

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO TRABALHO COM ALCOOLISTAS E SUAS
FAMÍLIAS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL I DO MUNICÍPIO DE SÃO
JOAQUIM/SC

DAYANE OLIVEIRA DE BRIDA

FLORIANÓPOLIS, SC

2009.2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

DAYANE OLIVEIRA DE BRIDA

A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO TRABALHO COM ALCOOLISTAS E SUAS
FAMÍLIAS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL I DO MUNICÍPIO DE SÃO
JOAQUIM/SC

FLORIANÓPOLIS

2009.2

DAYANE OLIVEIRA DE BRIDA

A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO TRABALHO COM ALCOOLISTAS E SUAS
FAMÍLIAS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL I DO MUNICÍPIO DE SÃO
JOAQUIM/SC

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof^a Msc. Patrícia Freitas Schemes Assumpção.

FLORIANÓPOLIS 2009/2

DAYANE OLIVEIRA DE BRIDA

A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO TRABALHO COM ALCOOLISTAS E SUAS
FAMÍLIAS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL I DO MUNICÍPIO DE SÃO
JOAQUIM/SC

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para a obtenção do
título de **Bacharel em Serviço Social**, do Departamento de Serviço Social do Centro Sócio
Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Msc. Patrícia Freitas Schemes Assumpção

Professora do Departamento de Serviço Social – UFSC

Orientadora

Prf^a. Msc. Maria Dolores Thiesen

Professora do Departamento de Serviço Social – UFSC

1^a. Examinadora

Assistente Social Renata Nunes

Assistente Social do Programa Sentinela

Florianópolis

2^a. Examinadora

Florianópolis 08 de dezembro de 2009

*“Meta a gente busca, caminho a gente acha, desafio a gente enfrenta,
vida a gente inventa, saudade a gente mata, SONHO a gente realiza.”*

(Autor Desconhecido)

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Beti e Darlan, os quais não há palavras no mundo para dizer o quanto eu sou grata por tudo que vocês fizeram nesses quatro anos, sem vocês esse sonho não teria se realizado, obrigado por me acompanharem em todos os momentos. Eu amo muito vocês.

A melhor irmã do mundo Eveluze que sempre esteve ao meu lado, a melhor amiga que tenho a qual eu confio sempre, te amo mana, e obrigada por tudo. E ao Guby meu irmãzinho que surgiu no meio da faculdade pra tornar nossas vidas mais felizes.

As minhas queridas madrinhas Tia Lucia (*in memoriam*) e a Tia Venina, grandes protagonizadoras desse sonho, aquelas que abriram as portas para que aqui eu estivesse hoje. E a você Tio Iran que naquela manhã na escola me disse que meu presente de Natal seria a minha inscrição no vestibular, obrigada por acreditar em mim.

A minha Tia Mary, meu exemplo de vida junto ao meu pai, as duas pessoas que me espelho todos os dias, pessoas que eu amo muito. Não a palavras para expressar a minha gratidão Tia Mary por tudo que vocês me fizeram nesses anos que se passarão, obrigada por ter aberto as portas da sua casa me tratando como se fosse sua filha, junto a Tio Paulo e aos meus dois amados primos Nuno e Cadu, a minha eterna gratidão.

A família do Tio Paulo, pessoas maravilhosas que me acolheram tão bem em suas vidas, obrigada por aquelas noites ou tarde tão divertidas.

E é claro ao Tio Beto, Tia Léia, Tio Ivan, Tia Marilza, Tia Letícia, e aos meus primos que muitas vezes me deram suas palavras de apoio, ou aquela carona para casa.

A equipe do patrimônio da UFSC, pessoas as quais me ensinaram sobre como ser uma profissional e acreditar nas minhas capacidades, foi com vocês que descobri muitas coisas que gosto de fazer.

As minhas grandes amigas Fran, Thaty e Sabrina. Obrigada por aquelas noites intermináveis de risos, aquelas aulas tão divertidas, pois ao lado de vocês tudo era festa, ou

por aquele abraço ou aquela palavra de consolo nas horas difíceis. Eu realmente não seria de mim sem vocês nessa trajetória acadêmica.

Fran obrigada por tudo que você me fez naquele momento tão difícil da minha vida, me abrindo as portas da sua casa, obrigada a você e a sua família que é maravilhosa sim, eu não to mentindo, tenho um carinho enorme por todos eles, e sempre que vocês precisarem sabem que pode contar comigo. Te amo amiga.

A equipe profissional do CAPS I, pessoas maravilhosas que passarão em minha vida, que fizeram eu me apaixonar muito mais pela Saúde Mental, pelas questões do meu município e principalmente pela minha profissão, vocês são muito especiais em minha vida, e não só a equipe profissional como os usuários do CAPS I, que com suas experiências de vida aprendi muito, principalmente a dar muito mais valor a vida e as pessoas que tenho ao meu lado.

A minha orientadora Prof^a. Msc. Patrícia Freitas Schemes Assumpção, pelos momentos de discussão proporcionados e pela paciência em trabalhar comigo, durante o prolongado processo de criação deste estudo.

Aos membros da banca Prof^a. Msc. Maria Dolores e a Assistente Social Renata muito obrigada pela disposição, atenção e contribuições para com este trabalho.

A UFSC, uma instituição que me ensinou muito, não só na questão da formação profissional mais enquanto ser humano, concerteza deixo essa instituição sendo uma nova Dayane, não mais aquela menina que aqui cheguei e sim uma mulher madura com muitos propósitos e sonhos.

E todas aquelas pessoas que de uma maneira ou outra contribuíram e acreditaram em mim nessa etapa da minha vida.

E é claro a Deus, que sem você nada disso teria se tornado realidade, nem pessoas tão maravilhosas teriam passado em minha vida, Obrigada.

RESUMO

BRIDA, Dayane Oliveira. **A Inserção do Serviço Social no Trabalho com Alcoolistas e suas Famílias no Centro de Atenção Psicossocial I do Município de São Joaquim/SC.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina, 2009.

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem por objetivo fazer um resgate às competências do profissional de Serviço Social tendo por base a experiência de Estágio Curricular Obrigatório I e II realizado no Centro de Atenção Psicossocial I, no município de São Joaquim/SC. Traçaremos inicialmente na primeira seção um resgate histórico sobre a Síndrome da Dependência do Álcool, suas determinações, e as políticas públicas existentes no Brasil para tratamento e prevenção da mesma, tema de destaque no período de estágio, pelo trabalho realizado com as famílias dos dependentes do álcool. A segunda seção será reservada para a apresentação e história do surgimento dos Centros de Atenção Psicossociais no Brasil e do município de São Joaquim. Após será dado ênfase ao trabalho do Serviço Social nessa instituição, apresentando seus instrumentais de trabalho na instituição. E por fim será exibida a experiência vivenciada na instituição enquanto coordenadora do grupo para familiares de dependentes do álcool, e o resultado obtidos com essa experiência.

Palavras-chave: Alcoolismo, CAPS, Família, Serviço Social, Saúde Mental.

LISTA DE SIGLAS

APACS - Autorizações para Procedimento de Alta Complexidade.

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infantil.

CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Droga.

CEPA – Câmara Especial de Políticas Públicas sobre o Álcool.

CID - Classificação Internacional de Doenças.

CONAD – Conselho Nacional Anti Drogas.

CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental.

ESF - Estratégia Saúde da Família.

DINSAN – Divisão Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

IPI – Imposto Sobre Produtos Industrializados.

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental.

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial.

OMS - Organização Mundial da Saúde.

OPAS – Organização Panamericana de Saúde.

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

PIB – Produto Interno Bruto.

PSF - Programa de Saúde da Família.

PT – Partido dos Trabalhadores.

SUS – Sistema Único de Saúde.

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso.

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. ALCOOLISMO UMA VISÃO GERAL	15
1.1 Alcoolismo: Aproximação Histórica e Conceitual	15
1.2 Causas do Alcoolismo e Suas Determinações nas Concepções Psicológica, Sócio Cultural e Biológica	19
1.3 Repercussões Sociais do Alcoolismo	21
1.3.1 Repercussões do Alcoolismo na Saúde	22
1.3.2 Repercussões do Alcoolismo no Trabalho	23
1.3.3 Repercussões do Alcoolismo na Família	25
1.4 Política Nacional Sobre o Álcool e a Política de Atenção Integral para Usuários de Álcool e Outras Drogas no Brasil	28
2. RELATO DE EXPERIÊNCIA A PARTIR DO ESTÁGIO CURRICULAR OBRIGATÓRIO NO CAPS I DO MUNICÍPIO DE SÃO JOAQUIM/SC	32
2.1 A Influência da Reforma Psiquiátrica Brasileira na Criação dos CAPS	32
2.2 Estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil	38
2.3 O Centro de Atenção Psicossocial do Município de São Joaquim/SC e o Processo de Trabalho do Serviço Social	43
2.4 A Importância do Serviço Social na Abordagem Familiar de Alcoolistas	51

CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXO	67

INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso é fruto da experiência vivenciada no estágio curricular obrigatório I e II, disciplina obrigatória da grade curricular do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, realizado junto ao Centro de Atenção Psicossocial I, do município de São Joaquim/SC, no período de março a julho do ano de 2009.

O CAPS do município não está habilitado como CAPS ad (adicto), ou seja, os que tratam dos casos de dependência química¹, mas o fato do município não possuir outro programa nesta área, faz com que estes casos sejam atendidos nesta instituição.

A definição do assunto sobre o alcoolismo, ou Síndrome de Dependência do Álcool, para o desenvolvimento deste trabalho surgiu após a realidade vivenciada no CAPS I, devido ao elevado número de procura por parte de familiares de dependentes do álcool e o alto índice de re-internações devido a essa dependência.

Após a realização de levantamento de dados documentais na instituição aliados a observação do cotidiano de atendimentos evidenciou-se a necessidade de se implantar um projeto que estivesse focado no apoio à família dos dependentes, pois se observou que na maioria das situações atendidas e relatadas, a falta de compreensão dos familiares acerca do alcoolismo fazia com que os dependentes tivessem “recaídas” voltando ao consumo abusivo do álcool.

O alcoolismo é compreendido no senso comum como um fenômeno cada vez mais presente em nossa sociedade que provoca desordem em termos humanos e sociais nos níveis individuais e coletivos, porém cientificamente se tem a concepção de que é uma doença que acomete homens e mulheres, pobres e ricos, brancos e negros indiscriminadamente e que está diretamente relacionada com questões de saúde, sociais, econômicas, psicológicas, etc.

O consumo de álcool é algo muito antigo no mundo, pois há milênios a humanidade descobriu seu efeito liberador, euforizante e prazeroso. No entanto, a sociedade mantém uma

¹ Item tratado na seção II deste trabalho.

atitude ambivalente em relação ao álcool: por um lado pune a vítima do alcoolismo classificando-a como “viciado”, “degenerado”, “sem vergonha”; por outro incentiva o consumo abusivo através de atrativas campanhas divulgadas na mídia. Essas propagandas vêm diminuindo após a criação das Políticas Nacionais sobre o Alcoolismo².

Os dados estatísticos sobre o álcool são alarmantes. No Brasil estima-se que 84% dos brasileiros fazem uso ocasional do álcool, 21% o consomem diariamente 19% tem uma embriaguez alcoólica semanal. Oitenta por cento dos menores já experimentaram bebidas alcoólicas. Calcula-se uma prevalência de 8 a 10% de abuso e dependência do álcool afetando cerca de oito milhões de brasileiros. O alcoolismo é o responsável por 75% dos acidentes automobilísticos com morte e 39% das ocorrências policiais, em que a maioria dos homicídios são facilitados pelo uso de álcool. Na área econômica temos que a indústria de bebidas alcoólicas no país colabora com 10% de toda a arrecadação do IPI (imposto sobre produtos industrializados), porém o governo não consegue mensurar os gastos com o tratamento de alcoolistas (VAISSMAN, 2004).

O dependente do álcool é portador de uma doença que não conhece, não controla e a maioria dos casos não admite, e isso faz com que além de se prejudicar influencie a vida de todos que o cercam principalmente sua família.

A família é responsável pela formação da identidade dos indivíduos, para Mioto (1998) *apud* Stamm (2003), a noção de estrutura familiar esta atrelada na forma como a família é vista e entendida, relacionada principalmente a idéia de totalidade. As maneiras como seus componentes se articulam entre si e com os outros, estabelece uma forma determinada de organização. A família através de seus subsistemas desempenha as funções familiares. Estes subsistemas são formados individualmente ou grupalmente. Assim como exemplos, a autora menciona os subsistemas dos pais, do casal, dos filhos, dos irmãos, que fornecem a base necessária para o desenvolvimento da interpessoalidade. São regras que

² Item discutido no subitem 1.4 Política Nacional Sobre o Álcool e a Política de Atenção Integral para Usuários de Álcool e Outras Drogas no Brasil, da seção I deste trabalho.

definem o papel de cada membro ou subsistema deve desempenhar chamados de fronteiras (STAMM, 2003).

E com isso a família dos alcoolistas sofre a alteração dos seus papéis dentro do lar, sofrendo assim muitos conflitos, desenvolvendo papéis rígidos para lidarem com um estresse que nunca é discutido abertamente, vivendo com a negação da realidade e das conseqüências contrárias de comportamento.

Com isso a família deseja que o alcoolista interrompa o uso de álcool, mas inconsciente acabam contribuindo para que os conflitos se acumulem, por isso é fundamental que a família do dependente tenha clareza sobre a doença do alcoolismo e seu tratamento.

Paralelo a essa demanda surge o trabalho do Assistente Social que articula sua prática no sentido de informar, esclarecer em conjunto com a equipe multiprofissional de trabalho, dar suporte ao alcoolista e a sua família principalmente no que se refere à compreensão de que não há cura para tal doença e sim a abstinência, pois o álcool é uma doença incurável, mas que pode ser controlada.

É também de grande importância no trabalho com alcoolistas e suas famílias a presença de uma equipe multidisciplinar, como previsto na legislação dos CAPS, para que sejam dadas as orientações, o apoio e informações a essas famílias sobre o alcoolismo, para que as mesmas vejam que esse é um trabalho que se dá de maneira gradual.

Com base nos dados citados acima o trabalho se estrutura da seguinte forma: na primeira seção, “Alcoolismo uma Visão Geral”, apresenta-se alguns pressupostos teóricos, com base em uma revisão bibliográfica, acerca da problemática do alcoolismo, com a aproximação histórica e conceitual do alcoolismo na humanidade, as causas e determinações do alcoolismo e suas repercussões sociais, e a Política Nacional Sobre o Álcool e a Política de Atenção Integral para Usuários de Álcool e Outras Drogas no Brasil.

Na segunda seção apresentamos o campo de estágio e a experiência vivenciada no CAPS, fazendo uma explanação sobre o surgimento do mesmo, com uma breve

contextualização da reforma psiquiátrica brasileira, pois a instituição se originou a partir desse movimento no Brasil.

Após essa explanação do surgimento dos CAPS é realizada a apresentação da experiência vivenciada no estágio curricular obrigatório realizado no CAPS I do município de São Joaquim e o trabalho do Serviço Social nessa instituição, com a caracterização dos principais instrumentos utilizados pela profissional.

Apresentado o trabalho do Assistente Social relatamos a experiência vivenciada na coordenação do projeto de intervenção cujo título é “A Importância do Serviço Social no Trabalho com Famílias de Alcoolistas”.

Para a realização deste Trabalho de Conclusão de Curso utilizamos como metodologia a pesquisa bibliográfica e documental, com cunho descritivo e exploratório, para fundamentar a análise realizada a partir dos dados coletados durante o período de Estágio, e a análise de dados foi na perspectiva qualitativa.

Finalmente são apresentadas as Considerações Finais, onde se pretende resgatar alguns dos pontos principais do trabalho, buscando levantar questões que devem permanecer em discussão e avaliação para que os profissionais envolvidos nessa área da dependência química por álcool possam levar em consideração no momento de seu trabalho.

Almeja-se que este trabalho possa servir como caminho para posteriores práticas tanto como investigativas quanto profissionais a serem efetivadas por todos os interessados nesse assunto tão polêmico e discutido que carrega uma série de questões.

1 ALCOOLISMO UMA VISÃO GERAL

Essa primeira seção proporcionará uma discussão mais abrangente, no que concerne a uma primeira aproximação dos aspectos gerais sobre o alcoolismo, uma doença que afeta mais de 19 milhões de brasileiros, entre dependentes e familiares.

O alcoolismo é uma doença que compromete não apenas seu portador. Suas conseqüências podem ser percebidas em todos os segmentos de seu meio social, perpassando as instituições e a sociedade.

1.1 Alcoolismo: Aproximação Histórica e Conceitual

O consumo de álcool pela humanidade é uma prática extremamente antiga, registros arqueológicos revelam que os primeiros indícios sobre a ingestão do mesmo datam aproximadamente 6000 a.C. Este era visto como uma substância divina pelos povos antigos, esse exemplo é encontrado em diversos escritos da mitologia grega e na Bíblia Sagrada, sendo um dos fatores responsáveis pela manutenção do hábito de beber ao longo do tempo (VARGAS, 1988).

Segundo Vargas (1988 p. 19), o termo álcool originou-se de uma palavra árabe (Kuhil, Kohil ou Kohol) e significa pó fino. O hábito da ingestão de bebida alcoólica pode ser observado na história como atrelado ao desenvolvimento agrícola, pela maneira de sua fabricação, pois as bebidas alcoólicas eram totalmente artesanais e seus elementos retirados da natureza. Como exemplo, citamos a cerveja, que foi a primeira bebida alcoólica elaborada em grande escala pelo homem, a mesma era proveniente da cultura do arroz na Índia e da cevada cultivada no Velho Egito. Os Maias influenciam o hábito de consumir bebidas alcoólicas na América do Sul devido ao desenvolvimento agrícola alcançado no cultivo de arroz, a exemplo dos indianos e egípcios, que fabricavam a cerveja a partir desses elementos.

