

A INSERÇÃO DAS FAMÍLIAS NO TRATAMENTO E RECUPERAÇÃO DE USUÁRIOS DE DROGAS E ÁLCOOL NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ALLAN KARDEC

Mara Lúcia de Oliveira LACERDA¹
Alicia Santolini TONON²

RESUMO: O objetivo deste trabalho é mostrar a importância da inserção das famílias no tratamento e recuperação de usuários de drogas e álcool na Associação Regional Espírita Allan Kardec. A temática do álcool e drogas é considerada no momento atual uma questão de saúde pública em extrema importância e de gravidade, pois leva os usuários a inúmeros conflitos que permeiam o cenário familiar e comunitário, como violência doméstica, criminalidade, situação de rua, precariedade sócio-econômica, problemas emocionais e mentais, e até mesmo o óbito. Porém, mesmo em situação de risco, são sujeitos de direitos como todos os cidadãos. Direitos referentes a uma atenção especial, como tratamento do vício, apoio familiar e comunitário, ou seja, eles têm o direito de serem reinseridos dignamente ao meio social em que eles viviam até então. A reinserção social é um trabalho que consiste na reconstrução do papel social dos sujeitos segregados da sociedade, independentemente do motivo que os levou a essa condição. Dentro deste cenário de reinserção social, destaca-se o Projeto de Intervenção sócio-educativo, como coadjuvante no tratamento destes dependentes químicos. Com este projeto, busca-se inserir as famílias na recuperação e tratamento dos usuários, trabalhando com a auto-estima, com orientações e aconselhamentos sobre temas do cotidiano de cada um, sobre a questão do alcoolismo e da drogadição, questões sobre a família, valores, saúde corporal, sexualidade, desenvolver também atividades físicas, como gincanas e práticas desportivas compatíveis com as condições dos usuários, todas objetivando um denominador comum – a reconstrução de valores, autonomia e liberdade mediante a dinâmica da conscientização destes usuários.

Palavras-chave: Família. Atuação. Assistente Social. Drogadição.

¹ Discente do 4º ano do curso de Serviço Social do Centro Universitário Antônio Eufrásio de Toledo, Presidente Prudente, e-mail maralucia.lacerda@hotmail.com

² Docente do curso de Serviço Social do Centro Universitário Antônio Eufrásio de Toledo, Presidente Prudente, Mestre Política Social – UEL, e-mail Alicia_santolini@toledoprudente.edu.br

1 INTRODUÇÃO

A temática do uso abusivo de álcool e drogas nos reporta a uma série de indagações que suscitam estudos sistemáticos e fundamentados para melhor qualificar sua compreensão. As questões referentes às causas e consequências que levam uma pessoa a ingressar na dependência de substâncias psicoativas, ou seja, que fazem o ser humano sentir uma sensação de prazer e relaxamento na sua ingestão, leva-nos a questionar também o campo das relações sócio-econômicas e sócio-familiar, no que concerne aos seus específicos cenários no âmbito comunitário, trabalho e renda para sobrevivência ou manutenção do vício.

Diante deste cenário, o presente trabalho busca mostrar a importância da inserção das famílias no tratamento e recuperação de usuários de drogas e álcool na Associação Regional Espírita Allan Kardec, bem como a importância dessa participação efetiva na reconstrução de valores e do próprio ser social, ou seja, no processo emancipatório do sujeito de direitos, exercício assegurado na Constituição da República Federativa do Brasil, por meio de um Projeto de Intervenção.

O desenho de um projeto de vida que deve ser trabalhado com as famílias está muito bem apresentado no trabalho de Duarte (2004), o qual ela pauta as interrelações sociais pertinentes para o resgate da rede social dos participantes. O desenho é constituído pela interrelação dos aspectos familiares, aspectos profissionais, econômico-financeiros, comunitários, espirituais e médicos e psicológicos. A autora considera todos estes setores de extrema importância para uma reabilitação e reinserção social válida e efetiva. Portanto, o Projeto Intervenção busca desenvolver este trabalho em rede, no qual utilizam-se da participação de profissionais vinculados à área social e da saúde.

O Projeto Intervenção busca retirar o sujeito da sua atual condição e resgatá-lo para a sociedade através de um trabalho interdisciplinar mediante recursos técnico-operativos e um suporte teórico-metodológico que serve como guia de trabalho dos profissionais frente aos sujeitos. Esse resgate aponta para a questão do empoderamento. É um trabalho que além de devolver a autonomia e a liberdade ao cidadão, sujeito de direito, irá também promover a sua capacidade de tomar decisões, ter em mãos um poder que antes era despercebido e inalcançável pelos mesmos.

O objetivo do projeto é mostrar saídas através de orientações e atividades sócio-educativas que difunde conhecimentos pertinentes para a construção do empoderamento de cada sujeito, mostrando a sua importância no meio social e a realidade que deve ser encarada por cada um dos assistidos. Dessa forma, poderemos contribuir com a reconstrução de uma nova realidade desses sujeitos frente ao contexto social em que estão inseridos, dando-lhes forças para encarar os problemas, conquistando seu espaço.

O empoderamento não está vinculado apenas aos usuários, mas também às famílias. O Projeto atuará significativamente no campo da educação moral, intelectual e física, pois todos os indivíduos têm o direito de um aprendizado de qualidade, de um lazer positivo, de uma convivência harmoniosa com outras pessoas, de terem amigos. Diante disso, é que o empoderamento dos usuários está pautado no desenvolvimento pessoal e motivacional dos usuários assistidos. Eles são estimulados a acreditarem na sua capacidade, aprenderem lições sobre respeito ao próximo, sobre como enfrentar dificuldades, sobre superação de problemas, exercerem atividades que promova a sua maior percepção diante do cotidiano, em relação a lidar com os problemas inseridos nas suas famílias, na comunidade ou na instituição onde se encontram. Realizarão também outras atividades como leitura, práticas desportivas, palestras com profissionais da área social e saúde, entre outros. Este acolhimento é um método de reaproximação dos filhos com os pais, objetivando uma interlocução e um fortalecimento não apenas dos laços afetivos, mas também da auto-estima e da vontade de prosseguir com a terapia. Pode-se considerar o trabalho do Projeto de Intervenção como uma possibilidade de medida alternativa que visa devolver direitos aos cidadãos reinserindo-os novamente ao cenário social.

