

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA

SHAIANE CAROLINE KEGLER

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: PERCEPÇÕES RELACIONADAS AO
USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS JUNTO AS FAMÍLIAS DOS
USUÁRIOS A PARTIR DO HOSPITAL IVAN GOULART.**

**São Borja
2017**

SHAIANE CAROLINE KEGLER

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: PERCEPÇÕES RELACIONADAS AO
USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS JUNTO AS FAMÍLIAS DOS
USUÁRIOS A PARTIR DO HOSPITAL IVAN GOULART.**

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

Orientador: Jocenir de Oliveira Silva.

**São Borja
2017**

SHAIANE CAROLINE KEGLER

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: PERCEPÇÕES RELACIONADAS AO
USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS JUNTO AS FAMÍLIAS DOS
USUÁRIOS A PARTIR DO HOSPITAL IVAN GOULART.**

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

Trabalho de Conclusão de Curso defendido e aprovado em: 11/12/2017.

Banca examinadora:



Prof. Dr. Jocenir de Oliveira Silva
Orientador
UNIPAMPA



Prof. Dr^a Elisângela Maia Pessoa
UNIPAMPA



Prof. Dr^a Jaqueline Carvalho Quadrado
UNIPAMPA

Dedico este trabalho aos usuários e familiares que tive contato durante os períodos de Estágio Supervisionado em Serviço Social, estes que através da aproximação inspiraram e sensibilizaram quanto a temática.

AGRADECIMENTO

Primeiramente agradeço a minha família (minha mãe, meu padrasto, meu irmão e meu filho), que é à base da minha existência, sem eles eu não seria ninguém. Eles que desde o principio da minha formação me apoiaram incansavelmente, onde inúmeras vezes abdicaram de compromissos pessoais e criaram estratégias em meio a correria diária de auxiliar não somente eu, como também meu filho amado João. Gratidão, ao apoio que se materializaram de diversas formas, no sentido de me deixarem tranquila principalmente no período de estágio, momento em que muitas vezes me senti culpada por não poder estar sempre presente no cotidiano do meu filho, onde eles (minha mãe, padrasto e irmão) se dispuseram sempre a leva-lo e busca-lo nos compromissos, me auxiliando, o que tornou os meus dias mais leves. Gratidão, principalmente pelo apoio emocional que sempre me deram, pelas palavras de conforto nas vezes que pensei em desistir. Agradeço também aos recursos materiais que sempre me proporcionaram e que facilitaram muito a minha trajetória da formação acadêmica. Gratidão ao meu filho João, esse anjo que Deus enviou pra eu cuidar, mas que também inúmeras vezes cuida de mim, a criança que me ensinou o verdadeiro sentido da vida, a fonte inesgotável do meu orgulho. Ele que nos seus poucos onze anos de existência soube ser meu amigo, companheiro e fiel escudeiro, que cuidou durante meses para não falar alto ou fazer barulho e me atrapalhar no desenvolvimento das atividades acadêmicas. Obrigada meu filho pela maturidade que tens, me ajudastes muito, és a doçura e a bondade concretizada em forma de “serumaninho”. Tudo que escrevo é pouco para mensurar a importância de vocês na minha vida. Obrigada minha família, amo vocês!

Gratidão ao meu namorado Bernardo, pessoa maravilhosa que Deus colocou no meu caminho durante essa trajetória. Obrigada Bê pelo companheirismo, pela amizade, pela lealdade, agradeço pelas vezes que compreendeu a minha ausência, pelas vezes que te enlouqueci pra imprimir de última hora materiais da faculdade pra mim, pelas vezes que cozinhou e deixou almoço pronto pra mim e pro João, já que eu não tinha tempo para fazê-lo. Obrigada por acreditar em mim e me dar forças pra seguir em frente, mesmo quando as coisas pareciam não fazerem sentido. Obrigada meu amor!

Agradeço avó e tia paterna do meu filho, por serem incansáveis e também por sempre se disponibilizarem para com ele e comigo. Obrigada queridas, vocês também são minha família!

Agradeço aos presentes que a trajetória acadêmica me deu. Obrigada Gabi minha colega e companheira de estágio, minha fiel escudeira, que muito me auxiliou com minhas neuras e que dividiu comigo também seus medos e anseios, adorei ter te conhecido e ter dividido essa experiência de estágio com você. Obrigada Gabriel (meu umbigo), pelos anos que proporcionou o prazer de dividir essa amizade com você, obrigada pelos trabalhos, pelas conversas, pelos conselhos, pelas explicações mesmo sem paciência que tu me dava. Grata Carnica, amo você!

Agradeço a ela, que admiro como pessoa e profissional, a qual me orgulho muito de dizer que sou amiga, a que precisa de um parágrafo exclusivo, né rota de nodapé?! Vanessa minha amiga, mas amiga no sentido amplo da palavra, porque ela é assim, amiga de verdade, intensa e serena ao mesmo tempo. Ela pode não ser aquilo que você quer em algum determinado momento, mas ela é exatamente o que você precisa, quando você precisa. Mostrando sempre o lado bom da vida e o porque das coisas, e eu, não poderia ter sido mais sortuda por ter a honra de usufruir dessa amizade. Obrigada por acreditar em mim, desde o princípio, por entender coisas do início da nossa amizade que nem eu mesma entendia (mostrando-se sempre preocupada), por me responder todos os áudios pedindo explicações no whatss (o que é um saco), por aguentar meus nervosismos, pelas posadas na minha casa, pelas risadas na madrugada. Ahhhhhh, tantas coisas que não tem como explicar. Obrigada amiga, pela ajuda no meu processo de estágio e de construção do TCC, sem interesses, sempre disposta e amável, compreendendo minhas limitações e possibilidades. Tu foste primordial, essencial e insubstituível, por essas e por tantas outras que eu te agradeço e te amo do fundo do meu coração.

Agradeço, aos presentes que o estágio me proporcionou, as assistentes sociais Cintia e Maiara, e ao professor Jocenir, que ao longo do processo de estágio supervisionado me ensinaram muito, enquanto profissionais comprometidas/os com princípios e valores éticos, e também como seres humanos de uma grandiosidade imensurável, obrigada queridas/os por tudo. Agradeço pela oportunidade que tive de conhecer os usuários da Ala Recomeçar e de me aproximar um pouquinho da realidade dos mesmos, vocês foram muito importantes. Obrigada!

Gratidão a todas as pessoas que uma forma ou de outra contribuíram e me ajudaram nessa caminhada. Algumas não citadas, mas que fizeram parte desse processo e que são muito importantes pra mim! Obrigada!

“É como se a existência pudesse ser reduzida apenas a dimensão biológica e para todos sentimentos existisse um remédio capaz de aliviar sintomas e de transformar a realidade em fuga”.

(Holocausto brasileiro)

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) trata-se de um relato de experiência realizado por meio da análise dos documentos elaborados durante os períodos de Estágio Supervisionado em Serviço Social I e II, que foi realizado durante os meses de Agosto de 2016 á Junho de 2017, no setor do Serviço Social do Hospital Ivan Goulart, no município de São Borja, cidade localizada na região fronteira oeste do estado do Rio Grande do Sul. Para elaboração e contextualização das temáticas do trabalho foi feito um resgate das reformas de saúde no país, bem como, os produtos de tais amadurecimentos na área da Política Pública de Saúde e Política Nacional de Saúde Mental quanto ao atendimento de usuários de álcool de outras drogas, conhecida como Política Nacional de Atenção Integral de Usuários de Álcool e Outras Drogas. O estudo propõe-se a fazer uma reflexão crítica acerca da prática do Serviço Social junto às famílias das pessoas internadas nos leitos de saúde mental do hospital geral. Para tal, as experiências e vivências, bem como os resultados, do projeto de intervenção que foi realizado junto os usuários e seus familiares. Quanto à escolha da temática para a construção do trabalho, consideraram-se o objetivo do projeto de intervenção que teve como proposta a construção de um grupo na instituição como ferramenta para o fortalecimento e/ou resgate de vínculos familiares dos usuários internados na Ala recomeçar e, teve como resultado da reflexão o regate dos vínculos rompidos e, o fortalecimento dos vínculos fragilizados.

Palavras-Chave: Serviço Social. Saúde Mental. Famílias.

Resumén

El presente Trabajo de Conclusión de Curso (TCC) se trata de un relato de experiencias realizado por medio de la análisis de los documentos elaborados durante los periodos de Trabajo Supervisado em Servicios Sociales I y II, que fue realizado durante los meses de Agosto de 2016 a junio de 2017, en el sector del Servicio Social del Hospital Ivan Goulart, en la Municipalidad de San Borja, ciudad localizada en la región fronteriza del Estado del Rio Grande del Sur. Para eleboración e contextualición de las temáticas del trabajo fue hecho um rescate de las reformas de salud del pais, bién como los productos de tal maduración en el área de Política Publica de Salud y Política Nacional da Salud Mental referente al atendimento de usuários de alcohol y otras drogas, conocida como Política Nacional de Atención Integral de Usuarios de Alcohol y Otras Drogas. El estudio se propone hacer una reflexión crítica acerca de la practica del Servicio Social junto a las familias de las personas internadas en lechos de salud mental del hospital general. Para tal, las experiencias y vivencias, así como los resultados del proyecto de intervención que fue realizado junto a los usuários y sus familiares. La elección del tema para la contrucción del trabajo, se consideran el objetivo del proyecto de intervención que tuvo como propuesta la construcción de un grupo en la institución como herramienta para el fortalecimiento y / o rescate de vínculos familiares de los usuarios internados en la Ala recomenzar y, tuvo como resultado de la reflexión el regate de los vínculos rotos y, fortalecimiento de los vínculos debilitados.

Palabra-clave: Servicio Social, Salud Mental, Familias.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CF – Constituição Federal
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
COI – Centro de Orientação Infantil
COJ – Centro de Orientação Juvenil
HIG – Hospital Ivan Goulart
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LBA – Legião Brasileira de Assistência
LOS – Lei Orgânica de Saúde
MS – Ministério da Saúde
MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNAD – Política Nacional sobre Drogas
PNS – Política Nacional de Saúde
RSB – Reforma Sanitária Brasileira
RPB – Reforma Psiquiátrica Brasileira
SIU – Segundo Informações do Usuário
SPA – Substâncias Psicoativas
SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 A SAÚDE NO BRASIL: AS REFORMAS E A POLÍTICA NACIONAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	17
2.1 Reforma Sanitária brasileira.....	19
2.2 Reforma Psiquiátrica brasileira.....	25
2.3 Política do Ministério Da Saúde para Atenção de Usuários de Álcool e Outras Drogas.....	29
3 HOSPITAL IVAN GOULART	35
3.1 Ala Recomeçar.....	38
3.2 Serviço Social no HIG	40
4 VIVÊNCIAS RELACIONADAS AO USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS A PARTIR DO HOSPITAL IVAN GOULART ENQUANTO OBJETO DE ESTUDO E DE PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO	49
4.1 Família: elemento e recurso no processo de tratamento de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas.....	51
4.2 Resultado das ações do projeto de intervenção.....	53
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS.....	63

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) visa refletir sobre a importância da participação da família no tratamento de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, considerando que a temática emergiu a partir da fala dos sujeitos internados no hospital geral, nos leitos de saúde mental, o qual foi cenário de inserção enquanto estagiária no Setor do Serviço Social nos períodos de Estágio Supervisionado em Serviço Social I e II, no período de Agosto de 2016 a Junho de 2017. Este que foi realizado no Hospital Ivan Goulart, no município de São Borja, fronteira oeste do Rio Grande do Sul. Para elaboração delineou-se o estudo enquanto um relato de experiência, empregando o método dialético crítico, com fontes documentais e bibliográficas, de análise qualitativa.

Durante os períodos de Estágio Supervisionado em Serviço Social I e II e da aproximação com as pessoas internadas nos leitos de saúde mental do hospital geral e, da sugestão que emergiu através da fala dos mesmos sobre a importância da participação da família no processo de tratamento e reabilitação dos sujeitos. A escolha da temática visa aprofundar o diálogo sobre a intervenção realizada e as potencialidades da atuação de assistentes sociais junto aos familiares e usuários da Política Nacional de Saúde Mental e da Política de Atenção Integral de Usuários de Álcool e Outras Drogas. Tendo em vista, que o próprio movimento de reforma psiquiátrica brasileira orienta que no tratamento, seja em meio extra-hospitalar ou hospitalar, que a família esteja inserida no processo de reabilitação psicossocial.

Para tal, vale ressaltar que o método utilizado para o trabalho, sendo ele o método dialético crítico, para Marconi e Lakatos (2007) é o conjunto de procedimentos racionais empregados para chegar a determinado objetivo, sendo assim, o método é:

O conjunto de atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo – conhecimentos válidos e verdadeiros -, traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista (MARKONI; LAKATOS, 2007, p. 83).

Por tanto, a metodologia empregada no estudo compreende documentos legais (leis) e institucionais do espaço de realização do estágio, bem como, aqueles produzidos durante os períodos de estágio, diários de campo, relatórios e, análise

institucional. Como também, fontes bibliográficas referentes as temática do trabalho. Sendo assim para Minayo (1994, p.16) a “metodologia é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”.

Considerando o método dialético crítico, escolhido para elaboração deste estudo, Gil (2007, p. 32) diz que o mesmo “fornece as bases para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, já que estabelece que os fatos sociais não possam ser entendidos quando considerados isoladamente, abstraídos de suas influências”. Dito isso, o autor trata que o método ainda permite “o enfoque dialético-crítico entende que o conhecimento parte das condições objetivas e que o pensamento capta as contradições referentes às relações concretas, colocando-se em movimento” (GIL, 2007, p31).

Para Gil (2007), o materialismo histórico que fundamenta o método dialético crítico, esse que é empregado no estudo, permite a compreender e enfatizar a dimensão histórica dos processos sociais, relacionando com o modo de produção em determinada sociedade. Essas leituras de realidade, por meio do método, são feitas através das suas categorias essenciais, sendo elas: historicidade, totalidade e contradição. Dito isso, Türck (2012) trata que a historicidade é “um processo que compreende a processualidade dos fatos, suas provisoriedade, e seu movimento permanente de superações” (TÜRCK, 2012, p.47). Ainda para a mesma autora, a totalidade é “um todo articulado por conexões que permite a apropriação do cotidiano a partir da compreensão histórica, econômica, e política como constituintes da construção da sociedade capitalista ocidental” (TÜRCK, idem). Já a contradição para a autora “é a força motriz (CxW) que provoca o movimento de transformação instigando a partir da luta dos contrários, os processo de mudança, devir na realidade dos sujeitos” (TÜRCK, idem).

Para Pádua (2004), pesquisas bibliográficas são aquelas que se utilizam de materiais já produzidos, a finalidade desse tipo de pesquisa visa aproximar o autor/pesquisador de materiais sobre a temática. Ainda para a autora, em pesquisas em materiais já existentes podem ser tanto em bibliografias de áreas e suas especificidades e/ou, também, em fontes de referências documentais, tais como: populacionais, econômicos, geográficos, históricos, legais (leis e resoluções), etc. Para Cervo e Brevian (1983 apud PÁDUA, 2004, p. 59) a pesquisa que se utiliza de documentos “é toda base de conhecimento fixado materialmente e suscetível de ser

utilizado para consulta, [...]”. Para Gil (2007), a pesquisa bibliográfica utiliza-se de materiais já elaborados, constituído geralmente por livros e artigos científicos. Também para Gil (2007), a pesquisa documental assemelha-se a bibliográfica, estando a sua diferença na natureza das fontes utilizadas. Para o autor a pesquisa documental utiliza-se de materiais que não receberam tratamento analítico e, que por isso, podem ser utilizados considerando os interesses da pesquisa.