A cerveja e o vinho foram às primeiras bebidas alcoólicas a serem consumidas, pois dependiam exclusivamente do processo de fermentação, e no século XI, segundo Vargas (1988, p. 20), um perfumista árabe descobriu o processo de destilação do álcool, marcando assim o início da industrialização da bebida destilada, sendo chamada pelos latinos de *água ardens* ou *água vital* dos alquimistas medievais a qual os franceses traduziram como *eau-de-vie* (água da vida), por possuir propriedades estimulantes.

Quando os portugueses chegaram ao Brasil, no início da colonização, descobriram o costume indígena de produzir e consumir uma bebida forte, fermentada a partir da mandioca e suco de frutas, a qual era denominada de “*cauim*”. O consumo desta bebida estava associado a rituais e festas, fazendo parte da cultura indígena (MASUR, 1988).

Os portugueses em suas viagens de vinda ao Brasil traziam consigo vinhos, cervejas e destilados de alta graduação alcoólica, os quais eram desconhecidos pelos índios e apresentados a eles aqui.

Com a instalação dos engenhos de cana-de-açúcar no Nordeste do Brasil os portugueses começam a produzir aguardente, os mesmos descobriram um melão que colocavam no cocho para animais e escravos mais conhecido na época como “*cagaça*”, mais tarde esse melão passou a ser destilado em alambique de barro tornado-se a conhecida cachaça (MASUR, 1988).

A cachaça era oferecida aos escravos pelos fazendeiros para fins medicinais e para alegrá-los nos dias de festas religiosas, sendo os fazendeiros os maiores responsáveis pela difusão do consumo de álcool entre os negros escravos (MASUR, 1988).

Como se observa o álcool como bebida fermentada ou destilada, em uma grandíssima variedade de tipos e de marcas tornou-se um padrão cultural. Isto é, tornou-se um dispositivo social inserido em pautas culturais, em hábitos e costumes, como um elemento simbólico (BERTOLOTE, 1997).

Ao longo dos tempos, conforme Jandira Masur (1988), o abuso do álcool estava relacionado á degradação moral, a falta de caráter, a fraqueza. As medidas para o tratamento do alcoolista eram em forma de castigos, prisão e internamento em hospitais psiquiátricos, em

muitos casos nos dias de hoje ainda se utilizam o método de internação em clínicas para a desintoxicação.

Masur (1984, p. 10), apresenta algumas hipóteses para que o álcool seja a droga mais consumida no Brasil. Em primeiro lugar, deve ser considerado que a disponibilidade do álcool sempre foi muito grande na medida em que, sendo produto da fermentação de açúcares, pode ser facilmente obtido em qualquer região do mundo. O mesmo não ocorre com outras substâncias psicoativas – como os ³opiáceos, a maconha e a cocaína, que sofrem limitações de disponibilidade decorrentes de sua origem vegetal; exigem para seu desenvolvimento condições climáticas e/ou de solo adequadas. A maior disponibilidade do álcool se traduz também no seu baixo custo quando comparados a outras drogas.

Outro fator que faz com que as bebidas alcoólicas sejam a droga mais consumida pela humanidade é a sua peculiaridade de fornecer energia, conforme Masur (1984, p. 10), cada grama de álcool provém sete Kcal (calorias). Apesar de estas calorias não se relacionarem a proteínas, sais minerais ou vitaminas, sendo conseqüentemente chamadas de “calorias vazias”, ou seja, fornecendo energia, as bebidas alcoólicas fazem perder a fome; aliado a seu baixo preço, isto pode fazer do álcool uma droga aparentemente mais atraente que outras substâncias.

Segundo Vargas (1988 p. 17), há três critérios que fundamentam as definições e conceitos do alcoolismo. O primeiro é baseado nas conseqüências da ingestão alcoólica para o indivíduo e para a sociedade; o segundo, o do padrão - consumo de álcool, e o terceiro critério, o do tipo de resposta (fisiopatológica) individual face ao álcool.

Conforme Masur (1984), nos anos 1950, o alcoolismo passa a ser considerado uma doença biológica, a partir de estudos e pesquisas realizados no mundo, ou seja, uma doença que não escolhe sexo, idade ou classe social. Doença esta irreversível e incurável, mas que pode ser tratada.

Em 1956 a Organização Mundial da Saúde (OMS) posiciona-se no sentido de considerar o alcoolismo como doença. Embora não inclua em seu manual a expressão

³ Opiáceos são drogas depressoras da atividade mental, possuem como ações mais específicas efeito sedativo, que prejudica a capacidade de concentração, sonolência e deprimem o centro respiratório, causando desde respiração mais lenta até parada respiratória, perda da consciência e morte.

alcoolismo, mas “Síndrome da Dependência do Álcool”, institui o ⁴Código Internacional nº 303 para a doença. Bertolote (1997) apresenta a definição utilizada pela OMS:

Estado psíquico e também geralmente físico, resultante da ingestão de álcool, caracterizado por reações de comportamento e outros que sempre incluem uma compulsão para ingerir álcool de modo contínuo ou periódico, a fim de experimentar seus efeitos psíquicos e por vezes evitar o desconforto de sua falta (BERTOLOTE, 1990 p. 17).

A OMS ainda define:

O alcoolismo é toda forma de ingestão de álcool que excede ao consumo tradicional, aos hábitos sociais da comunidade considerada, quaisquer que sejam os fatores etiológicos responsáveis e qualquer que seja a origem desses fatores como: a hereditariedade, a constituição física ou as influências fisiopatológicas e metabólicas adquiridas (VARGAS *apud* OMS, 1988 p. 18).

Apesar de muitas pessoas desconhecerem, o álcool é uma droga psicotrópica, a mesma atua no sistema nervoso central provocando mudança no comportamento de quem o consome, além de ter o grande potencial de causar dependência (VARGAS, 1988).

Com sua ampla aceitação, pelo fato de ser uma droga de consumo admitido pela sociedade, o consumo excessivo de álcool passa a ser uma problemática, além de inúmeros acidentes de trânsito e da violência associada a episódios de embriaguez, o consumo de álcool em longo prazo, dependendo da dose e frequência leva ao alcoolismo. O consumo inadequado do álcool é um importante problema de saúde, este acarreta altos custos para a sociedade e envolve questões médicas, psicológicas, profissionais e familiares (VARGAS, 1988).

O alcoolismo leva o indivíduo ao uso do álcool, perdendo a liberdade do ato de consumir o álcool, ele bebe independente de algum compromisso, data, horário e outros

⁴ A OMS publica periodicamente um documento denominado Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID. Inicialmente as doenças eram representadas por códigos formados apenas por números, sendo o nº 303 – “**Síndrome da Dependência do Álcool**”. Em 1993 entrou em vigor a décima revisão da CID, na qual os códigos representativos passaram a ser compostos por letras e números.

motivos. O dia é planejado em função do beber. Existe a vontade compulsiva, contínua ou episódica de ingerir bebidas alcoólicas, sem pensar na família, amigos, vida profissional e sem preocupar-se com a própria saúde, assim caracteriza-se a dependência do álcool.

A dependência do álcool inclui a subordinação física, a saliência, a prevalência do beber, em detrimento dos outros aspectos da vida. Este processo de transição, do beber sem ser dependente ao alcoolismo, é longo, sinalizado por várias formas, como o beber mais que o normal, a ponto das outras pessoas perceberem, beber sozinho frequentemente, apresentar manifestações orgânicas do consumo do álcool, e beber pela manhã são alguns dos sintomas.

Do beber socialmente ao alcoolismo é uma lenta passagem que pode levar anos. O alcoolismo deve ser reconhecido como doença, já que seu consumo está relacionado a padrões culturais, para compreendermos melhor a seguir apresentamos as determinações das causas do alcoolismo nas concepções sócio-cultural, psicológica e biológica.

1.2 Causas do Alcoolismo e Suas Determinações nas Concepções Psicológica, Sócio Cultural e Biológica

Como citado acima às pessoas que consomem bebidas alcoólicas de forma excessiva, ao longo do tempo podem desenvolver a dependência, condição conhecida como alcoolismo. Segundo Masur (1984, p. 27), os fatores que podem levar ao alcoolismo são variados, envolvendo aspectos de origem biológica, psicológica e sócio-cultural. A dependência do álcool é condição frequente, atingindo cerca de 10% da população brasileira.

Na determinação biológica o pressuposto teórico básico é que o alcoolismo vai se desenvolver, ou não, dependendo das características biológicas inatas. Assim, existem pessoas que podem “beber” e que não se tornarão alcoolistas, e outras, que desenvolverão a adicção ao álcool (MASUR, 1984). Esta hipótese baseia-se no fato de que o alcoolista, quando inicia a ingestão do álcool, não consegue se restringir a uma ou duas doses, bebendo até a embriaguez.

Segundo Masur (1984), esse fenômeno é conhecido como a perda de controle, que ocorre em consequência de uma reação fisiológica em cadeia, desencadeada por uma

quantidade inicial de álcool, que levará à ingestão de quantidades cada vez maiores. O alcoolista deve ser considerado vítima de uma doença, cujo sinal característico é a perda de controle.

A perda de controle é entendida como:

Assim qualquer quantidade de álcool penetra no organismo dá início a uma compulsão que faz com que o alcoolista continue bebendo até que ele esteja tão intoxicado ou se sinta tão doente a ponto de não mais beber (MASUR, 1980, p.73).

A autora afirma que o alcoolismo pode ser determinado psicologicamente, baseado em duas hipóteses que estão situadas em duas teorias: a teoria da personalidade e a teoria da aprendizagem.

A primeira teoria divulga a idéia que alcoolistas se caracterizam por traços de personalidade, como dependência, insegurança, passividade e introversão. Mas, essas características psicológicas são comumente observadas entre alcoolistas, estas seriam resultantes do uso do álcool, e não sua causa.

A outra teoria procura explicar a etiologia do alcoolismo na concepção psicológica, supõe que os alcoolistas são aqueles que aprenderam a lidar com os problemas existenciais através dos efeitos do álcool. Neste enfoque, o fenômeno da dependência, em si mesmo, torna-se fator prioritário na vida do usuário, já não havendo mais espaço para suas atividades laborais, sua convivência familiar e social em geral.

Todas as pessoas estabelecem relações de dependência com pessoas, objetos, situações. Algumas são funcionais, desempenhando um papel importante para o bem estar individual, outras acarretam problemas, gerando a dependência.

De acordo com Masur:

As relações de dependência que em última análise são relações de desejo, de necessidade, são inerentes ao ser humano. A pergunta que fica é por que às vezes elas se transformam em compulsões, como ocorre no alcoolismo (MASUR, 1984, p. 35).

No caso dos dependentes do álcool, estes são vítimas de conseqüências extremamente destrutivas em nível social e pessoal. O alcoolista cria sua própria visão de mundo, não percebendo sua situação dentro do contexto familiar e social.

Os sintomas da dependência psíquica são percebidos através da forma como o alcoolista age, consumindo-o em várias ocasiões. O ato do consumo do álcool deixa de ser voluntário, e nos momentos de sobriedade, o alcoolista vê tudo destruído a sua volta, e precisa reagir, mas não tem forças, então volta a beber (MASUR, 1984).

Na determinação sócio-cultural o alcoolismo atinge todas as classes sociais, não discriminando pobres ou ricos, homens ou mulheres, grau de escolaridade, atingindo igualmente países com organizações políticas diferentes, variando do capitalismo ao socialismo (MASUR, 1984).

De um modo geral, observa-se que o álcool é uma droga aceita culturalmente pela sociedade e permeia as relações sociais, aparecendo como uma problemática de saúde em todo o mundo. A mídia induz o consumo desta droga lícita, sem levar em conta os riscos e conseqüências desta, ou ignorando-os. O álcool é livremente comercializado, facilitando seu consumo na sociedade. Há no imaginário popular que a crença do consumo de bebidas alcoólicas estimula a diversão, pois se trata de um mecanismo cultural que o identifica como um prazer.

Existem muitas evidências de que normas culturais em relação ao consumo do álcool têm um papel importante no desenvolvimento da adicção, como os rituais religiosos, citados no primeiro item desta seção. Há possibilidades de que o consumo do álcool esteja intrinsecamente ligado as cerimônias e rituais religiosos, ou seja, o ato de beber ser essencialmente simbólico, afastando a possibilidade do beber com a finalidade de fuga de tensões ou de problemas, o que é encorajado por outras culturas (MASUR, 1984).

Fica claro que dentre alguns dos fatores sociais que levam o indivíduo ao alcoolismo, destacam-se a pobreza, a competição do mercado de trabalho, o aprendizado, muitas vezes em família, como tradições antigas no exemplo de se dar um gole de cachaça para as crianças após o banho para não gripar, e o uso ritualístico (FORTES, 1991).

Conforme o exposto acima, conclui-se que não há uma explicação universal, seja ela psicológica, social ou biológica, sobre as causas do alcoolismo, pois estão explícitos diferentes fatores de vulnerabilidade. Todas as pessoas que ingerem álcool podem ou não se tornarem alcoolistas, porém, a maior ou menor probabilidade, vai depender da integração entre os diferentes fatores de vulnerabilidade.

1.3 Repercussões Sociais do Alcoolismo

Como já citado, o álcool é uma droga psicotrópica muito poderosa que, além de causar sérios problemas de saúde em seus dependentes, também afeta sua família e o meio social onde vivem. Segundo Vieira (1996), apesar de o álcool ser uma droga pesada pela forte dependência física e psicológica que causa, ele é culturalmente aceito, pois se desenvolveu com as sociedades e faz parte delas. Embora o uso de drogas remonte aos primórdios da humanidade, foi nas últimas décadas do século XX que seu uso e abuso aumentaram assustadoramente, transformando-se na doença médico-social mais crônica da atualidade.

Segundo estatísticas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil os dados são insuficientes para se prever a cifra de consumo per capita, produção e venda de bebidas. Na edição da revista Isto É, de 26 de setembro de 2007, que traz como reportagem especial de capa, com o título “Jovens e Álcool: Mistura Perigosa”, o Brasil possui 19 milhões de dependentes do álcool, e que a maioria se situa entre vinte e quarenta anos de idade, fase mais produtiva da vida; e que o problema tem avançado no país.

Conforme Vargas (1991):

A produção de bebidas alcoólicas no Brasil constitui cerca de 10% de todo imposto recolhido pelo governo sobre produtos industrializados, só perdendo para a arrecadação com cigarros. No entanto, o alcoolismo utiliza, de forma direta, 5,4% do Produto Interno Bruto (PIB) por comprometimento da produção de nove milhões de alcoolistas adultos, além dos inestimáveis gastos na assistência médica as conseqüências do uso de bebidas alcoólicas. Cumpre ressaltar que, além do grande contingente de indivíduos assistidos por alcoolismo, encontra-se em nossos serviços de saúde ponderável parcela da população, principalmente masculina (de 27 a 58 %), com consumo de álcool de forma potencialmente comprometedor a nível orgânico, sem que

esse consumo fosse à razão declarada do atendimento. Desta forma, fica claro que a marginalização social do alcoolista, responde a necessidade que a sociedade tem de manter ocultas suas contradições. Se considerarmos o denominado hábito social, levando em conta a disponibilidade de bebidas alcoólicas e os interesses econômicos presentes através da propaganda, estaremos provavelmente abarcando grande parte da questão no Brasil (VARGAS, 1991 p. 171).

A doença do alcoolismo é, hoje, ponto pacífico de existência, tão lamentada quanto aceita. Mas é certo que a negação caracteriza o alcoolista como igualmente seus familiares e entes próximos. Todos negam a doença, por isso faz-se necessário conhecer as repercussões do alcoolismo na saúde, na família e no trabalho para melhor compreendermos esta problemática.

1.3.1 Repercussões do Alcoolismo na Saúde

Inúmeras e gradativas são as conseqüências do alcoolismo, é certo que todas as bebidas alcoólicas contêm álcool ou etanol em quantidades variadas. Conforme citado anteriormente, as bebidas podem ser fermentadas, que possuem teor de álcool em torno de 9 a 12%, ou destiladas, que possuem teor de álcool acima de 35%. Os efeitos no organismo dependem da porcentagem de álcool etílico e do estado físico da pessoa.

A intoxicação pelo álcool pode ser aguda ou crônica. A aguda é conseqüência da ingestão excessiva de bebida alcoólica em curto espaço de tempo. Nessa fase a bebida produz uma sensação de bem-estar como euforia, diminuição do senso crítico e diminuição das capacidades motoras. A crônica corresponde à toxicomania e provém do uso excessivo, periódico, ou contínuo de bebidas alcoólicas (MASUR, 1988).

O álcool em dosagem maior pode causar intoxicação, agressividade, juízo destorcido, dificuldades de caminhar. Estas doses se maiores, podem levar ao estado de coma e até a morte por depressão respiratória e baixa temperatura, respiração lenta e ofegante, ritmo cardíaco acelerado e pupilas dilatadas (VARGAS, 1991).

Os sintomas mais característicos e freqüentes desenvolvidos no alcoolismo são representados pelos comprometimentos do Sistema Nervoso, Digestivo e Aparelho Cardiocirculatório. A característica que mais marca no sistema nervoso é o tremor apresentado por muitos alcoolistas.

No sistema digestivo, além da falta de apetite que constitui queixa constante, as complicações mais freqüentes são a gastrite com vômitos matinais e a cirrose hepática. O alcoolismo favorece a predisposição ao câncer esofágico e gástrico.