2 APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

A Associação Regional Espírita de Assistência – AREA, com sede na cidade de Presidente Prudente-SP, na Rua Benedito Franco, 200, Bairro Itapura I, de âmbito regional, vinculada ao movimento kardecista, foi fundada em 19 de

fevereiro de 1961. É mantenedora do Hospital Allan Kardec, que é de natureza filantrópica, assistencial com atendimento 100% SUS, em que é dividido em dois departamentos: Hospital Especializado (HE) e Hospital Dia (HD).

O Hospital Especializado inclui internações integrais. Seu público é composto por mulheres a partir de 18 (dezoito) anos de idade e o Hospital Dia “Heitor de Miranda Silva”, que funciona desde 1994 na instituição, atende em regime de internação parcial, usuários de ambos os sexos, a partir de 18 (dezoito) anos de idade, abrangendo as psicopatologias existentes, visando oferecer atendimento técnico especializado e qualificado.

A equipe multidisciplinar do hospital é composta por médico psiquiatra, médico clínico geral, enfermeiro, auxiliares e técnicos de enfermagem, assistente social, psicólogo, farmacêutico, nutricionista e terapeuta ocupacional.

O hospital busca atender esses usuários portadores de transtornos mentais da melhor maneira possível, visando um tratamento humanizado, proporcionando uma melhoria na qualidade de vida, fortalecimento dos vínculos familiares e reintegração social.

A Associação Regional Espírita Allan Kardec, é administrada por um Conselho Deliberativo.

A eleição e posse do Conselho dar-se a cada 3 anos e será regido por 1 Presidente, 1 Vice Presidente, 1 Tesoureiro, 1 Secretário, e 3 membros do Conselho Fiscal, sendo os membros poderão ser reeleitos e substituído eventualmente.

A AREA tem como princípio espírita respeitar cristamente à crença daqueles que lhe solicitar auxílio, tendo como fim:

- Prestar assistência à saúde dos doentes portadores de transtornos mentais, toxicômanos, alcoolistas, para abrigo e tratamento gratuitos dentro das proporções estabelecidos pela Legislação e Regulamentos Federal.

A instituição atende 60 pacientes femininos, maiores de 18 anos até 65 anos.

Quanto ao Grupo de Dependências – Transtorno de personalidade devido ao uso de substâncias psicoativas compreende três etapas:

- Etapa I – Desintoxicação. Decorre de um período limitado à cerca de uma semana, com exceções, devidamente avaliadas pela equipe. Nesta etapa o

paciente passará pelo processo de desintoxicação com suas características, será avaliado individualmente pela equipe técnica, sendo orientado sobre o tratamento.

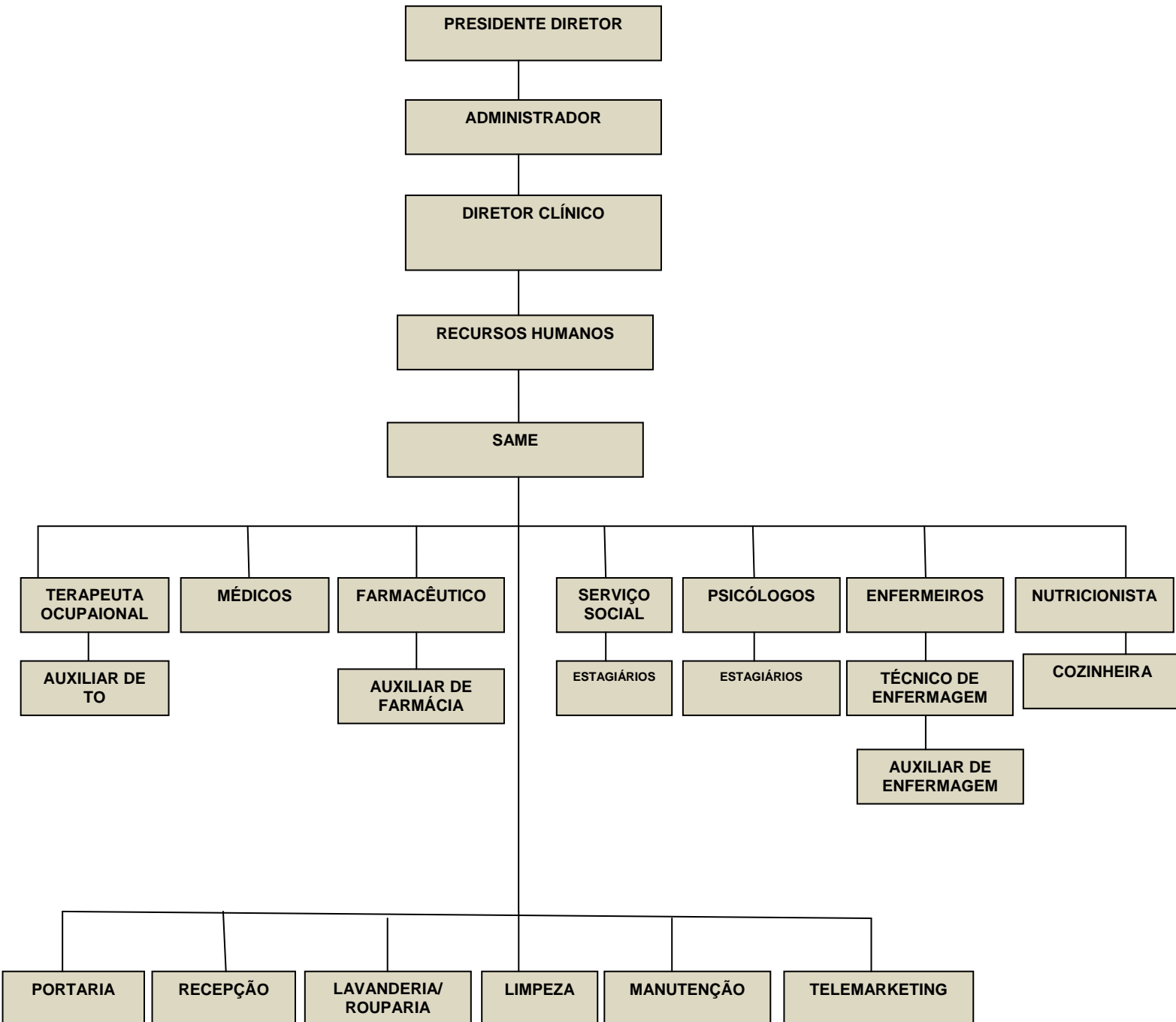
- Etapa II – Inserção no Projeto Terapêutico. O paciente dentro do processo terapêutico, iniciará sua participação em grupos operativos, com assistente social, psicóloga, psiquiatra e atividades de terapia ocupacional (TO) e enfermagem. Atendimento individual pelas psicólogas e assistentes sociais, que tem como objetivo ajudar o usuário a refletir suas dificuldades e impedimentos emocionais que o levam para a dependência. Ainda dentro do projeto terapêutico encontrar-se-á intervenção medicamentosa prescrita pelo médico psiquiátrico, reuniões de família com acompanhamento da Assistente Social, oficinas terapêuticas clínicas e profissionalizantes, pedagógicas.

