

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL**

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL COM OS  
DEPENDENTES QUÍMICOS NA SECRETARIA DE SAÚDE  
DO MUNICÍPIO DE RESTINGA SÊCA**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**Silvana de Freitas Soares**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2014**

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL COM OS  
DEPENDENTES QUÍMICOS NA SECRETARIA DE SAÚDE  
DO MUNICÍPIO DE RESTINGA SÊCA**

**Silvana de Freitas Soares**

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de  
Bacharelado em Serviço Social da  
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS),  
como requisito parcial à obtenção do grau de  
**Bacharel em Serviço Social**

**Orientador: Prof. Fabio Jardel Gaviraghi**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2014**

**Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências Sociais e Humanas  
Bacharelado em Serviço Social**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
aprova o Trabalho de Conclusão de Curso

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL COM OS DEPENDENTES  
QUÍMICOS NA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE  
RESTINGA SÊCA**

elaborado por  
**Silvana de Freitas Soares**

como requisito parcial à obtenção do grau de  
**Bacharel em Serviço Social**

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

**Prof. Fabio Jardel Gaviraghi  
(Presidente/Orientador) - UFSM**

---

**Prof. Dr<sup>a</sup> Caroline Goerck  
(Serviço Social/ Graduação) – (UFSM)**

Santa Maria, 26 de novembro de 2014.

## *AGRADECIMENTOS*

*Agradecer é uma forma de reconhecer com gratidão àqueles que colaboraram para a finalização deste trabalho.*

*A etapa que concluo é fruto de muitas contribuições. E, por isso, agradeço aos que me acompanharam no dia a dia, às vezes de perto, às vezes à distância, àqueles que estiveram ao meu lado durante minha trajetória acadêmica, profissional e pessoal.*

*À minha mãe, Maria Helena, que sempre me deu força e incentivo para realização desse trabalho, obrigada pelo amor e dedicação desde sempre. Ao meu pai, em memória.*

*Aos meus “ermãos”: Sílvia, Osvaldo Lúcio e Guilherme, por estarem sempre me incentivando, mesmo que à distância. Obrigada pelas palavras, pelo apoio e carinho.*

*À minha amiga, irmã de coração, Cacia, pela presença constante, pela confiança e compreensão, por compartilhar comigo angústias e vitórias. Pelo apoio nas horas mais difíceis, quando nada parecia fazer sentido.*

*À minha amiga, Adriana, obrigada pelo seu carinho, pela amizade, pela cumplicidade, pelos conselhos que me fizeram seguir em frente.*

*Aos amigos mais sinceros e preciosos que estiveram comigo ao longo dessa caminhada. Que foram solidários, prestativos e, talvez, nem saibam o quanto significam para mim.*

*Aos amigos e colegas do Serviço Social, que sonharam junto comigo durante todo o curso, agradeço-lhes a amizade, as risadas, as trocas, o apoio. Foi muito bom conviver com vocês.*

*Às amigas e colegas de trabalho agradeço pela solidariedade e amizade, pelos conselhos que me fizeram seguir em frente, sempre compreensivas e dispostas a ajudar quando precisei.*

*Ao meu supervisor de estágio e também orientador, Professor Fabio Gariraghi, por seus ensinamentos, paciência e confiança ao longo da supervisão e orientação. Pela competência, pela atenção e disponibilidade. Pelo exemplo de profissional dedicado e comprometido com a formação de seus alunos. Obrigada pelos momentos de troca e reflexão que possibilitaram a construção desse trabalho.*

*À minha estimada supervisora de campo, Carlíne Bortolás, o carinho, apoio, dedicação e cumplicidade ao longo desse processo de formação. Muito obrigada por tudo que me ensinou, foi um privilégio tê-la como supervisora!*

*Aos professores do corpo docente, todos aqueles que fazem ou que já fizeram parte da construção do saber do curso de Serviço Social. A todos que, de alguma forma, passaram por mim deixando aprendizados e que me fizeram amadurecer. Em especial, a Professora Caroline Goerck, pela disponibilidade e carinho em aceitar o convite para a banca.*

*À instituição a qual o trabalho de campo se desenvolveu. Aos profissionais e ao grupo Renascer que contribuíram para a construção deste trabalho, muito obrigada pelo acolhimento.*

*Enfim, agradeço a todos os familiares, amigos, colegas e companheiros que fizeram parte desse processo de formação. Muito obrigada!*

*“A visão sem ação, não passa de um sonho.  
A ação sem visão é só um passatempo.  
A visão com ação pode mudar o mundo”.*  
*Martha Medeiros*

## **RESUMO**

Trabalho de Conclusão de Curso  
Centro de Ciências Sociais e Humanas  
Bacharelado em Serviço Social  
Universidade Federal de Santa Maria

### **O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL COM OS DEPENDENTES QUÍMICOS NA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE RESTINGA SÊCA**

AUTORA: SILVANA DE FREITAS SOARES

ORIENTADOR: FABIO JARDEL GAVIRAGHI

Data e Local de Defesa: Santa Maria, 26 de novembro de 2014.

O presente trabalho, que consiste em um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), tem por objetivo apresentar e analisar o trabalho do assistente social na Secretaria Municipal de Saúde do Município de Restinga Sêca (RS), buscando evidenciar especialmente a área da dependência química a partir de um grupo de convivência formado por usuários dependentes de álcool. Para tanto, realizou-se uma análise teórico-prática tendo por base de dados a experiência vivenciada no estágio obrigatório em Serviço Social realizado na Secretaria Municipal de Saúde. As principais mudanças que ocorreram na saúde pública e na saúde mental são oriundas dos movimentos de reforma sanitária e de reforma psiquiátrica, respectivamente. A presença dos profissionais do serviço social tem contribuído na aplicação do conceito ampliado de Saúde, buscando o atendimento amplo nos serviços de saúde, viabilizando o acesso aos direitos sociais dos usuários do serviço. Frente a essa realidade, durante o período de estágio, foi possível desenvolver um projeto de intervenção, tendo como público-alvo usuários participantes de um grupo de dependência química no CRAS do município, onde, através da transversalidade das políticas públicas de saúde, foi possível, através de encontros, oficinas, palestras, acompanhamento/tratamento de pessoas que possuem algum tipo de transtorno mental em função da dependência do álcool.

**Palavras-chave:** Reforma Sanitária. Reforma Psiquiátrica. Alcoolismo. Políticas Públicas. Serviço Social.

## ABSTRACT

The present work that consists of a monography (TCC), aims to present and analyze the work of social worker in the municipal health secretariat of the municipality of Restinga Sêca (RS), seeking to highlight especially the area of chemical dependency, from a group of living formed by alcohol addicted users. For both, a theoretical-practical analysis based on experience data experienced in stage required in Social Service in the Municipal Health Secretariat. The main changes that occurred in public health and mental health are coming from health reform movements and psychiatric reform, respectively. The presence of professionals in the social service has contributed in the implementation of the expanded concept of health, seeking the large attendance at health services, facilitating access to social rights of users of the service. Facing this reality, during the probationary period was possible to develop an intervention project, with the audience participating users of a group of chemical dependency in the CRAS of the municipality, where through the mainstreaming of public health policies, it was possible through meetings, workshops, lectures, monitoring/treatment of people who have some kind of mental disorder on the basis of alcohol dependence.

**Keywords:** Health Reform. Psychiatric Reform. Alcoholism. Public Policy. Social Service.

## LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós- Graduação em Saúde Coletiva

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

APRES - Sindicato dos Professores Municipais

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CEBES - Centro de Estudos Brasileiros em Saúde

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CNCS - Conselho Nacional de Saúde

CORSAN - Companhia Riograndense de Saneamento

CRAS - Centros de Referência Social

CREAS- Centro de Referência Especializado em Assistência Social

CRESS - Conselho Regional de Serviço Social

CRS – Coordenadoria Regional de Saúde

DST – Doença Sexualmente Transmissível

EACS - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF - Estratégia Saúde da Família

GREC - Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas

LOAS - Lei Orgânica de Assistência Social

LOS - Lei Orgânica da Saúde

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NOAS - Norma Operacional de Assistência a Saúde

NOBS - Normas Operacionais Básicas

NOB/RH - Norma Operacional Básica de Recursos Humanos

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAIF - Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família

PDR/RS - Plano Diretor de Regionalização da Saúde

PIM - Programa Primeira Infância Melhor

PMB - Psicose Maníaca Depressiva

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNAS - Política Nacional de Assistência Social

RD - Redução de Danos

RH - Recursos Humanos

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SENAD - Secretaria Nacional Antidrogas

SISNAD - Sistema Nacional Antidrogas

SF - Saúde à Família

SINSEMURS - Sindicato dos Servidores Públicos Municipais

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UFMS - Universidade Federal de Santa Maria

UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DO MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA .</b>	<b>15</b>
2.1 O movimento de reforma psiquiátrica: A saúde mental no sistema público de saúde.....	19
2.2 Dependência: O álcool e a relação do usuário com a família: .....	24
2.3 O profissional do serviço social na saúde e a transversalidade das políticas .....	33
<b>3 O ESTÁGIO EM SERVIÇO SOCIAL: ALGUMAS VIVÊNCIAS .....</b>	<b>41</b>
3.1. As principais características e programas da Secretaria de Saúde de Restinga Sêca.....	41
3.2 As demandas do AS e as suas atribuições no espaço:.....	47
3.3 A intervenção do estagiário através do projeto de intervenção .....	59
3.3.1 A justificativa e alguns objetivos propostos .....	59
<b>4 CONCLUSÃO .....</b>	<b>66</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: .....</b>	<b>69</b>

# 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho, que consiste em um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), será uma análise teórico-prática tendo por base de dados a experiência vivenciada no estágio obrigatório em Serviço Social, que foi realizado na Secretaria de Saúde do município de Restinga Sêca/RS, bem como revisões bibliográficas e de documentos.

Este estudo objetiva então apresentar e analisar o trabalho do assistente social na Secretaria Municipal de Saúde em um município da região central do estado do Rio Grande do Sul (RS), buscando evidenciar especialmente a área da dependência química, a partir de um grupo de convivência formado por usuários dependentes de álcool.

Evidencia-se neste trabalho um paralelo da Política de Saúde a partir do processo do projeto de Reforma Sanitária iniciado na década de 80 do séc. XX e do movimento de Reforma Psiquiátrica, que ganha força nesse mesmo período. A partir desses movimentos, a saúde apresenta-se como direito social que envolve não apenas a assistência, a reabilitação e a prevenção de doenças, mas a promoção da saúde em seu conceito ampliado, a participação e o controle social.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado após a promulgação da carta constitucional de 1988, a qual, desde então, tem orientado as ações de profissionais e políticas sociais públicas nos diversos setores relacionados à saúde pública e privada. Destaca-se, entre elas, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que é resultado da experiência acumulada de vários atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do SUS, como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo.

No Brasil, a Atenção Básica (AB) é desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Política de Atenção Básica, que é fruto de conquistas sociais na área da saúde, tem contribuído nas discussões e na implementação de ações no campo da saúde mental. O movimento de reforma psiquiátrica, que é datado e com moldes idênticos aos princípios da reforma sanitária, tem buscado uma nova forma de atendimento e tratamento de pessoas que sofrem com algum tipo de transtorno mental, os quais, por vezes, são oriundos do movimento de compra e venda da força de trabalho, ou seja, refrações da questão social.

Soma-se à Política Pública de Saúde a Política de Assistência Social, que de forma articulada vem contribuindo no combate às expressões da questão social, entre elas a dependência química. O desafio da assistência social é contribuir para tornar o sistema de proteção social um conjunto de medidas efetivas, garantindo os direitos sociais previstos no marco legal.

A importância do tema “dependência química”, por exemplo, não é marcada apenas pela sua atualidade, mas especialmente pela sua complexidade. Este tema está inserido em uma totalidade social que passa, constantemente, por profundas transformações sociais, econômicas, políticas e culturais, onde velhos paradigmas são anulados e novos valores são acrescentados. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) a dependência química deve ser tratada simultaneamente como uma doença médica crônica e como um problema social. É necessário identificar e tratar os sintomas, porém sem esquecer e avaliar as conseqüências e os motivos que levaram à mesma.

A Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica (10.216/01) discute sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. As principais mudanças para a saúde mental são: a garantia dos direitos aos portadores de transtorno mental, a responsabilização do Estado pelo desenvolvimento de políticas para a área, pela previsão de serviços comunitários de saúde mental, o uso da internação hospitalar como última alternativa para tratamento dos portadores de transtorno mental e a busca da reinserção social, como finalidade do tratamento.

Outro fator inovador na política pública de saúde, dentro dessas reformas, é o reconhecimento do papel do assistente social nesses espaços de garantia de direitos sociais. A saúde como direito social envolve não apenas a assistência,

reabilitação e prevenção de doenças, mas a promoção da saúde, a participação e o controle social.

A superação do modelo biomédico no campo da saúde pública vem promovendo cada vez mais a inclusão de outros saberes e práticas, como a do Serviço Social, interagindo na construção social da saúde e no enfrentamento de seus determinantes sociais. A Assistência Social e a Atenção Básica à Saúde, principalmente por meio da Estratégia Saúde da Família, têm em comum a busca por um maior protagonismo social, o estímulo à emergência de novos atores, que construam solidariamente comunidades pró-ativas e críticas e, potencialmente, mais saudável.

Este trabalho, por ser um estudo qualitativo, terá como base de dados a vivência nos estágios supervisionados obrigatórios em Serviço Social junto ao curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM. Inicialmente foi desenvolvida uma revisão bibliográfica sobre a temática central desse estudo, utilizando-se de livros, artigos científicos, documentos, pesquisas online, bem como de todos os documentos elaborados durante os estágios, que são eles: Diários de campo, análise institucional, plano de estágio e relatório final. Atenta-se também que esse trabalho está baseado no método dialético crítico e suas categorias.

Sendo assim, o trabalho de conclusão de curso subdivide-se em 3 capítulos: Após as considerações introdutórias, teremos o capítulo II, o qual irá abordar alguns aspectos da Política de Saúde no Brasil, evidenciando o movimento de Reforma Sanitária e a implantação do Sistema Único de Saúde. Abordar-se-á também o movimento de reforma psiquiátrica e as ações desenvolvidas na atualidade em relação aos usuários do serviço de saúde mental. Na sequência, apresentam-se ações que fazem parte das políticas atuais de saúde e de assistência social, a transversalidade das mesmas e o trabalho do assistente social nesses espaços.

No capítulo III, apresenta-se o local onde se desenvolveu o processo de estágio curricular obrigatório em Serviço Social I e II, como já citado, base empírica para o desenvolvimento deste trabalho. Além do histórico da instituição, suas características, o trabalho desenvolvido pelos profissionais, entre eles o assistente social, nesse capítulo serão abordados as principais vivências do estagiário no espaço sociocupacional. Ainda neste capítulo, aborda-se-á projeto de intervenção

desenvolvido pela acadêmica na Secretaria de Saúde no município de Restinga Sêca, evidenciando a importância do projeto, seus objetivos, as ações desenvolvidas, os aspectos práticos e os resultados junto ao grupo de dependência química.

Nas considerações finais, ressaltou-se a importância do estágio em Serviço Social, bem como da inserção do estagiário de Serviço Social na área da saúde, tendo em vista conhecer o trabalho diário do assistente social nas diversas manifestações da questão social, seus desafios com a interdisciplinaridade e a transversalidade das políticas sociais públicas e também os desafios e possibilidades encontrados durante o período de estágio.

## **2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DO MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA**

A organização da saúde pública no Brasil, como direito social universal, consolida-se na Constituição Federal de 1988, a partir do Projeto de Reforma Sanitária Brasileira, que teve início nos anos 80, envolvendo intelectuais, profissionais de saúde, movimentos sociais e estudantis e a participação da população das periferias e dos grandes centros, lutando em favor de melhorias na saúde.