No sistema cardiovascular, aparece uma degeneração adiposa, a qual pode ser curada com a abstinência, mas que ressurgue devido ao excesso de álcool. O sono do alcoolista também é afetado, tornando-se irregular (insônia), isso faz com que o alcoolista sinta mais necessidade de beber a noite.

No alcoolista é comum a diminuição da potência sexual, os testículos se atrofiam e a excreção hormonal diminui. Nas mulheres, é comum a ausência de menstruação. E se a mulher alcoolista engravidar e continuar a beber, poderá ter um bebê com lesões cerebrais.

Segundo Soibelman (1996), uma pessoa que se torna dependente do álcool transforma-se por completo, pois a substância afeta as estruturas cerebrais e conseqüentemente causam transtornos psicreativos. O indivíduo perde o domínio de suas emoções. Sua personalidade sofre profundas alterações, que vão desde a irritabilidade incontrolável, ao mau humor crônico. Muitos chegam a desenvolver idéias delirantes de perseguição, ciúme e desconfiança, sem a menor base real.

Com o exposto acima, podemos notar que a grande e crescente incidência de alcoolismo na atualidade, é mais um risco sério para a saúde do homem, e que por repercutir em seu organismo afeta diretamente suas atividades em geral, inclusive sua vida laboral como veremos adiante.

1.3.2 Repercussões do Alcoolismo no Trabalho

O alcoolismo vem se difundindo de forma lenta e gradual no âmbito da sociedade, vinculado a fatores sócio-econômicos e culturais que interferem diretamente no patamar das relações de trabalho, ou seja, em instituições públicas e privadas (CAPANAMA, 1997).

O alcoolista sofre as repercussões de seu vício também no seu ambiente de trabalho, os seus efeitos, conforme Ramos e Bertolote (1997), constituem-se em atividade grave e extremamente perigosa (para o indivíduo, colegas, famílias e público em geral) e representa custo para o empregador e para a sociedade, resultando em perda de produtividade, e confiabilidade pública da empresa.

Os autores baseados em dados da OMS mencionam que um empregado alcoolista falta cerca de cinco vezes mais ao trabalho que os demais – aproximadamente vinte e seis dias ao ano – acarretando perda significativa de produtividade. Os reflexos causados pelo alcoolismo no ambiente de trabalho são visíveis. O tempo que ele dedica ao vício faz com que haja em seu ambiente de trabalho:

- Dificuldade de relacionamento com chefias e colegas;
- Instabilidade emocional e profissional;
- Estagnação ou diminuição da carreira profissional;
- Atrasos e faltas;
- Baixo rendimento;
- Três a quatro vezes mais acidentes de trabalho;
- Falsas justificativas para o mau desempenho;
- Discussões freqüentes com os colegas de trabalho, dentre outras conseqüências.

O álcool altera, progressivamente, o sistema nervoso, e a resistência do trabalhador, afetando a sua conduta social, profissional e capacidade mental. Fica visível que o alcoolismo influencia diretamente as relações capital e trabalho, alterando, além, do desempenho profissional, a produção do trabalho.

O indivíduo pode comparecer ao trabalho, mas rende menos, ou deixa serviços para os outros, ele pode representar um perigo real para si ou para os outros pela maneira inadequada de lidar com máquinas; a bebida pode impedir sua promoção ou levar a um relaxamento, pode ter que ser rebaixado para função que não exija tanta habilidade, e finalmente pode estar desempregado ou prestes a perder o emprego (RAMOS e BERTOLOTTI p. 134).

Além dos fatos expostos acima, não podemos deixar de considerar as constantes mudanças que estamos vivenciando no mundo do trabalho resultantes do ideal neoliberal, que se expressam pela automação, terceirização e globalização, utilização da microeletrônica, robótica, os quais vêm contribuindo para o enfraquecimento da organização dos trabalhadores. Além do que o “mais brutal resultado dessas transformações é a expansão sem precedentes na era moderna do desemprego estrutural, que atinge o mundo em escala global” (ANTUNES, 1991 p. 41). Nesse contexto, o indivíduo com problemas relacionados ao álcool e outras drogas encontra-se em maior situação de vulnerabilidade, haja vista a competitividade e a redução do vínculo empregatício que aumentam ainda mais a distância e a probabilidade de investimentos por parte do empregador, no que se refere ao tratamento e prevenção as drogas.

Todavia, a preocupação da dispensa iminente, a exigência de qualidade e o aumento de produção, estresse, baixos salários, são alguns dos fenômenos causais que contribuem para que o uso do álcool e outras drogas aumentem dentro do ambiente de trabalho.

Por isso a temática do alcoolismo merece destaque, no sentido de ser abordada tanto na prevenção quanto reabilitação, no interior de organizações e instituições privadas e públicas, e pelos profissionais destas, fazendo com que o reconhecimento e entendimento deste fenômeno se dê no âmbito biológico, físico, social e psicológico, seja um passo importante para a tentativa de amenizar a problemática, contribuindo para a melhoria e qualidade de vida destes trabalhadores (CAPANAMA, 1997).

O alcoolismo permeia toda a vida do trabalhador, em vários aspectos desqualificando-o e comprometendo-o, sob o ponto de vista humano e econômico, perdendo com isto sua própria identidade.

1.3.3 Repercussões do Alcoolismo na Família⁵

Quando falamos de família, remetemo-nos aos arranjos familiares existentes na sociedade brasileira, e que segundo Miotto (1997, p. 120), constitui-se como “um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consangüíneos”.

O alcoolismo é uma doença que afeta não apenas ao dependente, e segundo Correia e Rahm (1987), dados indicam que para cada pessoa alcoolista, existem em média no Brasil, outras cinco ou seis pessoas que sofrem os efeitos desta doença. Portanto, o próprio dependente do álcool passa a ser apenas parte do problema cuja as conseqüências atingem diretamente sua família.

O impacto que a doença do alcoolismo provoca nos membros da família, manifesta-se principalmente através da ruptura e desorganização das relações interpessoais com conseqüente prejuízo para o desenvolvimento das pessoas e a qualidade de saúde daqueles que convivem com esta problemática.

O alcoolista vai, progressivamente, sofrendo as influências do uso do álcool, da mesma forma em que sua família também passa a ser afetada em estágios previsivelmente progressivos (RAMOS E BETOLLOTE, 1997).

No primeiro momento a família começa a experimentar a ansiedade em decorrência do abuso do álcool pelo dependente. Apesar, de quase sempre a tendência ser de os membros da família negarem que o problema existe, o relacionamento entre eles vai se tornando cada vez mais tenso. Surgem discussões dificuldades, e as pessoas deixam de falar a respeito daquilo que realmente acreditam e sentem (SILVA, 1996).

⁵ Este item é baseado no Projeto de Intervenção, que apresentava como título A Importância da Abordagem Familiar no Centro de Atenção Psicossocial I, no Município de São Joaquim/SC, apresentado na disciplina de Estágio Curricular Obrigatório I.

No segundo momento a família passa a se preocupar com o uso do álcool, especificadamente. Ao mesmo tempo se ilude a respeito da doença, tenta controlar o uso e as conseqüências do abuso por parte do dependente. A vida familiar se desgoverna à medida que os membros desenvolvem sintomas físicos e emocionais, com freqüência se afastam do convívio social. Assim a família faz um acordo de forma implícita ou explícita de não falar do assunto, tentando ignorar que o álcool é o causador dos problemas da família (SILVA, 1996).

No terceiro momento, os membros da família assumem papéis rígidos e previsíveis. Tornam-se facilitadores do problema e desenvolvem sérias disfunções. É comum, então, a negação do sofrimento emocional e outros sofrimentos (SILVA, 1996).

No quarto momento, poderão ocorrer crises graves na família onde os membros cansados buscam maneiras de fugir da situação que se torna insustentável, podendo ocorrer um afastamento emocional completo ou divórcio ou, até mesmo, um suicídio ou homicídio. Ao mesmo tempo, a família continuará a ter sentimentos fortes, protetores do dependente. Este último momento se caracteriza pela exaustão emocional (SILVA, 1996).

Com a progressão da doença, a família experimenta todo tipo de sentimento, como a raiva, o ressentimento, a dor, a vergonha, a culpa, a solidão e a perda do contato com o plano real.

Segundo Ramos e Bertollote (1997), as famílias de alcoolistas sofrem muitos conflitos, desenvolvendo papéis rígidos para lidar com um estresse que nunca discutem abertamente. Vivem com medo do futuro e sofrem com a negação da realidade sentindo vergonha do dependente e de si mesmas. De tal forma acostumam-se a falsear a verdade que nem sabem mais confrontar seus próprios sentimentos.

A falta de conhecimento sobre o alcoolismo enquanto doença, desperta a idéia de que o alcoolista é um individuo irresponsável e que não se interessa pela família. Isto é visível dentro de cada lar que possui um dependente de álcool, chegando a ponto de perder o respeito e a confiança de sua família. O fato de o alcoolismo ser tratado como uma doença é até então pouco discutido nos meios de comunicação em massa, que pelo contrário, incentivam o uso de bebidas alcoólicas fazendo com que o processo de conscientização destas famílias, e do próprio usuário, seja mais lento e prejudique diretamente o tratamento e a recuperação deste, afinal o ato de “beber” é culturalmente aceito e legitimado pela sociedade.

De acordo com Silva (2000), o alcoolismo está inevitavelmente enraizado na rede de interações familiares. Estas interações incluem tanto comunicações abertas e impactos diretos quanto processos dinâmicos e muito sutis. O alcoolismo influencia o comportamento de seus familiares de tal forma que se estabelece uma espécie de ressonância.

Como relatado nesse item, vimos que o álcool domina a vida do alcoolista, e este acaba tornando-se totalmente dependente dele, levando-o a abrir mão de toda sua vida e a questão da dependência do álcool afeta as relações familiares, pois bem como já abordamos, o alcoolismo é uma doença de cunho bio-psicossocial.

1.4 Política Nacional Sobre o Álcool e a Política de Atenção Integral para Usuários de Álcool e Outras Drogas no Brasil

Segundo Ramos e Bertollote (1997), baseados em dados do Ministério da Saúde o alcoolismo no Brasil traz inúmeras conseqüências sociais, isto se fundamenta em uma série de dados a respeito da dimensão de alguns dos problemas relacionados com o consumo de álcool no país bem como discorreremos a seguir.

A prevalência da síndrome da dependência de álcool mais o abuso do álcool têm sido estimados em torno de 5 a 10% da população adulta, o que compreenderia de 3,5 a 7 milhões de pessoas, e que se incluindo os familiares diretos envolvidos no problema, alcançaria de 20 a 30 milhões de pessoas.

Em termos de atendimento médico no Brasil 9 a 32% dos leitos de hospitais são ocupados por pacientes que apresentam abuso de álcool e 40 % das consultas prestadas pelo Ministério da Previdência Social foram para pacientes com a dependência, sendo o alcoolismo, isoladamente, a oitava causa de requerimento de concessão de auxílio doença.

Cerca de 39% das ocorrências policiais relativas a conflitos familiares estão associadas com o uso inadequado ou abusivo de bebidas alcoólicas e 18 a 75% dos acidentes de trânsito envolvem pelo menos uma pessoa alcoolizada.

Os custos econômico-financeiros das medidas necessárias para atender as várias complicações associadas ou conseqüentes do consumo de bebidas alcoólicas representavam,

em 1982 cerca de 5,4% do Produto Interno Bruto (PIB) do país, bem acima dos 4,2% representados pela contribuição positiva do PIB da produção e comercialização de bebidas alcoólicas.

Com tantos problemas associados ao alcoolismo é necessária a criação de ações e estratégias de intervenção (preventivas, terapêuticas e reabilitadoras) para a redução de danos. Neste sentido em julho de 2005, o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), ciente dos problemas graves inerentes ao consumo prejudicial do álcool e com o objetivo de ampliar o espaço de participação social para a discussão de tão importante tema, instalou a Câmara Especial de Políticas Públicas sobre o Álcool (CEPPA), composta por diferentes órgãos governamentais, especialistas, legisladores e representantes da sociedade civil.

Ações como a 1ª Conferência Panamericana de Políticas Públicas para o Álcool, realizada em novembro de 2005, em parceria com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), destacam-se no processo de efetivação da criação da Política Nacional Sobre o Álcool. Representantes governamentais discutiram neste evento o impacto na saúde e na segurança, do consumo indevido de álcool.

O resultado deste trabalho culminou na elaboração da Declaração de Brasília de Políticas Públicas sobre o Álcool, que fez as seguintes recomendações para as medidas a serem adotadas pelos países quando da elaboração de suas políticas públicas no combate ao álcool e outras drogas, dentre elas (BRASIL, 2008):

- Que a prevenção e redução dos danos relacionados ao consumo abusivo de álcool sejam consideradas uma prioridade de saúde pública;
- Sejam desenvolvidas estratégias regionais e nacionais, a fim de reduzir os danos relacionados ao consumo de álcool;
- A política deve contemplar áreas prioritárias de ação, o consumo geral da população, mulheres (inclusive mulheres grávidas), população indígena, jovem, outras populações vulneráveis, violência, lesões intencionais, consumo de álcool por menores de idade e transtornos relacionados ao uso de álcool;
- As estratégias devem estar apoiadas em estudos científicos sobre o impacto do álcool e os efeitos.

Conforme a cartilha do curso de Prevenção ao uso indevido de drogas: Curso de Capacitação para Conselheiros Municipais (2008), com a criação da Política Nacional Sobre o Álcool:

O Brasil chegou a uma política realista sem qualquer viés de fundamentalismo ou de banalização do consumo, embasado de forma consistente por dados epidemiológicos, pelos avanços da ciência e pelo respeito ao momento sóciopolítico do País, refletindo a preocupação da sociedade em relação ao uso cada vez mais precoce dessa substância, assim como o seu impacto negativo na saúde e na segurança (PREVENÇÃO AO USO INDEVIDO DE DROGAS: CURSO DE CAPACITAÇÃO PARA CONSELHEIROS MUNICIPAIS. BRASIL, 2008 p. 75).

Em Maio de 2007, o Governo Federal, por meio do decreto nº 6.117 de 22.05.2007, apresentou a sociedade brasileira a Política Nacional sobre o Álcool a qual possui como objetivo geral estabelecer princípios que orientem a elaboração de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, contemplando a intersetorialidade e a integralidade de ações para a redução de danos sociais, a saúde e a vida, causados pelo consumo desta substância, bem como das situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas.

Segundo a Política Nacional sobre o Álcool, o conceito de bebida alcoólica fica reconhecido como:

É considerada bebida alcoólica aquela que contiver 0,5 graus ⁶Gay-Lussac ou mais de concentração, incluindo-se aí bebidas destiladas, fermentadas e outras preparações, como a mistura de refrigerantes e destilados, além de preparações farmacêuticas que contenham teor alcoólico igual ou acima de 0,5 graus Gay-Lussac (POLÍTICA NACIONAL SOBRE O ALCOOL, aprovada através do Decreto Presidencial de nº 6.117 de 22 de maio de 2007 p. 15).

⁶ Grau Gay-Lussac é a quantidade em mililitros de álcool absoluta contida em 100 mililitros de mistura hidroalcoólica, (oGL=%V).

A Política Nacional sobre o Álcool apresenta um conjunto de medidas para prevenir e reduzir os danos a saúde e à vida, bem como as situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas na população brasileira.

Em 19 de junho de 2008, foi aprovada a Lei nº 11.705, que estabelece alcoolemia zero e impõe severas penalidades para aqueles que dirijam sob a influência do álcool, além de instituir restrições ao uso e propaganda de bebidas alcoólicas, dentre outras medidas.

As orientações da Política Nacional sobre o Álcool contribuem para o fortalecimento de uma rede de atenção às questões relativas ao álcool e outras drogas numa perspectiva inclusiva, de respeito às diferenças, humanista, de acolhimento e não estigmatizante do usuário e familiares (BRASIL, 2008).

Também em 2008 o Ministério da Saúde afirmou seu compromisso de enfrentar os problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas. Nesse ano, no início da gestão do presidente Lula, o órgão publicou o documento "A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas", pelo qual "assume de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública" (Brasil, Ministério da Saúde, 2004).

O órgão introduziu, dessa forma, a possibilidade do desenvolvimento de uma política menos centrada no controle e na repressão. Comprometeu-se a enfrentar os diferentes problemas associados ao consumo de drogas, buscando promover a melhoria das condições sanitárias dos usuários, dos dependentes e da população em geral (OLIVEIRA, 2006).

Conforme Oliveira (2006), no documento sobre a política nacional, foram também definidos o marco teórico-político e as diretrizes para a área, em consonância com os princípios e orientações do SUS, da reforma psiquiátrica, e segundo uma lógica ampliada de redução de danos. Propuseram-se como diretrizes a alocação do uso de álcool e outras drogas entre os problemas da saúde pública; a indicação do paradigma da redução de danos nas ações de prevenção e de tratamento; a desconstrução da concepção do senso comum de que todo usuário de drogas é doente e requer internação ou prisão; e a mobilização da sociedade civil para práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras.

O projeto propôs ainda a criação de uma rede de atenção integral do SUS (ações de prevenção, promoção e proteção à saúde); a construção de malhas assistenciais formadas por dispositivos especializados (os Centros de Atenção Psicossocial álcool/drogas – CAPSad) e não-especializados (unidades básicas, programas de saúde familiar e hospitais em geral), bem como o estabelecimento de ações intersetoriais (MACHADO e MIRANDA, 2007).

