais.

Outro fator que contribui para a inserção do profissional Assistente Social a CT é a capacidade deste em elaborar e implementar projetos de subvenção. Segundo Lersch (2010, p. 72):

Em todos os espaços ocupacionais o Assistente Social ira se deparar com limites e possibilidades, em alguns espaços os limites se sobrepõe as possibilidades. Faz mister compreender que a atuação desse profissional é múltipla e diferenciada e adequada a cada espaço ocupacional, constituindo os diferentes processos de trabalho onde o Assistente Social se insere. Processos estes que exigem em cada local conhecimentos, objetos de trabalho e instrumental particulares a cada realidade. Conhecer em profundidade a matéria prima pela qual o Assistente Social trabalhara na instituição, ou seja, a principal expressão da questão social, que no caso da CT é a dependência química, é de suma relevância. Porém não se pode fragmentar esta problemática e desvinculá-la do todo, ela é muito mais ampla e carece de reflexões e aprofundamentos dos fatores que contribuíram para sua gênese e conseqüentemente para seu aumento e proliferação.

Com isso, o Assistente Social através do acolhimento, das entrevistas e das visitas domiciliares, deve estar o tempo inteiro buscando compreender o rebatimento da dependência química na vida não só dos usuários como também de seus familiares, e refletir com estes as principais medidas que deverão ser adotadas para enfrentar e superar esta problemática, criando estratégias por meio da rede que presta serviços na saúde no município de São Borja.

#### **4.3. Família e dependência química: A criação do grupo de mútua ajuda com o objetivo de fortalecer os vínculos familiares e dar visibilidade a importância da mesma no processo de recuperação dos usuários.**

Ao falarmos em família na sociedade contemporânea, devemos levar em consideração à diversidade na configuração da mesma, “alterada” hoje em meio a fatores históricos, sociais, econômicos, políticos e culturais.

Até a década de 1916, ou seja, até o código civil de 1916, a família era definida através do casamento oficial, sendo composta a base nuclear pelo pai, mãe e filhos legítimos, onde o “comando”, a autoridade familiar e o sustento da mesma eram providos pelo patriarca,

a mãe era a responsável apenas pela casa e pelo cuidado com os filhos, submissa aos mandos do marido. No entanto, há autores como Correa (1982) que discordam desta relação familiar estabelecida, onde se é alegado que apenas as famílias da elite possuíam este modo de viver em que apenas o pai era o responsável pelo sustento familiar. Pois, segundo análises do mesmo autor, muitas famílias da região centro-oeste do Brasil, onde havia grande predominância de minas de ouro, a mulher junto com o seu marido trabalhavam para o sustento da família, ou seja, o modo como se era estabelecida as relações dentro do ceio familiar varia também conforme a classe social. Outras atividades como cuidar da roça, da criação de animais e lavouras, também eram exercidas pelas mulheres.

Vale ressaltar que, com o surgimento e consolidação do sistema capitalista, que traz impactos na esfera econômica, social, política, cultural e ideológica, modificam-se as relações sociais favorecendo uma maior divisão de tarefas e papéis sociais exercidos pela mulher e pelo homem (NEVES E SOARES, 2009, p. 139).

Segundo Engels (1985), a análise das transformações sociais, da propriedade, do modo como o Estado foi se constituindo, da solidificação do sistema capitalista são necessárias para compreender as próprias modificações na estrutura familiar. O período de colonização do Brasil deixou resquícios de violência até mesmo na constituição do ceio familiar, os senhores proprietários de escravos muitas vezes apesar de casados escolhiam as escravas mais bonitas para trabalhar na casa e com elas terem relações sexuais, entretanto, muitos dos filhos que resultavam dessas relações não tinham sua paternidade reconhecida, e esta negação paterna trazem conseqüências graves até hoje. Entre essa violência há outras manifestadas de diversas formas.

[...] as manifestações da violência nas diferentes famílias, principalmente as que possuem renda insuficiente para prover suas necessidades básicas de sobrevivência, é atravessada por toda uma problemática macroestrutural que se reflete no universo micro, ou melhor, no cotidiano de suas vidas, em suas relações estabelecidas entre os membros de cada configuração de família. Para um melhor entendimento mais apurado sobre tal questão, a categoria mediação contribui para melhor aproximação sem perder a dimensão das particularidades existentes em suas especificidades. Por exemplo, o que no primeiro momento aparece como algo pontual e singular (violência de um pai alcoolizado, desempregado contra seus filhos ou a violência doméstica contra a mulher, entre inúmeras outras situações existentes) e que aparecem como demandas nos diferentes espaços de trabalho do Assistente Social, merecem ser analisados dentro de uma perspectiva de totalidade, sem negar a história de vida das famílias ou usuários atendidos, mas também considerando aspectos presentes na universalidade: desigualdade social, ausência de políticas sociais com cunho emancipatório, desemprego estrutural, as relações de poder existente, a cultura da violência entre outros determinantes (NEVES E SOARES, 2009, p. 146).

