

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA
EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

**A FAMÍLIA NO PROCESSO DE INTERNAÇÃO EM
SERVIÇO DE RECUPERAÇÃO DA DEPENDÊNCIA
QUÍMICA**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO
- Modalidade Artigo Publicável -**

Catlen Padilha de Oliveira

Santa Maria, RS, Brasil

2011

A FAMÍLIA NO PROCESSO DE INTERNAÇÃO EM SERVIÇO DE RECUPERAÇÃO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

por

Catlen Padilha de Oliveira

Trabalho final de conclusão - modalidade artigo publicável – apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Básica em Saúde da Família, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de

Especialista em Sistema Público de Saúde

Orientador: Dra.Nildete Terezinha de Oliveira

**Santa Maria, RS, Brasil
2011**

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada
em Sistema Público de Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho Final de Conclusão do Programa de Residência(TCPR) –
modalidade artigo publicável

**A FAMÍLIA NO PROCESSO DE INTERNAÇÃO EM SERVIÇO DE
RECUPERAÇÃO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

Autor: Catlen Padilha de Oliveira

como requisito parcial para obtenção do grau de
ESPECIALISTA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Comissão Examinadora:

ASS. SOCIAL. DR.NILDETE TEREZINHA
DE OLIVEIRA
Orientador do TCPR
Presidente da Comissão Examinadora

PROF. ENF. DR.MARLENE TERRA

ENF. ESP. MARCELO MAIA

PSIC. MEST.FÀBIO BECKER

Santa Maria, 18 de junho de 2011.

RESUMO

Artigo Publicável

Programa de Residência Multiprofissional Integrada
em Sistema Público de Saúde
Universidade Federal de Santa Maria

A FAMÍLIA NO PROCESSO DE INTERNAÇÃO EM SERVIÇO DE RECUPERAÇÃO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

AUTORA: CATLEN PADILHA DE OLIVEIRA
ORIENTADORA: NILDETE TEREZINHA DE OLIVEIRA
Data e Local da Defesa: Santa Maria, 18 de junho de 2011

Este artigo busca investigar como acontece a participação da família, durante o processo de internação em um Serviço de Recuperação da Dependência Química. A investigação se deu através de um estudo documental: diários de campo da Assistente Social Residente; 160 prontuários de usuários que estiveram internados no período de outubro de 2009 à outubro de 2010. Os resultados, apontam para uma participação da família no momento da internação e durante o processo de tratamento por meio das visitas hospitalares, destacando a participação da mulher durante este processo. Muito embora os dados coletados não permitam identificar a qualidade desta participação, constatou-se também, um número de pacientes que buscam o serviço sozinho e não recebem visitas durante a sua intenção.

PALAVRAS-CHAVE: dependência química, família; serviço social.

ABSTRACT

Scientific article

Programa de Residência Multiprofissional Integrada
em Sistema Público de Saúde
Universidade Federal de Santa Maria

FAMILY IN THE PROCESS OF DETENTION IN SERVICE OF RECOVERY FROM ADDICTION

AUTHOR: CATLEN PADILHA DE OLIVEIRA
ADVISER: NILDETE TEREZINHA DE OLIVEIRA
Defense Place and Date: Santa Maria, June 18nd, 2011.

This paper investigates the family participation during the admission process to a Chemical Dependency Recovery Service. The research was conducted through a desk study, field diaries Resident Social Worker, 160 records of users who were hospitalized from October 2009 to October 2010. The results indicated a family participation at admission and during treatment through hospital visits specially the women participation during this process, although the collected data did not enable to identify the quality of this participation. It was also detected a number of patients seeking the service alone and do not receive visits during their intention.

KEY WORDS: chemical dependency, family, social service.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1– Gráfico Acompanhantes no momento da internação

Figura 2- Gráfico Estado Civil X Filhos

Figura 3- Gráfico Visitas

Figura 4- Gráfico Suporte Familiar

Figura 5- Gráfico Intervenção do Assistente Social

LISTA DE SIGLAS

CAAE: Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SENAD: Secretária Nacional de Política Sobre as Drogas

CEBRID: Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotropicas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
2 MÉTODOS.....	13
3 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	14
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
5 REFERÊNCIAS	21
6 ANEXO 1.....	23

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal da República promulgada em 1988, é um marco na saúde pública brasileira, uma vez que em seu artigo 196 garante que “ a saúde é direito de todos e dever do estado...” com isso, garante o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde. Amparada por este artigo em 1990, regulamentou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípio básico a universalidade, a equidade e a integralidade.

Inserida neste contexto de mudanças da saúde pública brasileira e fruto de movimentos sociais, a Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/2001), visa desconstruir um modelo manicomial e hospitalocêntrico, buscando a desinstitucionalização de usuários e o desenvolvimento de uma rede extra-hospitalar descentralizada, que garanta a reinserção social, a cidadania e o estímulo à autonomia dos usuários. Neste sentido, conforme Amarante (1995), a Reforma tem como objetivos questionar o modelo assistencial até então vigente, e propor estratégias para a transformação, fazendo emergir um novo paradigma para a psiquiatria.