Este movimento teve como princípio uma crítica à concepção de saúde restrita a dimensão biológica e individual, bem como a afirmação da relação entre organização social, organização dos serviços de saúde e prática médica, tendo como fundamento à determinação social da doença para se pensar o processo de trabalho na saúde. (VASCONCELOS, 2002, p. 76).

O movimento de reforma sanitária contribuiu com as organizações vinculadas à saúde pública que apresentaram na carta constituinte o entendimento sobre saúde, mas especialmente o dever do estado na garantia desse direito. No conceito de saúde da Constituição Federal de 1988, ressalta-se que:

A Saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário as ações e serviços para sua proteção e recuperação. (Constituição Federal, 1988 Art. 196).

De acordo com o texto constitucional, fica garantido o seu caráter público baseado-se nos princípios da universalidade, da equidade, da uniformidade da equivalência e da gestão democrática, descentralizada e participativa.

A saúde é um direito universal e fundamental do ser humano, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

A OMS passou a estruturar conceitos e práticas sobre promoção da saúde, favorecendo a realização da *I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde* realizada em Ottawa, no Canadá, no ano de 1986. Desse encontro resultou a Carta de Ottawa, considerada marco referencial da promoção da saúde. Foram definidas cinco áreas prioritárias de ação em promoção da saúde: políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, reforço à ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde. Ainda nessa Carta, são descritos os pré-requisitos para a saúde: paz, educação, moradia, alimentação, renda, ecossistema saudável, justiça social e equidade. A promoção da saúde incorpora, portanto, uma noção ampliada de saúde e passa a se aproximar da ideia de qualidade de vida. (BUSS, 2003, p. 15-38).

A Reforma Sanitária, elementar na criação do SUS, foi um movimento que contou com o apoio do Centro de Estudos Brasileiro em Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), de trabalhadores da saúde e da sociedade civil em geral. A ideia da reforma sanitária consistia na proposta de um sistema de saúde único, sob responsabilidade do Estado, sendo o setor privado suplementar àquele, sob controle público e descentralizado. O que estava em questão era a universalidade da atenção à saúde, superando a histórica dicotomia entre assistência médica individual e ações coletivas de saúde (ELIAS, 2009).

O projeto da reforma sanitária tem como base um estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais e, logo, pela saúde.

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de saúde. (BRAVO, 2006, p. 96).

A política de saúde atual baseia-se legalmente na Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080/1990, que trata do conjunto de ações e serviços de saúde, bem como das instituições que materializam seus serviços; na Lei nº 8142/1990, que trata

sobre a descentralização da gestão e recursos no SUS; nas Normas Operacionais Básicas (NOBS) 1991/93/96, que tratam sobre gestão, municipalização e controle social; na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH/SUS/2002), que enfatiza a capacitação do RH (recursos humanos).

Estendeu-se a visão de saúde, após a implantação do SUS, a partir de novos discursos e práticas profissionais voltados para a educação em saúde. A norma constitucional prega a atenção integral à saúde e aponta para a concretização dos princípios da universalidade de acesso e equidade em relação aos direitos sociais. A partir da descentralização das ações e serviços, as intervenções profissionais, em todos os níveis do sistema de saúde, devem estar em contínua comunicação, ou seja,

deverão efetivar instrumentos/ mecanismos mínimos que garantem a articulação entre os serviços de saúde nos diferentes níveis e municípios/bairros, num processo dinâmico e flexível no alcance da equidade, controle da qualidade e da oportunidade dos procedimentos, principalmente aqueles de média e alta complexidade e custo (MENESES, 2010, p. 37, apud MENDES, 1993)

O SUS leva em conta três princípios básicos: o princípio da universalidade<sup>1</sup>, que reconhece a saúde como um direito fundamental do ser humano, incumbindo ao Estado garantir as condições indispensáveis ao seu pleno exercício e o acesso à atenção e assistência à saúde em todos os níveis de complexidade; a equidade, que é um princípio de justiça social, porque busca diminuir desigualdades, investindo mais onde a carência é maior; e a integralidade, que significa a garantia do fornecimento de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos e coletivos, exigidos em cada caso para todos os níveis de complexidade de assistência, e engloba ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (LEI 8080/90).

Durante a implementação do movimento da Reforma Sanitária, observou-se a crescente consciência social de que a luta pela saúde faz parte da construção da

---

<sup>1</sup> A universalidade é o princípio que organiza e dá sentido aos demais princípios e diretrizes do SUS na garantia do direito à saúde de forma integral, equânime, descentralizada e com participação popular (MATTA, 2007).

cidadania. Conforme Souza (2006), além da regulamentação do SUS, esse movimento se configurou como um projeto social em busca da reorientação do modelo assistencial, através de estratégias como a da Saúde da Família (SF) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais procuram desenvolver ações com características primárias, ou seja, a porta de entrada dos serviços. Para qualificar essas ações cria-se a PNAB.

A atenção básica, segundo a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (2011), caracteriza-se por:

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com alto grau de descentralização, buscando a lógica do território onde as pessoas vivem. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde.

Entre os princípios e fundamentos têm-se o território definido como base para o planejamento e desenvolvimento das ações de saúde e intersetoriais; garantir acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade resoluto, devendo confirmar-se como porta de entrada preferencial para o sistema de saúde; atuar em território adscrito, com população definida, desenvolvendo vínculo e corresponsabilização pela atenção às necessidades que se apresentam no território. Também coordenar e efetivar a integralidade em suas várias dimensões, ligando a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e, também, garantir e integrar ações programáticas e demandas espontâneas, operando em rede e desenvolvendo articulação entre equipes de saúde e a população dos territórios sob sua responsabilidade de forma a garantir a longitudinalidade e estimular a participação social (BRASIL, 2011). Deste modo, é essencial que ela se baseie pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da

integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Esse processo de reorganização da assistência à saúde, que tem no SUS uma de suas expressões, ficou conhecido como reforma sanitária, sendo que a ele articulou-se outro processo, o de reforma psiquiátrica brasileira – sobre o qual vamos desenvolver algumas considerações.

## **2.1 O movimento de reforma psiquiátrica: A saúde mental no sistema público de saúde**

O movimento pela Reforma Psiquiátrica tem início no Brasil no final dos anos 70 ocasionando também uma verdadeira revolução teórico-conceitual. Este movimento tinha como bandeira a luta pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no país. Conforme coloca Amarante (2007), faz-se necessário à compreensão de um conceito ampliado de saúde, da clínica ampliada, do trabalho interdisciplinar e intersetorial, da noção de rede e de territorialidade, entre tantos outros.

Conforme Amarante (1994), a compreensão de que a reforma psiquiátrica:

não mais se refere exclusivamente à reformulação dos serviços, ao rearranjo do aparato assistencial-normativo, nem reestruturação do texto jurídico que trata da matéria; não significa ainda a descoberta de novas técnicas, de uma escuta ou de uma terapêutica perfeitamente qualificada e competente, de por assim dizer, definitiva. Reforma psiquiátrica no nosso entendimento, é o conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas que visam transformar a relação da sociedade para com o doente. A reforma psiquiátrica que estamos construindo vai das transformações na instituição e no poder médico psiquiátrico até as práticas em lidar com as pessoas portadoras de problemas mentais. (AMARANTE, 1994, p.43)

O movimento de trabalhadores de saúde mental<sup>2</sup> organizou suas ideias e sugeriu objetivos relacionados à melhoria da rede ambulatorial e de saúde mental,

---

<sup>2</sup>O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) era formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. É sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir

tais como: extinção dos leitos em hospitais psiquiátricos; regionalização do atendimento e nas ações em saúde mental; controle das internações na rede dos hospitais e nos serviços privados e públicos; expansão de rede ambulatorial em saúde com equipes multiprofissionais de saúde mental.

Pode-se dizer que o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira é contemporâneo ao movimento sanitário, nos anos de 1970. Entretanto, é a Reforma Sanitária que dá sustentação política à Reforma Psiquiátrica, até que ela se firme como um movimento social independente. (SILVEIRA, 2009, p. 37).

Essa proposta sugeria a necessidade da atuação de profissionais como Psiquiatras, Psicólogos e Assistentes Sociais; se necessário também Enfermeiros, Terapeutas Ocupacionais e Fonoaudiólogos. Segundo Vasconcelos (2000), um dos objetivos foi a humanização social dentro dos asilos públicos e privados, com uma equipe multiprofissional.

De acordo com Amarante (2007), a saúde mental passa a se configurar como um campo ou área de conhecimento e atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde, complexo, plural, intersetorial e marcado pela transversalidade de saberes.

Vasconcelos (2000) assinala que a Saúde Mental entrou numa nova situação, nos níveis municipais, estaduais e federais no Brasil, mobilizada pela I Conferência Nacional de Saúde em 1986; foi neste mesmo ano que foi criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, como assinala o Ministério da Saúde e a Secretaria de Atenção à Saúde Mental:

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva. A criação desse CAPS e de tantos outros, com outros nomes e lugares, fez parte de um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que

---

deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005).

ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais. (Brasil, 2001, p. 12)

Segundo Mattos (2001), com a Constituição de 1988, houve a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo o direito à saúde para todos, colocando o Estado como responsável em garantir os direitos sendo ele o comandante único para a promoção de saúde.

A partir de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios norteadores a saúde como direito fundamental e o dever do Estado de garanti-la, também enfatiza a integralidade, a equidade, a universalidade e a participação da população usuária, de modo que a visão de atenção em saúde busca ações para além dos fatores biológicos, pois ela é compreendida numa relação com o contexto econômico, social e cultural do País, ou seja, os processos de saúde/doença abrangem situações de moradia, saneamento, renda, alimentação, educação, lazer e acesso aos bens. (NUNES, MACHADO E BELLINI, 2003, p. 3).

No ano de 2001 chega ao fim o impasse da aprovação da Lei n. 10.216/2001. A lei foi sancionada e ela direciona e redireciona a Atenção à Saúde Mental, regulamenta a não internação dos indivíduos que têm transtorno mental; consiste também em um novo modelo de assistência psiquiátrica na internação social do usuário com transtorno mental.

A Política Nacional de Saúde Mental do SUS tem como principal diretriz a redução gradual e planejada de leitos nos hospitais psiquiátricos, com a desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internações. Ao mesmo tempo, prioriza a implantação e implementação de uma rede diversificada de serviço de saúde mental de base comunitária eficaz, capaz de atender com resolutividade aos pacientes que necessitem de cuidado. De acordo com Vasconcelos (2008), há a implantação de Residências Terapêuticas e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)<sup>3</sup> e direitos dados pelo Estado aos usuários com transtorno mental. Adota-se a visão de que a produção de saúde também é produção de sujeitos.

---

<sup>3</sup> Os CAPS se diferenciam pelo porte, complexidade de atendimento, clientela atendida e perfil populacional dos municípios brasileiros. Esses serviços são classificados como: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i (Infantil) e CAPS ad (Álcool e outras drogas).

Os CAPS I são os Centros de Atenção Psicossocial de menor porte, previstos para municípios com população entre 20 e 70 mil habitantes, para atender adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

A mudança dos Serviços de Saúde Mental desfaz com fatores vividos pelos usuários, historicamente cruéis e desumanos. A imagem do tratamento com os usuários hoje é intenso e aberto, sem precisar de regimento asilar e injusto.

A nova concepção de saúde mental, que visa priorizar o indivíduo e não a doença, oferecendo-lhe tratamento humanizado e de qualidade, resultou na criação de novos mecanismos e espaços de tratamento que provocam para a necessidade de uma ação intersetorial com as demais políticas sociais e de um trabalho pautado no fortalecimento e atuação em rede, que possibilite uma intervenção integrada, visando à integralidade no atendimento ao usuário. (BREDOW E DRAVANZ, 2010, p. 232).

Na saúde mental, a intersetorialidade<sup>4</sup> coloca o usuário em um novo ponto de vista, não mais como doente, mas como uma pessoa que precisa ser um indivíduo humanizado e reconhecido dentro da sociedade. Para isso, segundo Severo e Dimenstein (2011), foi preciso fortalecer as redes e trazer com elas as políticas sociais que interferem visando a integralidade do usuário.

[...] a intersetorialidade, através da articulação saúde mental-cultura, é muito potente na construção de parcerias com outros grupos sociais na conquista de outro lugar para a loucura no âmbito social. Serviços e políticas públicas norteadas pela atenção psicossocial devem priorizar a intersetorialidade como uma estratégia fundamental na construção de projetos de saúde, de solidariedade e de participação social, tornando os sujeitos ativos na produção de saúde. (SEVERO E DIMENSTEIN, 2011, p. 650).

A saúde mental deve ser pensada através da intersetorialidade e da transversalidade das políticas, pois ultrapassa a lógica histórica da fragmentação das políticas públicas no enfrentamento da questão social. Silveira (2009) assinala o

---

Os CAPS II são serviços de médio porte, e dão cobertura a municípios com população entre 70 a 200 mil habitantes, também para atender adultos com transtornos mentais severos e persistentes.

O CAPS ad (Álcool e outras drogas), é especializado no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Recomenda-se esse equipamento nos municípios com mais de 70 mil habitantes.

Para os municípios com mais de 200 mil habitantes a recomendação é que possuam CAPS III, CAPS i (Infantil), associados a outros equipamentos como os CAPS ad e os CAPS II.

Os CAPS III são serviços de maior porte da rede CAPS, eles correspondem aos de grande complexidade, que funcionam 24 horas.

Os CAPS i (Infantil) são especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais.

<sup>4</sup> A intersetorialidade implica o reconhecimento de que o abuso de álcool e outras drogas é um problema transversal a outras áreas além da saúde, como a Justiça, a educação e o desenvolvimento social: exige, portanto, intensa articulação entre esses campos (CIRINO, 2006, p.41).

CAPS como um importante coordenador da rede e um apoiador da gestão, tendo empecilhos com outras redes sociais e outros setores vinculados na sociedade.

Os CAPS têm o papel de coordenar a rede de atenção em SM e apoiar a gestão, desenvolvendo atividades básicas, tais como: atendimento psicoterápico, tratamento medicamentoso, atendimento à família, atividades comunitárias, suporte social, desenvolvimento de oficinas culturais, visitas domiciliares e desintoxicação ambulatorial. (SILVEIRA, 2009 p. 47).

As redes de atenção à saúde mental são formadas pelos seguintes serviços: unidades de saúde, centro de atenção psicossocial, residência terapêutica, consultório de rua, ambulatório, pronto-socorro, hospitais gerais e SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), sendo que a rede de atenção à saúde mental abrange toda a comunidade. Além disso, há, ainda, a porta de entrada da rede, que são os CAPS; eles são os articuladores, reguladores e organizadores da rede que abrange seu território.

Estamos falando do princípio da intersetorialidade, isto é, de estratégias que perpassem vários setores sociais, tanto do campo da saúde mental e saúde em geral, quanto das políticas públicas e da sociedade como um todo. Em outras palavras, os serviços de atenção psicossocial devem sair da sede dos serviços e buscar na sociedade vínculos que complementem e ampliem os recursos existentes. Deve articular-se com todos os recursos existentes no campo da saúde mental, isto é, com Rede de Atenção à Saúde Mental (outros serviços de atenção psicossocial, cooperativas, residências de egressos ou outras pessoas em situação de precariedade social, ambulatórios, hospitais-dia, unidades psiquiátricas em hospitais gerais), e no campo da saúde em geral (Estratégia Saúde da Família, centros de saúde, rede básica, ambulatório, hospitais gerais e especialização etc.) ou no âmbito das políticas públicas em geral (ministério público, previdências sociais, delegacias, instituição para crianças, idosos, desassistidos em geral, igrejas, políticas educacionais, de esporte, lazer, cultura e arte, turismo, transporte, ação e bem-estar social etc.), e, finalmente, no âmbito dos recursos criados pela sociedade civil para organizar-se, defender-se, solidarizar-se. (AMARANTE, 2007, p. 86)

A Portaria n. 3.088/11 refere-se ao funcionamento da rede de atenção da saúde mental, tendo as seguintes diretrizes:

I — Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;

- II — Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III — Combate a estigmas e preconceitos;
- IV — Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V — Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI — Diversificação das estratégias de cuidado;
- VII — Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII — Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX — Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X — Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI — Promoção de estratégias de educação permanente; e
- XII — Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular. (Brasil, 2011, p. 3)

A ação na Atenção Básica, principal porta de entrada do sistema de saúde, inicia-se com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede, garantindo sua integralidade (BRASIL, 2011). Essas ações da atenção básica contribuem para a redução dos danos causados pela dependência química, como será abordado na seqüência.