Quanto à estruturação do trabalho, o mesmo encontrasse dividido em cinco capítulos, sendo três deles teóricos. Para o capítulo dois, que trata sobre a “A Saúde no Brasil: As reformas e a política nacional de álcool e outras drogas”, dividido em três subitens, primeiro deles trata sobre a reforma sanitária brasileira, o segundo sobre a reforma psiquiátrica brasileira e, o terceiro sobre a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. O mesmo discorre sobre os avanços e desafios oriundos das reformas em saúde no Brasil, a constituição das políticas de saúde e a criação, enquanto necessidade, de leis e políticas direcionadas ao atendimento da população usuária de álcool e outras drogas.

O capítulo seguinte, intitulado “Hospital Ivan Goulart”, apresenta a instituição enquanto hospital geral, e a unidade de saúde mental onde realizou-se as intervenções. Sendo que o mesmo apresenta o subitem sobre o “Serviço Social no HIG”, o próprio discorre sobre como o Serviço Social se insere no Hospital Ivan Goulart, o trabalho desenvolvido pela categoria profissional em diferentes setores, considerando os limites e as possibilidades impostas pela instituição. Considerando a inserção do Serviço Social na unidade de saúde mental. Contextualiza-se também as demandas emergentes a partir da fala dos usuários da Ala Recomeçar, essas que explicitam as expressões da questão social como fatores determinantes das condições presentes dos mesmos.

O quarto capítulo, intitulado “Vivência relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas a partir do Hospital Ivan Goulart enquanto objeto de estudo e produção de conhecimento” apresenta o projeto de intervenção. Logo, divide-se em dois subitens, o primeiro apresenta a “Família: como elemento e recurso no processo de tratamento de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas” e os objetivos do projeto. O segundo item apresenta o “Resultado das ações do projeto de intervenção” a partir das ações propostas, considerando as demandas

advindas dos próprios usuários que trouxeram através de suas falas, o desejo dos mesmos de acompanhamento das famílias enquanto necessidade/condição para adesão e continuação do tratamento, possibilitando a criação da proposta de intervenção e, conseqüentemente, os resultados obtidos após a intervenção realizada.

Já, as considerações finais apresentam uma síntese da construção do trabalho de conclusão de curso, como as categorias do método que perpassam e se empregam na realidade, a reflexão acerca do estudo realizado e do processo vivenciado enquanto estagiária durante a aplicação do projeto de intervenção, demonstrando a necessidade de ampliação e continuação do projeto, utilizando-o assim como eixo para intervenções posteriores, tendo como foco a família e o usuário, motivando-os a participar do tratamento, alicerçado na autonomia como base nos processos de recuperação assim como orienta os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira.

2 A SAÚDE NO BRASIL: AS REFORMAS E A POLÍTICA NACIONAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.

O presente capítulo versa sobre contextualização das reformas em saúde no país. Apresentando a Reforma Sanitária brasileira e a Reforma Psiquiátrica brasileira, sendo oriunda do amadurecimento desta última, a discussão sobre a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Para tanto, retomar historicamente faz-se necessário, tendo em vista compreender os avanços e direitos conquistados por ambas as reformas. Logo os movimentos viraram políticas de Estado, ficando a dever do mesmo garantir o direito de acesso a todos os cidadãos.

Conforme o documento do Conselho Federal de Serviço Social, Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2010), as duas reformas (Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica) paralelamente visavam a defesa da universalização das políticas sociais, também como a compreensão destes como direitos sociais. Com o amadurecimento do conceito ampliado de saúde, bem como trata o artigo 3º (atualizado pela redação dada pela Lei nº 12.864/2013), em que “a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990).

Assim, conforme CFESS (2010), tais avanços na compreensão sobre o conceito ampliado de saúde remete ao entendimento de melhores condições de vida, bem como de trabalho, visto que esses são determinantes sociais no processo de saúde e doença. Porém, como consta no documento citado anteriormente, tal avanço passa a sofrer retrocessos a partir da década de 1990, com as mudanças neoliberais defendidas pelas grandes empresas internacionais aliadas aos interesses do capitalismo, este que nesse período tenta negar o direito ao acesso universal a saúde privatizando o seu acesso, tornando-a assim, mais uma mercadoria. Podendo ser afirmado na citação a seguir:

Na defesa do processo de privatização, ressalta-se a mercantilização da Saúde e da Previdência e a ampliação do assistencialismo. As principais diretrizes são: a Reforma da Previdência inserida no bojo da Reforma do Estado, que vem sendo implantada paulatinamente e possui características

de uma contrarrevolução (GUERRA, 1998) ou contrarreforma; a defesa do SUS para os pobres e a refilantropização da assistência social, com forte expansão da ação do setor privado na área das políticas sociais (CFESS, 2010, p.20).

Em meio a essa conjuntura, a diminuição nos investimentos na saúde pública reforça a dicotomia entre ações de saúde preventiva e curativa. Nesse sentido, a fragilização da compreensão da integralidade no acesso e atendimentos aos serviços de saúde. Com base na afirmação anterior, os serviços de saúde estavam divididos em dois subsistemas, o de entrada e de controle. Portanto, os de entrada são aqueles de responsabilidade do Estado e, o curativo corresponde aos serviços ambulatoriais especializados, que constituem unidades de maior densidade tecnológica. Assim, com o incentivo em serviços privados especializados o estímulo por seguros particulares de saúde, após, os serviços de baixa densidade tecnológica não despertavam interesses do setor privado, e a partir desse entendimento, o Sistema Único de Saúde (SUS) reforçou a lógica de que o mesmo era destinado às pessoas que não tinham condições de pagar pelos seguros privados de saúde CFESS (2010).

Sendo assim, a contrarreforma¹ em saúde representa uma proposta oposta aos interesses da categoria de profissional do Serviço Social, como é possível observar no trecho a seguir:

[...] projeto de saúde articulado ao mercado ou à reatualização do modelo médico assistencial privatista está pautado na Política de Ajuste, que tem como principais tendências: a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com a isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis por meio do pacote básico para saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços em nível local e eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (CFESS, 2010, p. 22).

Segundo CFESS (2010), os princípios defendidos pela Reforma Sanitária brasileira, bem como pelo Reforma Psiquiátrica brasileira, de universalidade,

¹ A contra reforma do Estado é parte de um processo global de reestruturação capitalista iniciado após a crise do capital nos 1970. Com a crise do estado de Bem-Estar Social, expressão da crise dos anos 1970, emerge com toda força nos anos 1980 o projeto neoliberal. A resposta neoliberal a crise consistiu na redução do papel do Estado e ampliação da esfera do mercado econômico. (OLIVEIRA, 2011, p. 133).

equidade e integralidade são afetados pela contrarreforma do Estado, considerando que o mesmo passa a implantar o modelo de sistema neoliberal que vai de encontro aos valores coletivos e universais defendidos pela Constituição Federal de 1988 (CF 1988), visando substituir os princípios citados anteriormente por valores voltados ao mercado, tendo assim, rebatimentos na consolidação do SUS, tendo em vista o desmonte da saúde pública integral e universal por meio da segmentação dos serviços.

2.1 Reforma Sanitária brasileira

O cenário brasileiro em meados da década de 1960, para Paiva e Teixeira (2014), era representado por um regime autoritário ditatorial, com início em 1964 até 1985, período conhecido como ditadura militar. Nesse contexto o regime buscava reestabelecer a ordem nacional, consolidar o cenário econômico, para, após essa reorganização, dar continuidade ao regime democrático. Muito embora a proposta vinda de encontro a legitimação do regime, o cenário de grande concentração de renda, de altos preços no mercado e da crise no setor público mostravam o inverso. Essa proposta de restauração de ordem não condiz com a realidade das condições de vida da população marcada nesse período. Como trata no trecho a seguir:

Concentração de renda, perda do poder aquisitivo do salário-mínimo, aumento de preços, crise nos serviços públicos de transporte e saúde eram o preço pago por um modelo econômico que privilegiava o desenvolvimento a partir da concentração de riqueza (PAIVA; TEIXERA, 2014, p.18).

Para Teixeira (1984), durante o período de ditadura militar, as ações de saúde eram geridas pela Política Nacional de Saúde (PNS), e também caracterizadas e direcionadas pelas práticas curativistas, individualistas, assistencialistas especializadas. Sendo assim, as práticas em saúde não tinham um viés preventivo e de interesse coletivo, esses que são ideários da saúde pública. O Estado atuava como regulador através da Previdência Social, estabelecendo um modelo de prática médica rentável privilegiando a iniciativa privada que oferecia tais serviços.

Para Arouca (1998), a Reforma Sanitária brasileira surge no contexto do regime autoritário vigente no país no final da década de 1970, enquanto movimento

de redemocratização da saúde, essa proposta traz como tema a saúde e democracia. A partir de um bojo intelectual oriundo das universidades, de movimentos sindicais e de experiências regionais de organização é que se consolida o movimento de democratização, então chamado movimento pela Reforma Sanitária brasileira.

Esse movimento social se estabelece na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), marco do movimento sanitarista brasileiro, no ano de 1986. O encontro concentrou a maior presença popular participativa da história dos movimentos sociais brasileiro, reunindo mais de 5.000 pessoas que traziam a proposta de um novo modelo de saúde no país, “esta conferência foi estruturada sobre três eixos básicos: saúde como direito inerente à cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor de saúde” (PAIM, 2008, p.92). Como resposta a referida conferência, obteve-se um capítulo inserido na Constituição Federal de 1988, mais especificamente o Art.196 esse que trata a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado “garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). É possível verificar tal ideia no trecho:

A concepção de seguridade social representa um dos maiores avanços da Constituição federal de 1988, no que se refere à proteção social e no atendimento às históricas reivindicações da classe trabalhadora. Está inserido 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 sociopolíticas que se processaram (CFESS, 2010, p. 17).

Sendo assim, a saúde é entendida como parte constitutiva da Seguridade Social. Obtendo nesse sentido um dos maiores avanços constitucionais, tendo a partir da regulamentação pela Lei Orgânica de Saúde nº 8080 de 1990 (LOS). Com a consolidação desse direito, a saúde passa a contribuir com a melhoria das condições de vida dos sujeitos, sendo compreendida como processo social que tem rebatimentos diretos na vida cotidiana da população.

Parte-se da concepção de que as Políticas de Seguridade Social são concebidas na ordem capitalista como resultado de disputas políticas e, nessa arena de conflitos, as políticas sociais, resultante 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 os direitos sociais, as políticas sociais podem contribuir para melhorar as condições de vida e trabalho das classes que vivem de seu trabalho, ainda que não possam alterar estruturalmente o capitalismo. (CFESS, 2010, p.18).

Para CFESS (2010), os princípios defendidos pela Reforma Sanitária brasileira tem como proposta a universalização das políticas sociais, bem como a garantia dos direitos sociais, partindo de uma ótica voltada para as melhoria das condições de vida e de trabalho dos sujeitos e seus determinantes sociais, legitimando assim a concepção ampliada de saúde. A Reforma Sanitária brasileira para Paim (2008) decorre de um enfrentamento da sociedade civil brasileira na busca de um novo modelo de saúde, de acesso garantido aos direitos sociais e a defesa da democracia. Logo, esse movimento de democratização da saúde, se contrapõe ao modelo de saúde oferecido à população até esse período, modelo esse de cunho racionalizador e excludente.

Diante desse contexto a Reforma Sanitária brasileira se apresenta como uma reforma social integrada por alguns elementos constituintes. Conforme Paim (2008) são eles:

a) *a democratização da saúde*, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente a cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) *democratização do estado* e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social bem como fomentando a ética e a transparência nos governos; c) *democratização da sociedade e da cultura*, alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza, seja na “adoção de uma totalidade de mudanças” em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral. (PAIM, 2008, p.151).

De acordo com Arouca (2001), a Reforma Sanitária brasileira parte de um projeto com perspectiva de cunho socialista, de civilização humana que necessita de uma organização de valores e princípios indispensáveis para que haja uma transformação concreta não só na saúde, mas na sociedade como um todo. Partindo desse princípio é possível observar:

Discutir a REFORMA SANITÁRIA nos seus aspectos conceituais, ideológicos, políticos, e institucionais é, atualmente, tarefa fundamental, a todos aqueles que, em diferentes países como o Brasil, Itália, Bolívia, Espanha e Portugal etc. estão comprometidos com a democratização das estruturas políticas e a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos. Esta tarefa mais que fundamental, torna-se imprescindível para nós que buscamos, nas lutas pela Reforma Sanitária, construir as bases do socialismo democrático que almejamos para o Brasil (AROUCA, 1989b. s.p).

Os princípios defendidos pela Reforma Sanitária como se refere o autor anterior, se articula com os princípios profissionais do Serviço Social. Conforme o documento do Conselho Federal de Serviço Social, Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2010), bem como versa no projeto ético político da categoria profissional, que trata o processo como meios de lutas democráticas e popular, conquistando e garantindo direitos em meio ao capitalismo, sem se dissipar no mesmo, tendo em vista a construção de uma nova ordem societária, justa e igualitária.

A partir dessas propostas, a reforma sanitária que se tornou possibilitou discutir sobre a universalidade do direito à saúde. “Com a constituição de 1988, é criado o SUS Sistema Único de Saúde, formado pela articulação entre gestão federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos ‘Conselhos Comunitários de Saúde” (BRASIL, 2005b, p.7). Neste período buscava-se a legitimação da universalização do acesso, bem como uma nova concepção de saúde:

Como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do sistema unificado de saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO; MATOS, 2004, p.9).

O artigo 196 da Constituição Federal (1988) dispõe “A saúde é direito de todos e dever do Estado garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visam a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Logo, obteve-se a regulamentação do Sistema Único de Saúde através da Lei Federal nº 8.080 de 1990 e pela Lei Orgânica de Saúde, que versa sobre organização e regulação dos

serviços, bem como a promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo como princípios a universalidade, a equidade e a integralidade. Como é possível verificar:

[...] o SUS é um projeto que assume e consagra os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde da população brasileira, o que implica conceber como “imagem-objetivo” de um processo de reforma do sistema de saúde “herdado” do período anterior. Busca-se um sistema de saúde capaz de garantir o acesso universal da população a bens e serviços que garantam sua saúde e bem estar de forma equitativa e integral. (TEIXEIRA, 2011, p.2).

De acordo com a Constituição Federal (1988), a universalidade garante o acesso à saúde a todos os cidadãos, e isso independe do sexo, classe, cor, renda e/ou outras características, cabendo ao estado garantir este direito.