Diante de todas as manifestações que objetivavam desmistificar a “doença mental”, a Organização Mundial da Saúde reconheceu a dependência química como uma doença primária, crônica com fatores genéticos, psicossociais e ambientais que influenciam seu desenvolvimento e (o) tratamento. Dos fatores genéticos, psicossociais e ambientais, que influenciam as questões relacionadas ao uso e consumo de drogas, podemos afirmar que a unidade familiar assume um papel importante no processo de cuidado e ressocialização dos usuários dos serviços de saúde mental. Portanto entender e conhecer a família, seu universo e como seus integrantes reagem e convivem com o dependente químico é de fundamental importância no processo de saúde-doença.

Segundo Carvalho 1994, a família é o primeiro sujeito que referencia e totaliza a proteção e a socialização dos indivíduos, independente das múltiplas formas e contornos que ela possa assumir, é nela que se inicia o aprendizado dos afetos e das relações sociais. Para Buchele 2004 a família é a mediadora entre o indivíduo e

a sociedade, é com ela que aprendemos a perceber o mundo e nos colocarmos nele. Ela é a principal responsável por nosso desenvolvimento pessoal, mas não a única. Schenker e Minayo 2003 adicionam a ideia de que, num mundo pós-moderno, a família pode assumir distintos arranjos, mas permanece sendo um espaço de mútua interação e base de sustentação de seus membros. Pratta e Santos 2006, apontam que fatores gerados pela família podem desencadear tanto comportamentos de prevenção à dependência química como fatores motivadores do seu uso.

Segundo Vicente, 1994, o fato de a família ser um espaço privilegiado de convivência não significa que não haja conflitos, sendo a dependência química um desses pontos de conflitos. A dependência química de acordo com Aguilar & Pillon, 2005 é considerada um transtorno psiquiátrico, uma doença crônica, que acompanha o indivíduo por toda a sua vida, porém, a mesma pode ser controlada e os sintomas reduzidos.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) 2001 a dependência química deve ser tratada simultaneamente como uma doença médica crônica e como um problema social. Pois se pode caracterizá-la como um estado mental e físico que resulta da interação entre um organismo vivo e uma droga, gerando uma compulsão por usar a substância e experimentar seu efeito psíquico, e em algumas ocasiões, evitar o desconforto provocado por sua ausência. Não basta, portanto, identificar e tratar os sintomas, mas sim, identificar as consequências e os motivos que levaram à pessoa a fazer uso de drogas, pensando o indivíduo em sua totalidade, para que se possam oferecer opções que gerem mudanças de comportamento em relação à questão da droga.

A dependência química como dita anteriormente não tem cura, mas tem tratamento. Sem um tratamento adequado, a dependência química tende a piorar cada vez mais, levando a pessoa a uma destruição gradativa de si e de seu núcleo familiar. Ressalta-se ainda que a dependência para Drummond & Drummond Filho, 1998 pode ser considerada como uma doença fatal, uma vez que a droga destrói diretamente o organismo, afetando a saúde do indivíduo, podendo provocar danos irreversíveis e até mesmo a morte por overdose. Além disso, o indivíduo dependente, estando sob o efeito da droga, pode envolver a si mesmo e aos outros em situações de risco.

Tendo em vista a dependência química como algo amplo e que vai além da individualidade, as abordagens terapêuticas pressupõem a participação ativa do usuário e de sua família. Esta forma integral de cuidado a usuários foi possível após a sanção da Lei Federal nº 10216/01, que dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas com transtorno mental que direciona o cuidado não mais a instituições hospitalares, mas a serviços abertos, o mais próximo da rede familiar, social e cultural do dependente químico, para que seja possível a retomada de sua história de vida e de seu processo de saúde/ doença. Nesta nova perspectiva, a atenção hospitalar deixa de ser o centro do cuidado e se torna uma instituição complementar, mas nem por isso quando utilizada deixa de adotar a concepção de valorizar a subjetividade do sujeito e criação de laços com seus pacientes e familiares.

Considerando estes conceitos e a diretriz da desinstitucionalização o cuidado em saúde mental no Sistema Único de Saúde acontece através de diferentes dispositivos, articulados em rede: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Ambulatórios, Centros de Convivência e Cultura, Grupos de Apoio, Fazenda Terapêutica, Leitos de Atenção Integral em Hospitais Gerais, Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (SHRad).