Essa política do Ministério da Saúde para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, trata-se de um marco teórico-político que rompe com abordagens reducionistas e considera a presença das drogas nas sociedades contemporâneas como um fenômeno complexo, com implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas; e que, portanto, não pode ser objeto apenas das intervenções psiquiátricas e jurídicas nem tampouco de ações exclusivas da saúde pública (OLIVEIRA, 2006).

Assim cada vez mais é fundamental o conhecimento e ampla apresentação da Política Nacional sobre o Álcool e da Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, mostrando a importância de cada uma nas ações de prevenção do uso, tratamento, recuperação e reinserção social. O tema do uso indevido de álcool e outras drogas afeta a todos sejam como familiares, profissionais ou seja cidadãos brasileiros.

2. RELATO DE EXPERIÊNCIA A PARTIR DO ESTÁGIO CURRICULAR OBRIGATÓRIO NO CAPS I DO MUNICÍPIO DE SÃO JOAQUIM/SC

A presente seção apresenta a experiência vivenciada no estágio curricular obrigatório, disciplina do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I), no município de São Joaquim/Santa Catarina.

Proporcionará ainda um breve histórico sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil, para melhor entendermos a implantação dos CAPS no país enfocando o atendimento de alcoolistas, com destaque para o funcionamento, implantação e o exercício profissional do Serviço Social no CAPS do município de São Joaquim/SC e do projeto de intervenção desenvolvido com as famílias dos alcoolistas da instituição no decorrer do referido estágio.

2.1 A Influência da Reforma Psiquiátrica Brasileira na Criação dos CAPS

Com o fim do campesinato como classe e ascensão da sociedade pré-capitalista o “louco” passa a ser visto sob outra égide, eleva-se à loucura, a categoria de problema social. Com o surgimento da industrialização, que dá sustentabilidade à sociedade capitalista, o trabalho passa a ser visto como paradigma de racionalidade e as pessoas que não se enquadravam nesse novo sistema passaram a ser consideradas uma ameaça à lei e a nova ordem social vigente. O louco não era diferenciado das outras categorias sociais, tais como leprosos, prostitutas, ladrões, entre outros, e todos passaram a representar risco e periculosidade à sociedade. O antídoto a toda essa problemática social era o enclausuramento (CORDIOLI 2009, p. 13 *apud* TUNDIS E COSTA, 2001). Somente a partir do século XIX é que a loucura passa a ter uma percepção dirigida pelo olhar científico, e a ser vista como doença mental.

Com a segunda guerra mundial é inaugurado um novo modelo de prática psiquiátrica no mundo, por meio do qual se pode observar um salto de qualidade, como afirma Vasconcelos:

A princípio buscou-se transformar internamente o asilo e o hospital psiquiátrico, na tentativa de humanizá-los e de torná-los terapêuticos e mais eficazes na recuperação da população internada (VASCONCELOS, 2000 p. 98).

No contexto brasileiro, Gomes (2009 *apud* ROSA, 2003), assinala que é com o advento da República que a loucura e o “louco” tornam-se objeto de especialistas e ganham contorno de doença mental, ou seja, sendo compreendida como ciência e não mais como psiquiatria do empirismo.

O movimento de reforma psiquiátrica no Brasil fundado nas críticas das políticas oficiais no campo da saúde mental teve início nos últimos anos da década de 1970, e adotou como estratégia de ação a superação e transformação do paradigma psiquiátrico (OLIVEIRA, 2002).

Em 1978, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), um espaço de discussão e formulação de propostas para assistência psiquiátrica. O movimento expressa as insatisfações dos trabalhadores de saúde mental e também de outras categorias preocupadas com as condições subumanas nas quais se encontravam os pacientes internados em hospitais psiquiátricos. Participam dele profissionais do setor, pessoas e entidades que se identificavam com a luta empreendida, familiares e simpatizantes culminando no Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (AMARANTE, 2003).

De acordo com Amarante (2003), o fator que desencadeou o movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira e contribuiu para a organização do MTSM, foi à crise na DINSAN (Divisão Nacional de Saúde Mental). Sob um clima de graves denúncias sobre o tratamento precário nos hospitais psiquiátricos, e reivindicações trabalhistas, são deflagradas greve de todos os funcionários das quatro instituições da DINSAN, as quais eram: o Centro Psiquiátrico Dom Pedro II⁷, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira e o Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, todos localizados no município do Rio de Janeiro/RJ. Esta greve em 1978 é seguida pela demissão de duzentos e sessenta profissionais e estagiários. Esta crise foi amplamente divulgada pela imprensa e se refletiu nacionalmente, mobilizando a opinião pública e várias entidades corporativas da área da saúde.

Em 1978, em Balneário Camboriú/SC foi realizado o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, onde foi criticado o modelo psiquiátrico repressor, como prática de domínio e segregação. Outro evento importante também em 1978, no Rio de Janeiro/RJ, foi o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, este evento contou com a

⁷ Primeiro Hospício Brasileiro, criado em 05 de dezembro de 1853, no Rio de Janeiro/RJ.

participação de diversos atores dos movimentos reformistas. Em Janeiro 1979, o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em São Paulo/SP, discutiu os problemas decorrentes da falta de uma política nacional assim como o papel que os trabalhadores deveriam desempenhar para a transformação da realidade institucional. O III Congresso Mineiro de Psiquiatria realizado em Belo Horizonte/MG em 1979 debateu denúncias de violência ocorridas no Hospital Colônia de Barbacena. Esses foram os principais eventos para a consolidação do movimento de des-hospitalização no Brasil (FRANCO, 2005).

Segundo Franco (2005), esse contexto de mudanças iniciou seu processo de efetivação a partir do início da década de 1980, esses eventos profissionais identificados com a Reforma Psiquiátrica passaram a ocupar espaços públicos de poder buscando influenciar as políticas de setor e promover a construção de um projeto nacional popular e democrático. Este fato cooperou para estimular a participação de setores democráticos nas Universidades, que auxiliaram na criação de cursos de extensão e especialização em diversas áreas do conhecimento, o que contribuiu na formação de referenciais teóricos e práticos na consolidação de um novo modelo de assistência em saúde mental.

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, discutiu-se o direito à saúde, e o dever do Estado em garanti-lo, através de políticas sociais, dentro de uma nova visão de saúde, como sinônimo de qualidade de vida. Essa foi a primeira conferência da qual diversos setores da comunidade participaram, promovendo a consulta e participação popular (FRANCO, 2005).

Nesse contexto o MTSM estruturou-se em vários núcleos regionais, buscando estabelecer um diálogo com a sociedade, sobre o significado real das instituições psiquiátricas. Essa aliança entre os trabalhadores começou a surgir a partir da sistemática de encontros, conferências e fóruns, sendo realizados principalmente nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais. Esses espaços de discussão influenciaram na construção da I Conferência de Saúde Mental, realizada no Rio de Janeiro em junho de 1987⁸, e foi a partir desse evento que as críticas formuladas à psiquiatria passaram a ter como base a exclusão e a desconstrução do manicômio e a construção de novas subjetividades. Ainda em 1987 em Bauru/SP, foi realizado II Congresso Nacional de trabalhadores em Saúde Mental que tinha com lema “Por Uma Sociedade Sem Manicômios”, nesse evento participaram

⁸ Surgimento dos CAPS no Brasil.

lideranças municipais, técnicos, usuários e familiares, buscando construir a opinião pública favorável pela luta antimanicomial. Foi instituído o dia 18 de maio como o Dia da Luta Antimanicomial, que proporciona a participação de todos os envolvidos no processo de reforma psiquiátrica, técnicos, usuários, familiares, voluntários, artistas e intelectuais (AMARANTE, 2003).

Em 1989 foi instituído e apresentado ao Congresso Nacional o projeto de lei nº 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado do Partido dos Trabalhadores (PT) de Minas Gerais/MG, que prevê a reestruturação da assistência psiquiátrica brasileira com a substituição progressiva dos manicômios por novos dispositivos de tratamento e acolhimento. Empreendendo esforços para romper com o modelo psiquiátrico tradicional, pautada na Luta Antimanicomial (FRANCO, 2005).

Em 1988 mais uma conquista neste âmbito foi alcançada, pois foi afirmada na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8080/90⁹, a saúde como direito de todos os cidadãos e dever do Estado. Para o portador de Transtorno Mental, significou ter a possibilidade de acesso a tratamento via outros recursos que não apenas o atendimento medicamentoso ou hospitalocêntrico¹⁰, afinal outras questões devem ser analisadas e garantidas, entre elas as demandas postas pelos usuários que culminam no objeto sócio-histórico da intervenção profissional, no caso o Serviço Social, entendidas com expressões da questão social. Sendo assim, o portador de Transtorno mental que se encontra sob tutela do Estado, deve ter seus direitos básicos garantidos, e deve ainda ser protegido contra os perigos decorrentes dos processos de exclusão social a que muitas vezes se encontra submetido (CORDIOLI, 2009).

Outro momento importante para a consolidação Reforma Psiquiátrica foi a II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília/DF, em 1992, onde neste espaço foi discutida e aprovada a crítica ao modelo hospitalocêntrico sendo reafirmados e renovados os princípios e as diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira na linha de desinstitucionalização e da luta antimanicomial (AMARANTES, 2003).

⁹ Essa lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências.

¹⁰ Hospital como única possibilidade de tratamento.

Segundo Vasconcelos (2000 *apud* Bonassa 2004 p.12), é neste momento que surgem as primeiras reivindicações pela expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental. Conforme a Portaria do Ministério da Saúde n° 224/92 (BRASIL, 1992) ¹¹, que dispõe sobre os serviços residuais terapêuticos, busca a ampliação deste serviço para que as internações em hospitais psiquiátricos sejam substituídas por este tratamento, somente estabelecendo a internação quando os recursos extra-hospitalares se esgotem.

Como citado acima é nos anos de 1991 e 1992, por meio das edições das portarias Ministeriais n° 189/91 e n° 224/92, que o Ministério da Saúde adota algumas medidas com vistas à reversão do modelo hospitalocêntrico e regulamentação dos serviços substantivos¹² como integrantes de uma rede assistencial (BRASIL, 2002a, 2002b). Particularmente, a Portaria/SNAS n° 224/92 teve um papel fundamental no início da implementação dos Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial, ao regulamentar o funcionamento dos serviços de saúde mental, ao incorporar novos procedimentos à tabela do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo normas para o atendimento ambulatorial em unidades básicas, centros de saúde, ambulatórios e núcleos/centros de atenção psicossocial e para o atendimento hospitalar em hospital dia, serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral e hospital especializado em psiquiatria (FRANCO 2005 p. 16 *apud* BRASIL 2002a, 2002b).

Um importante avanço no campo jurídico-político foi à aprovação da Lei 10.216, de seis de abril de abril de 2001 (Lei Antimanicomial ou Lei da Reforma Psiquiátrica), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em Saúde Mental. Este texto foi aprovado pela Câmara Federal e reflete o consenso possível sobre uma lei nacional para a reforma psiquiátrica no Brasil. Esta lei redireciona o modelo da assistência psiquiátrica e regulamenta o cuidado especial com os usuários internados por longos anos prevendo possibilidade de punição para a

¹¹ A lei prescreve as diretrizes que normatizam o atendimento nas unidades básicas, nos centros de saúde e nos ambulatórios que prestam atendimento em Saúde Mental.

¹² Serviços substantivos são unidades extra-hospitalares, vinculadas a necessidade de mudança na lógica do modelo assistencial centrado no manicômio e na criação de serviços de saúde que “substituíam” as instituições psiquiátricas, tais como: centros de atenção psicossocial, residências terapêuticas (lares, abrigos), bem como outros que objetivem a reinserção e/ou reabilitação psicossocial dos sujeitos com transtorno mental.

internação involuntária, arbitrária ou desnecessária (BRASIL, 2002).

A Lei nº 10.216/2001 estabelece:

Art. 4º. A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º. O tratamento visará como finalidade permanente, à reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º. O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicólogos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º. É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º (Lei nº 10.216/2001 p. 16).

O Artigo 2º, parágrafo único, desta mesma lei diz que o Portador de Transtorno Mental (PTM) tem direito a:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratado com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (Lei nº 10.216/2001 p. 20).

Os acontecimentos apresentados acima criam de fato, condições para a ampliação da rede de serviços substantivos, reversos ao modelo hospitalocêntrico e conseqüentemente a efetivação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, mas se sabe que é necessário muito mais, ou seja, “[...], é importante lembrar que o processo de Reforma Psiquiátrica não se faz apenas com leis e propostas; essas precisam ser efetivamente implantadas e exercidas no cotidiano das transformações institucionais, dos serviços e das práticas e relações interpessoais” (FRANCO 2005, p. 18 *apud* CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2002).

Conforme Scalzavara, (2006), falar sobre a reforma psiquiátrica brasileira implica refletir que:

O debate sobre a Reforma Psiquiátrica e a saúde mental, na atualidade é bastante crítico, bem como a literatura da área estabelecem a categoria teórico-prática “desconstrução” como busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade nas ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Reitera também a incapacidade da psiquiatria explicar ou curar seu objeto de intervenção, a doença mental. Neste sentido a proposta da Reforma Psiquiátrica objetiva criar experiências alternativas ao hospital psiquiátrico e ao modelo de suas práticas, através da extinção desse tipo de instituição e sua substituição por recursos que sejam capazes de rever tanto as concepções do “objeto” quanto dos “meios” e modos de sua intervenção nessa área (SCALZAVARA, 2006 p. 22).

A seguir serão apresentados os Centros de Atenção Psicossocial que nascem com o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, na concepção da des-hospitalização no tratamento de portadores de transtornos mentais e portadores de dependências químicas.

2.2 Estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil¹³

Os CAPS surgem no Brasil como uma estratégia da Reforma Psiquiátrica, tendo em vista uma mudança na lógica de atenção aos portadores de transtornos mentais, a partir da Política Nacional de Saúde Mental vigente, instituída através da Lei Federal Nº 10.216, de 06 de Abril de 2001, que tem como premissa fundamental a des-hospitalização, com ampliação da rede ambulatorial e fortalecimento de iniciativas municipais e estaduais que propiciem a criação de equipamentos intensivos e intermediários entre o tratamento ambulatorial e a internação hospitalar, com ênfase nas ações de reabilitação psicossocial dos pacientes (JARDIM, 2007).

O primeiro CAPS do Brasil surge na cidade de São Paulo em 1986, denominado Professor Luís da Rocha Cerqueira, sendo criado a partir da utilização do espaço da extinta Divisão de Ambulatório (instância técnica e administrativa da Coordenadoria de Saúde Mental, responsável pela assistência psiquiátrica extra-hospitalar) da Secretaria Estadual de Saúde. Esse local transformou-se num serviço que propunha evitar internações, acolher os egressos dos hospitais psiquiátricos e poder oferecer um atendimento intensivo para portadores de doença mental, dentro da nova filosofia de atendimento em saúde mental desse período (RIBEIRO, 2004).

As experiências realizadas no exterior, principalmente o modelo Psiquiátrico Italiano, foram o grande inspirador para a criação do CAPS Luís Cerqueira e para os demais que foram sendo criados. A inspiração mais forte, no entanto, segundo Ribeiro (2004 *apud* Pitta 1994), foi a dos centros de atenção psicossocial de Manágua (Nicarágua), que surgiram em 1986, em plena revolução naquele país. Apesar de todas as dificuldades sociais, econômicas e políticas, esses centros foram maneiras criativas de cuidar, com responsabilidade, de pessoas com problemas psiquiátricos. Participavam da organização desses centros líderes comunitários, profissionais que usavam materiais improvisados e sucatas para reabilitar as pessoas, que devido aos transtornos mentais, eram excluídas da sociedade. As equipes eram interdisciplinares e tinham a proposta de uma ação ligada à

¹³ Item baseado no Plano de Estágio apresentado pela acadêmica Dayane Oliveira de Brida na disciplina de Estágio Curricular Obrigatório I, do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, no primeiro semestre letivo de 2009.

prevenção, tratamento e reabilitação. Outro aspecto importante desses centros era a parceria com outras instâncias sociais, sendo que alguns deles funcionavam em salões paroquiais ou outros locais. A marca dessas estruturas foi o compromisso ético de que todos têm o direito a uma vida digna a despeito da doença mental ou de outras limitações sociais e econômicas.

Segundo Ribeiro (2004):

Outras experiências regionais no Brasil também ocorreram nos anos 80, as quais iam ao encontro de uma atuação mais integrada em saúde mental, além de tratar através da inserção do usuário na comunidade e que também inspiraram os CAPS. Entre elas, a “Casa das Palmeiras” no Rio de Janeiro, os núcleos de atenção psicossocial (NAPS) de Santos-SP e outras cidades, os centros de convivência, em São Paulo, a Pensão “Nova Vida”, no Rio Grande do Sul, e muitas outras que traziam em si o desejo da reabilitação e a marca da insatisfação quanto ao que era oferecido até então. Estas, ao mesmo tempo, buscavam responsabilizar-se pelos usuários e estabelecer pontes entre eles e a sociedade (RIBEIRO, 2004 p.4).

Segundo Franco (2005), no ano de 2002, mais de vinte anos depois da criação do primeiro CAPS no Brasil, o Ministério da Saúde atualizou as normas de funcionamento dos CAPS, por meio das portarias ministeriais n°. 336/02 e n°. 189/02 estabelecendo diferentes modalidades de CAPS, definindo-os como:

Um serviço comunitário ambulatorial que toma para si a responsabilidade de cuidar de pessoas que sofrem com transtornos mentais, em especial os transtornos severos e persistentes, no seu território de abrangência. Deve garantir relações entre trabalhadores e usuários centradas no acolhimento, vínculo e na definição precisa de responsabilidade de cada membro da equipe. A atenção deve incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção dos projetos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam a melhor qualidade de vida e inclusão social possíveis (BRASIL, 2002 p 5).