A **universalidade**, portanto, é um princípio finalístico, ou seja, é um ideal a ser alcançado, indicando, portanto, uma das características do sistema que se pretende construir e um caminho para sua construção, para que o SUS venha a ser **universal** é preciso se desencadear um **processo de universalização**, isto é, um processo de extensão de cobertura dos serviços, de modo que venham paulatinamente, a se tornar acessíveis a toda população. (TEIXEIRA, 2011, p.3).

A equidade de acordo com a Constituição Federal (1988), como um princípio da justiça social, trata de atender as necessidades dos “desiguais de forma desigual” isso quer dizer, atender as necessidades dos usuários considerando as diferenças inerentes de cada um.

[...] A noção da equidade diz respeito à necessidade de se “tratar desigualmente os desiguais” de modo a se alcançar a igualdade de oportunidade de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade. [...] Em saúde, especificamente, as desigualdades sociais se apresentam como desigualdades diante do adoecer e do morrer, reconhecendo-se a possibilidade de redução dessas desigualdades, de modo a garantir condições de vida e saúde mais iguais para todos (TEIXEIRA, 2011, p.5).

E a integralidade de acordo com a Constituição Federal (1988), pressupõe as mais variadas determinações que afetam os cidadãos, bem como a articulação da saúde com outras políticas públicas, a fim de prestar serviços de qualidade e benefícios na vida dos usuários.

A noção de **integralidade** diz respeito ao leque de ações possíveis para a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência a doentes, implicando a sistematização do conjunto de práticas que vem sendo desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde. [...] Um modelo “integral” portado, é aquele que dispõe de estabelecimentos, unidades de prestação de serviços, pessoal capacitado e recursos necessários, à produção de ações de saúde que vão desde as ações inespecíficas de promoção da saúde em grupos populacionais definidos, as ações específicas de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica dirigidas ao controle de risco e danos, até ações de assistência e recuperação de indivíduos enfermos, sejam ações para detecção precoce de doenças, sejam ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação. (TEIXEIRA, 2011, p. 6).

Para Berlinguer, Campos e Teixeira (1988), o Movimento de Reforma Sanitária brasileiro, permeado também pelos princípios defendidos pelo SUS, tem sua inspiração no modelo reformista italiano, que estava na efervescência em meio a movimentos sociais, políticos e ideológicos. Essa tendência absorvida no nosso país, parte do pressuposto de transformações e melhorias do sistema saúde, visando ampliar e melhorar a conjuntura assistencial de saúde vigente no Brasil nesse período.

[...] a reforma sanitária não é apenas constituída de normas processuais, de decretos, de mudanças institucionais. Deve ser um processo de participação popular na promoção da saúde, que envolva milhões de cidadãos; deve impor mudanças sociais, ambientais e comportamentais que tornem a existência mais saudável; deve mobilizar dezenas de milhares de conselheiros de regiões, de província, de municípios, de circunscrições, de quadros de movimentos sindicais, femininos, cooperativos, juvenis e milhares de assessores e de prefeitos; deve transformar a atividade cotidiana dos médicos, técnicos e enfermeiros. Como isso poderá acontecer, se prevalecer um clima político confuso ou reacionário, se for rompida cada forma de unidade democrática, se dominarem os egoísmos de partido e os particularismos de categoria, de grupo, de zona. (BERLINGUER; CAMPOS; TEIXEIRA, 1988, p. 3).

Para Paim (2008), por mais que se tenha o reconhecimento do Estado enquanto instituição de rivalidade de projetos societários influenciando através direcionamentos políticos e culturais, o progresso democrático e a organização contra hegemônica, bem como proposto pela Reforma Sanitária brasileira pressupõe a rearticulação da coletividade possibilitando que a política seja um espaço acessível de reconhecimento a subjetividade, a inventividade, a emancipação e a solidariedade.

Os processos dos movimentos da Reforma Sanitária Brasileira e da Reforma Psiquiátrica brasileira ocorrem em consonância e simultaneamente, assim sendo, torna-se notório que às reformas visavam a busca por um novo modelo de atenção e gestão e de ações em saúde, bem como a defesa da saúde coletiva, a oferta dos serviços de forma equitativa, e a participação dos usuários dos serviços e dos trabalhadores da área nos procedimentos decisórios que remetem a gestão e produção tecnológica dos cuidados. (BRASIL, 2005).

2.2 Reforma Psiquiátrica brasileira

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileira teve seu início em meio ao movimento sanitário brasileiro na década de 1970, a partir de uma perspectiva de transformação ao modelo de saúde excludente oferecido à população, tendo os trabalhadores e usuários como protagonistas nos processos de acesso e participação de serviços de saúde ofertados. Como é possível observar no trecho a seguir:

A reforma psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incidem em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, nos mercados dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcada por impasses, tensões, conflitos e desafios. (BRASIL, 2005, p. 6).

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, para Vasconcelos (2010) emerge posteriormente a um significativo período de ditadura militar, com os movimentos sociais retomando suas atividades após sofrerem grande repressão por parte do regime ditatorial, conquistaram considerável notoriedade. Em especial o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) gerando um grande processo questionador das condições que permeavam as políticas de assistência psiquiátricas vigentes no período, que tratava o processo de adoecimento mental através do asilamento dos usuários e da mercantilização da loucura.

[...] o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, por nos considerados o ator e sujeito político fundamental no projeto da reforma psiquiátrica brasileira. É o ator a partir do qual originalmente emergem as propostas da reformulação do sistema assistencial e no qual se consolida o pensamento crítico ao saber psiquiátrico (AMARANTE, 1995, p. 91).

O Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental articulado a outros movimentos sociais populares tiveram como principais objetivos:

- denúncias e mobilizações pela humanização dos hospitais psiquiátricos tanto públicos quanto privados, alguns dos quais foram identificados como verdadeiros campos 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, 2010, p.23).

Ainda para Vasconcelos (2007), no final da década de 1970 é que surge o Movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira, posteriormente a reivindicações de trabalhadores de saúde mental em prol de melhorias nas condições de trabalho e remuneração, bem como a ampliação dos direitos das pessoas com transtornos mentais. O processo de mudança foi consequente à mobilização da sociedade civil juntamente com os familiares das pessoas com transtornos mentais que reivindicaram assiduamente os direitos dos “considerados privados de razão”. Como consequência desse cenário, é possível verificar a intenção as melhorias em relação às políticas, direitos, novos modelos e ações de cuidados, aprendido, bem como a criação de espaços estratégicos voltados ao tratamento das pessoas com transtornos mentais.

Esse processo visa a substituição gradual do modelo de atenção e gestão em saúde mental, da antiga assistência psiquiátrica asilar, hospitalocêntrica e voltada ao modelo biomédico. Busca criar e implantar uma rede complexa e interdisciplinar de cuidados de base territorial, de acesso público, universal e gratuito, integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), com serviços de atenção psicossocial abertos, inteiramente substitutivos, e não-complementares, do hospital psiquiátrico. (VASCONCELOS, 2007, p. 174).

O processo de reforma psiquiátrica progride a partir da vida recorrente no interior das instituições, dos serviços prestados e das relações dos sujeitos envolvidos, tendo como parte constitutiva as modificações de práticas de saberes,

valores culturais e sociais bem como os evidentes desafios, conflitos, pressões e oposições. O ano de 1978 foi considerado referência pelo início da consolidação dos direitos aos usuários dos serviços brasileiros a partir do efetivo Movimento Social dos Trabalhadores em Saúde Mental que tem suas atividades voltadas a essa luta. Já na década de 1980, teve-se início a desinstitucionalização da população asilada nos manicômios, criando serviços para a reinserção destes usuários em seus respectivos territórios. “A experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio é inspiradora, e a revela a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas”. (BRASIL, 2005b, p.7). A partir disso, é possível afirmar que:

[...] a dimensão de ruptura que estava sendo iniciado no Movimento. Passa a prevalecer o entendimento da noção de desinstitucionalização em sua dimensão mais propriamente antimanicomial. No campo teórico-conceitual, é a influência da tradição basagliana que propiciará a ruptura mais radical nas estratégias e princípios do MTSM daí em diante. (AMARANTE, 1995, p.79).

Sendo assim, a atenção a estes sujeitos com transtornos mentais passam a ter como propósito, o exercício pleno da cidadania, e não unicamente o trato da manifestação dos sintomas. Implicando na organização de serviços em meios abertos, promovendo o protagonismo dos usuários e formação de redes com outras políticas públicas (educação, moradia, cultura, trabalho etc). O desafio inerente na discussão sugere ao invés de criar circuitos paralelos e protegidos de vida para seus usuários, habitar os circuitos de trocas nos territórios da sociedade. Trazendo o desafio da inserção saúde mental para além do SUS. (BRASIL, 2005b). Tendo em vista a desinstitucionalização como um processo mais amplo, do que meramente a oferta de serviços específicos, leva-se em consideração que a:

[...] Desinstitucionalização não se restringe a reestruturação técnica, de serviços, de novas e modernas terapias: torna-se um processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações. Por isso, desinstitucionalização torna-se, acima de tudo, um processo ético-estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos, novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. (AMARANTE, 2007, s.p).

No ano de 1987 a rede de atendimento cria as primeiras experiências com os CAPS no Brasil. Em 1989 são desenvolvidas ações por parte da Secretaria

Municipal de Saúde de Santos (SP) na Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico denunciado pelo cometimento de maus tratos e alto índice de morte de usuários internados. Essa ação desencadeou em repercussão nacional, apresentando possibilidades da criação de uma rede substitutiva do modelo manicomial que provesse de cuidados e atenção de seus usuários em serviços substitutivos ao modelo hospitacêntrico. (BRASIL, 2005b).

Consequente desse processo e em substituição ao hospital psiquiátrico da cidade de Santos, como citado anteriormente, dá-se início a implantação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), de atendimento 24 horas, como também cooperativas e residenciais voltados ao atendimento de usuários advindos do hospital psiquiátrico. O trecho a seguir reafirma esse processo, como é possível observar:

A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exequível (BRASIL 2005b, p.7).

O início das lutas de Reforma Psiquiátrica brasileira ocorre no âmbito legislativo e normativo no ano de 1989, através da introdução do Projeto Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que tem como proposta a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais assim com a abolição gradativa das instituições de modelo manicomial do Brasil (BRASIL, 2005b). No ano de 2001 a lei é aprovada, representando de forma substitutiva o projeto de Lei original que sofre alterações significativas no texto normativo.

[...] a Lei Federal 10.216 redireciona assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção de manicômios. Ainda assim, a promulgação da lei 10.126 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação da Lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de saúde mental, que a política de Saúde mental do governo federal, a linhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade (BRASIL, 2005, p.8).

A Reforma Psiquiátrica brasileira tem como referência estabelecida a Lei 10.216 de 2001, que corroborou com as orientações da política que direcionam o

Sistema Único de Saúde, assegurando aos usuários de saúde mental, o que abrange também pessoas com transtornos mentais devido o uso abusivo de álcool e outras drogas, promovendo o acesso universal à assistência, integralidade, a descentralização no padrão de atendimento, ajustando de forma a atender as necessidades dos usuários junto ao seu convívio social, possibilitando o acesso estruturado das redes atenção assistencial, descentralizando os serviços. (BRASIL, 2003b).

[...] Ao final de 2002, a rede de atenção em Saúde Mental contava com 382 serviços implantados e em funcionamento, que atendem aproximadamente 120.000 pacientes necessitados de cuidado regular e contínuo. Além destes, 42 CAPS AD, modalidade totalmente nova de atenção a uma clientela grave e desassistida, foram implantadas em abril a dezembro de 2002, em 14 estados brasileiros. A expansão da rede em questão obedece a da Reforma Psiquiátrica, sempre buscando viabilizar a substituição do modelo assistencial vigente em saúde mental - ainda predominantemente hospitalocêntrico - por redes de atenção especializadas e compostas por dispositivos extra-hospitalares (BRASIL, 2003b, p. 38).

Para Amarante (2003), os princípios do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica devem permear o atendimento a saúde mental, sendo eles extra-hospitalares e, em casos especiais, nos leitos de saúde mental em hospital geral. Na contemporaneidade, os usuários da saúde mental são atendidos nos três níveis de atenção em saúde, sendo eles: atenção primária e/ou básica, a secundária e a terciária. A rede de atenção em saúde mental é constituída por unidades psiquiátricas dentro de hospitais gerais, Centros de Atenção psicossocial (CAPS), ambulatórios especializados, residenciais terapêuticos e pensões protegidas.

2.3 A Política do Ministério da Saúde para Atenção de usuários de Álcool e Outra Drogas.

Com os avanços pela previstos na lei 10.216 de 2001, criaram-se políticas de saúde mental direcionadas aos cuidados e atenção de usuários de álcool e outras drogas. Dentre elas está a Política do ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuário de Álcool e outras Drogas, do ano de 2003. Esta política tem como proposta respaldar e contribuir para uma construção coletiva do enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas, considerando a problemática como um sério problema de saúde pública, bem como admitir o retardado reconhecimento de que a

inclusão nas práticas de saúde mental, de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, é de responsabilidade dos SUS (BRASIL, 2003b).

A Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas, foi criada com o propósito de amparar o atendimento aos usuários de forma intersetorial na perspectiva do atendimento, integral e inclusivo. Considerando uma atenção maior aos usuários, para assim disponibilizar o acesso aos serviços através da rede básica de saúde e em hospitais gerais, dando respaldo também aos usuários a acessar auxílio necessário para possível (re)inserção no seu meio de convívio (BRASIL, 2003b).

Partindo desse princípio é possível afirmar que a temática sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas, remete a imprescindibilidade de tratarmos o assunto não somente sob uma ótica focalizada, mas sim, de se apropriar de diversos saberes teóricos e técnicos, para assim então, se tornar possível indicar caminhos, ações e metas que contribuam para construção de políticas voltadas a essa temática na realidade contemporânea. Também é importante discutir de forma propositiva o uso abusivo de álcool e outras drogas, de forma integrada, na multiplicidade, de ampla abrangência, de diferentes propostas, sendo elas, de caráter preventivo, terapêutico, reabilitador, educativo e de promoção da saúde. (BRASIL, 2003b).

Nesse sentido a Política Nacional sobre Drogas de 2003 traz como um de seus objetivos a importância de “avaliar e acompanhar sistematicamente os diferentes tratamentos e iniciativas terapêuticas, fundamentados em diversos modelos, com a finalidade de promover aqueles que obtiverem resultados favoráveis” (BRASIL, 2013, p.3).

Para Alves e Lima (2012), o uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas, são temáticas abordadas no âmbito da saúde mental desde meados de 1980. Foi possível verificar que em média um terço dos leitos disponibilizados pelos hospitais psiquiátricos eram preenchidos por pessoas que faziam uso abusivo de álcool e outras drogas. Esse número elevado de ocupações nos hospitais psiquiátricos ocasionou a criação de alguns programas pelo Ministério da Saúde (MS), porém os mesmos não foram implementados, o que conseqüentemente ocasionou uma falha no âmbito de atenção do setor público de saúde para com os as pessoas que faziam uso abusivo de álcool e outras drogas.