Os novos arranjos familiares na atualidade estão complexos na definição do grupo familiar. A família que há poucas décadas era definida por laços consangüíneos, hoje segundo Miotto (1997, p.120) pode ser definida como “um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consangüíneos”. A Lei do divórcio de 1977 proporcionou as alterações legais na constituição familiar, os casamentos e às separações/divórcios, têm contribuído fortemente para o aumento da diversidade na configuração e estrutura do ceio familiar.

Além das mudanças na constituição das famílias houve mudanças nas relações estabelecidas entre os que compõem sua base, ou seja, anterior a Lei do divórcio, o patriarca da família tinha “plenos poderes”, já hoje as responsabilidades em relação tanto ao sustento quanto os cuidados do lar passam a ser dividido pelo casal, o pátrio poder que o pai exercia sobre os filhos passa a ser poder familiar e é atribuído também à mãe (LEVANDOWSKI e WAGNER, 2008).

Segundo o que está estipulado pelo Código Civil de 2002, a união estável passa a ser reconhecida e tanto o homem quanto a mulher possuem igualdade de direitos e deveres<sup>68</sup>. Os filhos fora do casamento que até então não eram reconhecidos como filhos legítimos, assim como as crianças adotadas, passaram a ter os mesmos direitos que os filhos provindos dentro do matrimônio<sup>69</sup>.

Em meio a tantas mudanças muitas vezes os vínculos familiar sofrem fragilizações, a própria educação dos filhos, por exemplo, passa a ser atingida, pois muitos casais, às vezes, por um não aceitar a separação, perde-se o diálogo necessário, tornado-se dificultoso o estabelecimento de limites na criação dos filhos. A falta de convivência tanto paterna quanto materna existente ocasionada por separações entre os casais ou até mesmo pelos pais necessitarem deixar seus filhos com os avôs, tios, babas, dentre outros para trabalharem causa uma carência por parte dos filhos. Segundo a Psicóloga Viviam Munhoz da Comunidade Terapêutica Espírita Chico Xavier, o espelho da criança são os pais, a menina espelha-se mais na mãe e o menino no pai, a falta deste “espelho”, ou seja, a falta da convivência entre ambos, se não for trabalhada, explicada a criança pode sim trazer conseqüências futuras.

A dependência química como explanada anteriormente é um fenômeno biopsicossocial, a qual não possui uma única causa ou explicação, e sim está atrelada a

---

<sup>68</sup> Está presente no Código Civil de 2002, art. 1511.

<sup>69</sup> CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA, 1988, artigo 227, § 6º.

diversos fatores, onde segundo a psicóloga Viviam Munhoz, a falta de um planejamento e de estrutura sólida familiar, podem sim vir a contribuir para o envolvimento dos sujeitos com as substâncias psicoativas. Segundo Bellini (2002) as mutações advindas das novas tecnologias de comunicação em uma sociedade midiática têm provocado o “vazamento”, para fora das fronteiras da família, de conteúdos, valores, formas de se organizar e se relacionar antes secretos e sob os lençóis, permitindo maior visibilidade das relações familiares e esse “vazamento”, na medida em que permitem retirar da família alguns elementos, também permite a entrada de outros.

Como salienta Vitale (2003), a família é para o sujeito o lugar da subjetividade e da identidade, ao mesmo tempo em que é, também, o primeiro e principal espaço social. Além de ser um lugar de proteção e expressão do indivíduo, lugar de socorro e, ainda, lugar da transmissão das regras e normas sociais. Muitas famílias tornam-se fragilizadas em conseqüências a esse processo de mudanças que os rumos da sociedade impulsionam e esta ao se deparar com o uso de substâncias psicoativas por um de seus membros adoece juntamente com o usuário, pois cria-se uma co-dependência nesta, a qual também precisa de tratamento e de orientação. Pensando nisso, se deu a construção do projeto de intervenção elaborado no segundo semestre de estágio curricular obrigatório do curso de Serviço Social em 2011, na Comunidade Terapêutica Espírita Chico Xavier.