Para Kessler 2008, a internação hospitalar para tratamento da dependência química deve ser realizada apenas quando os tratamentos nas outras esferas não obtiverem sucesso ou em casos específicos tais como: quando condições médicas ou psíquicas do usuário requeiram observação constante por complicações orgânicas devido ao uso ou cessação do uso das drogas; dificuldade para cessar o uso de drogas, apesar dos esforços terapêuticos; ausência de adequado apoio psicossocial que possa facilitar o início da abstinência; necessidade de interromper uma situação extrema que reforça o uso de drogas.

Mesmo nestas situações específicas a Política Nacional de Saúde Mental do SUS, tem como diretriz que a internação de usuários de álcool e outras drogas sejam de curta duração e deva ser priorizada em leitos de atenção integral em hospitais gerais, com acompanhamento na rede de serviços extra-hospitalares, sobretudo nos CAPS, para que o usuário não perca seu referencial de cuidado e atenção, dispondo de recursos comunitários para seu tratamento.

Pode-se perceber que em muitas situações, as diretrizes da Política de Saúde Mental não são efetivadas, pois em relação ao tempo e prioridades de internação na

unidade estudada não são observadas, muitos usuários se utilizam unicamente deste serviço, por falta de uma articulação com os demais serviços de saúde mental do município e suas internações duram em média de 10 à 12 dias, o que não se caracteriza como um internação curta, nem mesmo para as regras da unidade que regulamenta a internação em no máximo 07 dias.

Portanto podemos dizer que a dependência química deve ser compreendida num contexto mais amplo que vai além dos fatores biológicos e psicológicos, deve-se conhecer o contexto familiar em que o usuário se encontra, para objetiva a eficácia do tratamento. De acordo com essas premissas de integralidade do cuidado em saúde mental a reforma psiquiátrica visa o atendimento desta problemática por equipes multidisciplinares que possibilitaram que o tratamento seja mais efetivo pela variedade de olhares que se voltam para o usuário e seus familiares.

Entre os vários profissionais que podem integrar as equipes de saúde mental, temos o Assistente Social que segundo Costa *et al.* (2009), esta categoria iniciou sua história dentro da saúde mental em meados de 1940, atuavam de forma higienista, atendendo os portadores de sofrimento psíquico de forma asilar. O trabalho do assistente social nessas instituições era nessas instituições consistia em fazer estudo de caso, orientação familiar, comunitária e entrevistas terapêuticas, de forma individual e isolada dos demais profissionais.

A partir de 1964 o Serviço Social passa a atuar em manicômios com a perspectiva de oferecer serviços necessários ou benéficos para o usuário e assistente social era a porta de entrada e saída das enfermarias dos hospitais psiquiátricos. Consistia em um trabalho uniprofissional, voltado para atender prioritariamente a demanda que os psiquiatras identificava como do serviço social, atendendo também demandas pontuais dos usuários e familiares.

Segundo Vasconcelos 2000 entre as demandas atendidas pelo serviço social a principal se caracterizava pela responsabilidade de contatar os familiares dos usuários em 3 momentos: 1º no momento da internação onde o assistente social deveria entrevistar os responsáveis pelos usuários, repassar as informações sobre as regras do hospital e também levantar informações sobre o usuário sua família; 2º durante a internação caso o médico requeresse a presença dos familiares, ou quando o próprio usuário solicitasse mais visitas ou de estivesse precisando de algo; 3º no momento da alta hospitalar o assistente social tinha como função entrar em contato com os responsáveis pelo usuário e prepara-los para a alta hospitalar, ou

mesmo acompanhar o usuário até sua casa, caso os responsáveis não viessem buscá-lo na instituição hospitalar.

Desta forma podemos dizer que o Serviço Social nas instituições hospitalares psiquiátricas agia como um intermediário das relações entre o usuário e sua família, o usuário e o mundo externo, e principalmente entre o médico e a família. Era uma equipe isolada que se subordinava às outras profissões principalmente ao saber médico, que não se engajava nas atividades institucionais pela sobrecarga de demanda que tinha.

O processo de Reforma Psiquiátrica nos anos 90 para Bisneto 2007, foi a transformação da atuação do Serviço Social na saúde mental, pois a atuação desta categoria passou a ser na esfera da legitimação de direitos do usuário e sua família, através de ações nas áreas de trabalho, lazer, habitação, educação, ou seja, são práticas voltadas à reabilitação social, cidadania e desinstitucionalização, iniciando-se em práticas integradas com outras profissões. Além deste pressuposto de direitos o Assistente Social para Vasconcelos 2000 percebeu a sua posição privilegiada dentro do processo de saúde doença pelo seu contato direto com a família e o usuário em situações que excedem os muros dessas instituições. Situações que são fundamentais para que o processo de tratamento, seja eficiente e contínuo. Portanto o assistente social passa a desenvolver atividade de atenção domiciliar, projetos de trabalho, atenção psicossocial em conjunto com os demais trabalhadores das instituições hospitalares psiquiátricas. Mas essa é uma transformação que ainda não está completa em muitas instituições o assistente social é visto como a porta de entrada e não participa das equipes de forma contínua, mas acredita-se que essa barreira será quebrada para que a assistência psiquiátrica hospitalar possa fazer parte de uma rede de cuidado integrada a todas as partes desse processo.