## **2.2 Vícios: O álcool e a relação do usuário com a família:**

A dependência química é uma expressão da questão social com um grave problema a ser resolvido, tanto na re-estruturação familiar, quanto no convívio social. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), dependência química é definida como:

Um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o uso de uma substância ou de uma classe de substâncias alcança uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo que os outros comportamentos que antes tinham maior valor. (OMS, 1993, p.313).

O consumo de substâncias psicoativas pode ser considerado um relevante problema de saúde pública no Brasil, sendo que o uso de drogas no padrão de abuso ou dependência pode ser identificado em diversas faixas etárias e contextos. Substâncias psicoativas são todas e quaisquer substâncias que, quando introduzidas no organismo, produzem alterações na percepção, nas emoções e até no comportamento, sendo susceptíveis de (maior parte dos casos) causar dependência ou influir a necessidade de continuar o consumo. Podem ser inaladas, injetadas, bebidas ou fumadas, contudo não importa a via de acesso, estas substâncias afetam diretamente o sistema nervoso central. Segundo a OMS, existem 3 classificações possíveis para as drogas: depressoras - estimulantes - perturbadoras.

O álcool é uma das drogas deste século que mais mata pessoas no mundo, seja pelas doenças, seja pelos acidentes provocados em função do álcool. Além disso, é uma das poucas drogas que tem o seu consumo legalizado, e, muitas vezes, incentivado pela sociedade. Esse é um dos motivos pelo qual ele é encarado de forma diferenciada, quando comparado às demais drogas. Apesar da sua ampla aceitação social, o consumo de bebidas alcoólicas, quando excessivo, passa a ser um problema. Na sociedade, o álcool está integrado em grande parte dos ambientes e situações do cotidiano das pessoas, principalmente nos finais de semana e momentos de lazer, onde se mistura às atividades esportivas, viagens, trabalho, tudo regado a fartas doses de uísque, cerveja, caipirinha e outras mais. Os indivíduos que fazem uso abusivo de tais bebidas são classificados etilistas, alcoolistas, ou alcoólatras. “O alcoolismo é considerado uma doença de evolução crônica e progressiva acometendo todos os indivíduos, sem distinção de sexo, raça, nível sócio-econômico, escolaridade e atividade laborativa”. (BARROS, 1994, p. 53).

O alcoolismo é um conjunto de problemas relacionados ao consumo excessivo e prolongando de álcool; entende-se como o vício de ingestão excessiva e regular de bebidas alcoólicas e todas as consequências decorrentes. Como se percebe, o vício no álcool é uma doença globalizada, pois atinge indistintamente as pessoas. O álcool não danifica somente o corpo, mas também, a mente do ser humano. O alcoolismo é, portanto, um conjunto de diagnósticos, que é considerado

uma doença complexa, em que as causas são várias: no indivíduo, no plano biológico genético e psicológico, no meio onde vive: a nível social e a nível cultural.

O etilista prejudica a si mesmo, sua família, seu cônjuge e seus filhos, muitas vezes privando-as de necessidades básicas como alimentação, vestuário e causando sofrimentos; castigando-os injustamente, e privando-os de sua companhia. Além disso, muitos crimes são cometidos sob a influência do álcool. Por muitos anos o alcoolismo foi considerado como um “problema moral”, produto da falta de caráter da pessoa. Com o passar do tempo, começou-se a considerar o alcoolismo uma doença cuja uma das hipóteses de sua causa é a de que os dependentes teriam características genéticas e de personalidade diferentes do restante da população. Conforme em ALCOOLISMO (2001) de forma direta, o tema privativo do alcoolismo foi agrupado pela OMS (Organização Mundial de Saúde) à Classificação Internacional das Doenças em 1967 (CID8), a partir da 8ª Conferência Mundial de Saúde.

Sabe-se da importância de esclarecer às pessoas que enfrentam problemas devido ao uso e abuso de bebidas alcoólicas sobre a relação existente entre saúde, relações pessoais e desempenho no trabalho, e que esse abuso pode prejudicar o relacionamento com a família e diminuir a produtividade, podendo levar à desagregação familiar e até ao desemprego. “[...] as medidas de Política Social, discriminando as populações alvo por critérios de idade ou de normalidade / anormalidade, transformaram esses mesmos grupos em anormais, em fracassados, em desaptados” (FALEIROS, 2001. p 63). A ideia de “normal” implica que o indivíduo possa trabalhar, produzir e, com o salário obtido, satisfazer as suas necessidades de subsistência e as de sua família. Quando não consegue com sua renda obter essa vida normal, é discriminado, inclusive pelas políticas sociais<sup>5</sup>, que repassam ao indivíduo o seu fracasso através da exclusão.

Considera-se o alcoolismo um sério problema de saúde pública da atualidade, despertando a atenção de autoridades médicas e sanitárias de diversos países.

---

<sup>5</sup> As políticas sociais como resultado das históricas contradições entre estado e sociedade, Boschetti (2009), se desenvolveram como um importante mecanismo para o enfrentamento das desigualdades sociais e garantia de direitos sociais, na sociedade capitalista. Historicamente, as políticas sociais, constituíram-se em espaços profissionais “privilegiados” para o trabalho do Assistente Social, sendo que, a profissão se institucionalizou e legitimou circunscrita a um conjunto de determinações sócio-

Segundo os dados do I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado em 2001 pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), em conjunto com a Secretaria Nacional AntiDrogas (Senad), envolvendo as 107 maiores cidades do País, 11,2% da população brasileira é dependente do álcool (p. 38), e a prevalência da dependência está na faixa etária de 18 a 24 anos, em um total de 15,5% (CARLINI et al., 2002, p. 48).

O alcoolismo é um grave problema de saúde pública, listado como uma das prioridades da Estratégia de Saúde da Família, cujos princípios incluem a visão integral dos usuários, o planejamento local a partir das demandas da população inscrita na Unidade de Saúde da Família e capacitação permanente dos profissionais para atuar nestas demandas (MORETTI-PIRES et al., 2011).

O Sistema Nacional Antidrogas – SISNAD, regulamentado pelo Decreto n.º 3.696, de 21/12/2000, é orientado pelo princípio básico da responsabilidade compartilhada entre Estado e Sociedade, e toma como estratégia, a cooperação mútua e a articulação de esforços entre Governo, iniciativa privada e cidadãos. (BRASIL, 2003).

No Seminário Itinerante Latino-Americano realizado em Recife, Brasil, em agosto de 2000, os organizadores confrontaram-se com várias questões sobre o papel do álcool e opiniões sobre o mesmo e redução de danos<sup>6</sup>. Segundo os autores, é inegável que os danos causados pelo alcoolismo superam os danos causados por outras drogas, entretanto, o uso de drogas ilícitas recebe maior atenção.

---

históricas que a requisitaram para atender as refrações de um modelo de desenvolvimento societário desigual.

<sup>6</sup> O SUS inseriu oficialmente no Brasil a Redução de Danos (RD) enquanto política estratégica no âmbito da saúde pública, tendo como eixo inicial um conjunto de práticas voltadas para a prevenção da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e hepatites virais em grupos estigmatizados vulneráveis à transmissão dos vírus pelo compartilhamento das agulhas e seringas contaminadas durante a prática do uso injetável de drogas, na maioria dos casos. Essa política, posteriormente, passou a ser utilizada com maior intensidade no desenvolvimento de ações preventivas e na promoção de saúde junto aos usuários de drogas, em espaços institucionalizados e abordagens de rua (NIEL, SILVEIRA, 2008).

A Redução de Danos é uma política que surge, enquanto estratégia de saúde pública, visando controlar possíveis consequências negativas associadas ao consumo de substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas) sem, necessariamente, interferir na oferta ou consumo, respeitando a liberdade de escolha, buscando inclusão social e cidadania para os usuários, em seus contextos de vida marginais, com um modo de atuar clínico e efeitos terapêuticos eficazes (BRASIL, 2004c).

Em agosto de 2002, realizou-se a “1ª Conferência sobre Álcool e Redução de Danos, em busca de uma política abrangente de álcool para os países em transição e em desenvolvimento”, sendo criada a Coalizão Internacional sobre Álcool e Redução de Danos. (BRASIL, 2004).

Em 2004, o Ministério da Saúde expôs suas diretrizes para uma Política de Atenção Integral ao Uso de Álcool e outras Drogas, onde reafirma que tal ação é um grave problema de saúde pública, reconhecendo a necessidade de superar o atraso histórico de elevação desta responsabilidade pelo SUS, buscando auxiliar a construção coletiva de seu enfrentamento.

As práticas que devem ser obrigatoriamente contempladas pela Política de Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas são:

- proporcionar tratamento na atenção primária;
- garantir o acesso a medicamentos;
- garantir atenção na comunidade;
- fornecer educação em saúde para a população;
- envolver comunidades, famílias e usuários, formar recursos humanos;
- criar vínculos com outros setores;
- monitorizar a saúde mental na comunidade;
- dar maior apoio à pesquisa;
- estabelecer programas específicos (BRASIL, 2004).

De acordo com a Política de Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas, uma política nacional de atenção à saúde relacionada ao consumo de álcool, implica na implementação da assistência, ampliando a cobertura e o espectro de atuação do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, o qual observa a assistência a pessoas com problemas relacionados ao uso do álcool e seus familiares. A assistência ao alcoolismo deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, com ênfase nos cuidados em dispositivos extra-hospitalares, como o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS ad), e deve também, estar inserido na atuação do Programa de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programas de Redução de Danos e da Rede Básica de Saúde.

É fundamental aperfeiçoar também a assistência aos casos de maior gravidade, como os serviços de emergências médicas, com ênfase no atendimento

de urgências como os quadros de intoxicação ou abstinência graves e outros transtornos clínicos e psiquiátricos agudos. Devem ainda ser ampliadas as atividades do Programa Permanente de Capacitação de Recursos Humanos para os Serviços de Atenção aos Usuários de Drogas na Rede do SUS do Ministério da Saúde, capacitando os profissionais que atuarão nos CAPS ad e nas demais unidades assistenciais.

As diretrizes para a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas são a intersetorialidade e a atenção integral por meio da prevenção e da promoção e proteção à saúde de consumidores de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004).

Conforme DUALIBI; LARANJEIRA (2007), o Decreto nº 6.117 de 2007 aprova a Política Nacional sobre o Álcool, cujas medidas dispõem sobre a redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, além de conferir outras providências como as que restringem a exibição da propaganda na televisão de bebidas com baixo teor alcoólico. Dentre tais medidas, ressalta-se aquelas referentes ao tratamento e à reinserção social de usuários e dependentes de álcool: ampliar o acesso ao tratamento para usuários e dependentes de álcool aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e articular, com a rede pública de saúde, os recursos comunitários não governamentais que se ocupam do tratamento e da reinserção social dos usuários e dependentes de álcool (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2007).

O álcool, sendo uma droga legalizada, é consumido e comercializado livremente em nossa sociedade, quer seja em casa, entre amigos ou reunião social, tem-se a lógica de ser agradável incluir o álcool para animar as pessoas, a bebida alcoólica estimula a diversão e prazer. Entretanto, trata-se de um viés cultural que identifica o álcool equivocadamente, pois a maioria dos prazeres e alegrias parece ser usufruída de forma mais intensa, sem os efeitos do álcool.

Cerca de 15% da população brasileira é alcoólatra, de acordo com o levantamento realizado pelo Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (GREC), do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas, em São Paulo. Além de outros dados que merecem ser apresentados e discutidos relacionados ao alcoolismo:

- no Brasil 45% dos jovens entre 13 e 19 anos envolvidos em acidentes, haviam ingerido bebida alcoólica;
- os motoristas alcoolizados são responsáveis por 65% dos acidentes fatais em São Paulo;
- o alcoolismo é a terceira doença que mais mata no mundo;
- o abuso do álcool causa 350 doenças físicas e psíquicas;
- no Brasil, 90% das internações em hospitais psiquiátricos por dependência de drogas, acontecem devido ao álcool;
- em geral, o fígado leva uma hora para processar 30 gramas de álcool. (aproximadamente uma lata de cerveja);
- um, entre dez usuários de álcool, se torna dependente da droga;
- o uso de álcool aumenta as chances da pessoa ter comportamento de risco para a AIDS, (fazer sexo sem camisinha);
- o álcool é a droga que mais detona o corpo (tanto como cocaína e crack), é a que mais faz vítimas e a mais consumida entre os jovens no Brasil. (ALCOOLISMO, 2001).

Se ingerido com frequência e em grande quantidade, o álcool pode comprometer de forma perigosa o organismo do ser humano, levando até mesmo a desenvolver várias doenças.

O alcoolismo é uma doença caracterizada por 4 fases:

1. Fase Social sem dependência física, apenas dependência emocional: Inicia-se na primeira vez que se bebe lembrando-se que dois fatores são fundamentais: predisposição orgânica e benefícios, do contrário a doença não se desenvolve.
2. Fase Social sem dependência física e emocional, o organismo modifica-se: tem-se a tolerância aumentada, bebe-se mais que na fase social, não há problemas em consequência na ingestão de álcool.
3. Fase problemática com dependência física e emocional: nesta fase o indivíduo bebe mais, apresenta muitos problemas emocionais, ressacas constantes, problemas em decorrência de bebida, problemas familiares; problemas de relacionamento. Há o início da síndrome da abstinência, começam as “paradas estratégicas”, pode haver internações. Há boas expectativas de recuperação física, há muitas perdas.
4. Fase problemática, com dependência física e emocional: o indivíduo bebe muito pouco, menos que na fase 1, inicia-se a atrofia do cérebro. Podem ter delírios, mãos trêmulas por períodos excessivamente longos. Problemas físicos e emocionais extremos pode-se ter esquizofrenia, muitas vezes confunde-se com PMB (Psicose Maníaca Depressiva). Há poucas expectativas de recuperação física, perdas extremas. (ALCOOLISMO, 2001).

O etilista, ao mesmo tempo em que é marginalizado pela sociedade, contraditoriamente, é estimulado a potencializar o consumo de álcool, com implicações sérias no descontrole emocional, muitas vezes com perda de emprego, de amigos e desagregação familiar.

O alcoólatra crônico é aquele que consome bebidas alcoólicas diariamente ou quase sem interrupções, de maneira incoercível, a ponto de apresentar um estado de intoxicação caracterizado por distúrbios psíquico ou somático. Além de considerar a importância dos fatores como família, sociedade e cultura, esta enfatiza três aspectos básicos: a alcoolização repetida vezes, visão de um mundo alterada e patologia da liberdade (patologia da liberdade: sintoma sentido em uma determinada situação ou estado em que o indivíduo deixa de fazer ou escolher a própria determinação) a este propósito, insiste na perda de liberdade de opção, que marcam o alcoolismo de forma clara e definida. (CARVALHO, José Márcio Rodrigues, SOUSA, Renata da Silva. A importância da família na recuperação do etilista. 2010 apud, SONENREICH, 1992, p. 30).

A dependência química se caracteriza por ser uma doença familiar: não somente o dependente sofre, mas toda a pessoa a ele próxima. Difícilmente, deixa de ocorrer repercussões do comportamento do etilista nos familiares mais próximos, constituindo-se em uma verdadeira doença emocional. Nessa circunstância, o etilista não se dá conta de que seu hábito vai se ajustando a sua condição de dependente. As relações de amizade também se modificam e, com o passar dos anos, o etilista vai selecionando para o seu convívio amigos também dependentes. Difícilmente encontramos uma pessoa que não tenha um parente etilista na família provocador de sofrimentos frequentes nos familiares, os quais reclamam do nervosismo, preocupação e insegurança, ocorridos geralmente pelo comportamento do dependente químico.