- Etapa III – O paciente será preparado para alta hospitalar, garantindo sua referência para continuar o tratamento em seu município de origem, com programa de atenção compatível com sua necessidade (Ambulatório, Hospital Dia, Grupos de Auto Ajuda. Centros de Saúde), sempre procurando promover a inserção no convívio sócio-familiar do paciente, visando prevenir a ocorrência de outras internações.

A Instituição conta com o quadro de funcionários:

Administração	01
Recursos Humanos	03
Recepção	01
Técnico de Enfermagem	03
Auxiliar de Enfermagem	11
Enfermeiros	05
Médico Clínico	01
Médicos Psiquiatra	04
Médico Plantonista	01
Psicólogas	02
Assistente Social	02
Farmacêutica	01
Aux. de Farmácia	01
Aux. de T.O	01
Terapeuta Ocupacional	01
Lavanderia/Rouparia	03
Limpeza	05
Cozinha	04
Nutricionista	01
Manutenção	04
Portaria	04
Telemarketing	06

Figura 1 – Organograma.



Dentro da Associação Regional Espírita Allan Kardec, o Assistente Social no bojo de suas atribuições desenvolve trabalhos com os usuários e familiares, possibilitando o resgate e o fortalecimento dos vínculos familiares em suas dimensões mais amplas e aos próprios participantes na solução ou na minimização dos problemas sócio/familiares a fim de promover neles a capacidade de gerar habilidades, fazendo com que consigam resolver os problemas, se

tornando mais independentes, seguros e conscientes das suas próprias capacidades e atitudes.

Para que possam ser atendidos, os usuários são encaminhados por uma Unidade de Saúde ou por determinação judicial. Este é apenas um dos dispositivos preconizados pela Reforma Psiquiátrica, que visa à reabilitação psicossocial e reinserção social das pessoas em sofrimento psíquico.

No Brasil,

A Reforma Psiquiátrica se constitui nas últimas décadas, como um movimento social complexo que pressupõe, entre outras estratégias, a descentralização das ações de atenção em saúde no campo da Saúde Mental, com a conseqüente incorporação destas ações no nível primário do Sistema Único de Saúde – SUS (OLIVEIRA, 2006, p.12).

A Reforma Psiquiátrica pode, ainda, ser compreendida como um processo político e social difícil, que sendo composto por atores sociais de instituições e forças de diversas origens, permeia as três esferas de governo: federal, estadual e municipal; que está diretamente relacionado às instituições universitárias, aos serviços de saúde, aos conselhos profissionais, às associações de pessoas com transtornos mentais e seus familiares e às associações e institutos que militam na área da saúde mental (BRASIL, 2005).

Unificar pensamentos e conciliar interesse para direcionar esforços no sentido de promover serviços de qualidade, constitui-se em um processo político de amadurecimento gradativo.

No Brasil, este processo político surge em 1978, em especial com o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, encampado por profissionais e usuários do sistema público de saúde, pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz e Instituto Butantã, docentes e estudantes das Escolas de saúde Pública, universidades, além dos Institutos de Previdência que antes do SUS, desenvolveram serviços estatais de atenção à saúde (CAMPOS, 2007). Estes segmentos na verdade desejavam que toda a sociedade tivesse atendimento igual e de qualidade à saúde.

Embora o princípio de Universalização do SUS preconize tal acesso, percebe-se forte omissão das autoridades em relação ao quadro de saúde e sua

relevância nas condições devida da população, ao restringir o SUS à assistência de uma parcela da população mais pauperizada (CEBES, 2010).

No modelo assistencial à saúde, as ações (pelo menos as de caráter emergencial) também estão mais voltadas aos grupos mais pobres, em situação de vulnerabilidade social, e a relação direta que podemos fazer do SUS como política pública, com a Reforma Psiquiátrica, consiste no fato de que, os projetos de reforma sanitária concretizam-se a partir da ampliação da consciência sanitária por parte de usuários e profissionais (FLERY, 2009).

