



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**SAMYA KATIANE MARTINS PINHEIRO**

**"EU VIVO PRESA! ENQUANTO ELE VIVE SOLTO, EU VIVO PRESA NAS  
DROGAS QUE ELE FAZ USO": FAMÍLIA E TRATAMENTO NO HOSPITAL  
DR. JOÃO MACHADO.**

**NATAL/RN**

**2013**

SAMYA KATIANE MARTINS PINHEIRO

"EU VIVO PRESA! ENQUANTO ELE VIVE SOLTO, EU VIVO PRESA NAS DROGAS QUE ELE FAZ USO": FAMÍLIA E TRATAMENTO NO HOSPITAL DR. JOÃO MACHADO.

Monografia apresentada ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, sob a orientação da Profa. Dra. Antoinette de Brito Madureira.

NATAL/RN

2013

SAMYA KATIANE MARTINS PINHEIRO

"EU VIVO PRESA! ENQUANTO ELE VIVE SOLTO, EU VIVO PRESA NAS DROGAS QUE ELE FAZ USO": FAMÍLIA E TRATAMENTO NO HOSPITAL JOÃO MACHADO.

Monografia apresentada ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Antoinette de Brito Madureira.  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

---

Profa. Dra. Eliana Andrade da Silva  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

---

Assistente Social: Maria de Fátima Ramos Pignataro  
Hospital Psiquiátrico Dr. João Machado – Natal/RN

Catálogo da Publicação na Fonte.

UFRN / Biblioteca Setorial do CCSA

Pinheiro, Samya Katiane Martins.

“Eu vivo presa! Em quanto ele vive solto, eu vivo presa nas drogas que ele faz uso”. Família e tratamento no Hospital Dr. João Machado/ Samya Katiane Martins Pinheiro. - Natal, RN, 2013.

83f.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Antoinette de Brito Madureira.

Monografia (Graduação em Serviço social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Departamento de Serviço social.

1. Saúde mental – Brasil - Monografia. 2. Dependente químico - Tratamento - Monografia. 3. Família - Prisão - Monografia. I. Madureira, Antoinette de Brito. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/BS/CCSA

CDU 364.622-53

Dedico às mulheres da minha vida: Eliene Martins, minha flor linda! Otacília Maciel, minha avó paterna. E a eterna Francisca Martins da Silva, “Vovó Dorinha”, que está contagiando o céu com sua alegria!

Amo muito vocês!

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, pela paz interior e energia positiva que me fortifica nas horas difíceis, é tua toda honra e toda glória que tenho alcançado!

À minha mãe, guerreira e a maior inspiração para a construção desse trabalho. E ao meu pai, que tanto me orgulha com sua honestidade e vontade de vencer.

Agradeço a toda minha família, tanto materna, quanto paterna, e em especial, às minhas princesas: Sthefany Raiane, com sua sinceridade de criança e Raphaella Martins, meu espelho, meu exemplo de irmã, apesar de “vilã”. E a Daniel Luis, meu irmão que mesmo distante, demonstra um amor verdadeiro, amo muito vocês!

À Raíza Braun, mesmo sabendo que não cabe descrever, o quão eu sou grata pelo apoio e pela força que você tem me dado, muito obrigada! Agradeço também a toda sua família, pela confiança e apoio nas horas que mais preciso. A todos, muito obrigada!

Muito obrigada às amigas de infância Juliana Camarão e Monique Samara por sempre me encorajarem, embora distantes. E a Paulo Ricardo, meu amigo e cunhado. Aos amigos de escola, em especial, Gildson Fernandes, Priscilla do Vale, Nathália Martins, Thiago Pereira e Lithianne Pereira vocês são muito especiais para mim.

Às minhas “migs” lindas e revolucionárias, vulgo Dorotéias: Anny Kaline, Ana Cláudia, Beatriz Elayne, Lilia Nunes, Luana Soares, Miriam Torres, Nicole Dantas e Renata Maia! Vocês não sabem o quanto são importantes em minha vida, cada uma com seu jeito especial, de alguma forma me ajudou, e são em essência o que podemos chamar de diversidade! Muito obrigada!