Assim esta pesquisa tem como objetivo investigar como acontece a participação da família, durante o processo de internação em um Serviço de Recuperação da Dependência Química em um hospital universitário, e identificar as maiores demandas que emergiram deste serviço para o assistente social residente.

2 MÉTODOS

Esta pesquisa constitui um estudo exploratório documental de natureza quantitativa. O espaço em que a pesquisa foi desenvolvida foi o Serviço de Dependência Química de um hospital-escola no interior do Rio grande do Sul. A unidade oferece tratamento para dependentes químicos, sendo que os pacientes permanecem internados de sete a dez dias. A coleta de dados foi realizada diretamente nos prontuários disponíveis no arquivo da referida instituição, através de um formulário de sistematização para coleta dos dados construído pela pesquisadora e testado previamente. A amostra constitui-se de 160 prontuário de usuários acima de 18 anos com internação no período de primeiro de outubro de 2009 a primeiro de outubro de 2010. O teste piloto foi realizados no mês de janeiro 2011 e reavaliado em fevereiro para iniciar as coletas em março.

Foram incluídos na pesquisa usuários que possuíam registro completo em prontuário. Como critério de exclusão, os usuários cujos prontuários não estavam disponíveis ou que não contivessem informações suficientes para a pesquisa não foram considerados.

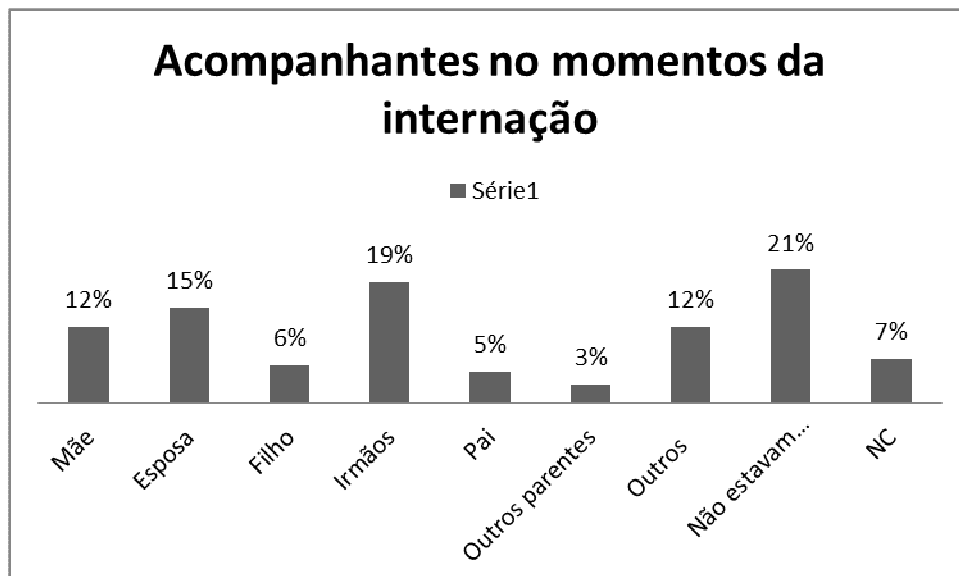
Além dos prontuários utilizamos os diários de campo da Assistente Social residente, como instrumento dessa pesquisa.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da instituição de ensino superior em que o hospital escola está vinculado sob o nº do CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0307.0.243.000-10. Esta pesquisa segue os princípios preconizados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza a ética nas pesquisas com seres humanos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A análise dos dados evidencia aspectos relevantes em relação à família do dependente químico que busca tratamento num hospital psiquiátrico. As informações foram divididas em com quem o usuário busca o serviço, estado civil dos mesmos, suporte familiar que o usuário identifica e as visitas que a família realiza.