A partir da ampliação da consciência dos direitos enquanto profissionais e de que uma significativa mudança na saúde brasileira deveria emergir nos movimentos sociais, é que o país vivencia uma série de mobilizações. Em 1979, o I Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, foi marcado por uma forte crítica à dominação que o Estado vinha exercendo no setor da saúde mental, e reivindicou uma maior participação dos técnicos nas decisões (SANDER, 2010).

Neste Congresso foi construído um documento que marcou definitivamente a história da saúde mental no Brasil. Nele o MTSM considera que:

[...] Nossa atitude marca uma ruptura. A recusarmos o papel de agentes da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeita os mínimos direitos da pessoa humana inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que sustenta os mecanismos de exploração e da produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada (MTSM, apud AMARANTE, 1995, p.81).

Em 1987 novas conquistas no movimento social de saúde mental são marcadas pela realização do II Congresso dos Trabalhadores de Saúde Mental, na cidade de Bauru, interior de São Paulo. A partir desse evento, que colocou a saúde mental brasileira nos rumos da desinstitucionalização³, o movimento de trabalhadores de saúde mental passou a incluir usuários e familiares, e se ampliou

³ O termo desinstitucionalização surge nos Estados Unidos, no governo Kennedy, na perspectiva da desospitalização. Para de Rotelli, desinstitucionalizar é muito mais que desospitalizar. Para ele, a institucionalização não diz respeito apenas a pessoas confinadas em hospitais ou outras instituições, logo, desinstitucionalizar é alterar estes padrões e buscar novas maneiras de ser, reinventar novas formas de viver e, no âmbito do cuidado com a saúde mental, criar novas abordagens, praticar novos olhares, inventar a mudança para influir de forma positiva na determinação social do processo saúde-doença (HIRDES, 2008; OLIVEIRA, 2009).

como Movimento de Luta Antimanicomial. No mesmo ano, aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro e foi criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Brasil no estado de São Paulo.

Apesar de toda a sensibilização e mobilização em relação ao tratamento direcionado aos doentes mentais, um ano após a CF em 1989, foi realizada uma intervenção na Casa de Saúde Anchieta (Santos/SP) também conhecida como Casa dos Horrores, que além de abrigar 540 pacientes internados para 280 leitos utilizando, portanto, os chamados “leitos-chão”, praticava choques elétricos, utilizava camisas de força, fazia confinamentos em solitárias, era suja, tinha má alimentação, além humilhar e espancar os internos (HIRDES, 2008; PAULIN, 2004). Uma nova proposta de rede de cuidados em saúde mental é repensada com vistas à proteção e ao amparo legal dos doentes mentais.

Surge então em seis de abril de 2001, o projeto de lei de autoria do senador Sebastião Rocha, aprovado pela Câmara dos Deputados e sancionado pelo ex-presidente Fernando Henrique Cardoso, que tornou-se a lei nº 10.216/01, e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais (AMARANTE, 2005).

Após a regulamentação da lei nº 10.216/01, todos os estados brasileiros se vêem compelidos a implantarem e implementarem uma política de assistência à Saúde Mental, conforme preconiza a lei 10.216. Em consonância com esta legislação, a atual Política Nacional de Saúde Mental, apresenta, dentre outros, os seguintes objetivos: reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar ou serviços substitutivos (SOUZA, 2005).

Para tanto, seria necessário construir, planejar e consolidar uma rede de serviços, que atenderiam às recomendações de uma política. Desta forma, aprovada em 03 de novembro de 2003, a Política Estadual de Saúde Mental do Amazonas, a qual se articula ao movimento de Reforma Psiquiátrica, tem por objetivo substituir o modelo manicomial até então implementado pelas instituições que atuam junto ao segmento dos portadores de sofrimento psíquico. Tal política visou implantar uma Rede de Atenção Diária à Saúde Mental através do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), para cidadãos em sofrimento psíquico, através da substituição progressiva do hospital psiquiátrico e dos ambulatórios de consulta,

bem como promover a reabilitação psicossocial. Neste cenário, a Política Estadual corrobora com a Política Nacional de Saúde Mental, vigente sob a Lei Federal nº 10.216, de 06 de Abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas que necessitam dos serviços de Saúde Mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Nesta perspectiva, surgiu o CAPS ad, como uma alternativa inovadora para o tratamento de pessoas com transtorno mental e uso abusivo de álcool e outras drogas. O objetivo é melhorar a qualidade de vida das pessoas e cuidar de maneira que seja possível sua ressocialização conquistando seu espaço na sociedade sua emancipação com o tratamento no CAPS ad não sendo preciso à internação em hospitais psiquiátricos.

Partindo deste contexto, o CAPS ad aparece como uma estratégia diferente de tratamento para usuários de substâncias psicoativas, sendo necessário um tratamento onde o indivíduo possa estar inserido em serviços comunitários que os levem a ter clareza de seus direitos.

De acordo com o Ministério da Saúde (2004, p.12),

os CAPS são centros de atenção destinados ao cuidado de pessoas com transtorno mental e outras situações graves como o álcool e a droga, este elabora seu trabalho de maneira a trazer essas pessoas à reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Ainda segundo o Ministério da Saúde (2004, p.12), os CAPS ad elaboram um trabalho onde:

É preciso criar, observar, escutar, estar atento à complexidade da vida das pessoas, que é maior que a doença ou o transtorno. Para tanto, é necessário que, ao definir atividades, como estratégias terapêuticas nos CAPS, se repensem os conceitos, as práticas e as relações que podem promover saúde entre as pessoas: técnicos, usuários, familiares e comunidade. Todos precisam estar envolvidos nessa estratégia, questionando e avaliando permanentemente os rumos da clínica e do serviço.