À minha Orientadora de Campo de Estágio Fátima Pignataro, aprendi muito com seus ensinamentos e competência profissional. E a minha companheira de estágio Edinah de Carvalho, que apesar do pouco tempo e de nossas diferenças, me encantou e me encorajou a continuar e, além disso, me ensinou muito bem o verdadeiro sentido da pluralidade, muito obrigada!

Agradeço também a minha Orientadora de Trabalho de Conclusão de Curso Antoinette Madureira pelos ensinamentos, paciência e confiança que

tem depositado em mim, muito obrigada! Assim como a todos os outros mestres que eu tive a oportunidade de aprender nessa jornada acadêmica.

Agradeço a toda equipe da Coordenadoria de Apoio Psicossocial do Servidor da UFRN, vocês contribuíram muito para a minha formação profissional.

Agradeço à Gestão do Centro Acadêmico de Serviço Social nos anos de 2010 a 2012, pois com vocês pude vivenciar momentos que levarei para sempre na minha carreira profissional, em defesa dos direitos da classe trabalhadora.

E por fim e não menos importante agradeço a meu eterno mestre de Karatê, Glauco Nobre, por me ensinar a lutar e jamais desistir! Oss!

## RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Serviço Social é fruto da observação e análise do Estágio Obrigatório em Serviço Social na área de saúde mental realizado no Hospital Dr. João Machado (HJM) em Natal/RN, especificamente na Enfermaria de Álcool e Drogas - EAD. Entendendo a família como principal agente de socialização do indivíduo, e que esta tem uma contribuição fundamental na ressocialização dos usuários de drogas, este trabalho defende que o tratamento realizado dos portadores de dependência química deve envolver também a família, favorecendo a continuidade deste tratamento nos CAPS. Para a escritura deste trabalho, foi realizada adicionalmente coleta de dados empíricos através de entrevistas com acompanhantes de pacientes da EAD do HJM, sob o objetivo central de compreender as implicações da drogadição no âmbito familiar. O eixo central do trabalho gira em torno do lugar do tratamento em suas diferentes circunstâncias, discutindo neste contexto a noção de prisão para os diferentes sujeitos, e em como estes elementos se cruzam com a noção de tratamento para os pacientes e as famílias, refletindo de alguma maneira questões já presentes na sociedade brasileira de maneira geral.

**Palavras-Chave:** Família. Tratamento. Prisão.



## **ABSTRACT**

This Work of Course Completion is the fruit of observation and analysis of Mandatory Stage in Social Service in the area of Mental Health at Dr. Joao Machado Hospital (HJM) in Natal/RN, specifically in the Alcohol and Drugs' Ward – (EAD). Understanding the family as the primary agent of individual socialization, and that it has a fundamental contribution in resocialization of drug users, this paper argues that the treatment of patients with chemical dependency should also involve the family, favoring the continuity of this in CAPS. For writing this paper, was further performed empirical data collection through interviews the caretakers of dependent chemical patients hospitalized in EAD of HJM, under the central goal of understanding the implications of drug addiction in the family. The central axis of this study revolves around the place of the treatment in their different circumstances, discussing in this context the notion of imprisonment for different subjects, and how these elements intersect with the notion of treatment for patients and families, reflecting somehow issues already present in Brazilian society in general.

Keywords: Family. Treatment. Prison.