Diante desses motivos, as famílias, juntamente com o etilista, precisam de tratamento, pois é a qualidade de vida familiar que está em jogo. O tratamento permite ao etilista ter maiores possibilidades de reencontrar a alegria de conviver com lucidez em ambiente familiar e no trabalho. Na visão da maioria dos médicos que tratam do problema, o que realmente demarca o limite do indivíduo que consome o álcool social e o que denominamos por alcoólatra é a perda da liberdade de tomar decisão sobre o ato de ingerir o álcool. Conforme Simões:

Segundo a resolução n.145/04(PNAS), família é uma instituição central, no âmbito das ações da política de assistência social (art.203 CF), por se constituir em um complexo de relações privilegiadas e insubstituíveis de proteção e socialização primárias dos cidadãos, provedora de cuidados aos seus membros, mas igualmente a ser cuidada e protegida pelo Poder Público. A intervenção deste, em suas relações primárias, no entanto, somente é aceitável, pela Constituição, quando constatada a sua desagregação social, total ou parcial; mas, mesmo assim, com a finalidade prioritária de recompor sua funcionalidade, mesmo que por meio de família substituta (SIMÕES, 2007.p.176).

A família hoje é caracterizada por relações harmônicas, mas que às vezes se tornam contraditórias. Tanto as famílias ricas quanto as carentes são marcadas por conflitos de toda ordem, inclusive os gerados pelo alcoolismo. A criança bem apoiada pelos pais terá grandes chances de não enveredar pelo caminho das drogas. O alcoolismo é causador dos desequilíbrios que envolvem as pessoas que convivem com essa doença, porém, as crianças e adolescentes são os mais prejudicados em seu desenvolvimento psíquico e emocional. Eles, por estarem constantemente submetidos ou por presenciarem várias situações de violência, o que é nocivo a um desenvolvimento saudável, podem se tornar pessoas tímidas, retraídas, com baixa auto-estima, dificuldades na aprendizagem, apresentar problemas físicos e emocionais, distúrbios de comportamento e de relacionamento.

De acordo com Vecchia (1999), os familiares de etilistas vivem geralmente uma contradição quando se deparam com este problema, pois querem auxiliar o mesmo, mas não sabem como e, muitas vezes, reproduzem o estigma que a sociedade lhe impinge. E assim, há uma tripla estigmatização: o etilista pela sociedade, da família do etilista pela sociedade e do etilista pela sua própria família.

A atuação do Assistente Social auxilia o etilista e seus familiares no processo da busca pelo tratamento e pela ressocialização dos mesmos, através da integração dos familiares no processo de recuperação do indivíduo. Segundo Iamamoto:

Um dos maiores desafios que o assistente social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo. (...) Requer, pois, ir além das rotinas institucionais e buscar apreender o movimento da realidade para detectar tendências e possibilidades nela presentes passíveis de serem impulsionadas pelo profissional. (IAMAMOTO, 2007, p. 20-21).

O Serviço Social contribui para realizar o princípio da integralidade na política de saúde, de atenção a usuários e outras drogas e de assistência social, tendo em vista que busca a consolidação efetiva de seu projeto ético-político, e uma vez que possui na teoria crítica sua fundamentação, seus princípios e parâmetros para exercício profissional, assim pode dar sua contribuição ao exercício da integralidade, na medida em que desenvolve sua ação na perspectiva de garantia do direito à saúde e demais políticas setoriais.

### **2.3 O profissional do serviço social na saúde e a transversalidade das políticas**

O Serviço Social é uma profissão liberal de nível superior, regulamentada pela Lei 8.662, de 7 de junho de 1993. O profissional é credenciado ao exercício da profissão registrando-se no Conselho Regional de Serviço Social – CRESS, que o torna habilitado a assumir as competências e atuações. É uma profissão reconhecida academicamente e sua prática profissional é norteadada pelo Código de Ética Profissional.

Segundo Iamamoto (2001), a prática profissional do assistente social deve ser apreendida como trabalho, estando o exercício profissional inserido em processos de trabalho, para que se realize a mediação e a intervenção necessária entre o exercício profissional e a prática da sociedade.

O Serviço Social tem como objeto de trabalho profissional a questão social e suas múltiplas manifestações, apresentando-se em diferentes expressões, a saber, em relação à criança, ao adolescente, à família, ao idoso, à fome, à saúde, à educação, ao desemprego, à luta pela terra, pela cidadania, pelos direitos sociais, entre outras. Dessa forma, a questão social não pode ser entendida de forma isolada, pois a sociedade está repleta de expressões da questão social, independentes ou até mesmo interligadas entre si.

O Serviço Social se caracteriza como uma profissão interventiva que luta pela defesa dos direitos humanos, pela garantia e efetivação dos direitos civis, sociais e

políticos das classes trabalhadoras. O Serviço Social é uma profissão que atua sobre as manifestações da questão social. Questão social, de acordo com lamamoto é:

[...] conjunto das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção contraposto à apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho -, das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos. É indissociável da emergência do 'trabalhador livre', que depende de venda de sua força de trabalho com meio de satisfação de suas necessidades vitais. A questão social expressa, portanto disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando e, causa as relações entre amplos segmentos da sociedade cível e o poder estatal. (IAMAMOTO, 2007. p.16,17).

De acordo com lamamoto (1982), as expressões da questão social devem ser compreendidas como o conjunto das desigualdades da sociedade capitalista, que se expressam por meio das determinações econômicas, políticas e culturais que impactam as classes sociais.

O Serviço Social como campo de atuação da Saúde contribui para efetivação das propostas do SUS, sobretudo, no que se refere à prática educativa voltada para a consecução da Saúde Pública no Brasil. A profissão de Serviço Social é regulamentada pela Lei nº 8.662/93, através da Resolução nº 218 de 06/03/1997, do Conselho Nacional de Saúde (CNCs). Estando assim o assistente social entre os profissionais de nível superior, que são considerados como profissionais de saúde, e também através da Resolução CFESS Nº 383/99 de 29/03/1999, que o caracteriza como profissional da saúde.

Uma exigência que se coloca ao profissional da área da Saúde é a necessidade de se conhecer a essência da proposta do SUS, principalmente no que se refere a princípios e diretrizes, pois podem indicar o caminho para uma prática direcionada aos interesses dos trabalhadores. O Assistente Social, através do acesso a serviços e políticas sociais, da criação e reformulação de estratégias que garantam a real efetivação do SUS, busca garantir o direito à saúde como direito fundamental do ser humano e dever do Estado.

Por ser histórico, está intimamente relacionado às transformações da sociedade. Segundo Yamamoto (2001) o profissional de Serviço Social – assistente social - atua na produção e reprodução da vida material e social, a partir de sua inserção em processos de trabalho que se organizam conforme as exigências econômicas e sócio-políticas da sociedade capitalista e tem por compromisso decifrar a realidade e construir propostas de trabalho que sejam capazes de preservar e efetivar direitos.

Como cita Costa (2000), o Conselho Nacional de Saúde, desde 1997, considera o Serviço Social como profissão de sua área, com atuação concentrada, prioritariamente, nas ações de caráter emergencial, de educação e de informação em saúde, de planejamento e assessoria, e de mobilização de comunidade. De acordo com o que foi definido pelo Conselho Nacional de Saúde, o Assistente Social é parte integrante das equipes do Sistema Único de Saúde (SUS), por sua formação é um profissional preocupado com a acolhida, como diálogo, com a possibilidade de melhorar a qualidade de vida do usuário, além de tornar-se aquele que reforça o papel de facilitador das relações de um grupo familiar.

O profissional de Serviço Social insere-se no processo de trabalho em saúde ao buscar a articulação do sistema de saúde com as políticas sociais que incidem sobre as condições de vida da população, articulando essa que tem por objetivo refletir sobre a relação entre as condições de vida e o processo saúde/doença.

Para Yamamoto (2004), a prática profissional permite a oportunidade de pensar em si e no seu fazer profissional. Isto requer disposição para analisar e refletir, de forma aberta e transparente, suas ações, seus dilemas e falsos dilemas, imbuídos pelo interesse em desenvolver uma ação planejada, resultante daquela reflexão, permitindo o enfrentamento de suas questões operativas principais. A intenção de desvelar as práticas ocultas do cotidiano só pode efetivar-se a partir da e na ação profissional. Este momento caracteriza-se pelo encontro com o desconhecido. Isto significa ir além do discurso parcial, fragmentado, pela simples reprodução do já produzido, mas descobrir algo que ainda não foi partilhado na construção do saber.

De acordo com Bravo (2004) o Assistente Social que trabalha na área da Saúde vai buscar, através de sua intervenção, a compreensão dos aspectos

econômicos, sociais e culturais que interferem no processo saúde-doença, buscando estratégias para o enfrentamento destas questões. Seu trabalho deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação destes conhecimentos, articulados aos princípios do projeto da Reforma Sanitária e do projeto ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a esses dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está, de fato, dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários do Serviço Social.

Os Assistentes Sociais, na Saúde, têm um papel importante no sentido de efetivar o princípio do SUS, que garante a universalidade no acesso e na construção da integralidade em saúde, entendida como um:

princípio dotado de vários sentidos que consistem tanto na abordagem do indivíduo na sua totalidade como parte de um contexto social, econômico, histórico e político, quanto na organização de práticas de saúde que integrem ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Além de garantir acesso aos diferentes níveis de complexidade da atenção em saúde, oferece respostas ao conjunto de necessidades de saúde de uma população e não unicamente a um recorte de problemas (PINHEIRO E MATOS, 2001, Apud NOGUEIRA E MIOTO, 2007, p. 6).

Como afirma Iamamoto (1998) é necessário que o assistente social apreenda as várias formas que a questão social assume na atualidade e assim poder fomentar formas de resistência, mas que para isto ocorrer é de fundamental importância que o profissional seja capaz de decifrar as mediações por meio das quais se manifesta a questão social nos dias de hoje.

O profissional assistente social deve ser um profissional crítico, criativo e propositivo, capaz de, através de sua percepção direta com as diversas questões trazidas pelo usuário, ser um profissional participante da formulação das políticas sociais. Políticas sociais estas que sejam capazes de modificar a realidade que ele analisa e vivencia sendo um agente fomentador de conhecimento.

Segundo Matos (2003), é necessário compreender que cabe ao Serviço Social, em conjunto com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS), indicar estratégias que procurem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando para o fato de que o trabalho do assistente social na saúde norteado pelo projeto-ético político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária.

O Código de Ética do Assistente Social apresenta ferramentas indispensáveis para o trabalho dos assistentes sociais na saúde em todas as suas dimensões: na prestação de serviços diretos à população, no planejamento, na assessoria, na gestão e na mobilização e participação social. Na área da saúde, a atuação competente e crítica do Assistente Social, consiste em:

- estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
- estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais; (Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, 2010).

O assistente social inserido em equipes de saúde mental e de saúde da família deve colaborar para que a Reforma Psiquiátrica alcance seu projeto ético-político. Os profissionais de Serviço Social devem destacar as determinações sociais e culturais, preservando sua identidade profissional. De acordo com Robaina (2009) não se trata de negar que as ações do assistente social no trato com os usuários e familiares produzam conflitos subjetivos, o que se coloca em questão é o fato do assistente social tomar por objeto a subjetividade, o que não significa privar-se do campo da saúde mental, pois cabe ao assistente social diversas ações desafiantes frente às exigências da Reforma Psiquiátrica tanto no trabalho com as famílias, na geração de renda e trabalho, no controle social, na garantia de acesso aos benefícios.

O assistente social, para concretizar os princípios do SUS, pode e deve muitas vezes articular com a política de Assistência, especialmente nesse caso, no tratamento das pessoas com transtornos mentais. As atividades são realizadas muitas vezes através de atividades em grupo, onde participam profissionais ligados à política de saúde e de assistência social.

A Política de Assistência Social<sup>7</sup>, por sua vez, constitui-se atualmente como uma política de seguridade social ao lado da saúde e da previdência. Trata-se de uma política pública social de proteção social integral. A proteção social integral consiste desde aspectos subjetivos como o fortalecimento dos vínculos sócio-familiares até o fornecimento de alimentos, vestuário, moradia, enfim ao acesso aos direitos humanos, e deve ser pautada na universalidade da cobertura dos atendimentos.

Inegavelmente, a LOAS não apenas introduz novo significado para a Assistência Social, diferenciando-se do assistencialismo e situando-a como política de Seguridade voltada à extensão da cidadania social dos setores mais vulnerabilizados da população brasileira, mas também aponta a centralidade do Estado na universalização e garantia de direitos e de acesso a serviços sociais qualificados, ao mesmo tempo em que propõe o sistema descentralizado e participativo na gestão da Assistência Social no país, sob a égide da democracia e da cidadania. (YASBEK, 1993, p. 09).

A Política Nacional de Assistência Social (PNAS, 2004), de acordo com a LOAS, deve propor a universalização dos direitos sociais a fim de que todas as políticas públicas sejam alcançadas por todos. Define a igualdade de direitos através dos serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social para as famílias, indivíduos e grupos que deles necessitam, observando-se os princípios que regem a assistência social no âmbito brasileiro, conforme o artigo 4º da LOAS (1993).

A Assistência Social, de acordo com o SUAS (Sistema Único de Assistência Social), passa a ser organizada em níveis, os quais formam um conjunto de ações, serviços, estruturas e profissionais que fazem a assistência social ampliar-se. Então, nos três níveis da assistência social, os serviços destinados ao segmento do idoso são: 1) a proteção social básica – Centro de Convivência para Idosos; 2) a proteção social especial de média complexidade – serviços correferenciados no CREAS –

---

<sup>7</sup>A partir da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica de Assistência Social nº 8.742/93 (LOAS) a assistência social é inserida no contexto da efetivação dos direitos sociais, definida como direito de cidadania. Seu objetivo é garantir o acesso às necessidades básicas para a população em estado de vulnerabilidade social e exclusão social, assegurando os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência. A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS, Lei Federal nº 8.742/93) regulamentou a assistência social de acordo com os princípios definidos pela Constituição Federal, numa estrutura descentralizada e democrática para a implementação da Política Nacional de Assistência Social. Observa-se esta Lei foi alterada pela Lei nº 12.435/2011, que dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências.

pessoas em situação de violência, pessoas em situação de rua, indivíduos e famílias com direitos violados; 3) a proteção social especial de alta complexidade – acolhimento Institucional; internação provisória.

A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas. (LOAS Art. 1º).

A integralidade da assistência social e sua articulação com as demais políticas setoriais é alicerçada na sua concepção, quando a Lei Orgânica da Assistência Social, no artigo primeiro, parágrafo único, determina que “a assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, visando ao enfrentamento da pobreza, à garantia dos mínimos sociais, ao provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais” (BRASIL, 1993. p.179). Na política de assistência social, a integralidade tem como significado atender a pessoa como uma totalidade, como um sujeito histórico, social, político e cultural. O indivíduo insere-se em um contexto de relações complexas e amplas, sejam elas no âmbito familiar, na articulação com programas de geração de emprego e renda, sejam na prevenção de riscos sociais. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde e a prevenção de doenças, o que pressupõe também a articulação com as demais políticas públicas.

CRAS (Centros de Referência Social) são unidades públicas estatais, descentralizadas da política de assistência social, responsáveis pela organização e oferta de serviços de proteção social básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) nas áreas de vulnerabilidade e risco social dos municípios.

O Serviço Social contribui para realizar o princípio da integralidade na política de saúde e da assistência social, pois busca a concretização efetiva de seu projeto ético-político. O profissional possui na teoria crítica sua fundamentação, seus princípios e parâmetros para exercício profissional, assim pode dar sua contribuição ao exercício da integralidade na medida em que desenvolve sua ação na perspectiva de garantia do direito à saúde e demais políticas setoriais. A ação profissional do assistente social se insere no campo da promoção da saúde e da

assistência social, de maneira especial no eixo da intersectorialidade e de garantia da integralidade das políticas públicas.