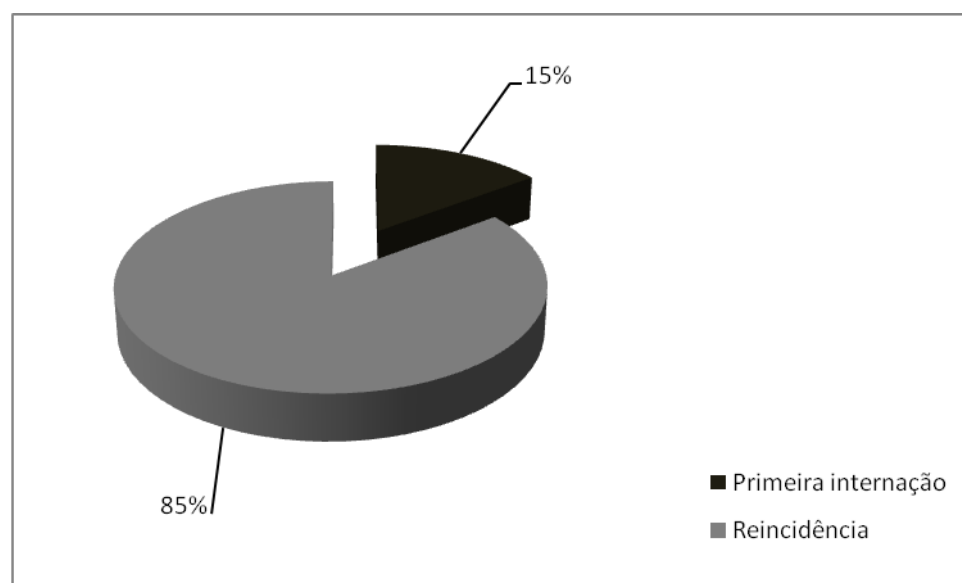
Para que esse trabalho ocorra os CAPS ad precisa ser formados por equipes multidisciplinares, profissional qualificado para este tipo de abordagem

oferece novos tipos de cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico, “centrados em diagnóstico situacional (conjunto de condições psicossociais do usuário) – e não um tratamento feito somente pelo diagnóstico psicopatológicos e medicações -, tendo como meta a reintegração social do usuário” promovendo um impacto na vida destes, de maneira com que eles tenham um tratamento diferenciado com mais qualidade com liberdade, autonomia e reconhecimento da sua capacidade.

Entretanto, apesar de tudo que tem sido realizado para a recuperação dos dependentes químicos, muito se tem questionado sobre sua reincidência.

Uma pesquisa realizada na Associação Regional Espírita Allan Kardec, no período de 01/03/2014 a 01/09/2014, foi constatado que a reincidência é algo de preocupação por parte dos profissionais.

GRÁFICO 01 – Total de pacientes reincidentes.



Fonte: Associação Regional Espírita Allan Kardec.

Ficando evidente que das 81 internações realizadas por álcool e drogas, 12 pacientes eram a primeira internação e 69 pacientes eram reincidentes, conforme mostrou o gráfico.

Conforme pode ser observado, a reincidência dos dependentes químicos têm sido muito elevada, o que, ressalta-se, diante desta realidade, a importância da inserção das famílias no acompanhamento, tratamento e recuperação de usuários de drogas e álcool.

3 A INSERÇÃO DAS FAMÍLIAS NO TRATAMENTO E RECUPERAÇÃO DOS DEPENDENTES QUÍMICOS

A família é a instituição responsável por gerar indivíduos e direcioná-los ao convívio social, ao mercado de trabalho e às novas uniões, formando assim, novas famílias. É considerada a célula mãe da sociedade. É na família que os indivíduos aprendem os primeiros passos, as primeiras palavras, e a alimentar-se. Onde são ensinados os hábitos de higiene e como se portar diante de situações diversas. Onde são tecidos os valores, as atitudes e o caráter, onde é exercida a disciplina e, onde cada um se expressa individualmente e em conjunto. No seio da família, juntos com os pais e irmãos e às vezes com os avôs e primos, os indivíduos aprendem amar, confiar, a exercer o perdão e o companheirismo.

Nos relacionamentos familiares incidem várias mudanças já que cada representante da família transpõe um ciclo de vida e tem experiências distintas. É no seio da família que deve ocorrer o amadurecimento de cada membro e a aceitação das diferenças, permitindo uma adaptação de cada um às experiências e aos comportamentos exigidos para um bom relacionamento social. Esse seria o desígnio núcleo familiar como célula materna da sociedade (SILVA, 2005).

Considera Miotto (1997, p.120) que a família pode ser apontada como “um agrupamento de indivíduos vinculados por laços sanguíneos, residentes em determinado lugar, por um período de tempo, que tem a empreitada de resguardar com cuidados os seus componentes”.

Segundo Farias (2004) citado por Silva e Rossetto (2010), nas décadas derradeiras, a família atravessou modificações advindas de diversos fatores, provocando transformações na composição familiar, adequações nos costumes e o aparecimento de novos feitiços e afinidades familiares que patenteiam uma mutação na concepção da família.

Na atualidade, a família não adota mais um mesmo padrão e se apresenta em diversas formatações. Cada família estabelece diariamente a sua essência, suas tradições, religiões, expressando seu significado próprio e peculiar. Deste modo, a dessemelhança de disposições familiares hoje apresentadas, proporciona uma nova representação da sociedade (SCHNORREBERGER, 2003).