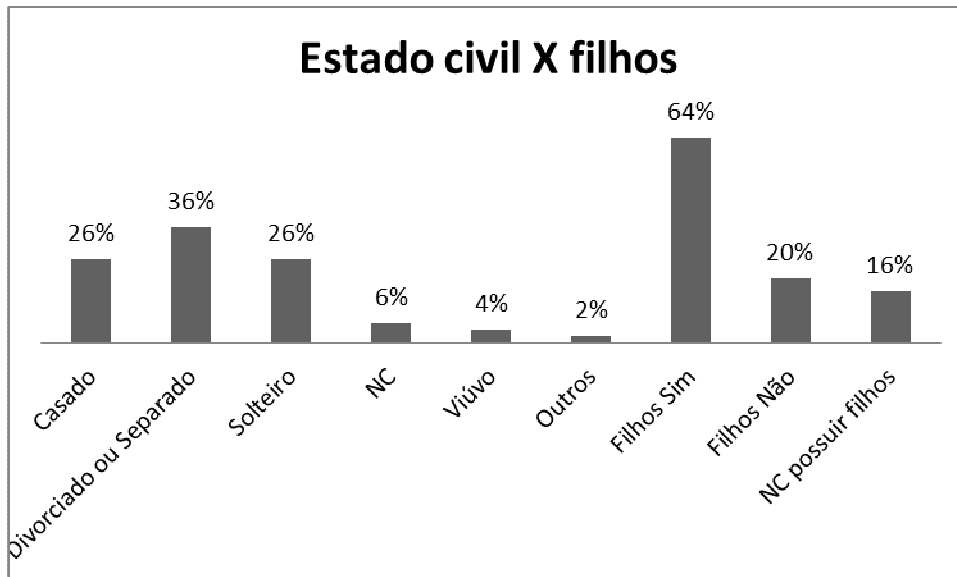
Com relação aos dados do momento da internação foi possível verificar que 60% dos usuários que internaram no período da pesquisa estavam acompanhados por familiares, destacando-se a figura da esposa e da mãe, o que pode ser resultado do grande número de homens que buscam tratamento nesta unidade. Foram sozinhos buscar o serviço de internação 21% dos usuários o que pode demonstrar uma maior proximidade com o serviço, ou um abandono familiar já que a média de internações destes é de 6 internações neste serviço.



Dados da autora levantados na pesquisa com registro nº 0307.0.243.000-10

Em relação aos laços maritais que os usuários possuem é possível constatar que a maioria já possui algum tipo de relação conjugal, esse dado pode ser resultado do desgaste das relações que a dependência química causa. Outro

aspecto importante é a baixa presença dos filhos durante as internações dos dependentes químicos mesmo que a maioria deles, conforme o gráfico, possuam filhos.

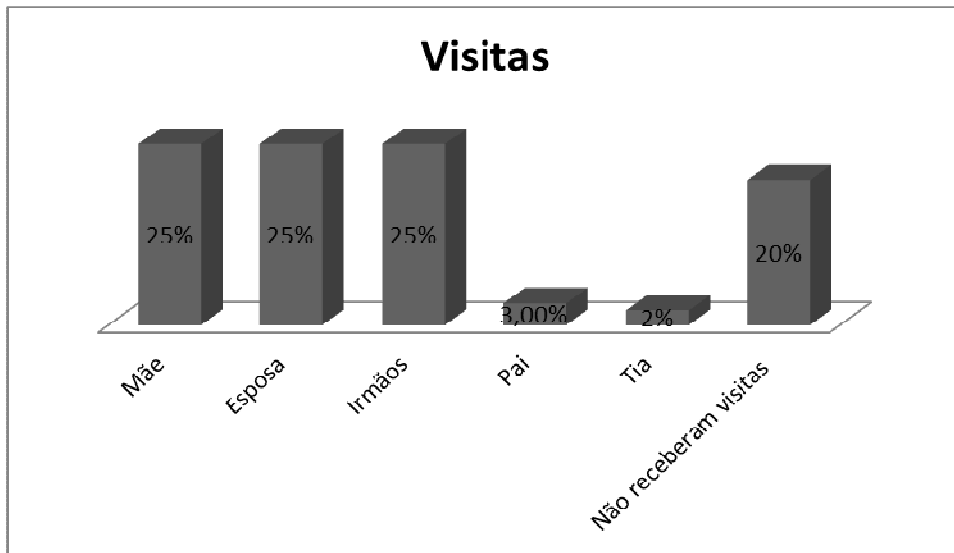


Dados da autora levantados na pesquisa com registro nº 0307.0.243.000-10

Para Furtado 2000 os filhos de dependentes químicos tem até 4 vezes mais chances para desenvolver o alcoolismo o que nos leva a pensar em como o ciclo da dependência química se desenvolve e se constrói nos núcleos familiares. A família não é a única variável que leva a reprodução desse ciclo, mas é uma variável importante, portanto todos os dispositivos que envolvem o processo de tratamento do dependente químico deveriam envolver os filhos, objetivando diminuir o risco de reprodução da dependência dos pais. Na unidade estudada não há nenhuma ação ou programa que envolva os filhos dos usuários do serviço.

No momento da internação os profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem recebem os usuário na unidade, conversam com os familiares sobre a importância de sua participação durante o tratamento hospitalar e após a alta. Neste momento, o profissional informa sobre as rotinas de visitas que nesta unidade são duas vezes por semana, onde podem vir até três familiares. A partir da análise dos diários de campo da Assistente Social residente é possível verificar que a adesão dos familiares é pouca e para que as visitas sejam realizadas é preciso ligar, entrar em contato explicando novamente os benefícios dessa proximidade da família e do serviço com o dependente químico.