A legislação expressa na Portaria GM n°. 336 (19/02/2002) estabelece que os diferentes tipos de CAPS, possuem serviços de natureza jurídica e pública, e que serão definidos conforme a complexidade e abrangência populacional. A classificação de serviços inclui: CAPS I, CAPS II e CAPS III, todo devem estar capacitados para atender pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de **tratamento intensivo** que se trata de um atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua, esse atendimento pode ser

domiciliar, se necessário; no **tratamento semi-intensivo** o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês, essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia o mesmo pode ser domiciliar, se necessário; e a modalidade de **tratamento não intensivo** é oferecida quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês, podendo ser domiciliar. Todas essas modalidades são independentes de qualquer estrutura hospitalar (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde repassa incentivos cujos valores variam de acordo com o tipo de serviço a ser implantado. Os CAPS do tipo I (para municípios entre 20 a 70.000 habitantes) recebem R\$ 20 mil reais mensais, no caso o município de São Joaquim. Os do tipo II, alguns tipos de CAPS I e CAPS ad (para municípios com 70 mil a 200 mil habitantes), recebem R\$ 30 mil reais mensais. Os do tipo III, outros CAPS I e CAPS ad (para municípios com mais de 200 mil habitantes), recebem R\$ 50 mil reais mensais (BRASIL, 2004).

As verbas são repassadas pelo Ministério da Saúde a cada CAPS conforme o número de pacientes atendidos mensalmente. Este sistema de repasse funciona através das Autorizações para Procedimento de Alta Complexidade (APAC), sendo esse um processo de financiamento do serviço. As APACS são digitadas pela coordenadoria do CAPS e encaminhadas ao Sistema de Informações Ambulatoriais SIA/SUS, é um processo que representa o instrumento formal para o cadastramento de pacientes, coleta de informações gerenciais e cobranças dos medicamentos e procedimentos ministrados por paciente mensalmente (BRASIL 2004 *apud* BRIDA 2009 p. 05).

Os CAPS possuem o objetivo de oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Visam prestar atendimento em regime de atenção diária; gerenciamento dos projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; promovem a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas (BRASIL, 2004).

Possuem também a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território oferecendo suporte e supervisionando a atenção à saúde mental na rede básica, ESF (Estratégia de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde); regulam a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenam junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território; mantêm atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental (BRASIL, 2004).

Os CAPS possuem equipe multiprofissional - composta por psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, técnicos administrativos, etc. Todos devem obedecer à exigência da diversidade profissional, sendo que cada modalidade de CAPS tem suas próprias características quanto aos tipos e à quantidade de profissionais. As equipes técnicas devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que porventura demandem providências imediatas, durante todo o período de funcionamento da unidade (BRASIL, 2004).

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. A duração da permanência dos usuários no atendimento dos CAPS depende de muitas variáveis, desde o comprometimento psíquico do usuário até o projeto terapêutico traçado, e a rede de apoio familiar e social que se pode estabelecer. O importante é saber que o CAPS não deve ser um lugar que desenvolve a dependência do usuário ao seu tratamento por toda a vida. O processo de reconstrução dos laços sociais, familiares e comunitários, que vão possibilitar a autonomia, deve ser cuidadosamente preparado e ocorrer de forma gradativa.

Dentre as atividades desenvolvidas nos CAPS estão as terapêuticas como psicoterapia individual ou grupal, oficinas terapêuticas, acompanhamento psiquiátrico, visitas domiciliares, atividades de orientação e inclusão das famílias e atividades comunitárias. De acordo com o projeto terapêutico¹⁴ de cada usuário, estes podem passar o dia todo na

¹⁴ Todo trabalho desenvolvido no CAPS deve ser realizado num ambiente terapêutico, isto significa que tanto os atendimentos individuais, grupais como a convivência no serviço tem finalidade terapêutica. Cada CAPS deve ter um projeto terapêutico, que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais, as

Unidade, parte do dia ou vir apenas para alguma consulta. Comparecendo todos os dias estarão em regime intensivo, alguns dias da semana em regime semi-intensivo e alguns dias no mês em não-intensivo. As necessidades de cada usuário e os projetos terapêuticos, compreendendo as modalidades de atendimento citadas e os tempos de permanência no serviço, são decididas pela equipe, em contato com as famílias, e igualmente as mudanças neste projeto segundo os progressos de cada usuário (BRASIL, 2004).

Para ser atendido no CAPS pode-se procurar diretamente esse serviço ou ser encaminhado pela Estratégia de Saúde da Família ou por qualquer serviço de saúde. A pessoa pode buscar os serviços individualmente ou acompanhada, devendo procurar, preferencialmente, o CAPS que atende à região onde mora. O fato de possibilitar que seus usuários voltem para casa todos os dias evita a quebra nos laços familiares e sociais, fator muito comum em internações de longa duração (BRIDA *apud* BRASIL 2004).

Em síntese, os CAPS assumem um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, fazem o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental, desenvolvem projetos terapêuticos e comunitários, realizam a indicação do uso dos medicamentos indicados para cada patologia, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar. Esses são os direcionamentos atuais da Política de Saúde Mental para os CAPS – Centros de Atenção Psicossocial.

2.3 O Centro de Atenção Psicossocial do Município de São Joaquim/SC e o Processo de Trabalho do Serviço Social

iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional (BRASIL,2004).

O Estágio Curricular Obrigatório (primeiro semestre letivo do ano de 2009), no Centro de Atenção Psicossocial I, como já citado, foi realizado no município de São Joaquim, região serrana do Estado de Santa Catarina, propiciando a aproximação com a temática que justifica a elaboração deste Trabalho de Conclusão de Curso – TCC. Por isso torna-se importante uma breve contextualização do município onde foi realizado o Estágio assim como também a apresentação da instituição na qual a estagiaria esteve inserida.

São Joaquim passou a ser considerado município em 07 de maio de 1885, e conta com 24.058 mil habitantes, segundo o censo realizado pelo IBGE no ano de 2007. O município é reconhecido como a capital Nacional da Maçã e do frio, por ser uma das únicas cidades onde há a formação de neve no Brasil. São Joaquim tem nas atividades agrícolas e comerciais a base principal de sua economia.

O Centro de Atenção Psicossocial do município de São Joaquim foi implantado em novembro de 1998, com a iniciativa de populares e da Secretaria Municipal de Saúde sendo o mesmo denominado Centro de Atenção Psicossocial Projeto Renascer, o qual realizava atendimento de cunho biopsicossocial a pessoas com transtornos mentais, inclusive aos usuários de drogas e álcool, porém não estava cadastrado como CAPS junto ao Ministério da Saúde e era mantido com recursos da comunidade e posteriormente também do poder municipal. Somente em julho de 2002 após novo recadastramento para a utilização das normas impostas pelo Ministério da Saúde, é que o então Projeto Renascer passou a ser Centro de Atenção Psicossocial I.

O fato do município não possuir outro serviço da rede de atenção a saúde mental leva o CAPS a tratar dos casos de dependência química e todos os tipos de transtorno mental, sendo classificado com CAPS I devido ao número de habitantes do município (24.058 habitantes, IBGE 2007), essa classificação se faz necessária para o repasse de verbas. Assim a população atendida é de adultos, de ambos os sexos, com transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas de todo o município de São Joaquim, com horário de funcionamento das 08h00min as 18h00min de segunda a sexta-feira.

As equipes profissionais que trabalham nos CAPS são compostas por técnicos de formação de nível superior e nível médio, e integram uma equipe multidisciplinar, sendo que é uma premissa de funcionamento da instituição a diversidade profissional e cada CAPS tem

suas próprias características quanto ao tipo e a quantidade de profissionais. A equipe mínima indicada para o CAPS I, segundo a Portaria/GM nº 336 - de 19 de fevereiro de 2002 é:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por: a - 01 (um) médico com formação em saúde mental; b - 01 (um) enfermeiro; c - 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico. d - 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (PORTARIA/GM Nº 336 - DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002 p 10).

No CAPS I São Joaquim a equipe é composta por um médico psiquiatra; uma enfermeira; uma psicóloga; uma assistente social; um profissional de nível médio; técnico de enfermagem; um agente de serviços gerais; um artesão; dois estagiários (um na área da psicologia e outro na área do serviço social); os quais desenvolvem as atividades de acolhimento; psicoterapia grupal e individual; consultas psiquiátricas; atendimento social, individual e em grupo; visita domiciliar; atividades físicas de cunho terapêutico; atividades pedagógicas; oficinas terapêuticas (passeios externos, horta e jardinagem); atendimento grupal e individual por equipe multiprofissional; oficinas terapêuticas.

De acordo com indicações aprovadas na III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), Brasília/DF em 1992, a política de recursos humanos para a saúde mental deve visar implantar, em todos os níveis de ação, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, na perspectiva do rompimento dos especialismos e da construção de um novo trabalhador em saúde mental, atento e sensível aos diversos aspectos do cuidado, ou seja, com uma visão integral e não fragmentada da saúde (BRASIL 2002 *apud* SCALZAVARA 2006).

De acordo com III CNSM, a equipe do CAPS I é uma equipe interdisciplinar e multiprofissional, a qual se reúne semanalmente para discutir todos os assuntos referentes à instituição. Com relação ao trabalho em equipe Assumpção (2007), destaca que:

Na área da saúde, este se destaca por contribuir no diagnóstico do usuário, pois a partir de vários olhares profissionais e da troca de conhecimentos específicos torna-se mais completa a abordagem e a compreensão da demanda trazida pelo mesmo, e conseqüentemente a resposta dada será

completa às suas necessidades não somente físicas como sociais e psicológicas. A falta de comunicação entre os profissionais das equipes de trabalho é um fator negativo que pode acarretar prejuízos para as pessoas atendidas, como ações sobrepostas, repetidas e até mesmo desnecessárias, causando grandes transtornos aos usuários. Por isso é fundamental buscar no conhecimento dos membros da equipe as abordagens mais adequadas à condução dos casos (ASSUMPCÃO, 2007, p. 64).

Ainda em relação ao trabalho em equipe Assumpção (2007) considera que:

A equipe como um grupo de pessoas, que desenvolve um trabalho de forma integrada e com objetivo comum, com interdependência, lealdade, cooperação e coesão entre os membros do grupo, a fim de atingirem maior eficácia nas suas atividades. Esta equipe é construída pelos seus membros, que trabalham de forma dinâmica suas emoções, sentimentos e expectativas até atingirem equilíbrio e participação verdadeira de todos os membros do grupo nas ações (ASSUMPCÃO, 2007, p. 62 *apud* MEIRELLES e NOGUEIRA, 1998).

Quando o trabalho em equipe é realizado de forma interdisciplinar, faz com que haja a troca de informações e conhecimentos entre as disciplinas, transferindo métodos de uma disciplina para outra (ASSUMPCÃO, 2007, p. 63 *apud* RODRIGUES, 2000).

No que compete às atribuições do serviço social no CAPS, inserido na equipe multiprofissional, encontramos na Cartilha Informativa e Interativa Sobre Centros de Atenção Diária, estruturada pelo Ministério da Saúde em 2002, as seguintes diretrizes:

- a.** Propiciar aos pacientes e familiares condições para que venham a atingir o bem estar social, facilitando as relações interpessoais e com o meio ao qual pertence;
- b.** Propiciar aos pacientes e familiares a compreensão dos aspectos básicos sobre o adoecimento mental, buscando a aceitação e melhoria no convívio sócio familiar;
- c.** Conhecer o paciente, sua história, aspirações, dificuldades e dinâmica familiar;
- d.** Reduzir as carências existentes nos familiares frente ao tratamento trabalhando suas ansiedades e medo;
- e.** Proporcionar trocas e experiências entre os familiares;
- e.** Delinear a trajetória percorrida pelos familiares que convivem com a doença mental em busca de solução para os problemas que vivenciam em seu cotidiano;
- f.** Reincorporar o paciente a vida sócio-familiar e profissional;
- g.** Abordar junto ao paciente e família aspectos relativos à sua vinculação com o meio e proporcionar encaminhamentos adequados aos recursos que a comunidade oferecer;
- h.** Mobilizar recursos junto às comunidades, visando à criação e melhoria do atendimento ao doente mental;

- i.** Vincular o paciente ao serviço de saúde mental do seu município, no sentido de evitar internações;
 - j.** Criar mecanismos de ressocialização dos pacientes;
 - l.** Oferecer oportunidades para conquista de direitos civis, como por exemplo, a concessão de benefícios do INSS;
 - m.** Dar oportunidade para o resgate de identidade e de cidadania dos internos;
 - n.** Realizar visitas domiciliares, possibilitando acesso ao contexto sócio-familiar;
 - o.** Desenvolver trabalhos no sentido de conhecer, divulgar e viabilizar a integração/intercambio dos equipamentos sociais e de saúde da região;
 - p.** Possibilitar o acompanhamento da evolução do paciente, fornecendo subsídios no atendimento aos familiares e fornecendo a equipe dados da realidade social, contribuindo com a elaboração do diagnóstico e tratamento;
- (CARTILHA INFORMATIVA E INTERATIVA SOBRE OS CENTROS DE ATENÇÃO DIÁRIA, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002 p. 12)

Conforme o mesmo documento são atribuições do Serviço Social nessa instituição:

- a.** Realizar grupos de admissão, na primeira semana de contato com o serviço, objetivando conhecer o paciente, e fornecer informações sobre as normas, rotinas e tratamento ambulatorial do serviço;
- b.** Realizar regularmente visitas domiciliares aos usuários do serviço, com o objetivo de conhecer através de entrevistas e observação direta, a realidade sócio-econômica, cultural e da dinâmica familiar, contribuindo desta maneira, com informações e dados que possam colaborar para a melhor evolução do caso;
- c.** Liberar medicamentos gratuitos, conforme avaliação sócio-econômica;
- d.** Executar triagem pré consulta, as quais ocorrem com atendimentos individuais, onde os objetivos são o conhecimento dos motivos que levaram o paciente a procurar o Centro de Atenção Psicossocial, conhecer o paciente em sua história, aspirações e dinâmica familiar possibilitando assim o colhimento de informações.
- e.** A Assistente Social devesse acompanhar todo o processo de um usuário, que tenha a necessidade de ser internado;
- f.** Favorecer o contato médico-família-usuário, possibilitando assim, esclarecimentos sobre a doença. (CARTILHA INFORMATIVA E INTERATIVA SOBRE OS CENTROS DE ATENÇÃO DIÁRIA, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002 p.13)

Os principais instrumentos técnico-operativos utilizados pelo Assistente Social são, conforme as atribuições e objetivos do Serviço Social do CAPS, a entrevista individual, entrevista em grupo, contato telefônico, reunião com a equipe multidisciplinar e com as famílias do CAPS, encaminhamentos, visitas domiciliares, pareceres e relatórios sociais, triagem social, orientação, palestras e a realização do acolhimento com os (as) usuários (as) que chegam pela primeira vez à instituição em busca de atendimento que satisfaça suas necessidades. A partir desses instrumentos técnicos pode-se prestar um serviço de qualidade

tanto para os usuários do CAPS I, quanto para suas famílias. Estes instrumentos são criados e recriados de acordo com os objetivos e com as exigências da ação profissional no CAPS I. O objetivo é contribuir, no sentido de responder as demandas postas pelos usuários na perspectiva da cidadania e dos direitos (LIMA, 2004, p. 4).

A primeira aproximação do Serviço Social com os usuários é a partir do momento em que família ou usuário procura o CAPS através do processo de acolhimento, o qual é uma das principais atribuições do Serviço Social dentro da instituição, possuem como objetivo o conhecimento dos motivos que levaram o paciente a procurar a instituição, conhecê-lo em sua história, aspirações e dinâmica familiar possibilitando assim a coleta de informações que são levadas à equipe multidisciplinar do CAPS, para que sejam triados os casos de urgência, pois o médico psiquiatra atende apenas duas vezes na semana no CAPS I.

O acolhimento é um processo de intervenção profissional que incorpora as relações humanas. Não se limita ao ato de receber alguém, mas a uma seqüência de atos dentro um processo de trabalho. Envolve a escuta social qualificada, com a valorização da demanda que procura o serviço oferecido, a identificação da situação problema, no âmbito individual, mas também coletivo (CHUPEL, 2008 p. 70, *apud* SANTOS, 2006).

São realizadas visitas domiciliares regularmente, com objetivo de conhecer através de entrevistas e observação direta, a realidade sócio-econômica, cultural e da dinâmica familiar, as quais contribuem com informações e dados que colaboram para o melhor progresso das situações. Com as visitas domiciliares pode-se acompanhar a evolução de alguns usuários e vendo assim a importância da mesma para o fornecimento de dados à equipe sobre a realidade social de cada família, contribuindo com a elaboração da análise e tratamento.

As vistas domiciliares realizadas no CAPS I são atribuições exclusivas do Serviço Social, mas em alguns casos há a participação de outros membros da equipe multiprofissional (médico, enfermeira e técnico enfermagem), por se tratar de uma equipe interdisciplinar, as observações feitas pelo Serviço Social nessas visitas domiciliares são apresentadas nas reuniões semanais realizadas pela equipe multiprofissional.

Para Sarmiento (2005), as vistas domiciliares executadas pelo Serviço Social devem ser compreendidas como um instrumento que potencializa as possibilidades de conhecimento

da realidade, com a intuição de conhecer o usuário em suas dificuldades, que tem como ponto de referência a garantia de seus direitos onde se exerce um papel sócio-educativo, colocando o saber técnico a disposição da reflexão sobre a qualidade de vida.