Para isso, é necessário que o trabalho seja realizado em equipe, de forma que os saberes se somem e possam se concretizar em cuidados efetivos dirigidos a populações de territórios definidos, pelos quais essa equipe assume a responsabilidade sanitária. Além dessa organização dos serviços, é necessário que aconteça, dentro dos espaços de promoção de saúde, a transversalidade das políticas, relacionando inclusive com a política da Assistência Social.

A articulação da PNAS determina a articulação da política com as demais políticas setoriais. A Lei Orgânica da Assistência Social, no artigo primeiro, parágrafo único, determina que “a assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, visando ao enfrentamento da pobreza, à garantia dos mínimos sociais, ao provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais” (BRASIL, 1993, p.179).

Conforme Campos, Barros, Castro, apud Nogueira, Fagundes, (2004) a promoção da saúde passa a ser essencial nesse processo, incluindo no conceito a intersectorialização da saúde com as demais políticas sociais, além do controle social, ganham projeção as ações dos assistentes sociais. Distingue-se, ainda, que a abrangência da saúde e da assistência social como um processo prioriza a vida com qualidade e enfatiza o aspecto político que levaria a relações sociais mais igualitárias.

O princípio da integralidade entende a pessoa dentro de um contexto histórico e complexo, como pertencente a uma sociedade, implica ainda a articulação das políticas setoriais, como forma de garantir uma atuação intersectorial institucionalizada não só no nível discursivo como também no da ação. De acordo com Fagundes, Nogueira (2008) é fundamental construir uma ação de forma intersectorial entre as políticas sociais, como assistência social, educação e saúde, vinculando acessos aos beneficiários e usuários das redes de serviços de cada política; ou seja, fazer um esforço para um contrato intersectorial por meio do qual partilhar as metas de enfrentamento das desigualdades sociais, econômicas, regionais e, nelas, as de enfrentamento da pobreza.

### **3 O ESTÁGIO EM SERVIÇO SOCIAL: ALGUMAS VIVÊNCIAS**

Neste capítulo abordar-se-á o campo de estágio, que é base de dados deste trabalho, apresentando a experiência de estágio obrigatório em Serviço Social, requisito para obtenção do título de bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). O estágio foi realizado na Secretaria de Saúde de Restinga Seca/RS em duas etapas. A primeira, no período de 04 de setembro até 04 de dezembro de 2013 e, a segunda, de 26 de março até 02 de julho de 2014, totalizando 300 horas regulamentares exigidas pelo curso. Deve ser ressaltado também que, mesmo sendo registrada a secretaria de saúde como campo de estágio, entre as atividades, especialmente no projeto de intervenção, aconteceu um movimento de articulação entre as políticas de saúde, de tratamento de álcool e outras drogas e a política de assistência social através do CRAS.

#### **3.1. As principais características e programas da Secretaria de Saúde de Restinga Seca**

A fim de compreender o cenário onde se situa a Secretaria de Saúde, campo de estágio, faz-se necessário uma breve explanação sobre o histórico do município onde se localiza a instituição.

Restinga Seca surgiu do município de Cachoeira do Sul, em 1899. Já no ano de 1892, por Ato Municipal, tinha passado a quarto Distrito de Cachoeira. O município teve origem com a doação de sesmarias e com a construção da estrada de ferro Porto Alegre-Uruguaiana, em 1885. Devido a sua situação geográfica, recebeu o nome de Restinga (orla de bosque ou mato em baixadas, à margem de arroio ou sangas) Seca (origina de uma sanga denominada Passo da Parteira, que, em época do ano, ficava com pouca água e cortava o curso).

O município de Restinga Seca, que se localiza na Região Central do Rio Grande do Sul, conta com aproximadamente 17 mil e 400 habitantes, com uma área

de 954,76 Km<sup>2</sup>, está distante 12 km da Rodovia Estadual 509 e 54 km da Rodovia Federal BR 392. O Município está localizado na região central do Estado, distante 277 quilômetros de Porto Alegre por via rodoviária. Seu acesso principal situa-se no Km 208 da rodovia estadual RST-287 e, deste ponto, a zona urbana dista 13 Km pela RST 149. Limita-se ao norte com os municípios de São João do Polêsine e Dona Francisca, a Leste com Agudo, Paraíso do Sul e Cachoeira do Sul; ao Sul, São Sepé, e a oeste com Santa Maria e Silveira Martins. O Município faz parte da Região de Saúde Verdes Campos (R1), a qual é composta por 21 municípios e possui uma população de 417.906 habitantes (IBGE, 2010). Faz parte da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

Restinga Sêca possui seu sistema de referência e contra referência de média e alta complexidade nas cidades de Santa Maria, Porto Alegre, Rio Grande, Passo Fundo, Faxinal de Soturno, Agudo, Paraíso do Sul, São Sepé e Lajeado. A atenção básica é realizada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS São Luiz, UBS Central, UBS Santuário, UBS Jacuí, UBS Vila Rosa), nas Unidades de Estratégia Saúde da Família (Urbana e Rural) e na área do EACS através do Expresso Saúde. O município conta também com o Pronto Atendimento Municipal e SAMU.

No município, são realizados anualmente procedimentos ambulatoriais, consultas de clínica geral e exames laboratoriais. Contudo, isso parece ainda não ser suficiente para atender plenamente as necessidades da população, devido ao aumento da demanda pelo SUS, falta de profissionais, dificuldade de referência e contra referência, entre outros.

A Secretaria Municipal de Saúde é o órgão responsável pela Saúde no município de Restinga Seca, implementando ações e serviços necessários à efetivação da Saúde em caráter de Atenção Básica, que se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. A prática comprova que a atenção básica deve ser sempre prioritária, porque possibilita melhor organização e funcionamento dos serviços. A atenção básica é realizada pelas Unidades Básicas de Saúde Tradicionais e com Estratégia Saúde da Família. A SMS é responsável

também pela formulação da política de saúde em âmbito municipal, contando com a participação e apoio do Conselho Municipal de Saúde nas deliberações necessárias.

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em conformidade com a Constituição Federal de 1988, é ainda um desafio que exige esforço intenso e solidário entre as esferas de governo que envolvem a Gestão do Sistema, os Conselhos de Saúde e os Recursos Humanos do setor. O empenho destes segmentos constitui a base para a viabilização e a implementação de ações e de serviços acolhedores, qualificados e resolutivos, e para permitir avançar no acesso e na inclusão de todos os cidadãos a este Sistema.

O Plano Municipal de Saúde de Restinga Sêca, para o período de 2013/2016, visa cumprir as proposições constitucionais e as Leis Federais 8.080/90 e 8.142/90, a Norma Operacional de Assistência a Saúde – NOAS/2001, o Plano Diretor de Regionalização da Saúde – PDR/RS/2002, as deliberações das Conferências de Saúde. Nesta perspectiva fundamentam-se as diretrizes da Descentralização e Qualificação da Gestão/Atenção, a Integralidade na Atenção à Saúde, o Fortalecimento das Instâncias de Participação e Controle Social e a Educação Permanente em Saúde.

No plano de Saúde reflete-se o movimento que a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) vem desencadeando no sentido de descentralizar a gerência e a execução das ações e serviços de saúde para instâncias de decisão mais próximas da população, conferindo às Unidades de Saúde a autonomia gerencial com participação da comunidade dos territórios adscritos.

As diretrizes constituem as bases orientadoras para o estabelecimento da gestão e da atenção participativa, com descentralização e regionalização dos serviços, pautados na atenção integral e humanizados. Nesta lógica de atenção, cada pessoa deve ser assistida como um todo indivisível e integrante de uma sociedade. Para tanto, os serviços e as ações de saúde deverão ter caráter intersetorial e contemplar a promoção, proteção, recuperação e cura, nos diversos níveis de complexidade do sistema.

O Conselho Municipal de Saúde foi criado pela Lei nº 804/91, em 03 de julho de 1991. A portaria nº40/2013 nomeou os atuais membros do Conselho, que passou a ser constituído por 32 representantes, entre suplentes e titulares. O segmento do

Governo e Prestadores de Serviços é representado pelos membros da Secretaria Municipal da Saúde, Secretaria Municipal da Educação, Corsan e Hospital de Caridade São Francisco. Os profissionais da saúde são representados pelos médicos, odontólogos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Os usuários do SUS têm voz no Conselho através dos representantes do Sindicato dos Professores Municipais (APRES), Sindicato dos Servidores Públicos Municipais (SINSEMURS), Sindicato Rural, Sindicato dos Trabalhadores Rurais, Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), Pastoral da Saúde, Associação Comunitária Vila São Luiz e Grupo Novo Horizonte. As reuniões ocorrem mensalmente, na sala de reuniões da Prefeitura.

O Fundo Municipal de Saúde foi instituído pela Lei Municipal nº 1.043/96 e tem por objetivos criar condições financeiras e de gerencia dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações de saúde executadas ou coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde e gerenciado pelo Secretario de Saúde.

Além dos recursos orçamentários do Município, o Fundo Municipal também recebe transferências oriundas do Fundo Estadual de Saúde e do Fundo Nacional de Saúde.

Os principais programas desenvolvidos pela Secretaria de Saúde no município são os seguintes:

**Programa primeira infância melhor:** O PIM, programa pioneiro do Governo do Estado do Rio Grande do Sul, enquanto eixo integrador de políticas públicas, foi implantado em 7 de abril de 2003, frente à urgência de atendimento integral às necessidades essenciais da criança em seus primeiros anos de vida, inspirado em modelos internacionais, adaptado à realidade gaúcha. Desde então, o PIM é coordenado pela Secretaria de Estado da Saúde, em parceria com vários setores do governo, em especial a Secretaria de Estado da Educação, a Secretaria de Estado da Cultura e a Secretaria de Estado da Justiça e Desenvolvimento Social.

O Programa Primeira Infância Melhor conta com uma equipe de 6 (seis) visitantes e 1(um) monitor, proporcionando o atendimento de 10% das crianças de 0 à 5 anos do município, atendendo também as gestantes, realizando ações que visam o desenvolvimento pleno da criança através de atividades lúdico-recreativas,

preparando a mãe e/ou cuidador da criança para estimular os pequenos nos seus primeiros anos de vida.

**Estratégia saúde da família:** A Estratégia Saúde da Família é uma prioridade do Ministério da Saúde e inclui a implantação de dois programas voltados ao fortalecimento da atenção básica de saúde: Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF).

A Estratégia Saúde da Família conta com duas equipes multidisciplinares, formada por médico, enfermeira, técnica de enfermagem e agentes comunitários de saúde, sendo que contam também com profissional odontólogo e auxiliar de consultório dentário, que compõem a Equipe de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família. A Estratégia dos Agentes Comunitários de Saúde possui uma equipe composta por enfermeira e agentes comunitários de saúde. As equipes possuem uma população referenciada e realiza ações diretas de prevenção a doenças; conscientização de cuidados com a saúde; acompanhamento domiciliar de pacientes acometidos por enfermidades; e monitoramento das situações de risco à saúde.

Estas ações são de preferência realizadas nas comunidades e/ou domicílios, sendo priorizados os pacientes acamados ou com doenças crônicas, através de um acompanhamento mais efetivo, bem como com gestantes e grupos de risco como hipertensos e diabéticos, levando aos mesmos informações e conscientizando-os dos cuidados necessários para a manutenção da saúde e da qualidade de vida.

Os programas saúde da criança, programa saúde da mulher, saúde do idoso, controle de tuberculose, eliminação da hanseníase, controle de hipertensão e diabetes, saúde bucal, verão gaúcho, assistência farmacêutica, vigilância em saúde são os demais programas existentes na secretaria de saúde e que, de forma articulada, contribuem para a prevenção e o tratamento de saúde dos pacientes e usuários dos serviços das políticas públicas existentes no município.

Já o Programa de Saúde mental conta com um médico psiquiatra, que realiza consultas individuais e em grupos (organização de terapia de grupo sistemática). Encaminha seus atendimentos ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-ad) Regional Otavio Ferrari, em Nova Palma, especializado em álcool e outras drogas. O psiquiatra trata de várias doenças, como a depressão, o transtorno de ansiedade,

síndrome do pânico, fobias, transtornos de personalidade, alcoolismo e outras dependências, bem como procura manter o paciente estável e a evitar internações.

O trabalho em grupo possibilita que um maior número de pacientes, já estáveis obviamente, sejam vistos e acompanhados num menor tempo, desafogando a agenda para outros casos mais urgentes naquele momento. Outro ponto positivo dos grupos é a troca de experiências entre pares, que se unem pela doença, mas se mantém ligados pela saúde mental que o grupo fomenta.

O atendimento no CAPS-ad é realizado em duas etapas, conforme a necessidade do paciente, sendo a primeira a internação para desintoxicação do organismo e a segunda o acompanhamento regular do paciente, bem como de sua família, para uma nova inserção do indivíduo na sociedade.

O Grupo Renascer participava das atividades no CAPS-ad de Nova Palma em um período de intervalo de dois meses. Para trabalhar com os dependentes químicos e assim obter uma melhora na sua saúde, eram realizadas diversas atividades como palestras, reuniões, oficinas de artesanato, atividades físicas, entre outros. O CAPS- ad conta com enfermeira, técnicas de enfermagem, psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, professores de música e artesanato, monitores e educadora física. São realizados trabalhos manuais para o tratamento da saúde mental, acompanhamento da assistente social objetivando intervenções familiares para saber do relacionamento do paciente com a família, entre outros.

Outro fator importante quanto ao sucesso operacional no atendimento tem sido a ampliação das medicações psiquiátricas no posto de saúde, o que facilita o tratamento, melhora a aderência e previne doenças induzidas por medicações antigas.

As consultas individuais são agendadas previamente. Os casos de urgência são encaminhados ao Hospital Psiquiátrico de Santa Maria. O Psiquiatra realiza laudos psiquiátricos, além disso, faz palestra de caráter educativo e informativo. Para os pacientes que fazem o tratamento no Posto de Saúde e no CAPS-ad Regional, a SMS fornece todos os medicamentos prescritos (básicos e não básicos).

### **3.2 As demandas do AS e as suas atribuições no espaço:**

De acordo com a Lei Municipal nº 2.349/2007 que dispõe sobre o quadro de cargos e funções públicas do município de Restinga Sêca e estabelece o plano de carreira dos servidores estatutários, ficou instituído o cargo de Assistente Social com um total de 03 vagas. Uma vaga para a Secretaria de Assistência Social, uma vaga para o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) e outra vaga para a Secretaria de Saúde.

Conforme a Lei Municipal 2349/2007 (Plano de carreira dos servidores estatutários), o assistente social deve coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos e projetos na área de assistência social; planejar, organizar e administrar programas e projetos em unidades de atendimento social; prestar assessoria e consultoria a todos os órgãos da administração pública municipal em matéria de serviço social. Também deve realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de serviço social; dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em serviço social no Município; coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de serviço social no Município; realizar outras atribuições compatíveis com sua especialização profissional. O desenvolvimento das atividades exige atendimento interno e externo ao público tanto na área urbana quanto na rural.

O Serviço Social, como já destacado, é uma profissão de intervenção, inserida na divisão sócio técnica do trabalho coletivo, que se apoia em instrumental científico multidisciplinar das Ciências Humanas e Sociais, atua nas diversas expressões da “questão social”, nos diferentes espaços sócio-ocupacionais, com o papel de planejar, gerenciar, administrar, executar e assessorar políticas, programas e serviços sociais.

É através da inserção dos estudantes nos espaços sócio-ocupacionais que a atividade de estágio propicia o contato direto com a população e a identificação das manifestações da questão social que permeiam as relações desses sujeitos, conhecendo a atuação cotidiana do Assistente Social e suas estratégias de intervenção, apreendendo os conhecimentos teórico-metodológicos, ético-políticos,

técnico-operacionais que orientam o exercício profissional, permitindo-os experimentar o trabalho profissional.