Com o passar dos tempos, as famílias vem atravessando várias modificações e padecem influências em vários aspectos, e com as atualizações ocorridas nestes séculos, fortes mudanças afetaram o seio da família. A saída das mulheres para exercer trabalhos fora de casa e assumir papéis sociais, antes só confiados aos homens, bem como as alterações ocorridas nos casamentos tradicionais influenciaram na composição da família e na representatividade dos pais e filhos perante a família.

É crescente a quantidade de famílias que não possuem a presença paterna, onde o sustento é provido pela mãe. Alguns até contam com a presença física do pai, porém devido ao grande índice de desemprego, a mãe que trabalha mantém as despesas. Geralmente essa jornada é estressante, acumulando para ela vários papéis sociais. Esta situação pode provocar no pai um abalo em sua autoestima, e o sentimento de inferioridade pode desencadear ansiedade, depressão e hipertensão arterial, o uso de drogas e o alcoolismo (COSTA et al., 2009, p.122).

Ainda diz Costa et al. (2009) que pela necessidade financeira e a carência de formas de sobrevivência, muitos jovens se desviam às práticas de roubos, à marginalidade, ao comércio de drogas e aos roubos.

Conforme Silva (2005) a Constituição do Brasil, promulgada em 1988, em seu artigo 226, aloca a família como alicerce da sociedade. Expressa ainda que o Estado tenha o papel benfeitor da família pelo apregoado na Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada pela Organização das Nações Unidas – ONU em 1948, ao instituir no artigo XVI que a família é o cerne natural e basilar da sociedade e tem direito ao amparo da sociedade e do Estado.

Os relacionamentos familiares podem ser recíprocos ou representar fragilidade, oferecer guarida ou ser obstáculo com referência às situações difíceis enfrentadas (LAING, 1971 apud SILVA, 2005).

Assim também se expressa Sanches e Leopardi (2012) que a família é importantíssima em todo histórico de vida do indivíduo e dependendo do ambiente em que está inserido, em uma atmosfera esperançosa ou contraditória, isso contribuirá de forma positiva ou negativa para a sua formação. Várias possibilidades de desenvolvimento experimentadas durante o ciclo infância, adolescência, juventude e na fase adulta, são oportunizadas pela dinâmica familiar, e estas

influenciarão nas preferências dos indivíduos perante as escolhas que surgirão em sua trajetória.

Contextualizando, Rodrigues et al (2000 apud SCHNORRENBURGER, 2003) mencionando que, as experiências individuais ou em família em relação a cultura, religião, valores e problemas intervêm no estilo de família a ser seguido por uma pessoa. Os fatores biológicos, psicológicos, sociológicos, e intelectuais também interferem nesse contexto.

Diante das diferenças de composições familiares atuais, das próprias particularidades e das mudanças ocorridas nestes séculos, a família é sempre fortemente atingida diariamente em sua estrutura e em seus objetivos. Diversos são os fatores que acometem as famílias, desestabilizando suas estruturas. Uma família desestabilizada emocionalmente não possui condições estruturais adequadas para oferecer equilíbrio ao próximo, entendendo que a sociedade fica comprometida em um todo.

A introdução das drogas lícitas e ilícitas no seio das famílias tem afetado todos os membros, pois a ingestão e a utilização de álcool e outras drogas oportuniza experiências nada relevantes ao indivíduo que utiliza estas substâncias, além de afetar profundamente os que convivem com ele, tornando-os prisioneiros da instabilidade, de angústias, aflições e medos, por sentirem impotentes e ameaçados diante de tanta dor e sofrimento experimentados pela dependência física e psíquica.

Sendo assim, a questão do trabalho de intervenção com famílias dos drogadictos, já que, como vimos, diversas variáveis estão em questão quando nos deparamos com esta temática, o que acarreta inúmeros desafios para as categorias profissionais que atuam neste campo.

Bucher (1992 apud VELOSO, 2002) ressalta que o mesmo discurso de demonização dos usuários de drogas tem se expandido para seus familiares, como se estas famílias fossem portadores de algum tipo de “praga” ou “peste” que é o problema das drogas.

O perigo de uma visão policialesca como esta é o da proliferação de práticas autoritárias e de tutela que podem transformar o trabalho com as famílias numa prática de “conversão moral” das mesmas, ao invés de uma proposta de trabalho verdadeiramente democrática a serviço de uma construção de diálogos

abertos e plurais no seio da família, objetivando uma atuação não apenas curativa, como também preventiva em torno do uso das drogas, incluindo, assim, outras problemáticas que estejam afetando a família hoje.

Logo, numa intervenção profissional baseada no fortalecimento da autonomia dos indivíduos que apresentam problemas com drogas e seus familiares, estes devem ser respeitados enquanto protagonistas de suas vidas, sem que haja uma desqualificação moral por parte dos profissionais diretamente envolvidos. Entendemos “autonomia” aqui como sendo o processo de descobrimento e uso da própria força no contexto em que as necessidades e as possibilidades se inscrevem, numa recusa, por parte do indivíduo, à tutela e à subalternidade, pela afirmação da própria palavra e da construção das decisões sobre seu próprio destino (FALEIROS,1997).

Nesta perspectiva, a intervenção com familiares dos usuários de drogas deve se pautar na busca de construção de:

[...] um espaço propiciador de liberdade e de conversação, tolerante para com as novas formas de sociabilidade e que se contrapõe às metáforas tradicionais de família (a do bom pai, da boa mãe, do bom filho), alicerçadas na harmonia, em imagens de igualdade, equilíbrio e consenso (VELOSO, 2002, p.11).

As famílias que vivem o drama da drogadição são famílias que convivem diariamente com o medo, a opressão, a culpa, a raiva, o amor, a vergonha, a frustração, sentimentos estes que estão presentes em todas as famílias, é certo, num grau bem mais exacerbado quando se trata de famílias de dependentes químicos. Estes sentimentos geram um comportamento disfuncional das famílias, acionando os seus mecanismos de defesa, como o segredo e a negação, sentimentos estes que podem impedir de alguma maneira a busca por ajuda profissional para tratar o problema, agravando ainda mais o desfecho do caso.