A visita domiciliar e o acolhimento são conhecidos como instrumentos diretos no Serviço Social, ou seja, são realizados face a face, e segundo Magalhães (2003), sobre a interação face a face esta:

(...) permite que a enunciação de um discurso se expresse, não só pela palavra, mas também pelo olhar, pela linguagem gestual, pela entonação, que vão contextualizar e, possivelmente, identificar subjetividades de uma forma mais evidenciada. Sob esse enfoque, pode-se dizer que o discurso direto expressa uma interação dinâmica (SOUZA, 2005 p. 126 *apud* MAGALHAES, 2003).

A observação é feita com o usuário ou familiar que procura a instituição, segundo Sarmiento (2005), a observação é um instrumento importante para o Serviço Social na questão de levantamento de dados qualitativos que possibilitam a participação conjunta do usuário e do Assistente Social. Porém, o profissional, ao estabelecer uma interação face a face, estabelece uma relação social com outros seres humanos, que possuem expectativas quanto às intervenções que serão realizadas pelo profissional. Assim, além de observador, o profissional também é observado.

Na medida em que o Assistente Social realiza intervenções, ele participa diretamente do processo de conhecimento acerca da realidade que esta sendo investigada. Por isso, não se trata de uma observação fria ou neutra, trata-se de uma observação participante, o profissional, além de observar interage com o outro, e participa ativamente do processo de observação.

Dentro dessas aproximações ainda é utilizado o instrumento de entrevista individual ou grupal, essas entrevistas nada mais são que um diálogo, um processo de comunicação direta entre o Assistente Social e, um ou mais usuários. Contudo o que diferencia a entrevista de um diálogo comum é o fato de existir um entrevistador e um entrevistado, isto é, o Assistente Social ocupa um papel diferente do usuário, o momento da entrevista é um espaço em que o usuário pode exprimir suas idéias, vontades, necessidades, ou seja, que ele pode ser ouvido (SOUZA, 2008).

Outra atividade executada pelo Serviço Social são os processos de internamento de dependentes químicos e doentes mentais em clínicas de desintoxicação, pois nos CAPS os Assistentes Sociais devem acompanhar todo o processo de um usuário que tenha a necessidade de ser internado. No período de estágio acompanhei alguns internamentos de dependentes químicos de álcool, e pude conhecer melhor o funcionamento das clínicas de desintoxicação e o trabalho do assistente social nessas instituições.

As internações são realizadas em clínicas de desintoxicação conveniadas com a secretaria municipal de saúde do município, no período de estágio os agendamentos para as internações foram realizados por mim, também foi atribuição da estagiária realizar o agendamento do transporte que levava os pacientes até a clínica de desintoxicação, sendo o transporte também fornecido pela secretaria municipal de saúde.

O procedimento de agendamento de internações é realizado pelo Serviço Social na instituição pelo fato do contato nas clínicas de desintoxicação ser realizado sempre por Assistentes Sociais, por se tratar do profissional responsável pelo acolhimento desses usuários nas clínicas, e o fato também do Serviço Social do CAPS I realizar o processo de acolhimento da instituição.

Dentre os atendimentos do CAPS está o atendimento grupal realizado pela equipe multidisciplinar que ocorre todas as quartas feiras na sala de reuniões do CAPS e tem duração aproximada de duas horas. Este grupo se chama “grupo sobre saúde mental” e apesar de contar com a participação de toda a equipe (médico, psicólogo, enfermeiro, assistente social) há destaque para a figura do médico devido ao objetivo das reuniões que é esclarecer aos participantes questões relacionadas à saúde mental (surtos, crises, depressões, etc.) e também são abordados diversos temas que buscam estimular a convivência em grupo e o entendimento das variadas doenças mentais existentes, e principalmente dos direitos que cada usuário possui perante a sociedade. Essas reuniões são abertas à comunidade e usuários da instituição, sendo feita a divulgação nas Unidades Locais de Saúde do município, e contam sempre com um número de aproximadamente vinte pessoas incluindo usuários e familiares do CAPS I.

Os assuntos abordados nesse grupo com os usuários e familiares são diversos e eleitos de maneira democrática e por eles mesmos ao início de cada encontro, abordando desde assuntos referentes à instituição, ao conhecimento de transtornos mentais, a concessão

de benefícios, até assuntos referentes às suas experiências de vida com momentos de apresentação individual e de seu histórico de vida.

Com relação à documentação profissional são realizados registros dos atendimentos em prontuários individuais dos usuários; as reuniões são documentadas em atas; e as atividades desenvolvidas pelo profissional de Serviço Social são registradas tanto nos prontuários quanto no livro de registro diário específico, estes são conhecidos como os instrumentos indiretos ou por escrito do Serviço Social, os quais são utilizados após o instrumental face a face. Segundo Souza (2008) este instrumental:

Tende a ser mais passivo. A comunicação se estabelece entre locutor e interlocutor, embora possibilite relações e interpretações não conta com a presença física de seu autor, que nessa forma de diálogo, fica a mercê da unilateralidade de interpretação (SOUZA, 2008, p. 129 *apud* MAGALHAES, 2003).

Outros dois instrumentais utilizados pelo Assistente Social no CAPS I são o Relatório Social e o Parecer Social, sendo que o relatório social é uma apresentação do trabalho realizado e das informações adquiridas durante a execução de determinada atividade, ou seja, é o relato dos dados coletados e das intervenções realizadas pelo Assistente Social. Já o parecer social pode ser elaborado com a finalidade de subsidiar a decisão de outros profissionais, como juízes, médicos, psicólogos, administradores, ou para a própria equipe em que atua o Assistente Social (SOUZA, 2008).

Com relação ao parecer social, este é uma avaliação teórica do relatório social realizado pelo Assistente Social a partir dos dados coletados. Mais do que uma simples organização de informações sob a forma de relatório compete ao profissional avaliar esses elementos, emitir uma opinião que deve estar fundamentada com base em uma perspectiva teórica de análise (SOUZA, 2008).

Baseada em Sarmiento (2005) compreendemos que esses instrumentos são importantes para que o Assistente Social sistematize sua prática. Todo processo de registro e avaliação de qualquer ação é um conhecimento prático que se produz, e que não se perde, garantindo visibilidade e importância à atividade desenvolvida. Sistematizar a prática e arquivá-la é dar história ao Serviço Social e também aos usuários atendidos, e principalmente

a história da inserção do Assistente Social na instituição, sendo essencial para a construção de qualquer proposta de construção de um conhecimento sobre a realidade social.

Após a apresentação do Serviço social dentro dessa instituição apresento o projeto de intervenção realizado durante o período de estágio no CAPS I, do município de São Joaquim.

2.4 A Importância do Serviço Social na Abordagem Familiar de Alcoolistas

Como já citado o fato de São Joaquim não possuir a rede de atenção saúde mental leva o CAPS a tratar dos casos de dependência química e todos os tipos de transtorno mental. Durante o período de estágio foi observado que das dependências químicas tratadas no CAPS o número de alcoolistas, e re-internações por alcoolismo era maior que as demais dependências químicas atendidas. Segundo os registros de atendimentos do Serviço Social, entre os meses de janeiro a abril de 2009 foram atendidos 35 casos de alcoolismo e 13 casos de dependência cruzada.

Os CAPS inovam o tratamento da dependência química na medida em que buscam alternativas de recuperação aos dependentes, que não a tradicional internação. Ao mesmo tempo em que se encontra em período de tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial, o dependente químico não precisa cortar seus vínculos com a sociedade, ao contrário, tratando-se em ambulatório na sua própria cidade, pode ser visto de uma nova maneira pela comunidade no seu processo de reintegração, na medida em que convive com seus progressos de recuperação (BRASIL, 2002).

Em situações onde se observa a necessidade de internação os usuários são encaminhados às clínicas de desintoxicação, pois conforme o Ministério da Saúde o dependente e/ou usuário de produtos, substâncias ou drogas lícitas ou ilícitas, que causem

dependência física ou psíquica, podem ser submetidos à internação ou tratamento ambulatorial.

Conforme a demanda do CAPS em relação às dependências químicas se observou a necessidade de implantação de um projeto onde fosse tratada a questão do alcoolismo, pois o número de recaídas e re-internamentos era elevado. Foram analisados os motivos que levavam os usuários a retornarem ao consumo de álcool após as internações e com base nesta análise observamos que um dos motivos era a falta de auxílio e/ou a falta de conhecimento da família sobre a síndrome da dependência por álcool.

Para se chegar a essa conclusão além da leitura dos prontuários dos usuários e do controle realizado pela Assistente Social da instituição das internações realizadas, acompanhei os processos de acolhimento realizados pelo Serviço Social, onde a queixa de muitos usuários que procuravam o serviço era a falta da compreensão da família quanto à doença do alcoolismo, a qual levava muitas famílias a entrarem em conflito, fazendo com que o usuário que estava em processo de abstinência voltasse a consumir o álcool em excesso por causa desse motivo. Outra questão observada foram os relatos ouvidos por parte dos usuários no cotidiano de atendimento da instituição, não só dos dependentes químicos como também dos portadores de transtorno mental acerca da falta que a família lhes fazia nesse processo de tratamento.

Durante o período de estágio fiquei responsável, enquanto estagiária, pelo desenvolvimento e execução de um projeto que levasse aos familiares o conhecimento da síndrome da dependência do álcool, a qual é uma doença que precisa ser tratada e principalmente conhecida e compreendida pela sociedade.

Após muitas discussões com a supervisora de campo sobre a demanda de dependentes químicos realizei levantamento nos prontuários dos usuários do CAPS I para verificar os números de re-internamentos e recaídas e quantificar o número de famílias que eram atingidas pela síndrome da dependência do álcool. Após o levantamento realizado identifiquei 35 (trinta e cinco) famílias que sofriam com a síndrome da dependência do álcool (entre os meses de janeiro a abril de 2009) e realizei uma reunião com a equipe técnica do CAPS I para expor o resultado obtido e a proposta do projeto, junto com o cronograma de intervenção, os quais foram aprovados pela equipe.

Compreendendo a importância de socializar a experiência vivenciada na coordenação do grupo sobre alcoolismo para as famílias de usuários relataremos a seguir como se deu o processo de execução do projeto de intervenção proposto para o período de estágio curricular obrigatório I e II, e posteriormente teceremos algumas considerações a partir da avaliação do grupo.

Destaco como primeira atividade realizada para a inicialização do projeto a articulação com a rede institucional, realizando visitas para a divulgação do projeto nas Unidades Locais de Saúde do município, contato com alguns Agentes Comunitários de Saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF), reunião com a secretaria e diretora de saúde da Secretaria Municipal de Saúde e o presidente do grupo de Alcoólicos Anônimos do município. Para essa divulgação foram realizados três dias de visitação aos locais citados acompanhados da Assistente Social da instituição.

Junto a essas visitas institucionais também foram realizadas visitas domiciliares para a divulgação do projeto em cada família de usuários que já haviam sido atendidos ou estavam em atendimento no CAPS I as quais apresentavam situação de alcoolismo. Essa divulgação foi importante para estimular a participação dessas famílias, as quais já não viam mais possibilidades de abstinência de seus familiares em relação ao uso abusivo do álcool.

Após todo o processo de divulgação iniciei os grupos de cunho sócio-educativo. A primeira reunião realizada foi no dia 04 de junho, na sala de reuniões do CAPS I, as 13h00min com duração aproximada de uma hora. Estiveram presentes vinte familiares dos trinta e cinco que constavam no levantamento. Nessa primeira reunião busquei apresentar a importância dos familiares no tratamento dos alcoolistas, tendo como objetivo central uma conversa com os mesmos, buscando conhecer melhor suas dinâmicas familiares, conhecendo seus medos e aspirações quanto ao alcoolismo.

Em todas as reuniões realizadas no projeto contei com o apoio de convidados, pois a participação de diversos profissionais enriquece o processo de explanação sobre o assunto, e também esclarece as mais diversificadas dúvidas que poderiam surgir, nessa primeira reunião contei com o apoio da equipe multidisciplinar da instituição e com a participação da Assistente Social, a qual esteve presente em todas as reuniões, da Enfermeira da instituição e do Médico psiquiatra, que acompanharam a reunião desde o início.

A segunda reunião realizou-se no dia 10 de junho no mesmo local e horário, estiveram presentes dezoito familiares. Para essa reunião convidei o coordenador dos Alcoólicos Anônimos de São Joaquim (A.A) para falar sobre a co-dependência dos familiares de alcoolistas. Observei que os familiares já se sentiram menos intimidados participando mais da reunião.

A terceira reunião ocorreu no dia 15 de junho de 2009 no mesmo local e horário. A mesma foi ministrada por mim, acompanhada da supervisora de campo de estágio, com o tema “como as famílias devem proceder com o dependente de álcool após o retorno das clínicas de desintoxicação”. Estas informações envolvem desde mudanças nos hábitos alimentares até como prevenirem comportamentos que possam facilitar que o usuário venha a ter uma recaída. Essas informações foram extraídas do livro “Ele (ou ela) é alcoólatra! O que fazer?” do autor Klaus H. G. Rehfeldt, que aborda assuntos sobre o alcoolismo. Além da bibliografia utilizada contei com a visita institucional realizada a clínica de desintoxicação São José, do município de Lauro Muller/SC, no dia 09 de junho de 2009, com o objetivo de conhecimento do local e do trabalho do Serviço Social dentro dessa clínica, lá tive a oportunidade de participar da reunião mensal realizada com as famílias dos usuários internados, ministrada pela Assistente Social da clínica, mais uma vez tive a oportunidade de presenciar a ação do Serviço Social como coordenador de grupos sócio-educativos.

A quarta reunião ocorreu no dia 30 de junho de 2009 com o tema “O alcoolismo como um Problema de Saúde” a qual foi novamente ministrada por mim e pela supervisora de campo de estágio, nessa reunião os familiares já estavam participando muito mais, estavam presentes novamente dezoito familiares, todos com muitos questionamentos e importantes relatos sobre as dificuldades passadas com o alcoolismo em seus lares.

A pedido dos familiares a reunião realizada no dia 10 de julho foi novamente ministrada pelo médico psiquiatra, nessa reunião foram abordados muitos temas advindos de questões dos participantes. Após essa reunião iniciei o processo de atendimento individual com essas famílias, para saber qual sua opinião sobre o projeto e se este havia impactado suas dinâmicas familiares mediante sua mudança de postura depois dos esclarecimentos das reuniões. Realizei a avaliação com dez famílias das dezoito que vinham comparecendo nos grupos, fui marcando os atendimentos conforme a disponibilidade de cada familiar sendo que alguns atendi neste dia.

A avaliação foi realizada individualmente, na sala do Serviço Social, com cada membro da família presente no local. Ocorreu através de um diálogo aberto, onde todos expunham suas críticas e sugestões.

No dia 20 de julho realizei minha última reunião enquanto coordenadora, contei com a participação da psicóloga da instituição, a qual sugeriu algumas dinâmicas de grupo para usarmos com esses familiares, não preparamos nenhum tema em específico, pois ponderamos que seria importante que os familiares escolhessem o tema que quisessem trabalhar. Após a realização da reunião apresentei a nova estagiária de Serviço Social a qual está dando continuidade ao projeto.

Com a avaliação realizada junto aos familiares pude observar que todos acham que o fato de participarem do tratamento de seu familiar facilita o relacionamento entre eles e apontaram alguns dos motivos como: melhor compreensão do comportamento do dependente; facilita o diálogo diminuindo as brigas e as cobranças; compreensão do problema como doença, através da orientação podemos perceber as falhas que cometemos; o dependente se sente mais a vontade para falar dos seus problemas; e percebem que às vezes é preciso mudar as atitudes para compreender o dependente. Perante estas afirmações podemos perceber que as reuniões familiares que vêm sendo realizadas no CAPS I pelo Serviço Social estão alcançando os objetivos propostos no que se refere à aproximação entre os membros das famílias durante o processo de tratamento para que o dependente não se sinta abandonado, mas seguro e confiante em si mesmo.

As dez famílias concordaram que se recebessem melhores informações sobre o alcoolismo os conflitos em seus lares seriam amenizados, e afirmaram que a partir do momento que começaram a participar das reuniões familiares do CAPS I passaram a entender cada vez mais o porquê de tantos conflitos. Ainda explicitaram que os esclarecimentos feitos pela estagiária e convidados durante as reuniões, no que se refere à doença do alcoolismo, a importância da participação das famílias no processo de tratamento e principalmente como lidar com o dependente são de fundamental importância para as pessoas que desejam voltar a ter um convívio familiar.

Conforme esta avaliação observa-se que as famílias ficaram satisfeitas quanto aos temas das reuniões, pois as mesmas faziam com que os familiares não se sentissem isolados do contexto social, e esse foi um dos objetivos do projeto.

O atendimento a esses familiares é uma das formas para que as famílias participem, conheçam, principalmente, o trabalho dos CAPS e passem a se envolver ativamente no processo terapêutico. Neste sentido a família ganha visibilidade como protagonista, parceira dos serviços e co-responsável no provimento de cuidados ao portador de transtorno mental e dependente químico (SCALZAVARA, 2006).

O atendimento grupal integra os principais instrumentos teórico-metodológicos utilizados pelo Serviço Social no CAPS I, esses grupos se caracterizam como grupos de ações sócio-educativas que elucidam a perspectiva da cidadania e dos direitos. Essas ações sócio-educativas consistem em um movimento de reflexão entre profissionais e usuários que, através da informação e do diálogo, buscam por alternativas e resolutividade para a demanda do usuário (LIMA, 2004 *apud* CORDIOLI, 2009).