## LISTA DE ABREVIÇÕES E SIGLAS

AA – Alcoólicos Anônimos;  
AD – Álcool e Drogas;  
APTAD – Ambulatório de Apoio ao Tratamento de Álcool e Drogas;  
CAD - Centro de Atenção Diária;  
CAEED - Casa de Apoio Espiritual ao Dependente Químico  
CAPS - Centro de Atendimento Psicossocial;  
CAPSad - Centro de Apoio Psicossocial em Álcool e Drogas;  
COPEDS – Comissão Permanente de Defesa da Saúde;  
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social;  
CFP – Conselho Federal de Psicologia;  
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;  
CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental;  
CRAS – Centro de Referência em Assistência Social;  
CREAS - Centro de Referência Especializado em Assistência Social;  
CRDH – Centros de Referência em Direitos Humanos;  
CRM – Conselho Regional de Medicina;  
CT – Comunidades Terapêuticas;  
DEPAD - Departamento de prevenção e Acompanhamento ao Usuário de Drogas;  
DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental  
EAD – Enfermaria Álcool e Drogas;  
GNDH - Grupo Nacional de Direitos Humanos;  
GNPG - Conselho Nacional de Procuradores Gerais;  
HDS - Hospitais Dias;  
HJM – Hospital Dr. João Machado;  
IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões  
MTSM - Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental;  
NA – Narcóticos Anônimos;  
NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial;  
OBID – Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas;  
OMS - Organização mundial da saúde;  
ONU - Organização das Nações Unidas;

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas;

SUAS – Sistema Único de Assistência Social;

SUS – Sistema Único de Saúde;

SNDM - Serviço Nacional de Doenças Mentais

UD – Unidade de Desintoxicação;

UTAD – Unidade de Tratamento em Álcool e Drogas.

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2 O HOSPITAL JOÃO MACHADO NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL ...</b>	<b>16</b>
<b>2.1 A SAÚDE MENTAL NO BRASIL: LOUCURA E REFORMA PSQUIÁTRICA</b> .....	<b>16</b>
2.2 O HOSPITAL DR. JOÃO MACHADO .....	21
<b>2.2.1 Enfermaria Álcool e Drogas</b> .....	<b>25</b>
2.3 SERVIÇO SOCIAL E PROJETO ÉTICO POLÍTICO PROFISSIONAL NO HOSPITAL JOÃO MACHADO .....	27
<b>3 FAMÍLIA E TRATAMENTO NO HJM: EM TORNO DA EXPERIÊNCIA DO ESTÁGIO OBRIGATÓRIO</b> .....	<b>33</b>
3.1. “DEPENDÊNCIA QUÍMICA É DOENÇA”: CONVERSANDO COM AS FAMÍLIAS .....	34
3.2. A NECESSIDADE DE INTEGRAÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR .....	37
3.3 UM OLHAR SOBRE OS PACIENTES DA ENFERMARIA EAD .....	38
<b>4 A PERCEPÇÃO DAS FAMÍLIAS SOBRE O USO DE DROGAS E A CONVIVÊNCIA NO ÂMBITO FAMILIAR</b> .....	<b>42</b>
4.1. OS MOTIVOS QUE LEVARAM OS PACIENTES AO USO DE DROGAS, SEGUNDO AS FAMÍLIAS.....	45
<b>5 "A ESPERANÇA DA GENTE ERA UM CAPS VINTE E QUATRO HORAS": DO TRATAMENTO PARA AS FAMÍLIAS OUVIDAS</b> .....	<b>48</b>
5.1 DAS DIFICULDADES DA CONTINUIDADE DO TRATAMENTO .....	53
<b>6 AS PRISÕES DA DROGADIÇÃO</b> .....	<b>57</b>
6.1 CONTRADIÇÕES E RETROCESSOS DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL E AS POLÍTICAS SOBRE DROGAS .....	59
6.2 O INSUCESSO DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA NO HOSPITAL DR. JOÃO MACHADO.....	63
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>67</b>

<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>70</b>
<b>APÊNDICE</b> .....	<b>75</b>
APÊNDICE A .....	76
<b>ANEXO</b> .....	<b>78</b>
ANEXO A.....	79
ANEXO B.....	81
ANEXO C.....	82

## 1 INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso de graduação em Serviço Social é fruto da observação e análise de Estágio Obrigatório I e II em Serviço Social na área de saúde mental no Hospital Dr. João Machado.