Segundo as autoras (PAYÀ;FIGLIE, 2004) a família sofre o impacto com o uso/abuso de drogas por um de seus membros e pode ser descrito em quatro estágios.

No primeiro estágio prepondera o mecanismo de negação, ocorrendo tensão de desentendimento e as pessoas deixam de falar o que pensam e sentem.

No segundo estágio, a família está toda preocupada, tentando controlar o uso das drogas e álcool, a regra é não falar do assunto, mantendo a ilusão de que as drogas e álcool não estão causando problemas para a família. No terceiro estágio, a desorganização da família é enorme, assumindo responsabilidades de atos que não são seus, como, a esposa passa a assumir as responsabilidades de casa devido ao alcoolismo do marido. No quarto estágio é caracterizado pela exaustão emocional, podendo surgir graves distúrbios de comportamento em todos os membros da família, levando-os ao afastamento e grave desestruturação familiar. As autoras salientam ainda que não se pode afirmar que o processo será igual em todas as famílias, pois cada qual reage de acordo com sua compreensão, valores e recursos para lidar com o problema.

Assim sendo, tais pessoas não necessitam de profissionais que queiram restabelecer a “ordem”, mas sim de profissionais que possam justamente compreender que, sob esta multiplicidade de sentimentos ambíguos, convive uma família que necessita de apoio, escuta, acolhimento, ao invés de julgamentos morais.

Para tanto, estes profissionais devem estar minimamente sintonizados com as mudanças nos arranjos familiares que buscamos caracterizar no segundo item, já que o termo “família” abrange inúmeras diferenciações na contemporaneidade.

Acredita-se que, a partir deste conhecimento, a intervenção junto às famílias dos usuários de drogas poderá, então, incluir: “o acaso, a imprevisibilidade, o contexto social e a história” (VELOSO, 2002, p.07).

Diante do exposto, é necessário a intervenção de um profissional de Serviço social, inserido em uma equipe interdisciplinar, para organizar um trabalho efetivo com as famílias de dependentes químicos, promovendo ações na direção de construção, reconstrução e preservação da autonomia das famílias.

3.1 Proposta de Intervenção

1. Apresentação

Este trabalho está sendo realizado com o objetivo de mostrar a importância da inserção das famílias no tratamento e recuperação de usuários de drogas e álcool na Associação Regional Espírita Allan Kardec. Este estudo mostra

que a prevenção de riscos e medidas de proteção engloba um conjunto de ações que podem evitar problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, buscando efetuar uma reflexão sobre o tema da droga no contexto familiar.

Durante o estágio realizado na instituição, observou-se uma necessidade grande e específica aos dependentes químicos, com a finalidade de identificar como se estabelece o uso de drogas e álcool na adolescência, seus impactos no âmbito familiar e o papel da família no processo de tratamento do adolescente, com a proposta de privilegiar as ações sócio-educativas, com objetivo de desvelar informações, compreensão acerca da doença e esclarecer as famílias sobre como lidar nos momentos de crise gerados no ambiente familiar.

2. Justificativa

Durante o período de observação do estágio na Associação Regional Espírita Allan Kardec, ficou evidente a necessidade de um espaço direcionado especificamente para os usuários de álcool e outras drogas que são atendidos juntos de toda demanda. Serão desenvolvidas atividades sócio-educativas coadjuvantes ao tratamento proposto.

3. Objetivos

3.1 Objetivo Geral

Desenvolver um espaço de atenção aos dependentes químicos, oferecendo serviço de saúde, lazer e cultura, de forma a diagnosticar e tratar o indivíduo em sua totalidade. Contribuir no plano de vida do dependente dentro da unidade fortalecendo os laços afetivos com os familiares viabilizando o seu ingresso no mercado de trabalho, aumentando assim a perspectiva de vida e resgatando o exercício da cidadania.

3.2 Objetivos específicos

- Criar um espaço de apoio para as famílias, promovendo atendimentos em grupos ou individualmente;
- Contribuir para o fortalecimento e sensibilização em relação à doença, possibilitando a compreensão por parte das famílias com os cuidados e manejo com os dependentes químicos;
- Desenvolver palestras educativas para os dependentes químicos;
- Identificar as ações preventivas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas;
- Desenvolver atividades físicas, como gincanas e práticas desportivas compatíveis com as condições dos usuários;
- Oficinas, com participação das famílias, possibilitando uma interação maior;

4. Público-Alvo

Dependentes químicos e familiares em geral - ponto de atenção especializada da rede de atenção psicossocial destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoa com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas.

5. Metas

- Fazer abertura para o diálogo, incentivando à expressão e opiniões pelos participantes.
- Contribuir para a sensibilização do paciente, possibilitando um debate em torno do reconhecimento e valorização do seu papel social.

- Ampliar a divulgação das criações desenvolvidas pelos pacientes e o desenvolvimento através de parcerias estabelecidas com a sociedade civil.

CONCLUSÃO

Ao término deste trabalho, pode-se afirmar que Associação Regional Espírita de Assistência – AREA tem contribuído para uma sociedade melhor e mais justa, no entanto, é evidente que a família é peça fundamental para que os membros que participam deste programa sejam realmente beneficiados e após a alta consigam reconstruir uma vida nova e se reinserir no meio social. O assistente social, com o projeto de intervenção, irá somar com os demais profissionais no intuito de atingir as metas e objetivos propostos.

Considerando os aspectos abordados no decorrer do trabalho, deve-se destacar sobre a importância de ações voltadas para a saúde na tentativa de promover o desenvolvimento integral do ser humano e seu ajustamento do meio em que vive. Tais perspectivas de interpretação não seriam possíveis numa pesquisa deste porte, mas considera-se essencial que sejam pensadas e propostas como desafios posteriores.