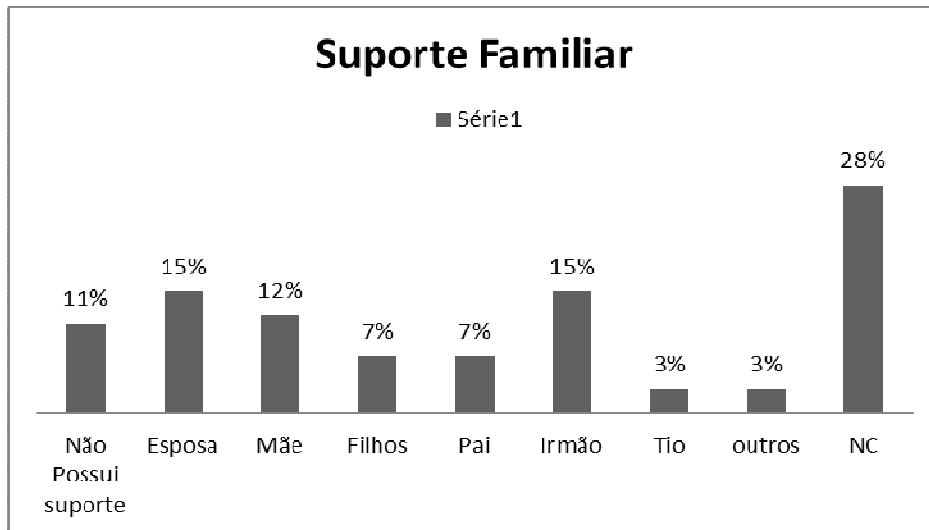
Dentre as visitas realizadas conforme o gráfico abaixo nota-se que 50% das visitas foram feitas por mãe ou esposa, 25% foi por irmão o que demonstra uma participação significativa, pois eles também são representativos no momento da internação, 3% das visitas foram realizadas por pais de usuários deste serviço, seguidos por tias que também representam 2% do total de visitas. Mas 20% dos internados nesta unidade não receberam nenhuma visita.



Dados da autora levantados na pesquisa com registro nº 0307.0.243.000-10

Este gráfico mostra como há um afastamento significativo da família em relação ao dependente químico, pois segundo Sudbrack (2003), não há possibilidade de se alcançar uma intervenção de prevenção, tratamento e reinserção social, com sucesso se não ocorrer a participação da família em todo o processo de saúde-doença. O que se pode constatar nesta pesquisa uma vez que a média de internação destes usuários é de 6 internações nesta unidade. A Política Nacional Antidrogas dá a família um papel de destaque, isto é, vê a família como uma estratégia fundamental para a implementação das ações para o enfrentamento da dependência química. Porém neste serviço pode-se perceber que em muitos momentos a família foi deixada de lado ou não foi citadas nos prontuários de seus usuários.

Não é só no momento das visitas que podemos notar um afastamento da família em relação ao dependente químico que utiliza os serviços desta unidade, como podemos ver no gráfico muito não possuem suporte familiar algum.



Dados da autora levantados na pesquisa com registro nº 0307.0.243.000-10

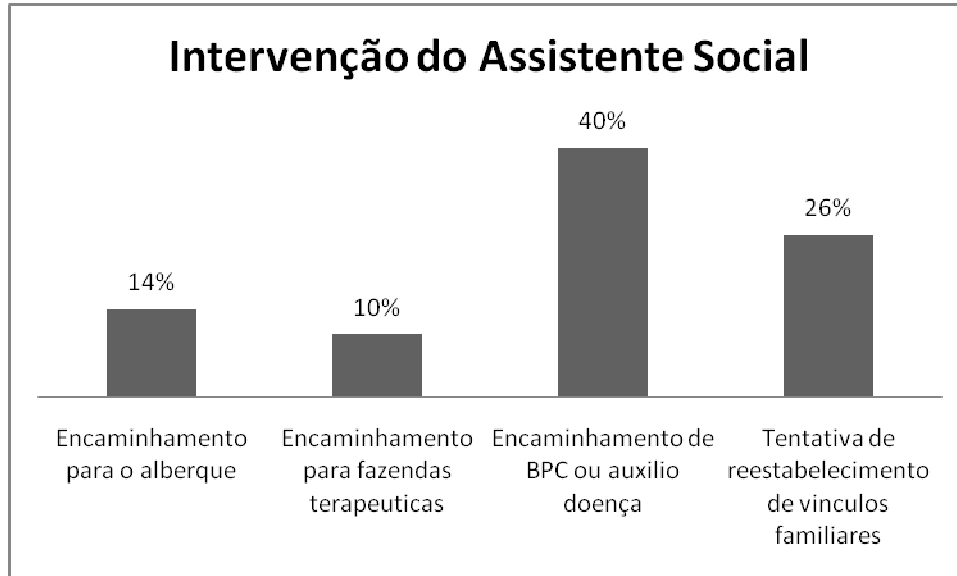
O afastamento da família em relação ao dependente químico em muitos casos é resultado do desgaste que a dependência química causa nas relações familiares. Este desgaste tem vários motivos, desvio de dinheiros e objetos, problemas com a policia, mas em especial a violência domestica que segundo dados do Centro Brasileiro sobre as Drogas Psicotrópicas (Cebrid), apontam que 52% dos casos de violência domestica registrados no país estavam ligados ao consumo de drogas pelo espancador. Ferreira, Leite, Hochgraf e Zilberman 2001 ressaltam que à unidade familiar do dependente químico também precisam de atenção durante o processo de recuperação de seu familiar pois a dependência promove alterações no funcionamento da dinâmica familiar e, muitas vezes, por estar a família acomodada ao uso de drogas de um de seus membros, tende a reforçá-lo. Por isso a importância de se trabalhar a família para que o estigma da dependência seja superado por todos e o tratamento, que desta doença é continuo, seja realizado com êxito e tenha o menor número de recaídas possíveis.