Todos os grupos realizados tiveram o cunho sócio-educativo, nessa perspectiva o Serviço Social utiliza como principal instrumento de trabalho a socialização de informações. Esta é apreendida como ferramenta que possibilita o fortalecimento da autonomia dos sujeitos de direitos, para que possam conscientemente identificar propostas de mudança condizentes com a situação que vivenciam, além disso, é: “[...] uma ação profissional que fortalece o usuário no acesso e no processo de mudança da realidade na qual se insere na direção da ampliação dos direitos e efetivação da cidadania” (SILVA, 2000, p.114).

O grupo sócio-educativo parte de um pressuposto fundamental: o aspecto educativo. Tem como foco de trabalho temas, questões que se tornam seu objeto de reflexão. Objetiva criar condições que possibilitem a reflexão e a conscientização dos sujeitos sobre tais questões. Pode ser permanentemente aberto, homogêneo ou heterogêneo sem definição de número de sessões, e com certa rotatividade, mas mantém seu foco de reflexão. Neste grupo o coordenador exerce o papel de educador (AFONSO; COUTINHO, 2003).

Este instrumental técnico-operativo é um espaço facilitador da reflexão crítica da realidade, porque ao pensarem juntos os sujeitos percebem outros caminhos a seguir, analisam

a situação vivenciada e decidem o que fazer a partir de uma reflexão coletiva. Com esta reflexão o sujeito tem a possibilidade de conscientizar-se para buscar a ação (MOTA, 2004).

O fato do alcoolismo não ser compreendido como uma doença é até então pouco discutido nos meios de comunicação em massa faz com que o processo de entendimento destas famílias seja mais lento o que de certa forma prejudica diretamente o tratamento e a recuperação do usuário de álcool.

A razão para discutir tal assunto consiste em buscar novas formas de intervir junto às famílias que apresentam situações de síndrome do álcool e com isto auxiliá-las em sua qualidade de vida, creio que o objetivo do projeto de intervenção vem sendo alcançado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da pesquisa bibliográfica apresentada na primeira seção constatamos que é visível que o álcool é um fato universal e também um comportamento transcultural, desde que todas as sociedades o usaram ou usam como sendo um comportamento socialmente aceito. Constata-se, atualmente, que os padrões e atitudes de uma cultura influenciam diretamente na maior ou menor prevalência do uso de álcool.

A temática do alcoolismo merece destaque no quesito de prevenção e reabilitação em discussões de empresas e organizações públicas ou privadas, fazem com que haja o reconhecimento e entendimento desse fenômeno, contribuindo para a melhoria de vida das pessoas que passam por essa problemática, fazendo com que entendam que o alcoolismo é uma doença que afeta milhões de pessoas no mundo, e que esta é uma doença de cunho bio-psicossocial.

A Política Nacional sobre o Álcool surge nessa perspectiva de expandir o espaço de participação e discussão deste tema, trazendo consigo o objetivo de redução e prevenção de danos relacionados ao consumo abusivo de álcool e que o alcoolismo seja considerado como uma prioridade de saúde pública e que sejam desenvolvidas ações e estratégias a fim de reduzir os danos relacionados ao consumo de álcool.

Já a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, assume de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública.

Essa política foi pensada no sentido de contemplar a intersetorialidade e a integralidade das ações, pois a questão do alcoolismo deve ser vista a partir da totalidade da realidade, onde as ações de prevenção para a redução de danos devem ser combinadas e voltadas, ao mesmo tempo, para a prevenção e a cura. Essas demandas individuais ou coletivas devem atrelar as potencialidades e as possibilidades de outros saberes, disponíveis nas equipes multiprofissionais sejam eles de saúde ou não, pois a integralidade faz parte do tripé doutrinário do Sistema Único Saúde (ASSUMPÇÃO, 2007).

Com relação à inserção do Serviço Social na área de saúde mental, pode-se afirmar que o Movimento Antimanicomial ou Processo de Reforma Psiquiátrica proporcionou uma abertura de espaço sócio-ocupacional para estes profissionais. Houve a contratação de novos assistentes sociais, ao passo em que se compreendeu que a saúde é compreendida não como ausência de doença, mas como condição digna de trabalho, habitação, lazer, ou seja, o assistente social atua em práticas voltadas aos portadores de saúde mental, com vistas à “reabilitação social e cidadã”, que não são práticas específicas da área médica ou psicológica (BISNETO, 2005).

Com esses novos moldes da assistência psiquiátrica do modelo de des-hospitalização é necessária a implantação de equipes multiprofissionais que dêem conta das demandas em todos os seus níveis e especificidades. Dentro dessas novas modalidades de serviços de saúde mental encontra-se o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), que se configura num espaço de atuação do Serviço Social (COSTA *et all.*, 2006 p. 10).

Nos CAPS, a prática de ações terapêuticas é realizada pelo conjunto de profissionais para que se alcance resultados que possam contribuir para a saúde mental, social, psicológica, física do usuário. Neste âmbito é importante que o assistente social possua subsídios teórico-práticos com relação à saúde mental, discutindo a necessidade de se buscar soluções quanto aos interesses do portador de transtorno mental quer seja na saúde psicossocial, como também ter conhecimentos acerca dos direitos e cidadania, que vão de encontro às concepções de outras práticas políticas que respondem à política neoliberal (COSTA *et all.*, 2006 p. 10).

Assim sendo, o Serviço Social na área da Saúde Mental precisa estar atrelado a outras áreas do conhecimento, fazendo uma leitura crítica destas para dar conta das demandas institucionais sem perder de vista a criticidade e a visão histórica dos processos que envolvem a problemática do usuário para que se coloquem em prática suas proposições voltadas à recuperação do sujeito no âmbito familiar, previdenciário, assistencial, ou seja, em todas as instâncias de sua vida social (BISNETO, 2005).

Portanto, para responder às particularidades, faz-se imprescindível uma análise crítica da realidade, de modo que englobe os usuários, familiares, equipamentos institucionais; e também uma análise universal das questões políticas, econômicas, sociais e ideológicas que permeiam a dimensão micro da instituição, a fim de buscar uma melhor prestação de serviços aos usuários de Saúde Mental, bem como assistência aos seus

familiares. Logo, a atuação do assistente social deve contemplar tanto a área da psiquiatria quanto a do Serviço Social, realizando acolhimento, oficinas, redes de atenção, visando à cidadania, a autonomia do sujeito e inserção na família, considerando sua totalidade social (COSTA *et all.*, 2006 p. 11).

O Serviço Social na saúde mental tem sua prática voltada para o resgate das relações sociais dos usuários identificando-os em sua totalidade (atentando para as particularidades que os envolvem), podendo utilizar de sua capacidade analítica e histórica para a promoção da ressocialização e fortalecimento dos vínculos dos sujeitos.

Outra questão importante é a ação do Serviço Social junto a essas famílias que frente a essa demanda articula sua prática no sentido de informar, esclarecer e em conjunto com a equipe multidisciplinar dar suporte ao alcoolista e as suas famílias principalmente no que se refere à compreensão de que não há cura para tal doença e sim a abstinência.

Segundo Miotto (1997), no âmbito do Serviço Social, os processos de atenção às famílias fazem parte da história da profissão, os assistentes sociais são os únicos profissionais que têm a família como objeto privilegiado de intervenção durante toda sua trajetória histórica; ao contrário de outras profissões que a privilegiam em alguns momentos e, em outros, a tiram de cena.

No caso do CAPS I enfatiza-se que a família exerça um papel fundamental junto ao portador de transtorno mental ou dependente químico, devendo proporcionar proteção, acolhimento, bem como aportes afetivos e cuidados distintos. Concernente à concepção conceitual do papel da família Rosa (2003) enfatiza ao dizer que: “o grupo familiar deve exercer a condição de parceria e co-responsável nos projetos terapêuticos dos Serviços de Saúde Mental”.

Com base no projeto criado buscamos trabalhar com essas famílias as problemáticas dessa doença, com base nas ações sócio-educativas e ações de acolhimento e apoio, que para Miotto (2004), estão relacionadas àquelas que, através da informação, da reflexão, ou mesmo, da relação, visam provocar mudanças (valores, modos de vida). As ações de acolhimento e apoio sócio-institucional consistem no acolhimento e apoio e na articulação de recursos através da ativação, integração e modificação das redes sociais e de serviços para atender as demandas familiares.

Outro fator a se destacar é a importância do trabalho em equipe multidisciplinar, para que sejam dadas as orientações e informações a essas famílias sobre o alcoolismo, para que as mesmas vejam que esse é um trabalho que se dá de maneira gradual.

Como vemos o assistente social é responsável por fazer uma análise da realidade social e institucional, e intervir para melhorar as condições de vida do usuário e familiares. A melhor utilização desses instrumentos requer uma contínua capacitação profissional que busque aperfeiçoar seus conhecimentos e habilidades na sua área de atuação. Toda ação do profissional de Serviço Social deve ser baseada no Código de Ética e sempre utilizá-lo como norteador de sua intervenção profissional.

Por fim destacamos a questão do escasso material publicado com discussões acerca da inserção dos assistentes sociais especificamente nos CAPS. Um exemplo disto é que em consulta a base de Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) do departamento de Serviço Social da UFSC não encontramos nenhuma produção que versasse sobre a temática. Deste modo, ressalta-se a importância da socialização dos processos de trabalho dos profissionais, para futuras pesquisas, já que o Assistente Social é um profissional do quadro da equipe multidisciplinar que compõe os CAPS.

Esperamos que este Trabalho de Conclusão de Curso possa contribuir como fonte de orientação e informação para que se conheça a importância da abordagem familiar realizada pelo Serviço Social no tratamento de dependentes do álcool, e principalmente o reconhecimento do trabalho do Serviço Social nessas instituições denominadas Centros de Atenção Psicossocial, onde o Assistente Social é um profissional de fundamental importância.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, L. (org); COUTINHO, A. R. A. **Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde**. Belo Horizonte: Edições Campo Social, 2003.

AMARANTE, Paulo Duarte Carvalho. **Loucos Pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

ASSUMPÇÃO, Patrícia Freitas Schemes. A integralidade em saúde e o debate do Serviço Social. **Dissertação de Mestrado**. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2004.

BERTOLLOTE, José Manoel. Problemas Sociais Relacionados ao Consumo de Bebidas. In: RAMOS, Sérgio de Paula; BERTOLLOTE, José Manoel, *et al.* **Alcoolismo Hoje**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BONASSA, Giselli Dandolini. A Desospitalização do Portador de Transtorno Mental do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis/SC **Trabalho de Conclusão de Curso** (Bacharel em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico, Florianópolis, 2004.

BISNETO, José Augusto. **Uma análise da prática do Serviço Social em Saúde Mental**. In Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo, v. 82, p. 110-130, 2005.

BRANDALISE, Fernando. O Trabalho e Reabilitação Psicossocial: Um Estudo sobre a Inserção nas Práticas Laborais como Estratégia de Promoção de Autonomia de Usuários de Serviços de Saúde Mental no Âmbito da Reforma Psiquiátrica Nacional. **Dissertação de Mestrado em Psicologia**. Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Pós Graduação em Psicologia, 2002.

BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Estadual de Saúde Mental. **Cartilha Informativa e Interativa Sobre Centros de Atenção Diária**. Ministério da Saúde/Santa Catarina 2002.

_____. Secretaria Nacional Anti Drogas. **Prevenção ao uso indevido de drogas: Curso de Capacitação para Conselheiros Municipais**. Ministério da Saúde, Brasil 2008.

_____. Secretaria Nacional Anti Drogas. **Política Nacional Anti Drogas**. Ministério da Saúde, Brasil 2008.

_____. Secretaria Nacional Anti Drogas. **Política Nacional Sobre o Álcool**. Ministério da Saúde, Brasil 2008.

_____. Lei n°. 10.216, de 06 de Abril de 2001. Disponível em: <<http://planalto.gov.br/>>. Acesso em setembro de 2009.

_____. Lei n°. 8080/90, de 19 de Setembro de 1990. Disponível em: <<http://planalto.gov.br/>>. Acesso em setembro de 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde/SNAS n° 189, de 19 de novembro de 1991. In:_____. **Legislação em Saúde Mental 1990 – 2002**. 3ª ed. Revista e atualizada. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva, 2002.

_____. Ministério da Saúde/SNAS n° 224, de 29 de janeiro de 1992. In:_____. **Legislação em Saúde Mental 1990 – 2002**. 3ª ed. Revista e atualizada. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. In: _____ **Legislação de Saúde Mental 1990 – 2002**. 3ª ed. Revista e atualizada. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva, 2002.

BRIDA, Dayane Oliveira de. Plano de Estágio realizado no Centro de Atenção Psicossocial I no município de São Joaquim/SC. **Plano de Estágio**. Florianópolis: UFSC/CSE/DSS, 2009.

_____. Projeto de Intervenção realizado no Centro de Atenção Psicossocial I no município de São Joaquim/SC. **A Importância da Abordagem Familiar no Tratamento de Alcoolistas no Centro de Atenção Psicossocial I no Município de São Joaquim/SC**. Florianópolis: UFSC/CSE/DSS, 2009.

_____. Relatório Final de Estágio realizado no Centro de Atenção Psicossocial I no município de São Joaquim/SC. **Relatório Final de Estágio**. Florianópolis: UFSC/CSE/DSS, 2009.

CAPANAMA, Ângelo A.M. Alcoolismo e Empresas. In: RAMOS, Sérgio Paula; BERTOLLOTE, José Manoel, *et al.* **Alcoolismo Hoje**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

CFESS. **Em questão**: atribuições privativas do Serviço Social. Brasília, Distrito Federal: CEFESS, 2002.

CHUPEL, Cláudia Priscila. Acolhimento e Serviço Social : Um Estudo em Hospitais da Grande Florianópolis. **Dissertação de Mestrado**: Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Pós Graduação em Serviço Social, 2008.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3, 2001, Brasília, DF. **Relatório Final**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002 p. 213.

CORDIOLI, Franciny da Rosa. Restituição da Cidadania ao Portador de Transtorno Mental: Uma Experiência com Grupo Operativo no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis. **Trabalho de Conclusão de Curso** (Bacharel em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico, Florianópolis, 2009.

CORREIA, L.A. RAHAM, H.J. **Solução para Fármacos-dependentes**: Uma Experiência Terapêutica. São Paulo: Ed. Loyda, 1987.

CRESS. **Constituição da República Federativa do Brasil**. In Coletânea de Leis. Conselho Regional de Serviço Social – 18ª Região. Aracaju-SE, 2004.

FORTES, J. R.; CARDO, W. N. **Alcoolismo: Diagnostico e Tratamento**. São Paulo: Ed. Savier, 1991.

FRANCO, Simone de Oliveira. Centro de Atenção Psicossocial: Um Estudo de Caso. **Dissertação de Mestrado em Saúde Pública**. Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Ciências da Saúde. Pós Graduação em Saúde Pública, 2005.

GOMES, Sabrina. Os desafios do Serviço Social no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado de Santa Catarina. **Trabalho de Conclusão de Curso** (Bacharel em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico, Florianópolis, 2009.

JARDIM, Vanda Maria Rosa. Avaliação da Política de Saúde Mental nos CAPS da Região Sul do Brasil. **Dissertação de Mestrado em Enfermagem**. Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Ciências da Saúde. Pós Graduação em Enfermagem, 2007.

KAWALL, B. G. A Contribuição do Assistente Social no Processo de Prevenção do Uso, Manutenção da Abstinência e Prevenção da Recaída do Dependente Químico. **Trabalho de Conclusão de Curso** (Bacharel em Serviço Social). (Bacharel em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico, Florianópolis, 2003.

LIMA, Telma Cristiane S. A intervenção profissional do Serviço Social no contexto da cidadania e dos direitos: pensando as ações sócio-educativas. **Trabalho de Conclusão de Curso**: Florianópolis: UFSC/CSE/DSS, 2003.

MACHADO, Ana Regina. MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. **Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil:** da Justiça à Saúde Pública. In: Revista Historia, Ciência e Saúde. Rio de Janeiro, 2007 vol. 14 n° 3, p. 104 a 115.

MAGALHÃES, Selma Marques. **Avaliação e Linguagem:** relatórios laudos e pareceres. São Paulo: veras; Lisboa: CPIHTS, 2003.

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

MASUR, Jandira. **A Abordagem Biológico-Psicológica e Social do Alcoolismo.** In: Revista Ciência e Cultura. São Paulo, 1980

_____. **A Questão do Alcoolismo.** São Paulo: Brasiliense, 1984 (Coleção Qual É)

_____. **O que é Toxicomania.** 3ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1987 (Coleção Primeiros Passos)

MIOTO, Regina Célia Tamasio. **Trabalho com famílias:** um desafio para os assistentes sociais. Revista Virtual Textos e Contextos. n° 3, Dezembro 2004. Disponível em: http://www.cavanis.org.br/dow/geral/trabalho_com_familias.pdf, acessado em novembro de 2009.

_____. Família e Serviço Social – Contribuições para o Debate. **Revista Serviço Social e Sociedade,** São Paulo: Editora Cortez, n° 55, 1997.

MINAYO, M. C. S. (Org); DESLANDES, S.F.; CRUZ NETO, O . GOMES, R. **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MOTA, Izaiane Latroncio. Grupo: Instrumento que Viabiliza as Ações Sócio-Educativas do Serviço Social, em um Programa de Apoio e Orientação Sócio-Familiar / São José – SC. **Trabalho de Conclusão de Curso** (Bacharel em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico, Florianópolis, 2004.

MORES, Sabrina. A Importância da Abordagem Familiar no Tratamento de Alcoolistas: O Caso da CLIPS. **Trabalho de Conclusão de Curso** (Bacharel em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico, Florianópolis, 2004.