Dessa forma, a atuação da família é muito importante em toda esta trajetória dolorosa que a droga provoca na vida do indivíduo, pois é na família onde devem ser ensinados os valores, a disciplina, e onde devem ser experimentados e vivenciados os sentimentos como amor, o perdão, o carinho, a aproximação, o diálogo e a atenção.

Então, é na família que pode ser feito um trabalho de prevenção para evitar que a droga domine a sua realidade, mas como muitas vezes adentrar nas drogas é uma opção do indivíduo, a família precisa enfrentar a situação do tratamento da dependência, mesmo que não tenha sido uma escolha sua, precisa ajudar o dependente e procurar todo o tipo de ajuda para que ele se liberte das drogas.

Existem alguns tipos de tratamentos para o dependente químico que vão desde os adesivos até as internações. Além do tratamento individual, a família pode também recorrer aos grupos de apoio existentes.

Dentre os profissionais indicados para acompanhar o tratamento de dependência queremos enfatizar o Assistente Social, pois ele exerce uma grande contribuição quanto ao acolhimento das famílias de usuários e dependentes de drogas no sentido de indicar e executar medidas, que podem beneficiar o usuário e sua família, recepcionando-os sem preconceitos, oferecendo orientações e intermediando as ações para o tratamento e reconstrução de vida.

Por meio de avaliações, de pesquisas e de interpretações da realidade, as circunstâncias de aflição experimentadas pelo usuário e sua família podem ser modificadas pelo profissional, através da instituição de formas adequadas para atuar com empenho, especialmente nas camadas populares. Mas para que isso aconteça o profissional deve utilizar as políticas públicas voltadas ao seu público-alvo e agenciar articulações visando expandir a esfera de cobertura dos direitos igualitários designados à população (PETRY, 2005).

Diante da situação aqui narrada, conclui-se que o uso e o abuso de drogas é uma realidade atual que marca fortemente com traços negativos a sociedade e que implica em múltiplos prejuízos para o dependente e sua família, e que o assistente social junto com a equipe interdisciplinar e um trabalho em rede eficaz poderão dar às famílias um apoio que elas precisam para poder entender e saber agir com o seu familiar usuário de drogas/álcool, promovendo a socialização, a inserção e reinserção na sociedade, reduzindo o índice de reincidência hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. Processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil: a regulamentação das internações involuntárias como estratégia de proteção da cidadania e dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais. In: MINISTERIO DA SAUDE. **Saúde Mental e Direitos Humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 53-59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. 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, nov. 2005.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(Sup):1865-1874, 2007.

CEBES, Centro de Brasileiro de Estudos de Saúde. Carta da Saúde: por uma reforma sanitária contra a exclusão social e pela dignidade humana. In: **Saúde em Debate nas eleições presidenciais: Memórias e Perspectivas**, Rio de Janeiro, v. 34, n. especial, p. 83-88, set, 83-88, set, 2010.

COSTA, Elisa Maria Amorim da et al. **Saúde da Família** - Uma abordagem multidisciplinar. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.

FALEIROS, Vicente de Paula. Desafios do Serviço Social na era da globalização. **Serviço Social e Sociedade**, n. 61. São Paulo: Cortez, 1999.

FLEURY, Sônia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14 n.3, Rio de Janeiro, maio/jun., 2009.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14 (1): 297-305, 2009.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Família e serviço social: contribuições para o debate. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 55, p. 114-130, abr, 1997.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de Oliveira. **Saúde mental na saúde da família: subsídios para o trabalho assistencial**. São Paulo: Olho d'água, 2006.

OLIVEIRA, Claudete J. O enfrentamento da dependência de álcool e outras drogas pelo estado brasileiro. Uma proposta educativa no âmbito das políticas públicas. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al.(orgs.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2007.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de. Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental** , v.1, n.2, out./dez. 2009.

PETRY, Eliane Maria. A inserção das famílias no tratamento e recuperação de usuários de drogas na Clínica Caminho do Sol: a ação do assistente social. 2005, 155f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel no Curso de Serviço Social) - Departamento de Serviço Social, do Centro Sócio-Econômico. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis-SC, 2005

SANCHES.Ricardo Pinheiro. LEOPARDI. Maria Tereza. Pesquisa, Teoria e Metodologia - Tecnologia de abordagem para o cuidado ao usuário de drogas. **Centro de Ciências da Saúde. Sau. & Transf. Soc.**, Universidade do Vale do Itajaí, Florianópolis, v. 3, n. 3, p. 03, out. 2012.

SANDER, Jardel. A caixa de ferramentas de Michel Foucault, a reforma psiquiátrica e os desafios contemporâneos. **Psicologia & Sociedade**, 22(2), 382-387, 2010.

SCHNORRENBURGER, Andréa S. **A família e a dependência química: uma análise do contexto familiar**. 2003, 63f. Monografia (Bacharel no Curso de Serviço Social)- Departamento de Serviço Social, do Centro Sócio-Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis-SC, 2003.

SILVA, Anielson Barbosa da. **A vivência de conflitos entre a prática gerencial e as relações em família**. 2005, 272f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis-SC, 2005.

SILVA, Anielson Barbosa da; ROSSETTO, Carlos Ricardo. Os conflitos entre a prática gerencial e as relações em família: uma abordagem complexa e multidimensional. **RAC**, Curitiba, v. 14, n. 1, art. 3, pp. 40-60, jan./fev. 2010.

SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte de. Atenção a Saúde Mental no Estado do Amazonas: Notas Preliminares e Propostas para Investigação, **Psychiatry, Brazil**, v. 10, n.5, maio 2005.