Nele, faço uma contextualização socio-histórica acerca da saúde mental. Em seguida, efetuo uma breve análise da história do Hospital Dr. João Machado, da Enfermaria de Álcool e Drogas, assim como, da inserção do assistente social neste, em consonância com o tempo histórico da profissão e com a conjuntura neoliberal. Analiso as implicações desta última na atualidade brasileira e no âmbito do hospital. Em adição, examino os desafios do trabalho do assistente social nesse espaço sociocupacional, relacionando-o ao projeto ético-político da profissão.

Trago também os resultados do projeto de intervenção, de acordo com a realidade da instituição e a análise das necessidades e demandas, articulado aos princípios da Luta Antimanicomial e ao projeto ético-político do serviço social.

O projeto de intervenção, realizado no semestre 2013.1, intitulado “A Importância da Família no Tratamento da Dependência Química do Hospital Dr. João Machado”, teve como objetivo central promover a reaproximação dos pacientes da Enfermaria Álcool e Drogas junto às suas famílias mostrando a importância da mesma no tratamento da dependência de álcool e outras drogas.

Através da problemática da drogadição e seus diversos rebatimentos no âmbito familiar, foi pensado um projeto que promovesse a interação da família com o paciente acometido pela doença da dependência química, a fim de trazer a ambos a importância da presença familiar no período de tratamento.

Assim, entendendo a família como principal agente de socialização do indivíduo, sem dúvidas esta tem uma contribuição extremamente importante na ressocialização dos usuários de álcool e outras drogas, logo, o trabalho dirigido aos portadores de dependência química deve envolver a família, e os serviços como forma de incluir a mesma na corresponsabilidade do tratamento, o que favorece sua continuidade nos CAPS. Desse modo, o projeto foi pautado na

orientação da família acerca da importância do seu apoio no tratamento e também aos pacientes. Perpassando que a dependência por tais substâncias trata-se de uma doença, desmistificando assim, a ideia de que a mesma é uma questão de desvio de caráter/conduta.

Tendo em vista a análise dos resultados do Projeto de Intervenção realizado no HJM, consideradas insuficientes para um melhor aprofundamento teórico, surgiu uma inquietação na qual visava compreender as questões colocadas no cotidiano profissional do Assistente Social no âmbito da EAD, que vão desde a intervenção profissional, hegemonicamente voltadas as questões familiares, até as inúmeras reclamações dos pacientes sobre o tratamento realizado e a ausência da família neste último, no qual, os pacientes comparavam a uma prisão.

Nesse sentido, para efetivação do presente trabalho, foi realizada uma coleta de dados empíricos através de entrevistas com sete acompanhantes de pacientes da Enfermaria Álcool e Drogas (EAD) do Hospital Dr. João Machado (HJM), com o objetivo central de compreender as implicações da drogadição no âmbito familiar.

O argumento central, que norteia este trabalho gira em torno do lugar do tratamento em suas diferentes circunstâncias, e sobre a noção de prisão e em como estes dois elementos – tratamento e prisão - se cruzam nos entendimentos dos pacientes e das famílias, que traduzem questões que se colocam na sociedade brasileira de maneira geral.

Nessa perspectiva, trago aqui reflexões sobre o Hospital Dr. João Machado enquanto uma instituição em que o tratamento da dependência química se dá quando o paciente encontra-se em situações extremas da drogadição; sobre os CAPSad enquanto o lugar ideal para realizar o tratamento da dependência química e sobre as comunidades terapêuticas como uma nova alternativa de realizar o tratamento da dependência química.

Importa salientar que neste trabalho substituí os nomes das pessoas responsáveis<sup>1</sup> pelos cuidados dos pacientes acometidos pela dependência química por nomes de pedras preciosas. Esta escolha se deu para preservar a privacidade dos sujeitos. Já a opção por nomes de pedras preciosas se deu

---

<sup>1</sup> No apêndice deste trabalho há um breve relato sobre cada entrevistado.

devido à força e persistência que entendo que estas carregam; isto se traduz na rotina diária dos acompanhantes com os pacientes.