Em relação ao perfil das pessoas que estiveram internadas nesse período 94% eram do gênero masculino, com idade média de 44,5 anos. Resultado semelhante ao levantamento Domiciliar realizado em 2005 pela Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas(SENAD) em parceria com o Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas (CEBRID), maior prevalência de homens, 19,5% *versus* 6,9% de mulheres. O que nos mostra que ainda hoje o sexo masculino é um dos maiores consumidores de drogas, embora o consumo entre as mulheres tenha aumentado.

Em relação à idade podemos verificar que a maioria dos usuários são adultos jovens em idade produtiva economicamente e em idade de constituir família, que se faz pensar que neste momento buscam tratamento por apresentarem complicações clínicas e sociais decorrentes de sua dependência química. O que também se confirma na pesquisa realizada pelo SENAD a qual constatou que a maioria das internações acontecem entre 30 e 50 anos. Para Schenker e Minayo 2003 os dependentes químicos são pessoas que são movidas pela compulsão do uso de substâncias psicoativas, elas tendem a negar que tem uma doença e que precisam de tratamento e devido a esta negação fazem com que o processo de recuperação se inicie mais tardiamente.

Dentre os que internaram o maior consumo é de álcool, e de álcool associado a outras drogas. Resultado semelhante ao levantamento Domiciliar realizado em 2005 pela Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas(SENAD) em parceria com o Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas (CEBRID), também confirma que o álcool é a droga mais utilizada pela população brasileira, sendo que na pesquisa realizada por estas entidades 74,6% fazia uso de álcool frequentemente .A prevalência do uso de álcool sobre as demais drogas segundo Lopes 2005, pode ser consequência da facilidade de acesso a esta droga, uma vez que o consumo de drogas licitas como o álcool está aumentando em todo o mundo.

De todas as questões apresentadas à intervenção do assistente social na unidade de recuperação de dependência química tem-se como foco a desigualdade e a exclusão social que envolve esses usuários e seus familiares, e objetiva a construção de um consciência social a legitimidade de direitos e o pleno desenvolvimento da cidadania através da ressocialização. Então conforme o gráfico seguir pode-se perceber que a maioria das intervenções do assistente social foram para o encaminhamento de benefícios de prestação continuada ou auxílio doença, seguido pelas tentativas de reestabelecimento de vínculos familiares, encaminhamento para o albergue municipal, e vinculação a fazendas terapêuticas. Acredita-se que todas estas intervenções foram realizadas no sentido de legitimação de direitos, sendo eles direito a seguridade social, direito a convivência familiar e comunitária, direito a tratamento, pois se acredita que o dependente químico deve ter autonomia e escolhas.



Dados da autora levantados na pesquisa com registro nº 0307.0.243.000-10

Além das intervenções apresentadas no gráfico uma importante atividade desenvolvida pelo assistente social é a disponibilidade de escuta das demandas imediatas, no dia-a-dia dos usuários e familiares durante o período de internação, pois esta atividade permite que o usuário e familiares sintam-se parte integrante do processo de saúde-doença.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reforma psiquiátrica vem impondo aos serviços de recuperação da dependência química uma gradativa implantação de uma rede de cuidado organizada e articuladas entre si para que o usuário possa ser tratado de forma mais efetiva e próxima de sua família e comunidade.