O estágio é o momento da vida acadêmica do aluno em que se põe face a face com a prática profissional do Serviço Social. É ele que permite ao aluno aproximações sucessivas com a realidade institucional, com a realidade da demanda e com os desafios que se colocam ao trabalho do Assistente Social na sua relação com a sociedade. É ele também que confere ao ensino do Serviço Social uma dimensão teórico-prática (ALBIERO, 2000, p.44).

É através do contato com os usuários atendidos pelo Serviço Social que os estudantes, do ponto de vista ético-político, emanam o compromisso com os mesmos na perspectiva de efetivar os direitos, consolidando uma ação competente através de “[...] um conjunto de saberes e conhecimentos na realização dos direitos coletivos de uma sociedade”. (LEWGOY, 2009, p.49).

O estágio é o espaço onde o estudante conhece os diferentes instrumentos e técnicas de intervenção do trabalho diário do profissional que “[...] comporta um conteúdo que é guiado por uma intencionalidade, com vistas a um resultado” (FÁVERO, 2007, p. 23), essa ação profissional deve ser realizada na perspectiva da práxis, onde:

O estágio devidamente supervisionado, como componente curricular favorecendo a unidade teoria-prática, mais do que aprendizagem, compreende uma vivência, não podendo ser reduzido a um treinamento para aprender o „como fazer” sem que o entendimento acompanhe o porquê e o para quê da ação. Daí entendermos que, no estágio, o aluno vivencia a práxis profissional e ao vivenciá-la aprende a utilizar o instrumental e a interagir numa rede institucional e pessoal, em situações concretas e desafiadoras (BARBOSA, 2004, p. 3).

As principais ações a serem desenvolvidas pelo assistente social segundo o Plano de Saúde do município:

- prestar orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária, no sentido de democratizar as informações;
- identificar a situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários com vistas a construção do perfil

socioeconômico para possibilitar a formulação de estratégias de intervenção.

- realizar abordagem individual e/ou grupal, tendo como objetivo trabalhar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes;
- criar mecanismos e rotinas de ação que facilitem e possibilitem o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social;
- realizar visitas domiciliares quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos usuários e esclarecendo os objetivos das mesmas;
- realizar visitas institucionais com objetivo de conhecer e mobilizar a rede de serviços no processo de viabilização dos direitos sociais.
- trabalhar com as famílias no sentido de fortalecer seus vínculos, na perspectiva de torná-las sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde.
- criar protocolos e rotina de ação que possibilitem a organização, normatização e sistematização do cotidiano do trabalho profissional.
- registrar os atendimentos sociais no prontuário único com objetivo de formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas no prontuário social.

No primeiro momento, realizaram-se duas aproximações, primeiro com o campo de estágio, com a finalidade de observar o cotidiano institucional e o trabalho da assistente social e, em segundo, a aproximação se deu com estudos sobre dependência química. Para melhor conhecer a instituição, elaborou-se a análise institucional, a qual tem por finalidade apreender a realidade da instituição através da sua historicidade, conhecer suas contradições, os objetivos institucionais, também o público alvo, suas relações, bem como os limites e possibilidades de intervenção para o serviço social.

De acordo com PRATES (2003 apud MARX, 1089, p.202), os elementos que compõem o processo de trabalho do Assistente Social são: a atividade adequada a

um fim, ou seja, o próprio trabalho; a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho e os meios de trabalho que são o instrumental de trabalho. Os meios de trabalho são o que o assistente social utiliza para a realização do seu trabalho, desde recursos materiais como sala, computadores, canetas, folhas, até os instrumentos e técnicas, que são os encaminhamentos, planejamento, entrevista, visitas domiciliares, entre outros.

Durante o período de estágio foram utilizados os instrumentos observação, entrevistas, visita domiciliar, elaboração de estudo social, palestras, grupos e criação e execução do projeto de intervenção.

A observação se fez presente durante todo o período de estágio e através dela tem-se a possibilidade de analisar a realidade. De acordo com Prates (2003), deve ser compreendida como dinâmica e interpretada na sua totalidade. Ao empregar esta técnica, fazem-se reflexões e mediações<sup>8</sup> entre a teoria e a prática, entre os processos vivenciados e observados na instituição.

O serviço social, sendo uma profissão investigativa e interventiva, possui três eixos fundamentais: ético-político, teórico-metodológico e técnico-operativo

O eixo ético-político é alicerçado pelo Código de Ética, pela Lei de Regulamentação de Profissão e pelas diretrizes curriculares do Curso de Serviço Social.

O projeto ético político prioriza uma relação com os usuários dos serviços oferecidos pelos assistentes sociais: é seu componente elementar o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população, aí incluída a publicidade dos recursos institucionais, instrumento indispensável para a sua democratização e universalização e, sobretudo, para abrir as decisões institucionais à participação dos usuários (NETTO, 1999, P. 16).

O profissional assistente social necessita ter o domínio teórico metodológico, pois é através deste que ele vai ler e interpretar a realidade, possibilitando assim, a

---

<sup>8</sup> Segundo Martinelli (1993, p. 136), mediações são categorias instrumentais pelas quais se processa a operacionalização da ação profissional. Expressam-se pelo conjunto de instrumentos recursos, técnicas e estratégias e pelas quais a ação profissional ganha operacionalidade e concretude. São instâncias de passagem da teoria para a prática, são vias de penetração nas tramas constitutivas do real.

intervenção profissional em determinada situação. O técnico operativo é a dimensão que vai possibilitar, segundo Silva:

A definição de estratégias e táticas na perspectiva da consolidação teórico-prática de um projeto profissional compromissado com os interesses e necessidade dos usuários, com a defesa dos direitos sociais, com a implantação da esfera pública e com a construção de uma nova cidadania social, capaz de realizar e impulsionar novos direitos (SILVA, 2007, p. 113).

Dentre as estratégias e técnicas utilizadas estão: realizar estudos sociais, pareceres diagnosticando as dificuldades apresentadas pelos usuários e familiares; realizar estudo de caso com a equipe multidisciplinar e encaminhar laudos técnicos aos órgãos competentes, quando necessário. Coordenar e participar, junto à equipe multidisciplinar, de grupos de apoio, tais como grupo de familiares de usuários, orientando e informando de acordo com as necessidades dos participantes.

Mais do que ser um profissional que esteja exercendo o compromisso ético e político da profissão é preciso que a prática profissional seja emancipatória, que os sujeitos que estão sendo atendidos pelo assistente social possam se perceber enquanto participantes ativos de sua vida. Ou seja, cabe ao profissional, dentre outras atribuições:

[...] viabilizar o acesso às informações que possam contribuir para o entendimento do funcionamento da máquina pública, dos procedimentos administrativos, da legislação pertinente, das instâncias de decisão do planejamento urbano, etc. (MACIEL, 2002, p.140).

Vasconcelos (2003) reforça a reflexão, afirmando que o assistente social, como trabalhador inserido na divisão social e técnica do trabalho, vende sua força de trabalho especializada em distintos espaços socio-ocupacionais, espaços estes que organizam o processo de trabalho do profissional. Sendo assim, o exercício profissional, em qualquer espaço sócio ocupacional pressupõe:

Compreender a realidade no seu movimento, captar nela possibilidades de ação, priorizar, planejar, executar e avaliar, num movimento permanente contínuo e conjunto não só com seus pares, mas articulado aos profissionais de diversas áreas como um todo. (VASCONCELOS, 2003, p. 416).

Segundo Yamamoto (2001), a competência ético-política e teórico-metodológica do assistente social e a realidade socioinstitucional na qual está inserido esse profissional são condicionantes intrínsecos que definem a maior ou menor eficiência da ação profissional.

Outra ação desenvolvida foram as visitas domiciliares realizadas para conhecer a realidade dos usuários no contexto geral em que estão inseridos.

Segundo Miotto, visita domiciliar é:

[...] um dos instrumentos que potencializa as condições de conhecimento do cotidiano dos sujeitos, no seu ambiente de convivência familiar e comunitária. As visitas domiciliares “tem como objetivo conhecer as condições (residência, bairro) em que vivem tais sujeitos e apreender aspectos do cotidiano das relações, aspectos esses que geralmente escapam à entrevista de gabinete. (MIOTTO, 2001.p. 148).

Visita Domiciliar é um instrumento que potencializa as possibilidades de conhecimento da realidade. Tem ainda, como ponto de referência, a garantia de seus direitos (por meio dos serviços que lhe são levados), onde se exerce um papel educativo e de reflexão sobre a realidade social em que o usuário vive, colocando o saber técnico à disposição do usuário.

Segundo Amaro (2003), visita domiciliar é uma prática profissional, investigativa ou de atendimento, realizada por um ou mais profissionais, junto aos indivíduos em seu próprio meio social ou familiar. A autora também nos revela que a entrevista possui pelo menos três técnicas embutidas, como: a observação, a entrevista e a história ou relato oral. A finalidade da visita domiciliar é específica, guiada por um planejamento ou roteiro preliminar. As visitas domiciliares têm a finalidade de fazer acompanhamentos relacionados às condições de moradia, saúde, a fim de elaborar o relatório de visita domiciliar e emissão de parecer social.

As visitas domiciliares são importantes instrumentos a serem utilizados por assistentes sociais porque favorecem uma melhor compreensão acerca das condições de vida dos usuários, que envolvem a situação de moradia (residência e bairro) e as relações familiares e comunitárias. Portanto, faz com que o profissional, a partir do conhecimento da realidade do usuário, tenha mais elementos para buscar o alargamento dos direitos sociais que podem ser acessados por esse usuário. Uma

das visitas domiciliares foi realizada após denúncia de abandono de idoso por parte do filho, denúncia feita pela agente de saúde que atende aquela parte da cidade. O desafio do serviço social, diante da questão do idoso, que vive momentos de exclusão social, é visar o diálogo entre as diferentes faixas etárias a fim de despertar a sensibilidade por todas as pessoas que sofrem diversas formas de discriminação, além de potencializar a pessoa idosa a acreditar em si, como pessoa de direitos, isso os levará a redescobrir sua verdadeira identidade, assumir-se como pessoa imprescindível a sua produtividade social.

No artigo 15, o Estatuto do Idoso garante atenção integral à saúde do idoso por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), com acesso universal e igualitário, com o objetivo de prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde de pessoas acima dos 60 anos, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

Fomos até a residência deste senhor referido acima, que mora sozinho e é aposentado. Aparentou estar bem fisicamente, mas suas roupas não eram limpas e tinham alguns furos; tinha cabelo e barba por fazer, unhas compridas e sujas. Enquanto a AS fazia perguntas a ele, reparei nas condições da moradia, estava toda fechada, uma lâmpada iluminando a sala. A televisão estava ligada, cobertas no sofá, o chão estava sujo e os móveis empoeirados; na cozinha tinha louças e panelas na pia, um cheiro forte dentro da casa. Foi falado sobre o motivo da visita. Ele nos relatou que o filho dele tinha uma oficina ao lado, morava até a pouco tempo com ele, mas “arrumou” uma namorada e saiu de casa. Segundo ele, este filho cuidava da alimentação dele, cozinhava, fazia as compras no mercado, recebia a aposentadoria dele, mas devolvia o dinheiro e o cartão do banco. Ele nos mostrou o cartão e o dinheiro que ele tinha no bolso. A AS perguntou a ele quanto à possibilidade de querer ir morar na casa do idoso e ele respondeu que não gostaria, pois ele estava bem, não tomava remédio e a casa onde morava era própria. Perguntamos se ele não tinha esposa e ele nos disse que a esposa havia falecido há muitos anos.

O Assistente Social, no trabalho com o idoso, conta com alguns instrumentos Jurídico-Legislativos específicos dessa demanda, que facilitam e justificam o trabalho profissional. Esses instrumentos se materializam por meio do Estatuto do

Idoso, da Política Nacional do Idoso e ainda do Art. 230 da Constituição Federal, que legaliza: “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”. Conforme o Art. 10 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso: “é obrigação do Estado e da sociedade assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis”. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso os direitos de cidadania, bem como sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar.

Através da gestão democrática, o assistente social poderá contribuir com a justiça e com a equidade social a favor da universalidade das políticas sociais, para com isso obterem a concretização desta política e das demais legislações referentes ao idoso, para que se obtenha uma mudança de valores, eliminando assim, dentre outras coisas, a questão do preconceito, da discriminação e da exclusão social que o idoso sofre no sistema atual. O trabalho do Assistente Social pode contribuir para o desenvolvimento de ações que venham aumentar os recursos para que se tenha uma concretização dessas políticas de forma eficaz. A Política Nacional do Idoso, junto ao Estatuto do Idoso, formam uma grande articulação com o exercício profissional do assistente social, pois se exige uma articulação entre as esferas de poder, bem como ressaltam que o idoso deve ser assegurado em toda rede sócio-assistencial. Esses direitos sociais sendo efetivados e respeitados garantirão ao indivíduo idoso uma vida com autonomia, dignidade e reconhecido enquanto sujeito de direito.

As visitas domiciliares, acompanhadas de pareceres e estudo social, foram feitas pela supervisora de campo com várias finalidades: acompanhamento de usuário após internação compulsória, negligência e busca por vínculos familiares. As visitas procediam-se e a cada visita domiciliar eram feitos estudos sociais, atribuição privativa do assistente social, conforme a Lei de Regulamentação da Profissão (1993).

As entrevistas realizadas pela assistente social com o indivíduo ou familiares contavam com a participação da estagiária, podendo o usuário entrevistado aceitar ou não a presença da mesma. A profissional, no início da entrevista, deixava clara a questão do sigilo ético prevista no Código de Ética do Assistente Social<sup>9</sup>. Não houve recusa por nenhum dos entrevistados, sendo que nesse processo foi relevante, pois era nesse primeiro contato do usuário com a instituição que ele contava o histórico de sua vida, suas fragilidades, fatos que julgava importante, como a perda de um familiar, brigas, perda do trabalho, início do uso do álcool.

Entrevista é uma técnica utilizada pelos profissionais do Serviço Social junto aos usuários para levantamento e registro de informações. Esta técnica visa compor a história de vida, definir procedimentos metodológicos, e colaborar no diagnóstico social. A entrevista é um instrumento de trabalho do assistente social e através dela é possível produzir confrontos de conhecimentos e objetivos a serem alcançados.

Segundo LEWGOY (2007), é na entrevista que uma ou mais pessoas podem estabelecer uma relação profissional, tanto quem entrevista quanto quem é entrevistado saem transformados através do intercâmbio de informações. A entrevista tem objetivo de colher informações sobre o usuário. Ela é um instrumento utilizado quando há interesse de desenvolver um trabalho em que é necessário: priorizar um atendimento individual e aprofundar um determinado conhecimento da realidade humano-social. É o momento em que ocorre o estabelecimento de um diálogo que vai se realizando à medida que vamos desvendando o real, o concreto, e também ampliando a consciência do entrevistado e do assistente social.

Alguns demonstravam mais emoções, choravam lembrando os fatos, outros não demonstravam emoção nenhuma. Reconhecer essas diferenças faz-se necessário para compreender o ambiente em que muitos dos usuários viviam. A família é de fundamental importância nesse processo, pois a mesma também vivencia as consequências da dependência química. A partir dessas análises, fazem mediações com outros processos por eles vivenciados. O abuso de álcool é causado por vários fatores que se entrelaçam, como questões familiares, psicológicas, questões culturais, relações no trabalho, amizades. Questões como essas são

---

<sup>9</sup>O capítulo V – Sigilo Profissional, expressa no seu Art. 16 que o sigilo profissional protegerá o usuário de tudo aquilo que o assistente social tome conhecimento, como decorrência do exercício profissional (Código de Ética do Assistente Social, 2005).

fatores importantes para a elaboração da intervenção do assistente social, no que se refere à família e ao usuário, com vista a trabalhar o apoio familiar e individual do usuário.

Por meio da instrumentalidade<sup>10</sup> utilizada pelo assistente social, pode-se vivenciar a realidade, como por exemplo, o caso da família de uma senhora que precisava de uma cirurgia e a filha dela procurou a Secretaria de Saúde porque não tinha condições financeiras para pagar o procedimento. Ao fazer a visita domiciliar, pode-se constatar que a família em questão gastava com medicação, pagava aluguel, tinha poucos móveis e, além disso, a senhora tinha problemas de locomoção e a renda familiar consistia somente em sua aposentadoria. É através dessa aproximação com a realidade vivida pelo usuário que o assistente social pode realizar uma intervenção consistente nesta situação.