## **2 O HOSPITAL JOÃO MACHADO NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL**

### **2.1 A SAÚDE MENTAL NO BRASIL: LOUCURA E REFORMA PSQUIÁTRICA**

Antes de iniciar a contextualização da Saúde Mental no Brasil, trago aqui uma breve contextualização desta no mundo, pois mesmo com as descobertas acerca do saber psiquiátrico, é só a partir do século XX que a loucura passa a ser reconhecida como doença mental.

Antes de ser concebida como doença mental, a loucura era compreendida a partir de variadas explicações, tanto de cunho religioso, quanto mitológico, no mundo ocidental. Na Grécia Antiga, por exemplo, a pessoa acometida de doença mental era considerada uma pessoa com poderes, a loucura significava uma manifestação dos deuses e era valorizada socialmente, portanto não era necessário o controle e/ou exclusão do doente mental. (ALVES, et al. 2009).

No início da Idade Média a loucura era vista como expressão das forças naturais, sendo considerado “não humano” aquele que sofresse algum tipo de doença mental. Posteriormente, e ainda na idade média, a loucura era tida como possessão de espíritos que precisavam ser extirpados com intervenção da igreja. Apenas com o emergir do Racionalismo que a loucura deixa de ser conceituada no âmbito das forças naturais e sobrenaturais e passa a ser reconhecida como o “status de desrazão, sendo ‘louco’ aquele que transgredi e ignora a moral racional” (ALVES, et al. 2009, p. 86).

A partir disso, a loucura passou a ser algo associado à periculosidade, representando perigo e ameaça à sociedade. No período de ascensão do Mercantilismo (meados do século XVII), quando a população era tida como o bem maior da sociedade, devido ao lucro que poderia proporcionar, àqueles que fossem incapazes de contribuir para a produção eram excluídos da sociedade, dentre eles, crianças abandonadas, idosos, deficientes físicos e mentais, mendigos, portadores de doenças venéreas, entre outros.

Só a partir da Revolução Francesa em 1789, com os ideais de “Liberdade, Igualdade e Fraternidade” que há um olhar mais voltado aos

“excluídos” da sociedade isolados em Hospitais Gerais, estes que serviam como espaço de assistência pública.

Porém, de acordo com Foucault (1978), “o hospital é um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: a terceira ordem de repressão”, mesmo com os ideais advindos da Revolução Francesa, a ideia de periculosidade e ameaça à ordem em relação os “loucos” permaneceram. Somente no final do séc. XVIII (1793) que a loucura passou a ser vista pelo saber médico. Philippe Pinel, o médico que ao ser nomeado diretor do Hospital de Bicêtre, na França, passou a reconhecer a loucura como sinônimo de doença mental, abrindo um leque de possibilidades terapêuticas.

Podemos dizer que, no Brasil, ocorre uma reprodução da trajetória mundial. Segundo Mesquita (2008), no contexto brasileiro a instituição da psiquiatria encontra-se relacionado à vinda da Família Real Portuguesa em 1808. Período este em que foram construídos os primeiros “asilos” (como era chamado os hospitais psiquiátricos na época) que funcionavam como abrigo de doentes, mendigos, delinquentes e criminosos.

Segundo Nogueira e Costa (2007), o modelo “hospitalocêntrico” de assistência psiquiátrica no Brasil surgiu sob a égide da sociedade colonial rural e escravocrata. Este modelo era usado para excluir os chamados “loucos” da sociedade, a fim de colocar ordem na urbanização, “disciplinando a sociedade e sendo, dessa forma, compatível ao desenvolvimento mercantil e as novas políticas do século XIX” (MESQUITA, et. al, 2010, p.3). Assim, não se buscava a cura para a doença/transtorno mental e sim a exclusão ou eliminação dos acometidos perante a sociedade.