Até esse período a atenção da saúde mental era voltada somente aos transtornos mentais não originários do uso abusivo de álcool e outras drogas, e os primeiros serviços de atendimento especializado às pessoas que faziam uso abusivo de álcool e outras drogas, foram instituídos dez anos após a implementação dos serviços de atendimento prioritário a pessoas que possuíam transtornos mentais graves. Como é possível verificar a seguir:

A inserção da área de álcool e outras drogas no âmbito do SUS nomeadamente no campo da saúde mental começou a ser consolidada mediante uma série de eventos e decisões políticas. Após longo processo de debate nacional, a Lei nº 10.216/01 foi promulgada, positivando direitos humanos para o segmento das pessoas portadores de transtornos mentais. Naquele mesmo ano, reverberando no cenário brasileiro o movimento internacional do reconhecimento do consumo abusivo de substâncias psicoativas também como problema de saúde pública, realizou-se o *Seminário Nacional sobre Atendimento aos Usuários de Álcool e Outras Drogas* na rede do SUS. O evento, organizado pelo Ministério da Saúde antecedeu a *III Conferência Nacional de Saúde Mental* (III CNSM) e teve por objetivo promover uma discussão sobre a configuração de uma rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas com ênfase na reabilitação e na reinserção social no âmbito do SUS. (ALVES, LIMA, 2012, p.15).

Devido à produção das propostas e recomendações da Política para Atenção Integral á Usuários de Álcool e Outras Drogas terem se constituído em diversos espaços políticos, por diferentes agentes sociais da área da saúde, interagindo com outros setores governamentais, se faz necessário uma ampla compreensão sobre esse fenômeno complexo que é o uso abusivo de álcool e outras drogas², partindo de uma perspectiva abrangente, e intervenções setoriais e intersetoriais. (BRASIL, 2003b). Nesse sentido, a Política Nacional sobre Drogas aborda em seus objetivos alguns pontos importantes, sendo eles:

Conscientizar a sociedade sobre os prejuízos sociais e as implicações negativas representadas pelo uso indevido de drogas e suas consequências. Educar, informar, capacitar e formar pessoas em todos os seguimentos sociais para a ação efetiva e eficaz de redução da demanda, da oferta e de danos, fundamentada em conhecimentos científicos validados e experiências bem sucedidas, adequadas a nossa realidade.

² Segundo a OMS o uso abusivo de álcool e outras drogas não é definido apenas em função da quantidade e frequência do consumo, ele é caracterizado pela compulsão de fazer uso de substâncias psicoativas; dificuldade de controlar o uso; falta de interesse em atividades que anteriormente eram prazerosas; obsessão pelo uso da substância independentemente da constatação de danos e prejuízos ocasionadas pelo uso; condição de Abstinência em período espaçado de consumo; tolerância ao uso, necessitando doses maiores para obtenção de prazer; rápida reinstalação de consumo do padrão de consumo anterior após período abstênico. (BRASIL, 2014).

prevenção do uso indevido de drogas em uma rede operativa, com a finalidade de ampliar sua abrangência e eficácia. Implantar e implementar rede de assistência integrada, pública e privada, intersetorial, para pessoas com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, fundamentada em conhecimento validado, de acordo com a normatização funcional mínima, integrando os esforços desenvolvidos no tratamento. (BRASIL, 2005a, p.3).

A sociedade como um todo, tem a possibilidade de apropriar-se e participar no tratamento, recuperação e reinserção social, a partir de subsídios técnicos e financeiros ofertados pelo Estado. Cabendo a esse estimular, garantir e promover tais ações, para que se torne possível o acesso de forma descentralizada, atendendo a população de acordo com os diversos tipos de tratamento e recuperação, de forma contínua e que atenda não só os usuários de álcool e outras drogas, mas também seus dependentes e familiares. (BRASIL, 2005a). Entre as principais diretrizes que norteiam a Política Nacional sobre drogas estão:

Garantir aos pais e/ou responsáveis, representantes de entidades governamentais e não governamentais, iniciativa privada, educadores, religiosos, líderes estudantis e comunitários, conselheiros estaduais e municipais e outros atores sociais, capacitação continuada sobre prevenção do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas, objetivando engajamento no apoio às atividades preventivas com base na filosofia da responsabilidade compartilhada. (BRASIL, 2005a, p.4).

O uso abusivo de álcool e outras drogas tem rebatimentos que determinam diversas condições na vida dos usuários. Grande parte das pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, não tem como prioridade a possibilidade de tratamento através da abstinência como alguns profissionais da área da saúde oferecem, seja por não sentirem vontade de aderir a esse processo doloroso, seja por não se sentirem acolhidos pelos profissionais ou pertencentes aos espaços oferecidos. Diante desse contexto se faz necessário criar serviços adequados e/ou ajustáveis aos usuários e situações de consumo de novas substâncias que surgem frequentemente, considerando o usuário, particularidades e necessidades, também as formas de como tais substâncias são consumidas, sendo necessário criar estratégias de aproximação das pessoas que fazem uso dessas substâncias e seus familiares.

[...] para que se possa desenhar e implantar múltiplos programas de prevenção, educação, tratamento e promoção adaptado à diferentes

necessidades. Para que uma política de saúde seja coerente, eficaz e efetiva, deve ter em conta que as distintas estratégias são complementares e não concorrentes, e que portanto, o retardo do consumo de droga, a redução de danos associada ao consumo e a superação do consumo são elementos fundamentais para sua construção (BRASIL, 2003b, p.8).

Para Alves e Lima (2012), o setor público de saúde acredita que a inserção dos CAPS AD como instituição referência de reorganização do modelo de atenção a saúde no âmbito do uso abusivo de álcool e outras drogas. Identificando-os como mecanismos estratégicos que vem ao encontro à proposta de substituição ao modelo direcionado a internação hospitalar, e de reestruturação da rede assistencial em seu território abrangente. Como também “para a integração de ações à saúde, prevenção ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, redução de danos sociais a saúde, atenção multiprofissional e interdisciplinar, reabilitação e (re) inserção social” (ALVES; LIMA, 2012, p.19).

O CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS), lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoas com grave comprometimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais, e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. (BARBOSA, 2006, p.83).

Os CAPS AD tem como finalidade atender a população, tendo em vista o respeito e consideração ao seu território de abrangência, possibilitando o desenvolvimento de ações terapêuticas e preventivas junto ao seu público alvo, a comunidades. Oferecem atendimento diário aos usuários dos serviços na perspectiva da redução de danos; orienta os atendimentos de acordo com a especificidade; garante acolhimento e atenção à pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, disponibilizando atendimento na modalidade intensiva, semi-intensiva e não-intensiva; possibilita o repouso e o processo de desintoxicação ambulatorial de usuários que assim necessitarem; disponibiliza atendimento aos familiares dos usuários dos serviços; promove a inserção dos usuários através de ações e recursos intersetoriais, tendo em vista estratégias que promovam o enfrentamento dos problemas; visa enfatizar a criação de fatores de prevenção como também redução a influências dos fatores de risco relativas ao consumo

abusivo de álcool e outras drogas; contribui através de atividades de caráter educativo e preventivo nas formas de minimizar o preconceito e estigma relacionados ao uso abusivo álcool e outras drogas (BRASIL, 2003).

A partir dessa perspectiva, o próximo item tratará sobre a instituição, as demandas postas ao Serviço Social, mais especificamente na Saúde mental, serviço que oportunizou maior aproximação com a realidade dos usuários, e como se dá o atendimento aos usuários da política de álcool e outras drogas apresentada.

3 HOSPITAL IVAN GOULART

A partir de informações coletadas no site do Hospital Ivan Goulart, e com base em documentos desenvolvidos no processo de Estágio supervisionado I e II, serão apresentadas nesse capítulo o processo histórico que envolve a criação da Instituição, características gerais, sua estrutura, serviços e especialidades ofertadas pela mesma, missão, objetivos e finalidades. Será apresentada também a Ala Recomeçar (unidade de Saúde Mental), espaço onde as atividades de estágio supervisionado foram desenvolvidas, e como o Serviço Social está inserido na instituição.

Segundo consta no art. 1º do Regulamento do Hospital Ivan Goulart, a instituição possui personalidade jurídica de direito privado e de caráter beneficente, educacional, cultural, assistencial, promocional e de assistência à saúde, tendo por finalidade manter, fiscalizar e administrar os Hospitais Ivan Goulart e São Francisco de Borja. Sua localização situa-se no município de São Borja, na fronteira-oeste do Rio Grande do Sul. (HOSPITAL IVAN GOULART, 2015).

A Fundação Ivan Goulart foi criada em 28 de Agosto de 1960 pela Comissão Estadual da LBA (Legião Brasileira de Assistência), no período presidida pela Senhora Neusa Goulart Brizola, Primeira Dama do Estado. O Hospital Ivan Goulart foi criado dois anos após a Fundação pelo Presidente da República João Belchior Marques Goulart, tendo por objetivo construir, fiscalizar e administrar um hospital infantil regional na cidade de São Borja, Rio Grande do Sul, como uma instituição beneficente sem fins lucrativos, de direito privado e interesse público. (HOSPITAL IVAN GOULART, 2015).

O Hospital Ivan Goulart fica situado no centro da cidade de São Borja, na Rua Presidente Vargas nº 1440, de localização que facilita o acesso ao público. Conta com estacionamento público, entrada especial para ambulâncias e atendimento de urgência e emergência.

A instituição atende as demandas relacionadas a saúde, exercendo a política da saúde. Essa gestão de saúde é consequente do movimento Reforma Sanitária Brasileira, que idealizava uma maior aproximação com a realidade dos usuários e através da saúde pública atender as necessidades dos mesmos, como contextualizada no capítulo anterior.

O perfil do público que utiliza os serviços prestados pela instituição é bastante diversificado, são atendidas crianças, adolescentes, adultos e idosos, abrangendo uma população de 160.000 habitantes, advindos da comunidade de São Borja e região (Itaqui, Maçambará, Itacurubi, Santo Antônio das Missões, Garruchos, Unistalda e Santo Tomé).

A Fundação Ivan Goulart tem 136 leitos distribuídos em nove unidades de internação. Sua estrutura é composta pela Recepção e Internação, Centro de Diagnóstico por Imagem, Hotelaria, Nutrição e Dietética, Centro Cirúrgico e Obstétrico, Laboratório de Análise Clínica, Centro Renal Ivan Goulart (hemodiálise), Psicologia, Serviço Social, Ala Recomeçar (unidade de saúde mental), Centro de Oncologia, Centro de Terapia Intensiva (CTI), Central Telefonica, Tesouraria e, SAC (Serviço de Atendimento ao Cliente), Assessoria de Imprensa, Informática, Chefia de Enfermagem, Radiologia, SAME (Serviço de Atendimento Médico e Estatístico), Ambulatório, Farmácia, CDM (Central de Distribuição de Medicamentos), Necrotério, Copa/Cozinha, Setor Financeiro, Setor de Pessoal, Controladoria, Secretária Administrativa, Administração, Higienização, Lavanderia e CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidente), CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) e GTH (Grupo de Trabalho da Humanização).

O Hospital Ivan Goulart possui o Grupo de Trabalho de Humanização, que realiza ações e projetos em prol da promoção da humanização da Assistência a saúde; o Projeto Visitar que é voltado a de atenção domiciliar, onde acompanha os usuários e seus familiares após alta hospitalar, orientando e disponibilizando cuidados e recursos necessários; e o Projeto Cuidar que é uma extensão do Projeto Visitar, que visa capacitar familiares ou cuidadores de usuários que não estão em condições de promover seus próprios cuidados.

O Hospital Ivan Goulart conta com um corpo clínico formado por 66 médicos de diversas especialidades e possui uma equipe multidisciplinar composta por 319 funcionários contratados. A diretoria é composta pelo presidente Celso Paulino Rigo, vice-presidente de patrimônio de gestão Sergio Bastos Seitenfus, vice-presidente de relações institucionais Pedro Rodrigues Machado, 1º Secretário Ordeniz Barcellos, 2º secretário Eléssio Jessus Dal Ponte, 1º Tesoureiro Jefferson Soares Guimarães, 2º Tesoureiro Ary Lotário Kirinus, diretor administrativo Mateus Alexandre Zucolotto, essa composição é bienal, e iniciou-se no ano de 2015.

Sendo uma instituição filantrópica mantida pela Fundação Ivan Goulart, os recursos da instituição são provenientes do Governo Federal e Estadual, Programa Estruturante da Secretária Estadual de Saúde e demais convênios. A Instituição também conta com o apoio da Associação Filantrópica Hospital Infantil Ivan Goulart, composta por senhoras da sociedade samborjense que desenvolvem atividades beneficentes. Por ser uma instituição beneficente está incluída no recebimento das apreensões feitas pela Polícia Federal, e também, obtém fundos que distribuem entre órgãos e instituições do município. Em média a instituição recebe 70% dos recursos institucionais do SUS e 30% dos recursos dos convênios e particulares.

Conforme consta no art. 5º do regulamento do hospital Ivan Goulart, no âmbito da prevenção, a instituição tem como intuito colaborar com a vigilância através da oferta de serviços que imunizem a população usuária, oferecendo a eles de forma ampla o acesso a esses serviços independentemente de suas condições econômicas, promovendo palestras, cursos e distribuição de materiais tendo em vista sempre o incentivo a prevenção; no âmbito curativo, a instituição oferece serviços de padrão adequado a atender as necessidades dos usuários, possibilitando a eficácia de diagnósticos, para assim reduzir de forma relevante a longa permanência dos usuários, de forma que atenda as necessidades de recursos humanos e materiais, tendo em vista a qualidade dos serviços oferecidos, tanto para população usuária como para os trabalhadores da instituição; no âmbito educativo, a instituição tem o comprometimento de disponibilizar espaços de inserção em suas unidades como campo de estágio, para estagiários nos seus devidos campos de atuação, tornando possível o desenvolvimento de suas atividades na área da saúde de acordo com sua formação. Para seus trabalhadores a instituição oferece capacitações, treinamentos e atividades que contribuam para melhoria do trabalho exercido pelos mesmos; no âmbito da pesquisa a instituição se propõe fomentar a pesquisa clínica e administrativa, desenvolvendo levantamentos estatísticos regularmente, de cunho qualitativo e quantitativo, de forma a comparar com a oferta de serviços de outros hospitais do mesmo nível. (HOSPITAL IVAN GOULART, 2015).

O Hospital Ivan Goulart tem como missão zelar pela saúde da população usuária, através da eficiência de profissionais especializados, equipamentos tecnológicos modernos para prestação de diagnósticos e serviços satisfatórios, que atendam as necessidades físicas, emocionais e espirituais dos pacientes. A visão do

Hospital Ivan Goulart é se tornar reconhecido como centro de referência da saúde na região, oferecendo atendimento adequado a todos que necessitarem, independente de possuírem plano de saúde, convênio ou ser particular.

Segundo o Hospital Ivan Goulart, a instituição apresenta uma proposta que tem por prioridade e finalidade atender com cortesia, presteza e eficiência o público do município de São Borja e região. A qualificação técnica dos profissionais atrelada a segurança no atendimento, o profissionalismo e postura apropriada tendo em vista a ética profissional, a proposta de educação continuada dos trabalhadores em busca do desenvolvimento pessoal e profissional, e a proposta de humanização dos profissionais para melhor atender os usuários também são aspectos prioritários para a instituição segundo informações coletadas (HOSPITAL IVAN GOULART, 2015).