Diante disso e com os resultados apresentados, é possível perceber que a dependência química é uma doença crônica, que não tem cura, mas tem tratamento contínuo e depende de diversos aspectos que vão além do usuários. Um destes aspectos é a participação da família no processo de saúde-doença, não apenas como informante da instituição hospitalar, mas como parte importante neste processo, onde ela e o usuário sejam co-responsáveis nos projetos terapêuticos dos Serviços de Saúde Mental, pois percebe-se que ela participa em vários momentos, na internação e nas visitas, mas na instituição pesquisada ela não é valorizada, havendo poucos espaços para que ela seja ouvida, que interaja com a equipe que trata seu familiar.

A participação da família no tratamento da dependência química seja algo a ser conquistado no decorrer do processo de tratamento, tanto do dependente químico, onde este passe a perceber a importância da sua família e das relações familiares em seu tratamento, quanto da família percebendo a importância que possui diante da dependência de seu familiar. Como também dos profissionais, de perceberem que a dependência química ultrapassa as relações hospitalares, é mais que o “paciente”, é o usuário e todas as relações que o cercam.

Percebe-se também a importância do assistente social estabelecer estratégias metodológicas que legitimem os direitos civis dos dependentes químicos dentro e fora das instituições de recuperação objetivando a ressocialização de forma real. Assim como de estabelecer métodos de atuação interdisciplinar.

Enquanto residente multiprofissional, este estudo representou ser um instrumento passível de contribuir na discussão de uma reformulação da Linha de Cuidado Sofrimento Psíquico, para uma articulação real com os demais serviços existentes na cidade.

5 REFERÊNCIAS

1. AMARANTE, P. Organizador. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
2. CARVALHO MCB. **Família e políticas públicas**. In: Kaloustian SM, organizador. **Família brasileira, a base de tudo**. São Paulo: Cortez; 1998. p. 93-108.
3. BUCHELE. Fatima. In **Prevenção ao uso de drogas. Capacitação para conselheiros e líderes comunitários**. 3ª Ed. Brasília. Unidade 06.
- 4 SCHENKER, M & Minayo.M.C.S. (2003). **A implicação da família no uso abusivo de drogas:**
5. PRATTA, E.M.M e SANTOS, M.A. **Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família. Um estudo bibliográfico**. Estudo de Psicologia. Natal. V. 11, n3. Pag.315-322. Set/Dez. ano 2006.
6. AGUILAR, L. R., & Pillon, S. C. (2005). Percepción de tentaciones de uso de drogas en personas que reciben tratamiento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13, 790-797.
7. Organização Mundial da Saúde (2001). **Transtornos devido ao uso de substâncias. Em Organização Pan-Americana da Saúde & Organização Mundial da Saúde (Orgs.)**. *Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança* (pp. 58-61). Brasília: Gráfica Brasil.
8. DRUMMOND, M., & Drummond Filho, H. **Drogas: a busca de respostas**. São Paulo: Loyola. Ano 1998.
9. KESSLER. Féliz. De Boni Raquel. **Prevenção ao uso indevido de drogas. Capacitação para conselheiros e Lideranças comunitárias**. 3º ed. Brasília. Ano 2008.

10. COSTA, Ana Paula de Oliveira *et al.* **Serviço Social e saúde mental: uma análise da prática profissional no CPAS Liberdade 24h Dr. Wilson Rocha em Aracaju** - SE. 2009.
11. FURTADO, E.F.; LAUCHT . M, Schimidt, M. Estudo longitudinal prospectivo sobre risco de adoecimento psiquiátrico na infância e alcoolismo paterno. *Psiqu. Clin* 29. 2002.
12. SUDBRACK, M. F. O. (2003). **Terapia familiar e dependência de drogas: construções teórico-metodológicas no paradigma da Complexidade.** In I. I. Costa, A. F. Holanda, F. C. Martins, & M. I. Tafuri (Orgs.), *Ética, linguagem e sofrimento. Anais, VI Conferência Internacional sobre Filosofia, Psiquiatria e Psicologia* (pp. 273-293). Brasília: Positiva
13. SCHENKER, Miriam; MINAYO, Maria Cecília de Souza. **A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica.** *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n.1, 2003.
14. LOPES, GT: Luis. Mav. **A Formação Do Enfermeiro E O Fenômeno Das Drogas No Estado Do Rio De Janeiro.** Brasil: atitude e crenças. Ribeirão Preto. Vol. 13 2005.
15. FERREIRA, M. P., Leite, M. C., Hochgraf, P. B., Zilberman, M. L. (2001). **Dependências químicas.** In T. A Cordás & R. A. Moreno (Orgs.), *Condutas em psiquiatria* (4a ed., pp. 319-348). São Paulo: Lemos Editorial.
16. BENIGNA MJC. **Alcoolismo em tratamento. Causas e Consequências.** *Ciência, Cultura e Saúde* 1996; 4:75-83.
17. VASCONCELOS. E. M (ORG). **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** São Paulo, Cortez. Ano 2000
18. BISNETO. José Augusto. **Serviço Social e a Saúde Mental.** Rio de Janeiro Cortez 2007.