Outras visitas foram realizadas, nas quais se contatou a situação de vulnerabilidade social existente no município de Restinga Sêca relacionada à dependência química, sendo que há um número elevado da população com problemas de alcoolismo. Parte destes vem de internações para tratamento contra dependência química, sobrevivem por meio de trabalhos informais, morando até de favor em casa de algum parente.

A aplicação ou participação na utilização dos instrumentais, como visita domiciliar, entrevista, elaboração de estudos sociais foram os vivenciados mais cotidianamente durante o processo de estágio, mas além desses também teve-se contato com outras formas de atuação, como a participação em grupo realizado pela psicóloga em conjunto com a assistente social e com os dependentes. Este proporcionou um contato mais profundo com os dependentes, através de relatos sobre suas experiências de vida.

Na Secretaria de Saúde de Restinga Sêca, são atendidos quase que diariamente os usuários e ou familiares que vêm em busca de informações, de ajuda quanto o que fazer e como proceder antes e depois do tratamento. Por meio desses atendimentos, constatou-se que a principal causa de abandono familiar,

---

<sup>10</sup> A instrumentalidade, segundo Torres (2007), compreende a intervenção propriamente dita, o conhecimento das tendências teórico-metodológicas, a instrumentalidade, os instrumentos técnico-operativos e os do campo das habilidades, os componentes éticos e os componentes políticos, o conhecimento das condições objetivas e o reconhecimento da realidade social.

empregatício, de violência e vulnerabilidade social estavam relacionadas ao uso de álcool por eles ou por algum familiar; e que, sem um devido acompanhamento, muitos destes dependentes químicos voltavam a fazer uso do álcool. Outra demanda do trabalho do assistente social era quanto ao auxílio doença, repassado pela Previdência Social. Os pedidos encaminhados de auxílio doença para dependentes químicos eram recusados, tendo em vista que os peritos da Previdência não entendiam a dependência química como uma doença, e que esta gerasse incapacidade para o trabalho, visão que aos poucos está sendo modificada e facilitando o acesso do dependente a este benefício que lhe é de direito. Compreende-se o importante trabalho do assistente social na luta pela efetivação do direito do usuário em garantir o auxílio doença, entendendo que este possibilite a realização do tratamento para dependência química. O acolhimento, a escuta dentro e fora da secretaria é realizado por essa profissional. Dentro dessa atenção, focada no bem estar do paciente, são realizadas visitas domiciliares, escuta, entrevistas, pareceres de gratuidade para pacientes internados no Hospital Astrogildo de Azevedo, internações judiciais, agendamento para o atendimento psicológico, elaboração de parecer sócio-econômico. Numa manhã, foi procurar o Serviço Social na Secretaria, a irmã de uma usuária dependente química, sem que a mesma soubesse. A usuária encontrava-se internada para desintoxicação. Relatou que o marido da usuária afastou-se da esposa conforme a dependência em álcool da mesma aumentava. O casal tinha um filho de 14 anos, que vinha sendo cuidado pelos avôs, pois o pai trabalhava em uma fazenda no interior do município, indo para casa somente aos finais de semana. Nos últimos dias, o pai soube, através de outros, que o adolescente foi visto em locais inadequados para sua idade; andando nas madrugadas com amigos.

Contatamos a avó, que informou não ter condições de “dar conta do menino, que não me obedece; eu mando ficar em casa, mas ele sai assim mesmo, não me obedece”, relatou também o avô. O pai não ligou muito para o fato de o adolescente sair à noite. Disse que isso ocorria porque a mãe não estava em casa, culpando a mãe, por estar sempre alcoolizada, e não dar atenção à família.

O Assistente Social não julga as pessoas nem culpa as famílias pela situação em que se encontram. Se fôssemos questionar o pai, por telefone, a única forma

que conseguimos contato com ele, uma vez que está fora da cidade, talvez não fôssemos compreendidas. Pensamos que o ideal seria agendar uma entrevista com ele. Num atendimento teríamos mais tempo, conseguiríamos pensar juntos sobre a situação, entender até que ponto ele sabia sobre o que estava se passando, refletir sobre as dificuldades que a família estava atravessando naquele momento, mas isso não foi possível. Existem limites, e nem sempre é possível trabalhar em condições ideais adotando uma prática que envolva o usuário e o profissional. Foi encaminhado o atendimento ao Conselho Tutelar do município. Entramos em contato com órgão designado para cuidar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente para que acompanhasse a situação, tomando as providências necessárias. As Conselheiras Tutelares interferiram, garantindo os direitos do adolescente, conforme acompanhamos, à distância, ajudando a família. O Assistente Social não pode se omitir, o profissional precisa entrar em contato com a rede e acionar os mecanismos de proteção ao adolescente. Caso isso não ocorra, pode se tornar um profissional negligente, descomprometido com suas responsabilidades éticas e profissionais.

A profissional de Serviço Social da Secretaria de Saúde de Restinga Seca se depara diariamente com as mais diversas expressões da questão social. Para tanto, precisa estar sempre alicerçada pelo Código de Ética e pela Lei de Regulamentação da Profissão, tendo também como alicerce de seu trabalho o Sistema Único de Saúde (SUS), Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990), Políticas Sociais, Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), A Constituição Federal, entre outros.

O trabalho da Assistente Social é interligado com o Conselho Tutelar, Fórum, com a Delegacia e Brigada Militar e com a comunidade em geral. Outro trabalho realizado é com o Grupo Renascer, coordenado com o auxílio da psicóloga do CRAS. Neste grupo, em torno de 20 ex-usuários de álcool, que passaram por tratamento para desintoxicação, têm acompanhamento para evitar recaída, para socialização, para aumentar a auto-estima, para conversar sobre as dificuldades. A demanda em saúde mental na cidade é muito grande, sendo de extrema urgência a contratação de um psicólogo e um médico psiquiatra para a Secretaria da Saúde. Também é fundamental uma melhor organização em atenção à saúde mental, diminuindo o tempo de espera para atendimento psicológico/psiquiátrico; criando

grupos para prevenção do uso de drogas e álcool; grupo para dependentes químicos.

A perspectiva do trabalho é a do fortalecimento da Atenção Básica, integrando saúde bucal, saúde da mulher, saúde do homem, saúde mental e ações com a Vigilância em Saúde e, sempre que necessário, a atenção secundária e terciária de acordo com a demanda de cada sujeito/família.

### **3.3 A intervenção do estagiário através do projeto de intervenção**

Conforme as informações alcançadas durante o campo do estágio em conjunto com o CRAS do município, elaborou-se e desenvolveu-se um projeto interventivo junto ao Grupo Renascer, formado por dependentes de álcool. O projeto foi intitulado “O Trabalho do Assistente Social com os dependentes químicos na Secretaria de Saúde do município de Restinga Sêca”.

#### **3.3.1 A justificativa e alguns objetivos propostos**

Constatou-se a necessidade de realizar um trabalho de orientação referente à viabilização e ampliação do acesso aos direitos sociais por meio do projeto de intervenção. Para tanto, buscou-se conhecer a realidade dos usuários dependentes químicos que sofriam com algum transtorno mental, através de uma aproximação com usuários que freqüentavam um grupo de dependentes de álcool que reuniam-se quinzenalmente no Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) de Restinga Sêca.

O projeto foi realizado nos meses de abril a julho de 2014. Participaram dele doze (12) pessoas, onze (11) homens e uma (01) mulher, com idades entre 33 e 70 anos. A partir da vivência no estágio e, posteriormente com o grupo, observou-se que a maioria possui escolaridade mínima e exerce alguma atividade que gera rendimentos relativamente baixos para o suporte de agregados familiares.

Ainda se reportando às características dos usuários, muitos relataram que, na história pessoal de cada um, existem antecedentes familiares de alcoolismo e o início da dependência ocorreu na fase da adolescência: a luta com a timidez, o movimento para a autoafirmação e a aceitação em grupos são apontados como fatores que contribuíram para o uso incontrolável do álcool. A busca pelo tratamento geralmente acontece em momentos de sofrimento extremo, onde problemas de saúde, conflitos familiares teriam levado à tomada de consciência e opção pela abstinência total. Por isso, fez-se necessário um acompanhamento aos usuários através de um grupo de convivência.

O projeto desenvolvido no estágio teve como objetivo acompanhar um grupo de usuários dependentes de álcool. Foram desenvolvidas ações visando o fortalecimento de vínculos familiares, a reinserção e recuperação social dos usuários informando seus direitos quanto cidadãos, possibilitando melhorias na sua qualidade de vida. Entende-se que o indivíduo dependente químico necessita de mecanismos que os auxiliem na superação da dependência química, através do desenvolvimento de ações que trabalhem a realidade vivenciada pelos usuários, tentando, desse modo, modificar o quadro psicológico, físico, emocional e social do usuário, o qual reflete diretamente no seu convívio familiar e comunitário.

O atendimento do grupo visa o interesse pelo indivíduo em sua totalidade e respeito pelas dificuldades que esse apresenta na busca de solução para seus problemas. Pois, entende-se que o álcool muitas vezes ocupa os espaços das frustrações, das angústias, complementa o indivíduo e mascara sua fragilidade para se confrontar com a realidade, além de lhe proporcionar prazer.

Entre as atividades desenvolvidas dentro do projeto de intervenção, estão: uma palestra com um psiquiatra que tratou sobre a dependência alcoólica e os danos do álcool ao organismo humano, tanto físico quanto emocional. Nos relatos, grande parte dos usuários atribuiu como causa de internação e conseqüentemente a participação no grupo, o uso frequente de álcool. Alguns falaram que participavam do grupo para não voltarem ao vício. Eles tinham consciência da sua realidade e admitiam estar ali devido ao que já fizeram, direcionando a responsabilidade a si mesmo. Os usuários demonstravam interesse em voltar a viver em sociedade, tendo uma vida social diferente da que levavam quando usuários dependentes de álcool. O

número de recaídas de dependentes químicos que passaram por internação e não deram continuidade no tratamento em grupos de apoio é grande.

A maioria deles já voltou ao trabalho que tinham, ou arrumou outro no mesmo ramo. Outros trabalhavam na área rural do município. Alguns não tinham emprego formal. Havia aqueles que já eram aposentados. O trabalho para eles era visto como uma maneira de ocupar a mente e não pensar no álcool. A exclusão do mundo do trabalho é, sem dúvida, uma situação de risco social. A vulnerabilidade social que decorre desta exclusão cria a impossibilidade de prover condições básicas que acaba por provocar o rompimento de laços sociais, familiares de amizade.

Também em mais uma reunião do grupo apresentaram-se as políticas públicas de atenção ao usuário de álcool, falando-se sobre elas de forma crítica, ou seja, fazendo uma leitura da realidade que buscasse aproximá-las da necessidade do usuário, da família e da sociedade em geral. Através de troca de experiências, de conversas, de suas angústias, mostrando a condição atual de suas emoções e sentimentos, e da compreensão dos demais participantes, cria-se um vínculo e uma responsabilidade com a recuperação. Eles se ajudam e oferecem apoio entre eles mesmo. A psicóloga tratou também sobre respeito mútuo, limites e parâmetros de conduta, a partir de uma sociedade do consumo e a importância do fortalecimento do vínculo familiar. Nesta reunião, cada qual dividiu seu pensamento e expuseram de que forma estas questões apareciam no cotidiano, sendo papel do Serviço Social, através do diálogo, promover a superação do conflito e a fragilidade presente nas relações familiares.

Em outro encontro do grupo abordaram-se temas inerentes à dependência química, através de uma roda de conversa, vivências e partilha entre os participantes, num ambiente em que os indivíduos fizeram questionamentos sobre a temática e interagiram conosco e com os demais. A prevenção à recaída também foi trabalhada no grupo, com o intuito de alertar sobre comportamentos que possam colocar em risco a recuperação e facilitar o retorno ao uso de drogas por parte do dependente químico. Os usuários faziam relatos do que acontecia em sua vida, de positivo e negativo, no intervalo de quinze dias. Um deles, em sua fala, nos relatou que ele não tinha com quem contar, sendo que o fato de ficar sozinho com seus problemas não era uma opção, mas sim lhe faltava uma pessoa com quem pudesse

dividir suas angústias. Em um grupo de convivências, o objetivo é oportunizar aos participantes um espaço de expressão, de comunicação e de discussão dos sentimentos em relação ao plano de abstinência.

Em um dos encontros, foi realizada uma viagem até o CAPS do município de Nova Palma com o grupo como forma de conhecer e também participar de uma oficina com uma enfermeira e uma terapeuta ocupacional. No mês de junho pensamos em realizar uma confraternização referente ao dia de São João, mas convidando os familiares a participar da festividade juntamente com o grupo. Para a realização deste evento, foi cedido um espaço particular – uma chácara - nos arredores da cidade. A equipe organizadora levou bolo de milho, carapinhas, foi feito um quentão sem teor alcoólico (com sucos de uva e laranja), tinha chimarrão, e no almoço foi servido um risoto com saladas. Realizou-se primeiramente a interação de como havia sido seus últimos quinze dias. Na parte da tarde, realizou-se uma dinâmica ao ar livre. A participação familiar foi mínima, sendo que, de onze usuários que estiveram presentes, somente um foi acompanhado por uma filha. Outros familiares (filhos) alegaram que estavam trabalhando e algumas esposas não quiseram se expor.

A família deve receber total atenção no sentido de ser orientada em sua abordagem ao paciente ou em sua dinâmica de relacionamento durante o processo, visto que, em muitos casos, a família adocece em conjunto, sendo necessário um processo de escuta, apoio e orientação. Neste sentido, eram realizadas visitas domiciliares nas casas dos dependentes químicos, na semana em que não era realizado o encontro grupal. Numa manhã, fomos recebidos por uma senhora que tinha um irmão etilista e escutei o relato da situação, o dependente fazia parte do Grupo Renascer. Ele já havia sido internado várias vezes para tratamento, às vezes ficava agressivo; era depressivo, tendo, portanto, acompanhamento psiquiátrico, deveria tomar medicação receitada pelo psiquiatra, mas se negava, como também não aceitava ser internado e dizia não precisar de ajuda. Através deste contato, foi conversado com este dependente e ele se comprometeu a tomar a medicação necessária e também a participar novamente do grupo.

No campo da saúde mental, percebemos a angústia em notar alguns usuários, e até o grupo no total, sendo estigmatizados pela sociedade, até mesmo por alguns profissionais; a família desistindo do tratamento, e também do usuário. O trabalho no campo da saúde mental pode ser identificado como um trabalho de cuidados, que envolve respeito e inclusão. É fundamental acolher quem sofre, escutá-lo com atenção e incluí-lo em dispositivos que propõem-se diminuir o sofrimento.

O Serviço Social na área da Saúde Mental precisa estar ligado a outras áreas de conhecimento, sendo assim, foram feitas abordagens específicas, como a coleta de dados, a escuta sensível e a análise da equipe (assistente social e psicóloga) em relação à família. A prática profissional do assistente social deve assegurar o direito e a proteção aos usuários dependentes químicos, visando sua reinserção comunitária e familiar. Assim, contribuimos oferecendo orientações sociais aos usuários, também a suas famílias; ao grupo no geral para que eles identifiquem e utilizem seus direitos e benefícios. Realizou-se um acompanhamento social visando a participação deles no Dia do Idoso, também um participante do grupo foi convidado a dar palestra em uma escola do município sobre o alcoolismo. Ao mesmo tempo foram feitas as intervenções e trabalhos de educação familiar com vistas ao conhecimento de seu papel, significado e vínculos. O sucesso do tratamento depende de um conjunto de fatores que limitam a rede social em que o paciente está inserido. Percebemos que, durante as visitas, onde os familiares estavam inseridos em seu meio, conseguiam lidar com menos apreensão e participavam mais do que nas reuniões e/ou no grupo.