3.1 Ala Recomeçar

Assim como citado anteriormente, as atividades desenvolvidas em estágio supervisionado que geraram subsídios para a produção do trabalho de conclusão de curso foram desenvolvidas na Ala Recomeçar, unidade de Saúde mental do Hospital Ivan Goulart. A Fundação Ivan Goulart possui um serviço de atendimento de urgência e emergência 24 horas, possibilitando assim receber os pacientes da rede de Atenção Psicossocial advindos do CAPS Caio Escobar e CAPS AD III.

A Ala Recomeçar (unidade de saúde mental), é o setor voltado para o tratamento/desintoxicação de pessoas que sofrem de transtornos mentais e/ou que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, Este espaço possui 11 leitos, sendo 9 vagas disponibilizadas para o SUS e 2 vagas para convênio particular. O processo de internação ocorre em média por 30 dias, podendo este ser estendido por mais alguns dias ou diminuído, conforme o quadro clínico do usuário a partir da avaliação médica. No período da internação, os usuários recebem medicação de acordo com sua patologia e são acompanhados durante esse período por uma rede de profissionais que compõe a equipe multidisciplinar, que visa atender as demandas postas pelos usuários.

A unidade de Saúde mental possui 11 vagas, que são insuficientes tendo em vista as demandas sociais urbanas e rurais dos municípios da região que se

apresentam na instituição e a grande solicitação de internação compulsória³ advindas via Ministério Público ou Defensoria Pública, independentemente do consentimento do usuário, exigindo do hospital a oferta de vagas não disponibilizadas pela instituição devido ao grande número de procura para internação.

Muito embora a instituição tenha que atender a demandas externas, assim como medidas judiciais, que forcem a internação dos usuários, versa no Plano Terapêutico da Ala Recomeçar os princípios defendidos pela Unidade, baseados nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica brasileira:

Deste modo a Reforma Psiquiátrica e o SUS apontam princípios para a descentralização do atendimento médico, implantando práticas interdisciplinares e intersetoriais de promoção a saúde e ainda, orientam para internação Psiquiátrica em Hospital Geral. Essa orientação vem com o propósito de derrubar as barreiras do modelo de internação hospitalocêntrico, onde se priva o usuário de seu convívio com a família e a sociedade. (HOSPITAL IVAN GOULART, 2013b, p.4).

Segundo Hospital Ivan Goulart Apud Monteiro (2009), “os hospitais gerais que contam com maior diversidade de profissionais e, que efetuam a articulação com a rede, de modo a possibilitar atendimento garantidores de cidadania, compreendem que o foco não é mais a “doença” e sim o sujeito em sua integralidade” (HOSPITAL IVAN GOULART, 2013b, p.4). Conforme o Plano terapêutico da Ala Recomeçar seus objetivos são:

- Promover integração utilizando-se da interconsulta com vistas à oferecer um trabalho colaborativo na construção de estratégias geradoras de respeito, autonomia, saúde ampla e humanização nos serviços prestados.
- Construção de projetos terapêuticos singulares de modo que sejam incorporadas estratégias de redução de danos⁴ que proporcionem a continuidade do processo de cuidado ao usuário de saúde mental em sua integração com a rede de atenção psicossocial.
- Garantir a transferência do usuário para estruturas hospitalares de maior complexidade quando as condições clínicas impuserem tal necessidade

³ Segundo Art. 9º da Lei 10.216 de 2001 “A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do Estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários”. (BRASIL, 2001. s.p).

⁴ Esse princípios e ações configuram uma estratégia de abordagem dos problemas com as drogas que não pressupõe que deve haver imediata e obrigatória extinção do uso de drogas, seja no âmbito das sociedades, seja no caso de cada sujeito; seu foco incide, evidentemente, na formulação de práticas que diminuem os danos para aqueles que usam drogas e para os grupos sociais com que convivem. (BRASIL, 2014, p.185).

visando a intersectorialidade e fluxo de rede. (HOSPITAL IVAN GOULART, 2013b, p.8).

A equipe multidisciplinar que compõe o quadro de profissionais da Ala Recomeçar é formada pela Médica Psiquiátrica (responsável pela unidade de saúde mental), Assistente Social, Psicóloga, Nutricionista, Enfermeiro, Técnicos de Enfermagem e estagiários de Serviço Social. Os parâmetros de atuação da equipe multidisciplinar são:

- Estabelecer diagnóstico dos EIXOS I, II, III e IV e diagnóstico clínico.
- Instituir tratamento para as patologias diagnosticadas (desintoxicação) e outras comorbidades de forma individualizada.
- Estabelecer vínculo de forma empática.
- Fortalecer a auto-estima.
- Estimular o desenvolvimento de atitudes positivas e o respeito ao próximo.
- Estimular a participação de modo a respeitar o direito de escolha de cada sujeito.
- Estimular potencialidades observadas.
- Promover saúde física e mental por meio de educadores, jogos, dança, brincadeiras e artesanato incentivando a criatividade e subjetividade.
- Orientar através de seminários os efeitos nocivos das drogas e de melhor se proteger, norteados pelos princípios da redução de danos.
- Estimular a aproximação com os familiares de forma sadia inventariando o passado e tecendo metas para o futuro.
- Estimular a leitura e a escrita, averiguando o potencial para retorno ao ensino.
- Aproveitar habilidades existentes e desenvolver novas durante as oficinas de artesanato. (HOSPITAL IVAN GOULART, 2013b, p.9).

O modelo de atendimento da Ala Recomeçar e da equipe multiprofissional que compõe o quadro de trabalhadores, é baseado nos mesmos princípios da instituição e trabalha com os aspectos biológicos, psicológicos e sociais (HOSPITAL IVAN GOULART, 2013b).

Apresentado a instituição, a unidade de saúde mental bem os elementos que os compõe, o próximo item abordará como o Serviço Social e os profissionais do Serviço Social estão inseridos nesses espaços.

3.1 O Serviço Social no HIG

Este item apresenta uma breve teorização do processo histórico do Serviço Social na saúde mental, para melhor compreender a atuação profissional na contemporaneidade e o Serviço Social no Hospital Ivan Goulart.

Para Bisneto (2011), a inserção do Serviço Social na Saúde Mental ocorre em 1940 no Centro de Orientação Infantil (COI) e Centro de Orientação Juvenil (COJ), a atuação profissional tinha uma perspectiva de caráter higienista, e trabalhava com jovens e seus familiares, diferente da atuação profissional contemporânea. A estrutura contemporânea do Serviço Social surge pós 1964, quando houve uma modificação no sistema previdenciário de atendimento aos usuários da Saúde Mental.

[...] com a mudança do atendimento previdenciário na Saúde Mental dos indigentes para os trabalhadores e seus dependentes em internações asilares, com a prestação de serviços sociais necessários ou benéficos para a lógica dos manicômios a fim de legitimá-los na situação de pobreza dos pacientes (BISNETO, 2001, p.113).

Segundo Rocha (2012), é nos anos de 1990 que o Serviço social passa a perceber que o antigo modelo de atuação na saúde mental que tinha como elemento central a doença, já não atendia mais as novas demandas que se apresentavam, se fazendo necessário abrir espaço para esse novo modelo de atenção com uma ótica voltada para o sujeito compreendendo-o em sua totalidade, rompendo assim com as práticas impostas pela psiquiatria clássica. Como é possível observar:

Ao construir o paradigma da reabilitação psicossocial em detrimento do paradigma da patologização dos indivíduos, a reforma psiquiátrica parte do reconhecimento de que a dimensão social da vida dos indivíduos é um aspecto central em sua reabilitação psicológica ou psiquiátrica, ou seja, reconhece-se que os modos de vida, os ambientes de vivências e as condições sociais dos sujeitos podem favorecer a reabilitação ou, por outro lado, acirra ainda mais o sofrimento mental. Toda experiência manicomial, centrada na exclusão, na desumanidade e na psiquiatria clássica provou, historicamente e negativamente, que os ambientes, os determinantes sociais influenciavam na reabilitação dos sujeitos, isto é, está provado na história que com as práticas de isolamento, a insalubridade e a falta de cidadania é impossível reabilitar o indivíduo (ROCHA, 2012, p. 40).

Na década de 1990, institui-se a Portaria nº 189 de 19/11/91, Portaria nº 224 de 29/01/92 e a Portaria nº 407 de 30/06/92 em consonância com o Movimento de Reforma Sanitária brasileira que trazia a proposta de oferta de serviços psiquiátricos alternativos e estratégicos para o acesso facilitado dos usuários e seus familiares, sendo possível reaproveitar essa estrutura assistencial de equipes multiprofissionais com uma ótica mais ampla abrangendo o âmbito social (BISNETO, 2011).

Ainda para Bisneto (2011), o grande avanço nas práticas em Saúde Mental, se deu pelo Movimento de Reforma sanitária que possibilitou a inserção de novos profissionais do Serviço Social à medida que esse movimento evidencia a relevância que a reabilitação tem para as pessoas adoecidas mentalmente, através de programas que abrangem o trabalho, a habitação e o lazer. Conforme o autor apresenta a seguir:

O Movimento de Reforma Psiquiátrica representa um grande avanço nas práticas em saúde mental, propiciando a contratação de novos assistentes sociais na medida em que este movimento enfatiza a importância da reabilitação social desses portadores de sofrimento mental, por meio de programas nas áreas de trabalho, habitação, lazer (práticas que não são especificamente “psi”) ressaltando a necessidade de se estabelecer uma cidadania efetiva para os usuários da rede de Saúde Mental: os aspectos sociais são essenciais para um serviço integralizado de assistência (BISNETO, 2011, p.115).

Já no Hospital no Hospital Ivan Goulart o Serviço Social foi inserido em novembro de 2004, pela Assistente Social Marlei Aparecida Maffra, com o objetivo de proporcionar melhorias na qualidade de vida dos colaboradores, funcionários, usuários e seus familiares. Cabe ressaltar como citado no item anterior, que essas informações foram adquiridas a partir de análise institucional e, diários de campo produzidos no processo de Estágio Supervisionado I e II.

Atualmente a Instituição Ivan Goulart conta com três Assistentes Sociais, a Assistente Social Claudia Maurer, responsável pelo turno da manhã, tem seu trabalho voltado de forma mais generalista, atendendo todas as unidades, abrangendo de forma ampla as demandas que chegam até a instituição; a Cintia Saldanha Lersch responsável pelo turno da tarde atendendo também de forma generalista, porém tem seu trabalho mais direcionado aos usuários e familiares da Ala Recomeçar, sendo essa unidade de sua responsabilidade; e a Maiara Fontela de Mello que trabalha em turno integral, onde iniciou suas atividades na instituição no ano de 2016 e tem suas atividades voltadas ao projeto Visitar que realiza ações durante o período de internação e pós-alta hospitalar, tendo como finalidade prestar orientações e acompanhamentos aos usuários e seus familiares, como também o projeto Cuidar, que surgiu como um braço do projeto visitar, com o intuito de capacitar cuidadores viabilizando o fortalecimento de vínculos familiares, promovendo autonomia de gerirem seus próprios cuidados.

O Serviço Social na instituição recebe diversas demandas, na maioria das vezes voltadas a política da saúde, a partir de sucessivas aproximações feitas pelos profissionais do Serviço Social, são desveladas diversas outras demandas, geralmente oriundas de situações de vulnerabilidade social, econômica, habitacional, dentre outras. Segundo os parâmetros de atuação do Assistente Social na área da saúde, as principais ações a serem desenvolvidas pelo profissional do Serviço Social são:

- prestar orientações (individuais e coletivas) e/ou encaminhamentos quanto aos direitos da população usuária, no sentido de democratizar as informações;
- identificar a situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários com vistas a construção do perfil socioeconômico para possibilitar a formulação de estratégias de intervenção;
- realizar abordagem individual e/ou grupal, tendo como objetivo trabalhar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes;
 - criar mecanismos e rotinas de ação que facilitem e possibilitem o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social;
- realizar visitas domiciliares quando avaliada a necessidade pelo profissional do serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos usuários e esclarecendo os objetivos das mesmas;
- realizar visitas institucionais com objetivo de conhecer e mobilizar a rede de serviços no processo de viabilização dos direitos sociais;
- trabalhar com as famílias no sentido de fortalecer seus vínculos, na perspectiva de torna-las sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde;
- criar protocolos e rotina de ação que possibilitem a organização, normatização e sistematização do cotidiano do trabalho profissional;
- registrar os atendimentos sociais no prontuário único com objetivo de formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas no prontuário social. (CFESS, 2009, p.22,23).

Para Martinelli (2011), o assistente social é um profissional que desenvolve seu trabalho diretamente com o usuário. Como no âmbito hospitalar a condição de fragilidade e vulnerabilidade se mostra ainda maior pela questão do adoecimento, faz-se necessário oferecer atenção completa aos usuários internados, que não demandam somente de diagnósticos médicos ou medicação, mas sim de um olhar humanizado, uma palavra, uma escuta sensível, como também um gesto acolhedor no atendimento oferecido, assim legitimando o papel do profissional do Serviço Social e a garantia de direito a saúde de forma humanizada.

Os Assistentes Sociais da instituição são contratados e também atendem as demandas institucionais, fazendo acompanhamento aos internados, auxiliando as equipes médicas por meio de processos burocráticos, e construindo relatórios anuais das atividades sociais desenvolvidas. Pela condição de trabalhador contratado diretamente ligado ao vínculo empregatício, os profissionais possuem autonomia relativa, tendo em vista que a instituição muitas vezes exija produção demasiada dos profissionais do Serviço social e apresente inúmeros desafios na realidade da atuação profissional, é notório que a partir do aporte teórico adquirido na academia, pela compreensão da direção social e política da categoria, é possível encontrar “caminhos” condizentes com o projeto ético político-profissional que entende que a demanda prioritária é a do usuário que chega até a instituição, e não o inverso.

Com relação ao produto, ele se encontra condicionado às condições de trabalho impostas pelas instituições empregadoras que estabelecem metas e impõem objetivos ao trabalho dos assistentes sociais, que possuem autonomia relativa. Os conhecimentos teóricos adquiridos durante o período de formação acadêmica se caracterizam como meios de trabalho exclusivo com os objetivos ético-políticos assumidos pelo Serviço social (FERREIRA, 2008, p.40).