No decorrer do estágio, desenvolvido na CT de setembro de 2010 a julho de 2011 foram elaborados vários documentos, entre eles a análise institucional com o objetivo de conhecer a instituição, o trabalho desenvolvido pela mesma, de modo mais específico o trabalho desenvolvido pelo profissional Assistente Social. Os recursos disponíveis e as limitações referente ao mesmo, e também em relação às atividades a serem desenvolvidas tanto com os usuários como com os seus familiares entre outros fatores.

Posteriormente foi elaborado o plano de estágio, onde foram programadas as atividades que seriam desenvolvidas neste período e o objetivo do estágio, considerando ser este mais um espaço e possibilidade de formação. Por fim, considerando as exigências do estágio I foi elaborado o projeto de intervenção “Grupo de mútua ajuda Apoio Fraternal da Comunidade Terapêutica”, o qual foi criado para atender uma demanda que se caracterizava pela falta de informações por parte dos familiares dos dependentes químicos. Além disso, no que se referem às famílias dos usuários, estas reclamavam pela falta de um grupo próprio da Comunidade Terapêutica que pudesse ser desenvolvido pela equipe técnica da instituição.

Sendo assim, no segundo período do estágio, período de março de 2011 a julho de 2011, passa-se a desenvolver o projeto de intervenção com as famílias dos usuários da CT, com a participação também dos usuários que já completaram o seu tratamento ou que estavam em visita à família (reinserção dos usuários – período que ocorre após o sétimo mês de tratamento em que o usuário passa sete dias com a família em casa). Através da historicidade e particularidade de cada um apreendida durante o primeiro período do estágio, foi preparado os materiais que seriam trabalhados no grupo, o qual o encontro passou a ocorrer a partir do dia 28 de março de 2011, sendo este realizado todas as segundas feiras das 20h às 22h, em conjunto com a psicóloga, a assistente social e o acessor administrativo.

Este grupo com os familiares e usuários que queiram participar, é um grupo operativo terapêutico que visa melhorar alguma situação de uma determinada patologia, sendo neste caso a dependência química e a co-dependência que os familiares dos usuários desenvolvem. Esta modalidade de grupo é também conhecida como grupo de auto-ajuda, composto por pessoas portadoras de uma mesma categoria de necessidades.

Os grupos de mútua ajuda destinados às famílias de dependentes químicos são um espaço em que as famílias podem estar se tratando, pois através deste as famílias dos usuários podem “desabafar”, trocar vivências, obter informações entre outros fatores. Estar informada é fundamental à família ao se deparar com a dependência química, pois o usuário pode desenvolver sintomas ocasionados pelo uso como: as comorbidades<sup>70</sup> (depressão, bipolaridade, esquizofrenia...), manipulação a família para sustentar o vício, roubar entre outras situações dolorosas aos familiares. Além disso, é um momento reflexivo para a própria família reviver o passado voltar ao presente mais fortalecida e planejar um novo futuro.

No primeiro mês de encontro do grupo, o qual totalizou quatro encontros, foram apresentados materiais aos familiares sobre o conceito de dependência química, como era tratada em nosso país anterior a reforma psiquiátrica, algumas substâncias como cocaína, Crack, maconha, o álcool (entre outros usados pelos usuários da Comunidade Terapêutica) e os efeitos ocasionados devido o uso dessas substâncias. O objetivo deste primeiro mês estava centrado em transmitir informações aos familiares sobre os itens citados anteriormente,

---

<sup>70</sup> Comorbidade (também conhecida com a designação de duplo diagnostico) conceito desenvolvido por especialistas da medicina interna, que corresponde à associação de pelo menos duas patologias no mesmo ser (GOMES, 2011).

despertar neles curiosidades sobre a problemática e entendimento de algumas reações de seus familiares quando estes estavam em uso de uma determinada substância.

A metodologia utilizada foram recursos-áudio visuais com imagens de substâncias psicoativas, depoimentos de usuários que passaram por tratamento em hospitais psiquiátricos/manicômios, depoimentos sobre as reações do uso de determinadas substâncias, filme (O valor da vida) e textos em slaid. Através desses materiais apresentados foi sendo conquistada uma maior participação das famílias nos grupos, pois o número de familiares aumentou, despertaram-se curiosidades nos familiares o que posteriormente impulsionou também a fala dos mesmos em depoimentos de situações vivenciadas.