Em suas residências conseguiam, na maioria das vezes, relatar suas angústias, dúvidas, questionamentos em relação ao usuário e a dependência. Era realizada escuta e orientações, constituindo-se este como um efetivo espaço de atendimento familiar. Percebemos que os pacientes sofriam e suas famílias necessitavam ser atendidas em suas verdadeiras necessidades pela equipe, levando em consideração os vínculos estabelecidos e a dinâmica funcional, reconhecendo e respeitando suas limitações, procurando trabalhar preconceitos e/outras formas de entendimento da situação problema do paciente.

As informações (conceitos básicos sobre dependência de álcool, tolerância, síndrome de abstinência, etc.), orientações (como agir, conversar, o que fazer em casos de intoxicação e/ou violência, etc.) e troca de experiências entre os participantes do grupo foram considerados pelos familiares como um item importante no trabalho grupal.

Alguns sentimentos expressos pela família que convive com dependentes são: raiva, ressentimento, dor, impotência, medo do futuro, falência, desintegração, solidão diante do resto da sociedade, culpa e vergonha pelo estado em que se encontram. Abordar as famílias dos dependentes é uma necessidade, uma vez que eles também adoecem sem fazer uso de substâncias psicoativas. Segundo FIGLIEN. B.; BORDIN S.; LARANJEIRA, R. (2004), o apoio familiar é vital para a reestruturação do dependente químico, já que, tanto o processo de adoecimento quanto a recuperação interferem na dinâmica familiar, fazendo-se necessário algum tipo de orientação ou de apoio a estas famílias

O tratamento em grupo tem inicialmente um papel de suporte no sentido do paciente poder expressar suas experiências dramáticas de modo a dividi-las com outros. O grupo constituiu-se assim num espaço onde os pacientes que passaram pelas mesmas desventuras, mesmos problemas familiares e sociais puderam compartilhar suas expectativas, ansiedades e conquistas.

Objetiva-se a não relação com o álcool e relação com o outro na medida em que se criam novos vínculos. A interação entre as pessoas e a possibilidade de identificação que o grupo promove parece ser um índice de saúde grupal. O paciente do grupo passa por um processo de autoanálise, em que se estimula uma atitude de autoavaliação e crítica em relação ao próprio comportamento, o que aumenta seu campo de consciência que se encontrava muito estreito. A grupoterapia contribuiu assim para a estruturação de uma identidade para o alcoólico que se identifica com um grupo voltado para a cura.

Ressalta-se que a dependência química não se constitui em um problema isolado, que foge às determinações da questão social. Mas, há que se entender, também, que a nós, assistentes sociais, cabe intervir frente às expressões sociais da questão social, buscando, com consciência, no âmbito das possibilidades e limites da nossa intervenção profissional, contribuir para que os indivíduos – pessoas – já

vitimizados por uma política econômica-cultural e social excludente, possam (re)construir seus espaços de autonomia e decisão.

## 4 CONCLUSÃO

Conclui-se que, a partir do referencial teórico consultado, bem como legislações e outras fontes, como a vivência no estágio, permitiram observar que o assistente social é, através de suas competências e atribuições, central na implementação de uma política pública de saúde de qualidade. Observa-se que a transversalidade das políticas é fundamental na aplicação do conceito ampliado de saúde, pois permite a integralidade de ações de diversos profissionais no tratamento e na viabilização dos demais direitos sociais das pessoas que possuem algum transtorno mental.

Observou-se ainda que as ações propostas pelo serviço social no tratamento de pessoas com dependência química, nesse caso específico o álcool, são relevantes na continuidade das ações que são propostas pelos movimentos de reforma sanitária e reforma psiquiátrica. A partir desses movimentos observam-se as situações como os casos citados, que não se constituem em um problema isolado, que foge às determinações da questão social. Entende-se que, ao profissional assistente social, cabe intervir frente às expressões, buscando, com consciência, no campo das possibilidades e limites da intervenção profissional, contribuir para que os usuários já vitimizados possam obter autonomia e decisão.

A Política de Assistência Social, juntamente com a Política de Saúde, constitui-se em um importante instrumento para os usuários portadores de sofrimento mental. Ao longo dos anos, através de políticas e com a reforma psiquiátrica, foram substituídos os hospitais manicomiais por tratamentos que não isolam os pacientes de sua família e convívio social. Observa-se que a prática profissional do assistente social na política da saúde mental elabora estratégias de reinserção familiar e comunitária, visando a recuperação do usuário.

Este trabalho possibilitou uma reflexão sobre a práxis do Assistente Social que atua na área da Saúde; um profissional que utiliza suas competências e seus conhecimentos, articulados aos princípios do projeto ético-político da profissão, na compreensão dos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais que interferem

no processo saúde-doença, buscando estratégias para o enfrentamento desta situação.

Esta aproximação com os usuários, no que diz respeito à garantia do acesso destes sujeitos aos direitos previstos nas políticas sociais, trouxe um maior aprofundamento acerca do Sistema Único de Saúde, seus princípios e sua organização, da Política de Atenção a Saúde e Saúde Mental. A ação profissional do assistente social se inscreve no campo da promoção da saúde e da assistência social, especialmente na linha da intersetorialidade e na garantia da integralidade das políticas públicas.

Procurou-se trazer a experiência obtida na realização do projeto de intervenção no qual o estagiário teve contato direto com o usuário, suas demandas, a realidade vivenciada por ele, sua família, a partir de sua inserção junto ao grupo nos atendimentos aos usuários, propiciando a relação entre teoria e a prática. Pois cabe ao assistente social desempenhar ações no sentido de promover a cidadania dos usuários, de construir e fortalecer as redes unindo com os serviços de saúde.

A intervenção junto aos usuários dependentes de álcool foi de grande importância, no que se refere ao entendimento do exercício profissional, pois nos encontros realizados no projeto de intervenção, criaram-se condições para que estes usuários se compreendessem como sujeitos de direitos e lutassem pela execução destes.

O trabalho do assistente social com as famílias de usuários de álcool deve estar direcionado ao fortalecimento dos vínculos para com o membro que necessita de atenção e cuidados especiais, o que inúmeras vezes temos como consequência o distanciamento e a rejeição, prejudicando ambas as partes.

Através das políticas setoriais (Saúde e Assistência Social) é que se desenvolveu parte das intervenções. Sendo que é de fundamental importância que se compreenda o que é Seguridade Social, sua construção na sociedade brasileira e os desafios na atualidade para sua consolidação. Para conseguir atender com qualidade as necessidades do usuário, o assistente social deve ser capaz de articular o tripé da Seguridade Social.

Dentro do grupo, mostrou-se que a prática profissional na área de saúde busca a elaboração de estratégias de reinserção comunitária e familiar visando a

recuperação do usuário e que, diante de suas ações, almejam trazer benefícios, buscando melhorar a qualidade de vida dos usuários e de seus familiares, dando condições para que eles levem uma vida não prejudicada pelos seus vícios.

O Assistente Social na área da Saúde precisa também obter conhecimento sobre as políticas públicas, em especial a do SUS, e como essas são garantidas aos usuários. Algumas demandas que chegam ao Serviço Social nem sempre dizem respeito à política de saúde; muitas vezes estão ligadas à assistência social e interferem no processo saúde-doença e também precisam ser atendidas, pois é necessário ver o sujeito com um todo, exigindo conhecimento por parte do profissional.

Os atendimentos não se restringiram apenas à área da Saúde; houve articulação com outras políticas, como a Política de Assistência Social. Destaca-se também a importância do trabalho multiprofissional e de saberes interdisciplinares para que seja efetivada a atenção integral à saúde, visto que os determinantes de saúde estão nas condições de vida, de trabalho e social dos usuários definidos a partir de suas relações sociais, demandando um conjunto de saberes que deem conta da complexidade desta realidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ALBIERO, C. M. G. **Ensinar e aprender: desafios constantes na formação profissional em Serviço Social**. 2000. 227p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2000.
- AMARANTE, P. Algumas Reflexões sobre Ética, Cidadania e Desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica. In: **Saúde em Debate**. dez. 1994.
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Asilos, alienados e alienistas. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- AMARO, Sarita. **Visita Domiciliar: Guia para uma abordagem complexa**. Porto Alegre: AGE, 2003.
- BARBOSA, A. M. G. O importante papel do estágio no desenvolvimento de competências. **Revista Ágora. Políticas Públicas e Serviço Social**, Rio de Janeiro, ano 1, n. 1, p. 89-95. out. 2004.
- BARROS, Carlos Alberto Sampaio Martins. **Alcoolismo, obesidade, consultoria psiquiátrica**. Porto Alegre: Movimento, 1994.
- BOSCHETTI, Ivanete. Avaliação de políticas, programas e projetos sociais. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. 760p
- BOSCHETTI, Ivanete. Implicações da reforma da previdência na seguridade social brasileira. **Psicologia & Sociedade**. v.15 n.1. Belo Horizonte, 2003.
- BRASIL. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- \_\_\_\_\_. **Constituição Federal**. Constituição da República Federativa do Brasil: Texto constitucional promulgado em 05 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 42/2003 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94, - Brasília: Senado Federal Subsecretaria de Edições Técnicas, 2004.

\_\_\_\_\_. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). **Lex:** coletânea de leis, decretos e regulamentos para instrumentação do(a) assistente social. CRESS/SP – 9ª Região (org.) São Paulo: O Conselho, 2004.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso.

\_\_\_\_\_. Lei Municipal nº 2.349/2007. Dispõe sobre o Quadro de Cargos e Funções Públicas do município de Restinga Sêca/ RS.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 121, DE 25 DE JANEIRO DE 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas/Ministério da Saúde.** 2. ed. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde.** 2. ed. rev. ampl.– Brasília:Ministério da Saúde, 2004

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD 2009-2010).** PORTARIA Nº 1.190, DE 4 DE JUNHO DE 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Seção 1, 24 out. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde.** 2.ed. rev. ampl.– Brasília:Ministério da Saúde, 2004b.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei Orgânica da Assistência Social** n. 8.742/1993, Publicada no DOU de 8 de dezembro de 1993.

\_\_\_\_\_. Resolução CFESS nº 383, de 29 de março de 1999. Caracteriza o assistente social como profissional de saúde.

\_\_\_\_\_. Resolução CFESS nº 273/93, de 13 de março de 1993. Institui o Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais e dá outras providências. Brasília, DF. In: Coletânea de Leis: Revista e Ampliada. Porto Alegre: Nova Prata, 2005.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. . In: MOTA, Ana Elizabete [et. al.], (orgs.). **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza e MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**, 2004. Disponível em <[http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto2-3.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-3.pdf) > Acesso em: 28 de setembro de 2014.

BUSS PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. (orgs). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 15-38

CARLINI EA; GALDURÓZ JCF; NOTO AR e NAPPO SA (2002). **I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – 2001**. São Paulo, CEBRID.

CARVALHO, José Márcio Rodrigues; SOUSA, Renata da Silva. **A importância da família na recuperação do etilista**. Tese de Doutorado, 2010.

CIRINO, O. Abuso de drogas, saúde pública e psicanálise. In: CIRINO, O e MEDEIROS, R.(orgs). **Álcool e outras Drogas**: escolhas, impasses e saídas possíveis. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, 2010.

COSTA, A. M. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. **Revista Saúde e Sociedade: Integralidade, Humanização e Cuidado em Saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Associação Paulista de Saúde Pública. v 13, n 3. (setembro –dezembro), p. 5 -15, 2004.

DUAILIBI, S; LARANJEIRA, R. Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, Oct. 2007.

FAGUNDES, H. S; NOGUEIRA, V.M.R. O Princípio da Integralidade as Políticas Nacionais de Saúde e Assistência Social. **Sociedade em Debate**. 2008. Disponível em <[doc] uff.br >Acesso em: 31 de outubro de 2014.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A Política Social do Estado Capitalista**. São Paulo: Cortêz, 2000.

FÁVERO, Eunice Teresinha. O Estudo Social - fundamentos e particularidades de sua construção na Área Judiciária. In: Conselho Federal de Serviço Social (org.). **O Estudo Social em perícias, laudos e pareceres técnicos: contribuição ao debate no judiciário, no penitenciário e na previdência social**. São Paulo: Cortez, 2003.

FIGLIE N. B.; BORDIN S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2004.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

IAMAMOTO, Marilda Villela. O Serviço Social no processo de reprodução das relações sociais. In: IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**. São Paulo: Cortez; Lima/Peru: CELATS, 1982.

LEWGOY, A. M. B.; SCAVONI, M. L. A. Supervisão em Serviço Social: a formação do olhar ampliado. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, n. 1, p. 1-9, nov. 2002.

LEWGOY, Alzira Maria Baptista; SILVEIRA, Esalva Carvalho. A entrevista no processo de trabalho do Assistente Social. **Revista Virtual Textos & Contextos**. N.º 8. Ano VI. Dezembro, 2007.

MACIEL, M. Mobilização social e práticas educativas. **Cadernos Capacitação em Serviço Social e Política Social: módulo 04**. Brasília: CEAD, 2002.

MARTINELLI, M. L. Notas sobre mediações: alguns elementos para sistematização da reflexão sobre o tema. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, ano 14, n. 43, p. 136-141, dez. 1993.

MATTA, G. C. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. de M. (Org.). **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Abrasco, 2001.

MENESES, E. S. **Processo de trabalho em saúde: uma análise das condições de trabalho dos assistentes sociais no âmbito hospitalar**. Tese de Doutorado. UFRN, 2010.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Perícia Social: proposta de um percurso operativo. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, n 67. 2001.

NETTO, José Paulo. **A construção do projeto ético-político do Serviço Social frente à crise contemporânea**. Capacitação em Serviço Social e Política Social: crise contemporânea, questão social e serviço social: Módulo 01, Brasília: CEAD/UNB – CFESS, ABEPSS, 1999.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro e MIOTO, Regina. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais**. 2006. Disponível em :<[http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto2-6.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-6.pdf) > Acesso em 10 de novembro de 2014.

NUNES, Carina; MACHADO, Graziela; BELLINI, Maria Isabel. A qualificação e a contribuição do processo de trabalho dos Assistentes Sociais no campo da saúde mental. **Textos & Contextos**, n. 2, dez. 2003.

Organização Mundial da Saúde (Coord.). **Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**. Trad. D. Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

**Plano de Saúde** do município de Restinga Sêca/ RS, 2013- 2016.

PRATES, Jane Cruz. **Possibilidades de mediação entre a teoria marxiana e o trabalho do assistente social**. 2003. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2003.

SILVA, Maria Lúcia Lopes da. Um novo fazer profissional. In: **Capacitação em Serviço Social e política social: módulo 04**. Brasília: NED/Cead, Universidade de Brasília - UnB, 1999.

SILVEIRA, Marília Rezende. **A saúde mental na atenção básica: um diálogo necessário. 2009.** Tese (Doutorado em Enfermagem) — Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

SIMÕES, Carlos. **Curso de Direito do Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 2007.

SOUZA, Andréa Cardoso. **Ampliando o campo de atenção psicossocial: a articulação dos centros de atenção psicossocial com a saúde da família,** Esc. Anna Nery vol.10 no.4 Rio de Janeiro Dec. 2006 Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141481452006000400012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452006000400012)> Acesso em: 16 de novembro de 2014.

TORRES, M. M. Atribuições privativas presentes no exercício profissional do Assistente Social: Uma contribuição para o debate. **Revista Libertas.** V.1, n.2, p.42-69, jun, 2007: Juiz de Fora.

VASCONCELOS, A. M. **A Prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** São Paulo: Cortez Editora, 2002.

VECHIA, Maria José de Souza Gerlack. O imigrante e o capita capital cafeeiro: mentalidades e responsabilidades. In: D'IRAIO, Maria Angela (org.). **Sociabilidade Espaço e Sociedade.** São Paulo: grupo Editores. 1999.

Página consultada: <<http://www.alcoolismo.com.br/alcoolismo>> Acesso em 14 de junho de 2014.