O Serviço Social como uma profissão interventiva, trabalha na mediação entre o usuário e sua família, compete ao profissional executar com qualidade os serviços prestados pela instituição que, estabelece estratégias de enfrentamento visando à construção de autonomia dos usuários, legitimando a ação profissional através desse processo de mediação. Conforme o Regulamento do Hospital Ivan Goulart, mais especificamente no Art. 61º compete ao Assistente Social:

- I. Organizar o serviço e colocá-lo a disposição dos profissionais, colaboradores, pacientes e comunidade;
- II. Entrevistar os pacientes que procurem o hospital e que padecem de qualquer tipo de carência, para facilitar o acesso e a consecução de serviços do mesmo;
- III. Visitar os pacientes⁵ internados, colocando-se a serviços dos mesmos, para suprir suas carências e contornar seus problemas;

⁵ A relação profissional conota a idéia de que o paciente é sobretudo um cliente, ou seja, um usuário, um comprador de serviços, qualquer que seja o contexto em que é atendido. Portanto, não há consenso nas concepções dos termos cliente, paciente e usuário nas relações da pessoa que utiliza o serviço de saúde e o profissional da área. Dessa forma é preciso atenção no uso das expressões, sendo necessário pontuar algumas diferenças, já que os três termos tem raízes diversas, ainda que usadas como sinônimos. O termo paciente, começou a ser utilizado no século XIV e está relacionado com a pessoa que tem paciência, sereno, conformado (SAITO, 2013, p.176). Quanto ao termo cliente, ele não é mais utilizado no atendimento pelos profissionais da área da saúde, na

- IV. Interagir intensamente com as instituições de saúde locais, para facilitar a assistência hospitalar às pessoas da comunidade;
 - V. Manter constante relacionamento com as instituições sociais locais, para que seu trabalho seja mais amplo, facilitado e diversificado;
 - VI. Elaborar e colocar em prática um regimento e Manuais específicos para o setor;
 - VII. Acompanhar os colaboradores do hospital na solução dos problemas que enfrentam;
 - VIII. Visitar sempre que necessário os convênios de assistência médica do hospital, para diminuir dúvidas, auscultar o nível de satisfação dos usuários e propor sugestões para que os serviços prestados sejam sempre mais aperfeiçoados;
 - IX. Ministrando aos colaboradores e familiares todo tipo de informações sobre o acesso aos serviços de saúde locais;
 - X. Promover campanhas em benefício dos colaboradores mais necessitados para que possam dispor dos meios indispensáveis a sua realização;
 - XI. Envidar esforços para que todos os que trabalham no hospital usufruam de uma qualidade devida compatível com o trabalho que desenvolvam;
 - XII. Elaborar relatório anual das atividades sociais desenvolvidas.
- (REGULAMENTO HOSPITAL IVAN GOULART, s.a, s.p)

O trabalho do Assistente Social tem por objetivo intervir na realidade dos usuários, trabalhando e fortalecendo os processos emancipatórios, a capacidade de reflexão dos sujeitos sobre suas condições presentes, a possibilidade de uma transformação da realidade individual ou coletiva, e a inclusão social como consolidação dos seus direitos.

[...] toda ação desencadeada no processo de trabalho possui uma instrumentalidade, a qual possibilita a efetivação e concretização de resultados, para os quais os homens se utilizam de dois mecanismos: razão e vontade na escolha, criação, utilização ou aperfeiçoamento das condições, dos meios, dos instrumentos mais adequados ao alcance das finalidades, isso não ocorre sem a orientação de valores e princípios éticos-políticos claros, que direcionem as escolhas e a definição de finalidades (GUERRA, 2004, p.115).

As Assistentes Sociais da instituição desenvolvem inúmeras atividades, dentre elas estão as Visitas Domiciliares, acolhimento, entrevista, acompanhamento de usuários/pacientes pós-alta, transferências de pacientes internados, encaminhamento junto aos recursos da Instituição, encaminhamento a rede, atendimento em grupo e individual, orientação aos usuários que tiveram seus direitos violados ou que foram negligenciados, participação em Campanhas, Projetos e Programas desenvolvidos na instituição. Conforme a Lei 8.662/93 – Lei de

contemporaneidade dentro do âmbito hospitalar os termos utilizados são pacientes e usuários. O termo paciente geralmente é utilizado pelos profissionais que cuidam dos aspectos biológicos e psicológicos, e o termo usuários são utilizados geralmente por profissionais que trabalham os aspectos sociais.

Regulamentação da Profissão. Art. 4º, parágrafo V, dispõe orientar que é competência do Assistente Social (BRASIL, 2009, p. 18), “orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no entendimento e na defesa de seus direitos”.

Para Iamamoto (2007), a prática profissional do Assistente Social compreende as desigualdades sociais, econômicas, culturais, ambientais, étnicas, bem como todos os rebatimentos que esses fatores tem na vida dos usuários, e é a partir do contato mais profundo com o cotidiano que, se tornará possível conhecer a realidade, bem como reconhecer e compreender as expressões da questão social⁶ nas suas mais diversas formas.

[...] Essas expressões da questão social são a matéria-prima ou o objeto do trabalho profissional. Pesquisar e conhecer a realidade é conhecer o próprio objeto de trabalho, junto ao qual se pretende induzir ou impulsionar um processo de mudança. Nesta perspectiva, o conhecimento da realidade deixa de ser um mero *pano de fundo* para o exercício profissional, tornando-se *condição do mesmo*, do conhecimento, do objeto junto o qual incide a ação transformadora ou esse trabalho (IAMAMOTO, 2007, p.62).

Tendo em vista tais aspectos, é possível afirmar que as demandas cotidianas que chegam para o profissional do Serviço Social, que atende a unidade através dos usuários da saúde mental, não são diferentes das demandas generalistas do Serviço Social. As formas como se manifestam as expressões da questão social, enquanto conflito capital versus trabalho, não diferem-se, mas possuem particularidades. A partir de um aprofundamento maior dessa realidade possibilitada pelo processo de estágio supervisionado I e II, observou-se que existem particularidades mais específicas a serem apreendidas nesse tipo de processo de adoecimento, fazendo-se necessário considerar fatores biológicos, psicológicos e sociais, como as desigualdades, as condições de habitação, o território de risco, as condições de trabalho, o desemprego, a alimentação precária, a reprodução da exclusão, a violência, o abandono, a miserabilidade, a vulnerabilidade, compreendendo os sujeitos dentro de seus respectivos contextos, sendo possível assim intervir, mediar e transformar a realidade no qual os mesmos estão inseridos.

⁶ Questão Social apreendida como o *conjunto* das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 2007, p.27).

No cotidiano profissional, o Assistente Social da unidade compreende que a questão social se manifesta nas suas mais variadas expressões, o processo histórico que envolvem os usuários, as condições presentes, como a não acesso a educação, alimentação, trabalho, habitação digna, dentre outros direitos são considerados fatores determinantes no processo saúde doença, mais especificamente no adoecimento mental e/ou no uso abusivo de álcool e outras drogas. Assim sendo, se compreende o grande número de pessoas adoecidas mentalmente na região da fronteira oeste do RS. É possível observar no trecho a seguir:

Há que se considerar a vastidão de demandas sociais urbanas e rurais nos municípios da região, como apontam as estatísticas e estudos sobre aquela realidade, em especial para a população de jovens e adultos que não possuem oportunidades de emprego, e muito menos estão preparados para gerarem renda própria. Atrelados a essa desigualdade encontramos uma parcela mais excluída ainda deste cenário: os usuários dos serviços de saúde mental. (HOSPITAL IVAN GOULART, 2013b, p.6).

É possível observar que os usuários que são acometidos pelo adoecimento mental por fazerem uso abusivo de álcool e outras drogas, conseqüentemente sofrem de forma preconceituosa, rejeição e repulsa por parte da sociedade, sendo associados a criminalidade e a marginalidade pela população. O fato de grande parte da população não ter o conhecimento desse processo enquanto doença, como também do fator histórico de que o usuário de álcool e outras drogas eram tidos como marginal e atendidos como caso de policia e/ou pelo viés manicomial, sendo considerado “desajustado socialmente” devendo ser privado do convívio social, posicionamento que contribue ainda na contemporaneidade para esse tipo de visão da população (HOSPITAL IVAN GOULART, 2013b).

Diante deste contexto, a partir das demandas que emergiram da aproximação com a realidade dos usuários e familiares internados na Ala Recomeçar, originou-se a proposta do projeto de intervenção. Em síntese, essa proposta surge no sentido de fortalecer os vínculos afetivos fragilizados e/ou resgatar os vínculos familiares rompidos por meio da re-significação das relações familiares que será contextualizado no capítulo a seguir.

4 VIVÊNCIAS RELACIONADAS AO USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS A PARTIR DO HOSPITAL IVAN GOULART ENQUANTO OBJETO DE ESTUDO E DE PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), considerando as categorias da realidade no estudo: Serviço Social, Saúde Mental e Famílias, visa socializar a experiência dos períodos de Estágio Supervisionado em Serviço Social I e II, realizado no Hospital Ivan Goulart, hospital geral do município de São Borja, fronteira oeste do Rio Grande do Sul, o qual conta com leitos de saúde mental. Esse espaço no qual realizou-se os períodos de estágio, bem como a o projeto de intervenção, permitiu a aproximação com temática e, ainda, intervir, a partir das necessidades das pessoas internadas por uso abusivo de álcool e outras drogas, junto usuários e familiares.

Dito isso, o projeto de intervenção visava trabalhar os vínculos familiares, com a proposta de fortalecimento/resgate de vínculos e, também, da participação da família no tratamento. Logo, com base nos resultados das ações, a socialização dessa temática na forma deste trabalho tem o objetivo de ampliar as discussões sobre o trabalho da profissional Serviço Social junto a tais demandas. Portanto, o presente trabalho, para além do resgate histórico das reformas em saúde, das leis e resoluções, também apresenta o projeto de intervenção operacionalizado no período do Estágio Supervisionado II, que ocorreu no primeiro semestre de 2017 e a descrição dos resultados obtidos.

O projeto de intervenção, faz parte de um conjunto de documentos fundamentais durante o processo de formação profissional. Elaborado no decorrer do estágio supervisionado I, com proposta de ação a ser executada no período de estágio supervisionado II, o projeto de intervenção surge a partir da leitura da realidade das demandas que surgem no espaço sócio ocupacional que estamos inseridos e se configura como o fazer profissional para a tríade que compõe o processo de estágio: supervisor de campo, supervisor acadêmico e estagiário. Tendo em vista tais aspectos, é possível destacar:

[...] é um processo complexo, que supõe a apreensão da realidade concreta da sociedade, da formação, da universidade, do campo, do acadêmico, e do processo ensino-aprendizagem. Desse ponto de vista, é um espaço de ensino-aprendizagem, momento de vivenciar a reflexão, o questionamento e de incorporar a teoria numa dimensão pedagógica; é um espaço do qual supervisor e supervisionado se beneficiam por

experienciarem um ambiente educacional por excelência (LEWGOY,2009,p.132).

O estágio supervisionado viabilizou a experiência de uma aproximação cotidiana com a realidade dos usuários e seus familiares, a apreensão de novos conhecimentos, bem como a reflexão das práticas profissionais, um processo de ensino-aprendizagem constante e coletivo, que possibilitou a elaboração do projeto de intervenção comprometido com o projeto ético político que norteia a ação profissional, a partir de suas bases que são a Lei de Regulamentação da Profissão (1993) e o Código de Ética da Profissão (1993).

O projeto de intervenção surgiu com o propósito de desenvolver atividades a partir da unidade de saúde mental, juntamente com as pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas internadas na Ala Recomeçar e seus respectivos familiares, para assim poder ter uma aproximação maior com a realidade das quais as mesmas se inserem. Compreendendo a realidade presente dos sujeitos envolvidos, levou-se em consideração para a aplicabilidade do projeto, o período de internação do usuário, como também a possibilidade de deslocamento dos familiares até a instituição para o desenvolvimento das atividades.

No decorrer do processo de estágio supervisionado I, foi possível observar várias demandas de usuários em situação de vulnerabilidade, por se encontrarem em situação de rua, em condição de trabalho informal, baixo grau de instrução e escolaridade, violência intrafamiliar, criminalidade, vínculos afetivos fragilizados ou rompidos com familiares, condições habitacionais e sócioeconômicas precárias, preconceito, território de risco, dentre outros.

Dito isso, o que se tornou mais notório a partir das falas dos usuários, foi referente aos vínculos familiares, seja na condição de fragilidade ou de rompimento, sendo possível observar nesse período de vivência, o significado que a família tem no processo de recuperação. Compreendendo esses aspectos que o projeto de intervenção trouxe como objetivo a construção de um espaço de socialização de sentimentos, motivos, condutas familiares, abordagens e esclarecimentos referentes a conceitos e, expectativas das famílias em torno do tratamento do usuário institucionalizado na Ala Recomeçar, estimulando através de diálogos reflexivos estratégias que visassem o fortalecimento das relações entre os membros da família com o intuito de reduzir os danos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras

drogas. Considerando a importância da participação família assim como versa nos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira, compreendendo também como uma demanda que emerge dos próprios usuários, o próximo item discorrerá sobre a família como elemento fundamental no acompanhamento do tratamento/recuperação.

4.1 Famílias: elemento e recurso no processo de tratamento de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas

Para que se possa compreender melhor a intervenção proposta no projeto, optou-se por discorrer sobre a categoria família neste capítulo, já que a participação da mesma emergiu enquanto demanda dos usuários a partir das intervenções ocorridas no estágio supervisionado I.

A família é elemento essencial da sociedade, constituída por indivíduos que possuem laços consanguíneos ou ligados por laços afetivos. Como primeira referência da pessoa, a família torna-se mediadora entre a pessoa e a sociedade, no interior dela aprendemos a compreender o mundo e nos localizarmos nele. “É um dos grupos responsáveis por nossa formação pessoal” (BRASIL, 2014, p.52). Dito isso, é possível compreender que não se pode levar em consideração o indivíduo apenas na perspectiva da singularidade, e sim na sua totalidade, através das relações que se estabelece no seu cotidiano e suas manifestações. Tendo apreensão dos fatores que determinam as condições presentes, é possível afirmar que:

As influências familiares, os condicionantes culturais, as determinações sociais relacionadas ao mundo do trabalho, as políticas sociais, ao território onde vive, particularizam-se em sua história e explicam sua condição presente (FÁVERO, 2009, p. 612).

Nesse sentido que entra o papel fundamental da família, nas estratégias de recuperação da pessoa que faz uso abusivo de álcool e outras drogas. A família vem sendo acionada pelas políticas públicas para participar juntamente com os usuários dos serviços acessados, visto que essa condição seja para muitos constrangedora faz-se necessário reconhecer o adoecimento do sujeito, pois é de responsabilidade

e dever da família buscar ajuda no tratamento, pois o processo de recuperação é favorecido diante desse apoio.

A família representa função fundamental não só na relação com os indivíduos que a compõe, como também na relação com o Estado, na concepção de instituição social determinante no processo de desdobramento de integração/inclusão social de seus integrantes. Sendo assim, a família contribui na formação de indivíduos autônomos, como também responsáveis pelas relações sociais as quais estão inseridos, favorecendo o fortalecimento e/ou resgate dos vínculos familiares fragilizados e/ou rompidos através do desenvolvimento da autonomia e independência dos mesmos (BRASIL, 2014).

A inclusão da família é muito importante na construção de qualquer processo de compreensão e intervenção com o usuário, devendo ser incluída desde o começo em todas as ações em saúde, o que torna fundamental conhecê-la, em suas potencialidades e fraquezas, suas redes e suas determinações para as possibilidades (ou não) de mudanças. Assim a família deveria ser protagonista de todo processo de acompanhamento do sujeito. (BRASIL, 2014, p. 58)

Para Kauloustian e Ferrari (1994), a família é o espaço indispensável para a garantia da sobrevivência e da proteção integral dos filhos e demais membros, independente do arranjo familiar ou da forma como vem se estruturando. É na família que propicia os aportes afetivos e, sobretudo, materiais necessários ao desenvolvimento e bem estar dos seus componentes. Ela desempenha um papel decisivo na educação formal e informal, em seu espaço que são absorvidos os valores éticos e morais, e onde se aprofundam os laços de solidariedade.