No final de cada encontro do grupo, sempre foi aberto um momento para os familiares darem sugestões e reclamações, sobre os materiais apresentados, e neste momento muitos relataram que há anos freqüentam grupos destinados aos familiares de dependentes químicos, no entanto, nenhum havia passado tanta informação, como o Apoio Fraternal, estava passando a eles.

No segundo mês de encontro do grupo, o qual totalizou cinco encontros, foram trabalhados com as famílias, os hábitos familiares, a importância do diálogo na família, a fissura e as formas em que a família pode ajudar os usuários a superá-las. O objetivo principal neste momento, após o repasse de informações, era resgatar e fortalecer os vínculos familiares, preparar as famílias e conscientizá-las de que nunca mais os usuários poderão voltar a consumir bebidas alcoólicas. Discutindo assim alguns hábitos familiares, como, por exemplo, “festas ou churrasquinhos” em família com a presença de cervejas, entre outras situações. Para discutir esses assuntos com o grupo, e a importância da família rever e mudar determinados hábitos, bem como ajudar o usuário a superar os momentos de fissura, foi convidado três usuários que já completaram o tratamento na Comunidade Terapêutica para relatarem sobre os assuntos citados anteriormente e o quanto a presença da família é importante não só durante o tratamento, mas principalmente após o retorno do usuário ao convívio familiar.

Após, os textos reflexivos e a fala dos usuários, foi possível perceber através dos relatos dos familiares, que os mesmos estavam aproveitando cada encontro do grupo e interiorizando cada tema abordado; que estavam passando por um processo de grandes reflexões e mudanças em determinados hábitos. Além disso, após a visita das famílias, na Comunidade Terapêutica, alguns usuários relataram o quanto os seus familiares estavam

diferentes, mais participativos, o diálogo entre pais e filhos, entre irmãos, entre marido e a esposa flui melhor, sem conturbações.

No terceiro mês do grupo, totalizando também cinco encontros, a psicóloga explicou os diferentes espaços de tratamento, as diferentes formas de tratamento e qual o perfil dos usuários para cada um desses espaços (clínicas, Comunidades Terapêuticas, internação hospitalar e CAPS' ad). Houve a participação da Psiquiatra Dtr. Ivete, a qual trabalhou com as famílias, as comorbidades que muitos usuários passam a desenvolver com o uso de substâncias psicoativas ou tem agravado o problema como depressão, esquizofrenia, transtorno obsessivo compulsivo, entre outros, devido o envolvimento com as mesmas.

O objetivo neste mês era informar as famílias sobre cada espaço de tratamento, em vista as mesmas compreenderem o próprio tratamento dos usuários dentro da Comunidade Terapêutica. Terem conhecimento sobre as comorbidades e porque se usa determinado medicamento, no que este vem a ajudar o usuário a manter-se abstinência. A metodologia utilizada foram palestras e recursos áudio-visuais com textos e imagens e muitos familiares no final de cada encontro do grupo relataram a falta de conhecimento que as mesmas tinham:

Achava que as atitudes do meu filho e o modo como ele fica olhando para as coisas, desconfiado [...] era efeito do uso das drogas e jamais pensei que poderia ser esquizofrenia [...] na escola quando ele era pequeno os professores também falavam das suas atitudes, do seu comportamento [...] mas eu nunca havia procurado um doutor [...] agora com essas explicações e com esses exemplos, posso entender algumas coisas que já ocorreram [...] (SIU, SISTEMATIZADAS NO DIÁRIO DE CAMPO, 2011).

No quarto mês de encontro do grupo, o qual também totalizou cinco encontros, foi discutido com as famílias através do texto: Sentir-se bem em família: um desafio frente à diversidade da Adriana Wagner e Daniela Centenaro Levandowski; sobre as novas configurações familiares, as mudanças na constituição familiar, as crises nas famílias apresentando informações que demonstram a diversidade de configurações familiares existentes no contexto brasileiro atual, tais como separações, divórcios, uniões consensuais, casais sem filhos, “recasamentos”, dentre outras. Desse modo, refletimos acerca da crise do modelo tradicional de família e não da instituição família, questionando: Como sentir-se bem em família frente a tal diversidade. Foi aproveitado também este texto, para discutir sobre a imposição de limites na educação dos filhos, principalmente, quando os casais se separam. Após, lemos o depoimento de um usuário sobre a importância da família no tratamento.