OLIVEIRA, Claudete J. de. O Enfrentamento da Dependência do Álcool e outras Drogas pelo Estado Brasileiro. In: BRAVO, Maria Inês Souza, et all. **Saúde e Serviço Social**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Cortez 2006.

OLIVEIRA, Francisca Bezerra de. **Construindo Saberes e Práticas em Saúde Mental**. João Pessoa: UFB/Editora Universitária, 2002.

PAULA, Wilson. Kramer de. **Drogas e Dependência Química** – Noções Elementares. Florianópolis/SC: Papa-Livros, 2001.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Os Centros de Atenção Psicossocial:** Espaços de Reabilitação? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, vol. 43, nº12. Rio de Janeiro, 1994, pp. 647-648.

RABELO, Carina; RANGEL Natalia. Jovens e Álcool: Mistura Perigosa. **Revista Isto É**. Rio de Janeiro: Ed. Três set/2007 ano 30, p. 48 a 53.

RIBEIRO, Sergio Luiz. **A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo**. *Revista Psicologia Ciência e Profissão*, vol. 24, nº. 3, set. 2004, Brasília p. 1 a 9.

ROSA, Lucia. **Transtorno Mental e o Cuidado na Família**. São Paulo: Cortez, 2003.

SARMENTO. Hélder B. de Moraes, **Repensando os Instrumentos do Serviço Social**. In: Estágio Profissional em Serviço Social na UFPA. Belém. Ed. Amazônia. UFPA, 2005.

SCALZAVARA, Fernanda. A operacionalização da Reforma Psiquiátrica Brasileira – Um Estudo sobre a Percepção dos Profissionais do CAPS Ponta do Coral de Florianópolis. **Dissertação de Mestrado**: Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Pós Graduação em Serviço Social, 2006.

SILVA. Maria .L. L. da. Um novo fazer profissional. **Cadernos de Capacitação e Serviço social e política social**. Brasília: CEAD, mod. 04, p.112-124, 2000.



SILVA, Maria. R. S. da. Família e Alcoolismo: Em Busca do Conhecimento. **Dissertação Mestrado em Enfermagem**. Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Ciências da Saúde. Pós Graduação em Enfermagem, 1996.

SILVA, Maria .L. **Alcoolismo: Um Problema com o qual Muitos Convivem, porem Poucos Conhecem**. São Paulo: EDUC/Cortez, 2000.

SOUSA, Charles Toniolo de. **A Prática do Assistente Social: Conhecimento, Instrumentalidade e Intervenção Profissional**. Disponível em <<http://www.uepg.br/emancipacao>>, acesso em outubro de 2009.

TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (orgs). **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. 7ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2001.

VASCONCELOS, Eduardo M. (org); BISNETO; Jose augusto. **Saúde Mental e Serviço Social: o Desafio da Subjetividade da Interdisciplinariedade**. São Paulo: Cortez, 2000.

VARGAS, H. S. **Repercussões do Álcool e do Alcoolismo**. 2ª ed. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1988.

WILLIRICH, Janaina Quinzen. KANTORSKI, Luciane Prado. **CAPS Castelo: Um Pouco da Loucura em Pelotas**. Pelotas: EDUFPEL, 2008.

ANEXO



**Universidade Federal de Santa Catarina
Centro Sócio Econômico
Departamento de Serviço Social**

**A Importância da Abordagem Familiar no Tratamento de Alcoolistas no Centro de
Atenção Psicossocial I de São Joaquim/SC**

Projeto elaborado como requisito parcial de avaliação da disciplina de Supervisão Pedagógica de Estágio Curricular Obrigatório I em Serviço Social (DSS 5126), Turma 716, Semestre 2009.1, Período Matutino.

Acadêmica: Dayane Oliveira de Brida

Florianópolis/SC

1. Identificação

A Importância da Abordagem Familiar no Tratamento de Alcoolistas no Centro de Atenção Psicossocial I de São Joaquim/SC

- **Instituição Executora:** Centro de Atenção Psicossocial I (CAPSI)
- **Endereço: Rua:** Murilo Bortoluzzi, s/n°
Bairro: Centro / São Joaquim - SC
CEP: 88.600.000
- **Elaboração:** Dayane Oliveira de Brida

2. Justificativa

O presente projeto tem como campo empírico o Centro de Atenção Psicossocial I (CAPSI) do município de São Joaquim/SC.

Os Centros de Atenção Psicossocial priorizam a humanização da assistência a saúde mental e o reconhecimento dos direitos de cidadania das pessoas acometidas de transtorno mental. Estes Centros constituem-se em serviços ambulatorial de atenção diária a pacientes acometidos de serviço ambulatorial de atenção diária a pacientes acometidos de transtornos mentais bem como a dependentes químicos (CAPS, 2009).

No município de São Joaquim o Centro de Atenção Psicossocial é classificado com CAPSI devido ao número de habitantes do município (24.058 habitantes, IBGE, 2007), a classificação se faz necessária para o repasse de verbas.

O fato do município não possuir a rede de atenção saúde mental leva o CAPS a tratar dos casos de dependência química e todos os tipos de transtorno mental.

Os CAPS inovam o tratamento da dependência química na medida em que buscam alternativas de recuperação aos dependentes, que não a tradicional internação. Ao mesmo tempo em que se trata nos Centros de Atenção Psicossocial, o dependente químico não precisa cortar seus vínculos com a sociedade, ao contrário, tratando-se em ambulatório na sua própria cidade, pode ser visto de uma nova maneira pela comunidade no seu processo de reintegração, na medida em que convive com seus progressos de recuperação.

Caso necessário encaminha-se a internação em clínicas de desintoxicação, a lei estabelece que o dependente e o usuário de produtos, substâncias ou drogas lícitas ou ilícitas, que causem dependência física ou psíquica, relacionados pelo Ministério da Saúde, podem ser submetidos à internação ou tratamento ambulatorial.

Das dependências químicas tratadas no CAPS o numero de alcoolistas é maior que as dependências químicas, entre os meses de março e abril foram atendidos 32 casos de alcoolismo e 13 casos de dependência cruzada.

Conforme a demanda do CAPS em relação às dependências químicas foi visto a necessidade de se implantar um projeto onde fosse tratada a questão do alcoolismo, pois o numero de recaídas e reinternamentos é muito elevado. Foram analisados os motivos que levam os usuários a usarem o álcool novamente após as internações e com essas análises observamos que um dos motivos e a falta de auxilio da família.

Percebe-se que os dependentes químicos buscam o tratamento no CAPS quando apresentam intoxicação aguda, quando começam aparecer os problemas de saúde, quando tem complicações com a polícia ou/com a justiça, quando se envolvem em situações de violências e quando a família busca ajuda junto ao serviço de saúde mental é por não conseguirem mais contornar a situação de conflitos, stress, dificuldades financeiras e vergonha que sentem dos parentes e vizinhos em virtude da atual situação que estão vivenciando.

Durante o processo de atendimento de pacientes alcoolista e familiares percebeu-se que os mesmos não têm o conhecimento necessário que requer o tratamento da doença, os familiares vêem o alcoolismo como um problema de conduta moral e não como um problema de saúde.

Faz-se necessário conscientizar familiares e pacientes que o tratamento e recuperação é construído de forma lenta, gradual e contínua, sendo fundamental o envolvimento de toda a família no processo de recuperação, não se limitando apenas no período de desintoxicação do paciente.

O acompanhamento dessas famílias durante o tratamento do seu familiar é de grande importância para a recuperação do mesmo e da própria família, e é neste sentido que o Serviço Social trabalhará com essas famílias, primeiramente o fato da família contribuir com informações acerca da historia da dependência favorece o tratamento no sentido de confirmar as informações já passadas pelo usuário quando o mesmo procura o tratamento. Essas informações são fundamentais para a previsão de possíveis recaídas, além de contribuírem para que a família fique mais atenta aos locais e hábitos que seus membros possuem, para que

os mesmos ajudem o mesmo a modificá-los, pois não haverá recuperação se o usuário não modificar seus antigos hábitos.

Outra questão importante é a criação de reuniões de grupos para que sejam discutidas varias questões sobre o alcoolismo, sobre o processo de tratamento, com o objetivo de esclarecer duvidas e inquietações destas famílias. O fato do alcoolismo não ser tratado como uma doença é até então pouco discutido nos meios de comunicação em massa, e isto faz com que o processo de conscientização destas famílias seja mais lento o que de certa forma prejudica diretamente o tratamento e a recuperação do usuário de álcool.

3. Problematizando a Questão do Alcoolismo nas Famílias

Quando falamos de família, remetemo-nos aos arranjos familiares existentes hoje na sociedade brasileira, e que segundo Miotto (1997, p. 120) constitui-se como “um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consangüíneos”.

O alcoolismo é uma doença que afeta não apenas ao dependente, segundo Correia; Rahm (1987), dados indicam de que para cada pessoa alcoolista, existem em media no Brasil, outras cinco ou seis pessoas que sofrem os efeitos desta doença. Portanto, o próprio dependente do álcool passa a ser apenas parte do problema cujas conseqüências atingem diretamente sua família.

O impacto que a doença do alcoolismo provoca nos membros da família, manifesta-se principalmente através da ruptura e desorganização das relações interpessoais com conseqüente prejuízo para o desenvolvimento das pessoas e a qualidade de saúde daqueles que convivem com esta problemática.

O alcoolista vai, progressivamente, sofrendo as influencias do uso do álcool, da mesma forma em que sua família também passa a ser afetada em estágios previsivelmente progressivos.

No primeiro momento a família começa a experimentar a ansiedade em decorrência do abuso do álcool pelo dependente. Apesar de todos na família negarem que o problema existe,

o relacionamento entre eles vai se tornando cada vez mais tenso. Surgem discussões difíceis, e as pessoas deixam de falar a respeito daquilo que realmente acreditam e sentem.

No segundo momento a família passa a se preocupar com o uso do álcool, especificadamente. Ao mesmo tempo se ilude a respeito da doença, tenta controlar o uso e as consequências do abuso por parte do dependente. A vida familiar se desgoverna a medida que os membros desenvolvem sintomas físicos e emocionais, com frequência se afastam do convívio social. Assim a família faz um acordo de forma implícita ou explícita de não falar do assunto, tentando ignorar que o álcool é o causador dos problemas da família.

No terceiro momento, os membros da família assumem papéis rígidos e previsíveis. Tornam-se facilitadores do problema e desenvolvem serias disfunções. É comum, então, a negação do sofrimento emocional e outros sofrimentos.

No quarto momento, poderão ocorrer crises graves na família. Os membros cansados buscam maneiras de fugir da situação que se torna insustentável, podendo ocorrer um afastamento emocional completo ou divórcio ou, até mesmo, um suicídio ou homicídio. Ao mesmo tempo, a família continuará a ter sentimentos fortes, protetores do dependente. Este último momento se caracteriza pela exaustão emocional.

Com a progressão da doença, a família experimenta todo tipo de sentimento, como a raiva, o ressentimento, a dor, a vergonha, a culpa, a solidão e a perda do contato com o plano real.

As famílias de alcoolistas sofrem muitos conflitos. Desenvolvem papéis rígidos para lidar com um stress que nunca discutem abertamente. Vivem com medo do futuro e sofrem com a negação da realidade. Sentem vergonha do dependente e de si mesmas. De tal forma se acostumaram a falsear a verdade que nem sabem mais confrontar seus próprios sentimentos.

A falta de conhecimento sobre o alcoolismo enquanto doença, desperta a idéia de que o alcoolista é um individuo irresponsável e que não se interessa pela família. Isto é visível dentro de cada lar que possui um dependente de álcool, chegando a ponto de perder o respeito e a confiança de sua família.

O fato de o alcoolismo ser tratado como uma doença é até então pouco discutido nos meios de comunicação em massa, e isto faz com que o processo de conscientização destas famílias seja mais lento o que de certa forma prejudica diretamente o tratamento e a recuperação do usuário.

De acordo com Silva (2000), o alcoolismo esta inevitavelmente enraizado na rede de interações familiares. Essas interações incluem tanto comunicações abertas e impactos diretos quanto processos dinâmicos e muito sutis. O alcoolismo influencia o comportamento de seus familiares de tal forma que se estabelece uma espécie de ressonância.

A razão para discutir tal assunto consiste em buscar novas formas de intervir junto as famílias que apresentam problemas com a síndrome do álcool e com isto auxiliá-las a melhorar a sua qualidade de vida.

4. Objetivo Geral

A intervenção junto às famílias dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial I (CAPSI) do município de São Joaquim/SC que apresentam problemas com a síndrome da dependência do álcool e com isto auxiliá-las a melhorarem sua qualidade de vida.

5. Objetivos Específicos

- Conscientizar a família, dependentes e pessoas que convivem com ele sobre a doença que os envolve;
- Discutir abertamente com os familiares os conflitos e as conseqüências que trazem a negação da família em relação à doença;
- Informar aos familiares as fases do tratamento do alcoolismo, incluindo a recaída como parte do processo de recuperação;
- Incentivar os familiares a dar credibilidade novamente aos seus membros em recuperação;

- Auxiliar os familiares a lidar com os altos e baixos de humor dos pacientes;
- Discutir os (pré) conceitos que a família possui em relação à dependência;
- Avaliar e fiscalizar a execução do projeto de intervenção;
- Estimular a participação dos familiares na execução e avaliação do projeto de intervenção;

6. Procedimentos Operacionais

AÇÃO/ATIVIDADE	RESPONSÁVEL
Implementação do Projeto;	Estagiária Dayane e demais funcionários do CAPS.
Sensibilização da Equipe Profissional do CAPS sobre a importância do projeto.	Estagiária Dayane
Mobilização dos funcionários do CAPS quanto de sua contribuição no processo de implantação do projeto, através de contatos pessoais e reuniões.	Estagiária Dayane.
Articulação com a rede institucional (Postinhos de Saúde do município, Agentes de Saúde do Programa Saúde da Família (PSF), Secretaria Municipal de Saúde e Alcoólicos Anônimos) para divulgação do projeto.	Estagiária Dayane e Assistente Social.
Estímulo à participação dos familiares na execução e avaliação projeto, através de contato em atendimentos individuais e reuniões.	Estagiárias Dayane e Assistente Social.

Reuniões quinzenais com as famílias com o objetivo de esclarecimento sobre a síndrome do alcoolismo e seu tratamento.	Estagiária Dayane, Assistente Social e o Médico Psiquiatra.
Atendimento individual as famílias para conhecimento do histórico familiar.	Estagiária Dayane.

7. Público Alvo

A população atendida pelo CAPS se divide em: Intensivos (25 pacientes), Semi-Intensivos (50 pacientes) e Não-Intensivos (90 pacientes), de ambos os sexos, com faixa etária variada. O público alvo compreenderá os 32 casos de alcoolismo registrados entre os meses de março a abril de 2009.

8. Metas

Propiciar uma melhoria na qualidade de vida dos 100% dos familiares de usuários do Centro de Atenção Psicossocial I (CAPSI) que sofrem com a dependência da síndrome do álcool, referente ao período de abril a julho de 2009.

9. Recursos

O projeto será financiado com os recursos repassados mensalmente ao Centro de Atenção Psicossocial I (CAPSI) pelo Ministério da Saúde.

10. Cronograma

Ano 2009				
Período	Abril	Maio	Junho	Julho
Atividades				
Implementação do Projeto	X	X	X	X
Sensibilização da Equipe Profissional do CAPS sobre a importância do projeto.	X	X		
Mobilização dos funcionários do CAPS quanto de sua contribuição no processo de implantação do projeto, através de contatos pessoais e reuniões.	X	X	X	X
Articulação com a rede institucional (Postinhos de Saúde do município, Agentes de Saúde do Programa Saúde da Família (PSF), Secretaria Municipal de Saúde e Alcoólicos Anônimos) para divulgação do projeto.		X	X	X

Estímulo à participação dos familiares na execução e avaliação projeto, através de contato em atendimentos individuais e reuniões.		X	X	X
Reuniões quinzenais com as famílias com o objetivo de esclarecimento sobre a síndrome do alcoolismo e seu tratamento.			X	X
Atendimento individual as famílias para conhecimento do histórico familiar.		X	X	X

11. Avaliação e Controle

A avaliação do projeto de intervenção seguirá a perspectiva de avaliação da eficácia, ou seja, a eficácia será analisada estabelecendo em que medida os objetivos propostos foram alcançados e quais razões dos êxitos e fracassos. (Baptista, 2003).

Referências Bibliográficas

- BAPTISTA, M.V. **Planejamento Social: Intencionalidade e Instrumentação**. São Paulo: Veras Editora, 2003. (pgs: 117-120)
- CAPS. Disponível em: [http:// www.saude.sc.gov.br](http://www.saude.sc.gov.br). Acesso em 11 de maio de 2009.
- CORREIA, L.A. RAHAM, H.J. **Solução para Fármaco-dependentes: Uma Experiência Terapêutica**. São Paulo: Loyda, 1987.
- JUNIOR, J.S. **Leis Penais Especiais e sua Interpretação Jurisprudencial**. 7ª Ed. Vol.2. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001.
- KAWALL, B.G. **A Contribuição do Assistente Social no Processo de Prevenção do Uso, Manutenção da Abstinência e Prevenção da Recaída do Dependente Químico**. Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Serviço Social. UFSC. Florianópolis, 2003.
- MIOTO, R.C. **Família e Serviço Social – Contribuições para o Debate**. Revista Serviço Social e Sociedade nº 55, São Paulo: Editora Cortez, 1997.
- SILVA, M.L et al. **Alcoolismo: Um Problema com o qual Muitos Convivem, porem Poucos Conhecem**. São Paulo: EDUC/Cortez, 2000.

São Joaquim, 15 de Junho de 2009.

Assinatura do Estagiário

Assinatura Do Supervisor