O fortalecimento/resgate dos vínculos familiares com o usuário de drogas é de suma importância, pois muitas famílias ao se deparar com o tratamento encontram-se desgastadas, esgotadas diante de esforços anteriores e, optam por se afastar do usuário, podendo ser prejudicial para o tratamento do mesmo. Diante disso, ressalta-se que o envolvimento da família é necessário, pois geralmente por falta de informação ou por puro desconhecimento da mesma sobre a função do hospital, ocorre a responsabilização e culpabilização pelo insucesso do término do tratamento, já que a maioria das pessoas desconhece que a função do hospital não é trancafiar o usuário e priva-lo da liberdade como ocorria em períodos anteriores, e sim tratar o quadro clínico ou psíquico, considerando os aspectos biológicos,

psicológicos e sociais. A não socialização dessas informações, acaba por prejudicar a situação, podendo gerar uma distancia maior entre a instituição, usuário e família. Considerando tais aspectos, é possível afirmar que:

[...] através da consideração familiar que os membros passam a receber atenção não só para suas angustias, mas também começam a receber informações fundamentais para a melhor compreensão do sofrimento que o sujeito e ela vivenciam. Saber abordar, avaliar, acompanhar e tratar a família torna-se, portanto, imperioso. (BRASIL, 2015, p.58).

Partindo desse princípio, foi desenvolvido os objetivos do projeto de intervenção, o objetivo geral teve como proposta “Construir um grupo na instituição como ferramenta para o fortalecimento e/ou resgate de vínculos familiares dos usuários internados na Ala Recomeçar” demanda que emergiu a partir do que foi observado no estagio supervisionado, enquanto necessário para o tratamento dos usuários. Os objetivos específicos foram: I. Acolher, orientar e encaminhar os familiares que tiverem interesse na temática proposta. II. Criar um grupo de dialogo e reflexão junto aos familiares dos usuários internados na Ala recomeçar. III Proporcionar através desse grupo e processo, o fortalecimento e/ou resgate dos vínculos familiares. Considerando os objetivos do projeto de intervenção, o próximo item discorrerá sobre as ações do projeto de intervenção e seus resultados.

4.2 Resultados das ações do projeto de intervenção

A execução do projeto de intervenção subsidiou-se por ações elaboradas previamente e monitoradas cotidianamente pelos indicadores, foram elas: I. Acolher, orientar e encaminhar os familiares dos usuários internados que tiverem interesse em participar do grupo no período de estagio curricular II, Indicador: Número de usuários e familiares que participaram do grupo; II. Criação de momentos de diálogo e reflexão junto aos familiares. Indicador: Número de encontros realizados; III. Busca pelo fortalecimento dos vínculos familiares fragilizados e/ou resgatar os vínculos familiares rompidos. Indicador: Número de familiares que reestabeleceram os vínculos afetivos com seu ente. As ações planejadas e previstas foram executadas, porém houveram algumas mudanças em relação ao horário, de forma a contribuir e facilitar a participação dos familiares, adaptações em relação aos recursos humanos

para que se fosse possível efetuar o processo, sem interferir no resultado previamente ideado, como também para que as intervenções trouxessem resultados positivos e satisfatórios. Como parâmetro de avaliação, considerando os objetivos específicos do projeto foram utilizadas as informações do diário de campo como meio de verificação, produzidas pelo sistema de monitoramento com base nos indicadores que mensuraram sua efetividade. Considerando tais aspectos, é possível verificar que:

[...] o **planejamento** é o momento do exercício da imaginação e da projeção do desejável em determinadas circunstâncias, o processo de **monitoramento** organiza o acompanhamento regular das atividades dentro de seus respectivos escopo, prazo e custo, e a **avaliação** representa os momentos de valoração dos efeitos e dos sentidos mais gerais da ação. [...] Planejamento, monitoramento e avaliação são momentos e dimensões do ciclo de vida de um projeto ou ação. Planejamento, monitoramento e avaliação se materializam, assim, tanto de forma sucessiva no tempo – planeja-se, monitora-se e, então, avalia-se; como de forma concomitante – o monitoramento sempre envolve reflexões avaliativas, ambas resultando em replanejamentos regulares (ARMANI, 2008, p.11).

O planejamento ocorreu através das ações planejadas que foram executadas e as metas previstas alcançadas. Assim sendo, foi possível verificar a efetividade do projeto por meio dos resultados que foram alcançados na sua totalidade, considerando a adesão dos usuários e familiares nas atividades propostas, como também os impactos que essas ações causaram e o que isso resultou na vida dos sujeitos envolvidos nesse processo.

Durante o período de aplicação do projeto, mais especificamente no decorrer do mês de Maio de 2017, havia 11 usuários internados na Ala Recomeçar. No período em que foi aplicado o projeto de intervenção, havia 1 caso de fragilização de vínculos familiares e 2 casos de rompimento total de vínculos, um dos casos de rompimento total de vínculo, o usuário se encontrava em situação de morador de rua. Necessitando assim de maior atenção, por se encontrar em grande situação de vulnerabilidade.

Foram realizadas 5 encontros, as atividades de grupo ocorreram nos dias 04.05, 11.05, 14.05, 18.05 e 25.05, foi escolhido esse período para se conseguir aplicar o projeto e finalizar com o mesmo grupo de usuários, já que as internações tem grande rotatividade e duram em média de 21 a 30 dias. As atividades de grupo como parte constitutiva do projeto de intervenção, tiveram uma boa aceitação, pois

todos os usuários internados na Ala aderiram a proposta de participar dos grupos, mesmo em alguns casos possuírem laços estabelecidos com seus familiares. Participaram no decorrer do projeto 14 familiares de usuários internados na Ala Recomeçar.

Os grupos trouxeram dinâmicas que possibilitavam os usuários e seus familiares socializarem sobre seus sentimentos, sobre suas realidades, expectativas, motivos, tendo o estagiário como mediador, gerando processos reflexivos entre os participantes. Houveram abordagens individuais com os usuários, como também com seus familiares. As abordagens individuais foram de suma importância, pois esses momentos possibilitaram uma maior apreensão de aspectos que talvez não emergissem na presença de outros, referente a realidade da vida dos sujeitos envolvidos no processo, apresentando em maior riqueza de detalhes elementos que explicam as condições de vida presentes dos mesmos.

As atividades a partir da aplicação do projeto de intervenção foram também: acolhimento aos usuários, entrevistas, busca ativa dos familiares, visita domiciliar, confraternização do dia da família⁷, encaminhamentos a comunidade terapêutica e ao CAPS AD.

Como citado anteriormente, havia 1 caso de fragilização de vínculos familiares e 2 casos de rompimento total de vínculos. No primeiro caso de fragilização de vínculo, foi contatada a mãe da usuária que estava internada na Ala, que logo compareceu na instituição. Ela relata que não aguenta mais essa situação “pois a filha estava se prostituindo para fumar crack e deixava os dois filhos ainda bebês aos cuidados de outras pessoas” (SIU). Após esse acolhimento e entrevista a mãe da usuária houveram diálogos presenciais e via ligação, posteriormente a esses diálogos a mãe foi visitar a filha, participou dos grupos e marcamos com ela duas visitas assistidas⁸ com as crianças, pois não é permitida a entrada de crianças na Ala Recomeçar, devido a presença de usuários que internam em surto. As visitas foram importantes para usuária no processo de desintoxicação, sendo possível

⁷ Optou-se em realizar o dia da família e não o dia das mães, considerando a realidade dos usuários, que muitas vezes não possui relação com a mãe, seja por fatores como a morte ou questões de distâncias territoriais.

⁸ Sobre visita assistida: “O direito de visita – melhor seria direito à visita – consiste no direito de ser visitado, e não no direito de ir visitar o outro. A expressão 'direito de visita' deve ser interpretada como a faculdade que alguém tem de receber visita, quer de pais, quer de parentes e amigos.” (BAPTISTA, 2000, p.294). No caso a visita assistida, é caracterizada pela presença de um ou mais profissionais que atendam o usuário.

observar que ela estava se sentindo valorizada pela presença deles, que conforme relato da mesma “deram forças para ela ter vontade de reorganizar sua vida e seguir tratamento em comunidade terapêutica” (SIU). Após o período de internação a usuária foi encaminhada a comunidade terapêutica.

No segundo caso de vínculos rompidos, a aproximação com a realidade desse usuário se deu através de documentos do Serviço Social armazenados na instituição, que contextualizavam a trajetória das suas internações. Esse caso trata do rompimento de vínculos consequente de uma história de vida marcada por muitos sofrimentos, abono, tráfico e reclusão penal por parte do pai, situações de vulnerabilidade da família e pobreza. A intervenção ocorreu após diálogo com a mãe do usuário, com quem ele morava, a mãe informou que o pai estava em regime semi-aberto no momento e que poderíamos procurá-lo para dialogar e propor a visitar ao filho que há anos não via, e participar dos grupos. No momento que contatamos o pai, foi possível observar que ele queria uma reaproximação do filho, porém ele não aceitava que filho fosse usuário de crack, uma vez que os usuários de cocaína como o caso do pai, tem preconceito com quem faz uso do crack. Conforme diálogo desenvolvido com o pai do garoto pode-se compreender que esse juízo de valor se dá também entre as pessoas que fazem uso de cocaína, por entenderem que o uso do crack coloca-os em constante condição de risco decorrentes de práticas delituosas para obtenção da substância, os “usuários de crack são vistos como os nócios, pois perdem o controle de suas próprias vidas”. (SIU). O uso abusivo da substância “leva o usuário a utilizar-se de manobras ilícitas, na relação com a família: a mentira recorrente, os roubos praticados dentro de casa e violência são relatos comuns” entre os mesmos. (SELEGUIM, 2011, p.8). Após o diálogo, o pai compareceu na instituição para visitar o filho, foi muito emocionante. Durante o período de internação do usuário, o pai se deslocava diariamente ao hospital para visitar o filho, dando continuidade a participação do mesmo nos grupos. Logo após a desintoxicação o usuário deu seguimento do tratamento no CAPS AD.

O terceiro caso de ruptura de vínculos como citado anteriormente, foi aquele que necessitou mais estratégias e intervenções para a promoção de resgate de vínculos. Esse caso trata de uma pessoa que fazia uso abusivo de crack e se encontrava em situação de rua. A baixa hospitalar foi possível pela busca diária de internação junto a instituição. Foi questionado e dialogado com a Assistente Social

sobre a problemática de não conseguir atender essas demanda devido não haver leitos disponíveis na unidade de saúde mental. Logo, foram encaminhadas ações dentro da instituição, através de dialogo com a equipe multiprofissional que atende a unidade, foi possível responder a demanda.

Mesmo emagrecido demasiadamente e debilitado, ele foi persistente e conseguiu internação. Sabe-se que o número reduzido de vagas prejudica o atendimento a usuários que queiram ou necessite de atendimento na unidade de saúde mental. Logo após a internação, ocorreu o acolhimento do usuário, e a partir desse momento e de sucessivas aproximações, tendo em vista sempre o olhar e a escuta sensível, foi possível observar que foram estabelecidos vínculos entre usuário e estagiária. Foram realizadas abordagens individuais, nas quais o sujeito traz elementos da sua história de vida, a exemplo do fato do mesmo ter sido criado somente pelo pai, como também a ruptura da relação, ocasionada pelo preconceito de toda família quanto sua condição presente e, pela não aceitação do pai quanto ao uso abusivo de drogas. Levando em consideração relatos do usuário é possível observar que:

“O uso de drogas é compreendido, pela sociedade, como falta de caráter e, tanto o usuário como a sua família são estigmatizados e sofrem preconceito devido a essa situação, o que evidencia a necessidade de conhecer as famílias em seus diversos aspectos. Assim, cabe aos profissionais de saúde apoiar, auxiliar e fornecer suporte à família para que essa possa compreender e enfrentar o cotidiano que envolve o cuidar do usuário de drogas ” (SOCCOL, 2014, p.120)

Houve inúmeras tentativas sem sucesso de contato com o pai. Foi realizada uma visita domiciliar agendada antecipadamente na casa da tia, para se ter um contato maior com essa realidade, porem não tinha ninguém em casa. A tia foi chamada ao hospital pra levar material de higiene pessoal e relatou que o pai não podia ver o filho que estava internado, porque trabalhava na zona rural e isso impossibilitava de comparecer nos horários de visita, no entanto, a mesma se disponibilizou a avisar o pai para participar do dia da confraternização da família que ocorreria no domingo, dias das mães.

Chegado o dia da confraternização da família, o usuário citado nesse caso, era o único que se encontrava sozinho, ele estava muito triste e ficava nos quartos da Ala sem querer confraternizar. Fui chamada inúmeras vezes nessa tarde por ele

pra conversar individualmente, onde ele dizia “que não tinha ninguém, que todo mundo que esta ali tinha família e, que o pai dele não ia perdoar ele por todas as coisas que fez para usar drogas” (SIU). Após dialogar e refletir com ele sobre seu processo foi possível trazer para junto do grupo e confraternizar.

Após o dia da confraternização, foi feita a busca ativa desse pai. Obtivemos informações do seu endereço através de pessoas que o conheciam, o mesmo não estava trabalhando na zona rural, como também desconhecia a condição presente de filho. Segundo o pai, a tia do usuário, sua irmã, que tinha se comprometido com os profissionais do Serviço social do Hospital em avisar sobre a internação do filho, não repassou as informações para ele, segundo o mesmo, “ela não gosta dele, não quis me contar porque sabia que eu ajudar, ela quer que eu largue de mão, porque é sem vergonhismo o que ele faz” (SIU). No dialogo com o pai, trouxemos a reflexão sobre o uso abusivo de álcool e drogas e de questões determinantes e de fatores que levam ao consumo, a questão da importância da família e outros aspectos, ele concordou em reestabelecer contato com seu filho e ajuda-lo no processo de recuperação.

Foi realizada a visita do pai do usuário na Ala Recomeçar, o primeiro momento foi muito emocionante. Os dois se abraçavam muito e o pai dizia que estava orgulhoso pelo filho ter procurado tratamento, foram deixados a sós pelo resto do tempo para dialogarem questões dos seus interesses. O pai foi comunicado e convidado a participar dos grupos que teriam mais dois encontros até o término do processo de desintoxicação do filho, foi possível observar que esse processo não só motivou o usuário a seguir ao tratamento, como também despertou sentimentos de valorização pessoal e expectativas de uma vida “digna” (SIU). Logo após o período de desintoxicação o usuário foi encaminhado à comunidade terapêutica onde segue tratamento.

A proposta do projeto de intervenção teve boa aceitação por todos, e participaram também os usuários e familiares que possuíam vínculos estabelecidos, já que esse espaço de internação não oferece muitas atividades diárias, e o espaço proporcionou a eles momentos de reflexão e interatividade. Foi possível realizar o acompanhamento e a promoção de fortalecimento e resgate vínculos nos três casos que necessitavam. Os grupos ocorreram no horário de visita, que foi adaptado ao

longo do desenvolvimento do projeto, com o intuito de facilitar o comparecimento dos familiares.