No último encontro com o grupo, o qual finalizava o estágio curricular do curso de Serviço Social, foi trabalhado a motivação da família em relação ao tratamento do usuário, e o quanto esta através da motivação pode ajudar o mesmo a manter-se abstinente, pois dentro da Comunidade Terapêutica os usuários possuem monitores que regram seus horários e suas tarefas, e ao saírem deste ambiente, muitos segundo relato dos mesmos, sentem-se perdidos por não terem mais este “comando” do que fazer. Através disso, é importante que a família passe então a motivá-los como forma até mesmo de uma orientação, para que eles retomem suas atividades, seja de trabalho, estudo, cursos, entre outras atividades.

Um dos principais motivos referente a este assunto trabalhado com as famílias estava voltado a aproximá-las ainda mais dos usuários, e prepará-las para quando estes completarem o tratamento. Para trabalhar este assunto, foram utilizados textos reflexivos, a psicóloga desenvolveu uma dinâmica com os familiares e leu alguns objetivos escritos pelos usuários da Comunidade Terapêutica, referente ao que eles desejavam para quando concluíssem o tratamento. Muitos pais saíram emocionados e ao mesmo tempo motivados, neste dia, quando o grupo foi criado à participação estava centrada em pais, esposa e filhos dos usuários da CT, no entanto, mais especificamente a partir do segundo mês de encontro do grupo contamos também com a presença de tios, avós, primos e amigos. Todos motivados para que os usuários sintam-se seguros e permaneçam em abstinência ao concluírem seu tratamento.

Para desenvolver todo este projeto de intervenção e escolher os assuntos que seriam abordados em grupo utilizou-se o método dialético crítico e suas categorias de análise historicidade, totalidade e contradição, buscando de uma forma geral compreender a história de cada usuário como algo inacabado e em constante mudança, contradições e superação. Além disso, cada família possui seus respectivos princípios e valores, não cabendo desta forma situá-las como uma instituição neutra, acabada e uniforme.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho final de graduação teve por finalidade abordar o relato de experiência vivenciado através do estágio curricular obrigatório do Curso de Serviço Social no período de setembro de 2010 a julho de 2011, dando ênfase ao projeto de intervenção desenvolvido, o qual foi à criação do Grupo de Mútua Ajuda da Comunidade Terapêutica Espírita Chico Xavier, tendo entre outros objetivos o atendimento aos familiares dos usuários presentes neste espaço de tratamento.

Primeiramente buscou-se realizar uma contextualização histórica da saúde com ênfase a saúde mental no Brasil, perpassando desde o período escravocrata de 1500 a 1888, a onde as práticas voltadas à área da saúde se restringiam a utilização de plantas medicinais e os denominados “curandeiros”. Posteriormente com o processo de independência do Brasil em relação a Portugal passam a ser adotadas algumas medidas sanitárias voltadas a campanhas de vacinação e a criação dos primeiros hospitais, comandados pela igreja católica. Em 1824 e 1891 houve a promulgação das primeiras Constituições Federais brasileiras que, no entanto, asseguraram o atendimento a saúde em medidas filantrópicas e caritativas.

Em 1923 surgem as CAPs (Caixas de Aposentadoria e Pensões) através da Lei Eloi Chaves, as quais destinavam benefícios como: assistência médica, medicamentos, auxílio funeral, dentre outros aos trabalhadores do mercado formal, ficando os demais a mercê da caridade.

Na década de 1930 tivemos a medicina previdenciária através dos IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões), os quais não possibilitaram muitos avanços, pois manteve o atendimento pautado em práticas individuais e curativas.

Na década de 1960 tivemos o início do período de ditadura militar, no qual, houve uma usurpação aos direitos civis, cassação aos direitos políticos e os direitos sociais passaram a ser empregados na forma de repressão-assistência. Na saúde prevaleceu medidas de privatização, refilantropização e repasse de responsabilidades do Estado para a sociedade. As questões sociais neste período eram tratadas de forma pragmática, despolitizadas de sentido político e social (BRAVO, 2007).

No final da década de 1970, em meio ao descaso do Estado em oferecer um atendimento integral e de qualidade a população, surge o Movimento de Reforma Sanitária, com o objetivo de universalizar o direito à saúde, descentralizar o sistema de saúde com a participação das três esferas de governo: federal, estadual e municipal e assegurar à população

o direito de participar das decisões políticas e sociais através do controle social realizado pelos conselhos e conferências (BRAVO, 2007). Entretanto, atualmente o processo de efetivação dos objetivos deste movimento ainda encontra grandes desafios. A cada dia vivenciamos uma gradativa desconstrução dos direitos sociais em nosso país, onde os princípios estabelecidos na “Lei nº 8.080, art. 7º, de universalidade no acesso aos serviços de saúde e de integralidade no atendimento”, estão cada vez mais sendo substituídos por medidas seletivistas, pontuais, fragmentadas e focalizadas.

Na saúde mental até o início do século XIX, as pessoas que sofriam de transtornos mentais ou eram colocadas em prisões por “vagabundagem” ou perturbação a ordem pública ou eram levados para os hospitais de caridade, geralmente localizado nas grandes cidades.

O primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, como relatado anteriormente, foi criado em 1841, pelo imperador Pedro II e somente em 1903, foi promulgada a primeira Lei Federal de assistência na saúde mental. O tratamento por muitos anos foi baseado no isolamento dos pacientes, em hospitais psiquiátricos, longe do convívio sócio familiar.

Junto com o movimento de reforma sanitária, surge o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, o qual questionava o modo da assistência médico psiquiátrico desenvolvido na época, reivindicando por uma humanização no atendimento aos pacientes.

Em 1989, a Secretaria Municipal de Santos (SP) em meio a denúncias de maus tratos e morte de pacientes, decretou o fechamento do Hospital Psiquiátrico “A casa de Saúde Anchieta”. Esta ação deu abertura a mudanças no atendimento, buscando a construção de espaços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, onde em 1990 passaram a vigorar as primeiras normas federais de regulamento e implantação dos serviços de atenção diária denominados CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), CAPS’ ad (Centro de Atenção Psicossocial ao Álcool e outras Drogas), NAPS (Núcleo de Apoio Psicossocial) e Hospital dia.

Em 2001 foi realizada a III Conferencia Nacional de Saúde Mental, a qual entre as medidas adotadas após anos de negligência do Estado estava à construção de uma política de saúde mental para usuários de álcool e outras drogas. Sendo que até a década de 1970, estes usuários eram visto pela sociedade em nosso país, como “desajustados sociais”, e por não haver um atendimento especializado, este eram enquadrados como portadores de transtornos mentais.

Em meio ao vácuo de políticas públicas, surgem as Comunidades Terapêuticas no Brasil, voltadas o tratamento a usuários de substâncias psicoativas.

A primeira CT do Brasil surge em 1968 em Goiânia e posteriormente a criação desta, amplia-se pelo Brasil estes dispositivos de tratamento. Em 1998 foi realizado o I Fórum Nacional Antidrogas e em 2001 a ANVISA através da resolução nº 101 passou a regulamentar o trabalho desenvolvido pelas CTs.

Em 2010 é inaugurada a Comunidade Terapêutica Espírita Chico Xavier, a qual tem capacidade para oferecer atendimento a 40 residentes do sexo masculino com idade entre 18 a 65 anos. Esta foi criada devido à distância do Município de São Borja a espaços que disponibilizassem atendimento nesta modalidade. Dentre os profissionais presentes neste espaço de tratamento, esta o Assistente Social o qual em seu processo de trabalho realiza dentre outras atividades o acolhimento aos usuários e familiares que vem a este espaço em busca de tratamento, entrevista com os familiares para conhecer a historia de vida dos usuários e desvendar o aparente buscando a essência dos fatos, realiza o encaminhamento do pedido de beneficio a Previdência para os usuários que tem este direito e realiza junto com a psicóloga grupos de reflexão e informação aos usuários.

A inserção do profissional Assistente Social a equipe da CT é uma conquista recente, por muitos anos a equipe de profissionais era composta apenas por psicólogos e psiquiatras.

A dependência química se constitui como uma expressão da questão social através do modo como os sujeitos sociais vivenciam a precarização de suas vidas, tais como desemprego, falta de moradia, violência, exclusão dentre outras situações. As quais fazem com que o mesmo se manifeste de diversas maneiras como a rebeldia ao padrão social imposto, o qual leva os usuários muitas vezes utilizar as drogas como forma de subsistência através do tráfico ou como válvula de escape, usando-as para se alienar dos problemas vivenciados.