O projeto de intervenção teve a intenção de buscar respostas de como as expressões da Questão Social tem rebatimento no reestabelecimento de vínculos entre usuário de drogas e a família como contextualizado no capítulo anterior, no intuito de encontrar formas de favorecer o estabelecimento das relações familiares, criando fatores de proteção para reduzir os danos decorrentes o uso abusivo de álcool e outras drogas. A intenção buscou refletir também sobre a importância da família na recuperação dos usuários de drogas por meio das atividades propostas. Tendo em vista que o processo coletivo proporciona através da socialização de vivências e sentimentos, uma melhor compreensão de sua trajetória. Também abordou-se os impactos que uso abusivo de álcool e outras drogas oferece, tanto para o usuário, quanto para a família do mesmo. Presume-se que o projeto teve resultados positivos e melhoria em diversos aspectos para o indivíduo e família, como autoestima, valorização pessoal e a própria compreensão da importância do atendimento.

Ressalta-se que o projeto teve grande importância tanto para a ação profissional do Assistente Social quanto para o âmbito social, pois gerou subsídios para futura atuação dos profissionais, através do processo de reflexão, assim como orienta o Código de Ética (1993) sobre o respeito a liberdade e autonomia através de intervenções que oportunizem aos sujeitos estar participativos no processo de tratamento, pensar em recursos e mecanismos institucionais que possibilitem a participação com o intuito de trabalhar os casos de fragilização/ruptura de vínculos familiares que se apresentarem posteriormente. Como também contribuiu no processo de reflexão sobre promoção da autonomia e exercício da cidadania de todos os sujeitos envolvidos, assim como aborda a lei 8.080 (1990) que trata que é responsabilidade da sociedade, da família e do Estado, sendo assim, o Estado deve ofertar tais políticas e serviços e da família, bem como do sujeito. No atendimento de pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas orienta a lei 10.216 (2001) que deve-se respeitar a liberdade e dignidade humana, considerando que esses fatores contribuem de maneira significativa e reflete na vida cotidiana dos usuários e seus familiares.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Trabalho de Conclusão de Curso desenvolveu-se tendo como eixo central o projeto de intervenção elaborado e executado durante os períodos de Estágio Supervisionado em Serviço Social I e II, sendo que o primeiro foi realizado de Agosto à Novembro de 2016 e o segundo de Março à Junho de 2017. As experiências vivenciadas em estágio contribuíram para a escolha da temática como objeto de estudo e de produção de conhecimento, gerando subsídios para composição do trabalho, caracterizando-o como relato de experiência.

Para construção do referencial teórico foi realizada pesquisa bibliográfica em fontes e autores que contextualizam a Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica brasileira e, ainda, utilizou-se os Parâmetros da Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2010). A pesquisa documental foi feita a partir da Constituição da República Federativa do Brasil (1988), a Lei n. 8.080 (1990), a Lei n. 10.216 (2001), a Política do Ministério da Saúde para a Atenção de Usuários de álcool e outras drogas (2003) e o Código de Ética do Assistente Social (1993).

Considerando a exploração da temática sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas, a partir das experiências vivenciadas junto às famílias dos usuários institucionalizados na Ala Recomeçar do Hospital Ivan Goulart, elaborou-se o capítulo dois. Foi importante compreender os avanços dados pelas reformas de saúde no Brasil, o processo histórico de como a política de saúde se constituiu no país, os avanços materializados na forma de leis e políticas que viabilizam a materialização dos direitos dos usuários de álcool e outras drogas na contemporaneidade, enquanto pessoas acometidas de transtornos ou doenças decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas. A exploração através da leitura de todo o contexto que envolve a temática auxiliaram na compreensão de como o processo histórico acompanhado de grandes avanços e desafios, reflete na atual conjuntura do Sistema Único de Saúde que atende as demandas da Saúde Mental, como também contribuiu para o desenvolvimento do processo de construção do Trabalho de Conclusão de Curso.

Para a construção do capítulo três foram utilizadas informações coletadas no site da instituição, como também documentos elaborados no processo de Estágio Supervisionado em Serviço Social I e II. Esse capítulo apresentou a instituição e suas características, aspectos gerais e sua estrutura; a Ala Recomeçar (unidade de

saúde mental) que é o setor no qual as intervenções foram realizadas; como o Serviço Social está inserido na instituição; o trabalho das Assistentes Sociais no âmbito hospitalar que atende as demandas generalistas; a atuação do Serviço Social na Saúde Mental que abrange a forma de atendimento as demandas relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas no Hospital Ivan Goulart; os obstáculos que o profissional do Serviço Social tem em desenvolver algumas atividades, como grupos em que estimule o acompanhamento/inserção dos familiares no tratamento dos usuários institucionalizados, devido ao número excessivo de demandas e nesse sentido uma breve contextualização quanto a autonomia relativa desse profissional.

Quanto ao capítulo quatro, vale ressaltar que ele foi construído com base no documento que estrutura o projeto de intervenção e a execução mesmo. Esse capítulo abordou a problematização do projeto de intervenção pensado com uma proposta de atuação, considerando a demanda que emergiu com a aproximação da realidade dos usuários institucionalizados na Ala Recomeçar, no sentido de aproximar os familiares com a instituição, favorecendo o fortalecimento e/ou resgate dos vínculos entre os usuários membros da família, promovendo a mediação de conflitos em prol de reduzir os danos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas.

Diante da análise dos resultados junto aos usuários e familiares acompanhados durante internação na Ala Recomeçar, foi possível refletir sobre a importância e relevância do projeto, pois a demanda emergiu enquanto vontade dos próprios usuários e se materializou como proposta de intervenção. Partindo desse princípio, considerar a ampliação e continuação do projeto como base para futuras intervenções, na perspectiva de ter a família e usuário como protagonistas e sujeitos da própria história, gerando autonomia nos processos de recuperação assim como orienta os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira que prima por um modelo de cuidado respaldado no exercício pleno da cidadania, e não unicamente o tratamento singular e sintomático, ajustado de forma a atender as necessidades dos usuários junto ao seu convívio social, sob uma perspectiva abrangente e ampliada que contemple também os fatores biológicos, psicológicos e sociais. Considerando tais aspectos, é possível observar que a presente proposta foi ao encontro com os objetivos da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas

(2003) que compreende a importância do acompanhamento e avaliação de forma sistemática de diferentes intervenções que permeiam o tratamento, a fim de promover os que alcançarem resultados positivos.

Foi possível no desenvolver das ações e da elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) perceber a indissociabilidade das categorias do método na realidade. Portanto, as categorias citadas na introdução do trabalho, historicidade, totalidade, contradição, bem como o objeto de trabalho do Serviço Social, sendo essa a questão social, apresentam-se na vida dos sujeitos, que vivenciam no uso abusivo de álcool e outras drogas enquanto uma forma de resistência, mas também como manifestação das desigualdades da sociedade capitalista, essa que em suas expressões materializam o conflito capital x trabalho.

Portanto, na dimensão da contradição encontra-se uma sociedade de direitos constituídos, porém negados quando sujeitos não acessam ou tem dificuldades em acessar direitos ou serviços previstos nas leis e políticas, não somente a de saúde, mas nesse caso considerando a mesma que é a temática de estudo do presente trabalho. Sendo necessário, nesse processo de leitura de realidade compreender as demais categorias do método, retomando mais uma vez a sua relação com a compreensão de realidade, e de homem e de mundo. Logo, a historicidade é um processo que perpassa o sujeito dentro do seu contexto individual, retomando mais uma vez que sua história possui perpassamentos anteriores, podendo no caso deste estudo citar os movimentos que antecederam a própria política de saúde mental e de atenção integral de usuários de álcool e outras drogas, e desta forma também resgatar outra categoria também empregada nesse estudo, a totalidade, que compreende o movimento da história e suas contradições de forma articulada em contexto social, econômico, histórico, cultural, etc.

Considerando que o presente trabalho é a síntese do processo de estágio e, de aproximação com a temática, é possível pensar que a construção do mesmo, contribuiu de maneira significativa para formação profissional. A aproximação com a realidade dos usuários, o conhecimento das leis e normativas que orientam os atendimentos, oportunizaram compreender os sujeitos em sua totalidade, momento em que colocou-se em prática, a teoria apreendida enquanto acadêmica.

REFERÊNCIAS

ALVES, Vânia Sampaio; LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira. **Atenção à saúde de usuários de álcool e drogas no Brasil: convergências entre a saúde pública e os direitos humanos**. *RDisan*, São Paulo, v. 13, n.3, 2012. Disponível em: <www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/56241-70913-1-sm.pdf>. Acesso em 19 de novembro de 2017.

AMARANTE, Paulo. **A (clínica) e a reforma psiquiátrica**. In: **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora; 2003.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 20 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE, Paulo (coord.) **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil** / coordenado por Paulo Amarante. – Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ARMANI, Domingos. Monitorando e avaliando mudanças. In: **Rev. Eletrônica Portas**, v.2, n.2, p.10-17, jun.2008.

AROUCA, A. S. In: **SUS: Revendo a trajetória, os avanços e retrocessos da Reforma Sanitária brasileira**. Tema Radis, 20, fev. 2001, p.3 – 8.

AROUCA, Sergio. (1998). : Disponível <<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em 19 de novembro de 2017.

BAPTISTA, Sílvio Neves. A família na travessia do milênio. In: PEREIRA, Rodrigo da Cunha (Coord.). **Anais do III Congresso Brasileiro de Direito de Família: família e cidadania**. O novo CCB e a vacatio legis. Belo Horizonte: Del Rey / IBDFam, 2000, p. 294. Disponível em: <http://www.ibdfam.org.br/_img/congressos/anais/69.pdf>. Acesso em 19 de novembro de 2017.

BARBOSA, Thaís Karina Bezerra de Melo. **Saúde Mental e demandas profissionais para o Serviço Social**. Dissertação (mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Serviço Social. Macéio, 2006.

BERLINGUER, Giovanni; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. **Reforma Sanitária: Itália e Brasil**. São Paulo: Cortez, 2011.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática** / José Augusto Bisneto. -3. Ed. – São Paulo: Cortez, 2011.

BRASIL. (2010b). **Atenção Básica**. V. 2. Cadernos Humaniza SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_basica.pdf> . Acesso em 20 de ago. 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1988. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 19 de novembro de 2017.

BRASIL. (1990). **Lei n. 8.080**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em 19 de novembro de 2017.

BRASIL. (2001). **Lei n. 10.216**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em 19 de novembro de 2017.

BRASIL. (2003b). **A política do ministério da saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf>. Acesso em 19 de novembro de 2017.

BRASIL. (2005b). **Reforma psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em 19 de novembro de 2017.

BRASIL. (2014). Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas. **Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias** / Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de

Políticas sobre Drogas. - 6. Ed. – Brasília, DF : SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014. 312 p. ; il., gráfs., tabs.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Mauricio Castro de. Projeto ético - político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: VERJ, 2004.

CFESS. (2010) **Parâmetros da atuação de assistentes sociais na saúde.** Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em 19 de novembro de 2017.

HOSPITAL IVAN GOULART. **Regulamento Hospital Ivan Goulart.** Disponível em <<http://www.hospitalivangoulart.org.br/regulamentohig/samples/magazine/index.htm>> Acesso em 19 de novembro de 2017.

FÁVERO, Eunice. “Instruções sociais de processos, sentenças e decisões”. In CFESS. (Org. **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais.** Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p.610-636.

FERREIRA, José Wesley. **Questão Social: Apreensão e intervenção no trabalho dos Assistentes Sociais.** Porto Alegre. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre, 2008.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa sociais**/Antônio Carlos Gil. – 5. ed. -8. reimpr. – São Paulo: Atlas, 2007.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade no trabalho do Assistente Social.** Disponível em: <<http://www.cedeps.com.br/wp-content/uploads/2009/06/Yolanda-Guerra.pdf>>. Acesso em Novembro de 2017.

HOSPITAL IVAN GOULART FLASHSB. Disponível em <<http://www.flashsb.com.br/hospitalivangoulart> acesso em Setembro de 2017.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**, 13. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

KALOUSTIAN ,S.M. e FERRARI M. Introdução. In: SM Kaloustian: (Org.)**Família Brasileira: a base de tudo**. Ed cortez-Unicef,São Paulo- Brasília, 1994.

KEGLER, Shaiane caroline. **Serviço Social e grupo de apoio: uma ferramenta a ser fortalecida para o resgate de vínculos familiares dos usuários internados na Ala Recomeçar**. Projeto de Intervenção de Estágio. São Borja 2016.

LEWGOY, Alzira M. B. **Supervisão de estágio em Serviço Social: desafios para a formação e o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2009.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos**. Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo, n. 107./set. 2011.

MINAYO, M. C. **Ciência, técnica e arte: o desafio da Pesquisa Social**. In: _____. (Org.) Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.

OLIVEIRA, Rodrigo Ferreira. A contra-reforma do Estado no Brasil: uma análise crítica. In: **Revista Urutágua**, n. 24, p. 131-146, mai./jun./jul./ago. 2011. Disponível em:
<eduem.uem.br/ojs/index.php/Urutagua/article/viewFile/10698/7171>. Acesso em 19 de novembro de 2017.

PÁDUA, Elisabete Matalho Marchesini de. **Metodologia da pesquisa: Abordagem teórico-prática**/Elisabete Matalho Marchesini de Pádua-10ª ed. rev. e atual. – Campinas. SP: papiros, 2004.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIO CRUZ, 2008.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEXEIRA, Luis Antônio. **Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan. – mar. 2014, p.15-35.

ROCHA, Tatiana Schloach. **A Saúde Mental como campo de intervenção profissional dos assistentes sociais: limites, desafios e possibilidades.** Trabalho de conclusão de Curso. Universidade Federal Fluminense. 2012.

SAITO, Danielle Takauti; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; SCHVEITZER, Mariana Cabral; MAEDA, Sayuri Tanaka. In: **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2013 Jan-Mar; 22(1): 175-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_21.pdf> . Acessado em: 06 de outubro de 2017.

SELEGHIM, Maycon Rogério, **Vínculo familiar de usuários de crack atendidos em uma unidade de emergência psiquiátrica.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_14.pdf

SOCCOL, Keity. **O cotidiano das relações familiares com indivíduo dependente químico.** Santa Maria, 2014. Dissertação(Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade federal de Santa Maria). Santa Maria –RS- Brasil. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/centro-atencao-psicossocial.html>>. Acesso em 19 de novembro de 2017.

TEIXEIRA, Carmen. **Os princípios do Sistema Único de Saúde.** Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia, jun. 2011.

TÜRCK, Maria da Graça M. Gomes. **Serviço Social: metodologia da prática dialética.** Porto Alegre, Ed Gratürck, 2012.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Dispositivos associativos de luta empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores em saúde mental no Brasil. In: **Vivência**. n. 32, Natal. Ed. UFRN, 2007.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde Mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.**/ Lúcia Cristina dos Santos Rosa, Ivana Carla Garcia Pereira, José Augusto Bisneto; Eduardo Mourão Vasconcelos (Org.). – 3. Ed. São Paulo: Cortez, 2006.