A dependência química como relatado anteriormente é muitas vezes resultante de uma historia de vida marcada por diversos conflitos, tais como: familiares, violência, maus tratos, ausência dos pais, dentre outras causas, as quais chegam como demanda ao Assistente Social junto com o usuário que busca tratamento. Além disso, o agravamento as expressões da questão social, o crescente pauperismo ocasionado pelo precário mercado de trabalho e pelos pressupostos neoliberais, o qual apregoa a desigualdade social necessária para haver competição e para a economia crescer, gerando desta forma um contingente populacional fragilizado, vulnerável ao envolvimento com uso de substâncias psicoativas (FRACASSO, 2006).

Ao término de um tratamento o sujeito recuperado se vê diante de outro desafio, dentre eles o retorno ao meio sócio familiar e o restabelecimento das relações sociais. A presença da família é fundamental na solidificação de seu tratamento, não apenas durante a realização do mesmo, mas principalmente quando o usuário volta ao convívio sócio familiar. A forma como ele é recebido e como as relações se restabelecem (entre ele e seus familiares) são de fundamental importância para a sua segurança emocional e social. Sendo assim, a família a qual também se torna vulnerável frente à dependência química, precisa ser tratada e preparada para a reinserção do usuário. Muitas vezes devem ser avaliados os próprios familiares, sendo os grupos de auto e mútua ajuda espaços para a reflexão aonde encontram profissionais capacitados para auxiliá-los.

Em torno desta perspectiva é que se deu a criação do Grupo de Mútua Ajuda Apoio Fraternal da Comunidade Terapêutica Espírita Chico Xavier, voltado para os familiares dos usuários que estavam em tratamento neste espaço. A presença crescente dos familiares e a participação dos mesmos nos encontros do grupo, bem como o relato dos usuários referente às mudanças no comportamento familiar, possibilitaram uma análise aos objetivos que estavam sendo alcançados. Hoje segundo relato da Assistente Social, a qual deu continuidade ao projeto, o grupo conta com a presença de aproximadamente trinta a quarenta pessoas, sendo desta maneira constatado que os próprios familiares dão importância a esses espaços de auto e mútua ajuda.

A criação e efetivação do grupo também vai de encontro com os princípios éticos que norteiam a profissão do Assistente Social, como o compromisso com a qualidade do serviço prestado à população e o posicionamento em favor da equidade e da justiça social, buscando assegurar a universalidade no acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática.

O processo de trabalho profissional do Assistente Social na saúde e demais áreas de atuação, encontrou e encontra até hoje muitos desafios, tais como o reconhecimento por parte da própria sociedade e dos estabelecimentos que disponibilizam tratamento, em ver os usuários como sujeitos de direito e que o serviço prestado a estes não devem perpassar pela “ideologia” do favor, mas sim como a efetivação e a garantia de um direito assegurado mediante a “Constituição Federal de 1988”.

A cada dia a profissão esta vivenciando novas conquistas como, por exemplo, o reconhecimento da importância profissional do Assistente Social em fazer parte da equipe básica de profissionais das CTs e o reconhecimento por parte dos gestores da Comunidade

Terapêutica Espírita Chico Xavier na necessidade do profissional Assistente Social estar em uma maior articulação com os familiares dos usuários, na perspectiva da emancipação dos mesmos e da contínua abstinência após o tratamento.

## REFERÊNCIAS

BELLINI, Maria Ysabel Barros. **A família como metáfora da fraternidade**. Revista Virtual Textos & Contextos, nº 1, nov. 2002.

BISNETO, José Augusto. **A Inserção do Serviço Social na Saúde Mental dos Anos 1970**. Disponível em: <[http://www.depotz.net/readarticle.php?article\\_id=2302](http://www.depotz.net/readarticle.php?article_id=2302)>. Acesso em: 13 de set. 2011.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada, n. 101, 31 maio 2001. **Diário Oficial da União: poder executivo**. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA**. Resolução nº. 101, de 30 de Maio de 2001.

\_\_\_\_\_ **Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA**. Resolução nº. 101, de 30 de Maio de 2001.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. Serviço Social e Saúde. Cortez, 2000.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 2º ed. São Paulo: Cortez, 2007.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social e Saúde Mental – Uma Análise Institucional da Prática**. Cortez: São Paulo, 2007.

BUCHER, Richard. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS):** um modo singular de produzir política pública. Revista Quadrimestral de Serviço Social. Ano XXVII – n.º. 87 – setembro 2006.

CAPS. **Centro de Atenção Psicossocial.** Ministério da Saúde. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=29797&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela=1)>. Acesso em: 23 jul. 2011.

CORREA, M. **Repensando a Família Patriarcal Brasileira.** In: ALMEIDA, M. S. K. et al. Colcha de Retalhos - Estudos sobre a Família no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 1982. p.15-41.

COTRIM, Gilberto. **História para o ensino médio:** Brasil e Geral. 1º ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

COUTO, Berenice Rojas. **O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: uma equação possível?** São Paulo: Cortez, 2004.

DA ROSA, Alene Silva. **Análise Institucional da Associação Espírita José Ferreira de Moraes.** São Borja: Unipampa, 2010.

DUTRA, Carlos Maximiliano (org.). **O Semeador.** São Borja: Gráfica Venâncio Ayres, 2008, Ano II, n. 28.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade e do Estado.** 10. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

FEDERACAO BRASILEIRA DE AMOR EXIGENTE. Disponível em: **Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (Febract).** Disponível em: <<http://www.febract.org.br/>>. Acesso em: 14 out. 2011.

FRACASSO, Laura. **Características da Comunidade Terapêutica.** Curso de SPA. São Paulo, 2006.



FRACASSO, Laura. **Encontro Interdisciplinar: Dependência Química, Saúde e Responsabilidade Social.** Educando e Transformando Através da Educação Física. Universidade Estadual de Campinas/Faculdade de Educação Física.

GESTAO FUNAD. **Fundo Nacional Antidrogas.** Secretaria Nacional de políticas sobre Drogas. Disponível em: <[http://www.senad.gov.br/fundo\\_nacional\\_antidrogas/gestao\\_funad.html](http://www.senad.gov.br/fundo_nacional_antidrogas/gestao_funad.html)>. Acesso em: 23 jun. 2011.

GOMES, Evander. **A questão da comorbidade.** Disponível em:<<http://evandergomes.com/dependencia-quimica-e-transtornos-mentais-aquestaoda-comorbidade/>>. Acesso em: 10 de mar. 2011.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** São Paulo: Cortez, 2000.

LARANJEIRA, R. **Internações hospitalares no Brasil por dependências de drogas, álcool e psicoses alcoólicas.** Revista ABP/APAL, 1990.

LEVANDOWSIKI, Daniela Centenaro. WAGNER, Adriana. **Sentir-se bem em família: um desafio frente à diversidade (Feeling Well in Family: a challenge towards diversity).** Revista Textos & Contextos Porto Alegre v. 7 n. 1 p. 88-97. jan./jun. 2008.

LOURIDO JUNIOR, João Evaldo dos Santos. **Drogas: A Classe Média Frente Lei 11.343/2006.** Disponível em: <<http://jusvi.com/artigos/28116>>. Acesso em: 10 Out. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.** SVC/CN - DST / AIDS. Ministério da Saúde 2º. ed. Rev. Ampl. – Brasília, 2004.

MIOTO, R. C. T. **Família e Serviço Social: contribuições para o debate.** Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, n. 55, p. 114-129, 1997.

NEVES, Meire de Souza; SOARES, Ana Cristina Nassif. **A precarização do trabalho no Brasil e os seus rebatimentos no cenário familiar: as marcas históricas da violência.** Revista Serviço Social e Realidade, Franca, v. 18, nº 1, p. 136 – 153, 2009.

ORGANIZACAO MUNDIAL DE SAUDE. **Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança.** The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Disponível em <[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_djmessage\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf)> Acesso em 30 jun. 2011.

PANOZZO, Vanessa Maria. **O Trabalho do Assistente Social nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) da Região Metropolitana de Porto Alegre.** Tese de Doutorado. PUCRS, 2009.

SILVA, Francisco de Assis. **História do Brasil.** 3º ed. São Paulo: Moderna, 1994.

SIMÕES, Carlos. **Curso de Direito do Serviço Social.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SONENREICK, Carol. **Introdução às Psicoterapias.** In: SEIBEL, S. D, TOSCANO, A. **Dependência de Drogas.** São Paulo: Atheneu, 2000.

VASCONCELOS, Ana Maria. **Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde.** Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: 2001.

VITALE, M. A. F. (orgs). (2003). **Família: Redes, Laços e Políticas Públicas.** S.P: IEE/PUCSP.

YAZBECK, M. C. **Pobreza e Exclusão Social: Expressões da Questão Social no Brasil.** In: Temporalis – Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), ano II, nº. 3, jan. a jun. de 2001. Brasília, ABEPSS e GRAFLINE.