Em 1830 há uma iniciativa da construção de um “asilo” para “loucos”, (ALVES et.al, 2009). O mesmo foi construído nos moldes europeus, com a substituição das alas insalubres dos hospitais e dos castigos corporais, por asilos higiênicos, arejados e com tratamento “moral”, iniciando no Brasil, o processo de medicalização da loucura. Apenas em 1852 foi inaugurado no Rio de Janeiro, o Hospício D. Pedro II que resultou em diversas transformações no tratamento da doença mental.

Portanto, sob influência europeia, diversas práticas controladoras passaram a ser implantadas no Brasil. Além da influência nazista, posteriormente com as barbáries como a da Liga de Higiene Mental que visava

“normalizar” a população dos deficientes mentais com os princípios eugenistas que “incentivavam psiquiatras que pretendiam colaborar para a criação de uma nação próspera, moderna e mais saudável” (SEIXAS, 2009).

É pertinente ressaltar também que, no governo de Getúlio Vargas foi promulgada a segunda lei federal de assistência aos doentes mentais – Decreto nº 24.559 de 3 de julho de 1934, que dispunha sobre profilaxia mental, assistência, proteção à pessoa que sofre de psicopatia e fiscalização dos serviços psiquiátricos. A primeira lei foi instituída em 1903 pelo Decreto nº 1.132 de 22 de dezembro e em 1941 foi criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM). (NOGUEIRA e COSTA, 2007, apud ROSA, 2003).

Assim, somente após dois séculos da descoberta de Pinel após da Segunda Guerra Mundial é que surgiram grandes questionamentos acerca do saber psiquiátrico. Quando o médico italiano Franco Basaglia assume a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, na Itália em 1961. Este assumia uma atitude crítica para com a psiquiatria clássica e hospitalar, por esta se centrar no princípio do insulamento do alienado. Ele defendia, ao contrário, que o doente mental voltasse a viver com sua família.

Nessa perspectiva, sua atitude inicial foi aperfeiçoar a qualidade da internação e o cuidado técnico aos internos no hospital em que dirigia. Tal pensamento influenciou, entre outros, o Brasil, fazendo ressurgir diversas discussões que tratavam da desinstitucionalização do portador de sofrimento mental e da humanização do tratamento a essas pessoas, com o objetivo de promover a “reinserção” social. (MESQUITA, et. al, 2010).

Ora, sob esta influência no período da década de 1970 foram registradas várias denúncias quanto à política brasileira de saúde mental principalmente no que tange à política de privatização da assistência psiquiátrica por parte da previdência social. Segundo Nogueira e Costa (2007), em meados de 1966, a assistência psiquiátrica no Brasil foi estendida a todo trabalhador e a seus dependentes com a unificação dos vários Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que formaram o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS e que garantia a assistência previdenciária e médica aos seus segurados.

Então, a saúde mental passa quase despercebida como política pública quando, enfim, o Ministério da Saúde lança a Campanha Nacional de Saúde Mental e extingue o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM),

substituindo-o pela Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), responsável pela normatização, avaliação e controle dos programas de saúde mental no Brasil e formada por um complexo de quatro unidades: Centro Psiquiátrico Pedro II, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário Heitor Carvalho. (NOGUEIRA e COSTA, 2007)

Além disso, na década de 1970, às condições públicas e privadas de atendimento psiquiátrico também foram colocadas em pauta. Assim, Cavalcanti (2010) a luta pela Reforma Psiquiátrica buscou principalmente construir uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. A partir de então, já no fim da década, já se podia observar pequenos núcleos estaduais, principalmente nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais organizados constituindo o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

Na década de 1980, sob o contexto de mobilização das massas e redemocratização do país, ocorreram vários encontros preparatórios para a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM). Além deste também aconteceu II Congresso Nacional do MTSM em Bauru, SP, o qual possui grande relevância acerca da concretização do Movimento de Luta Antimanicomial com o lema “por uma sociedade sem manicômios”<sup>2</sup>, ambos reivindicaram investimentos nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais como oposição a tendência hospitalocêntrica do tratamento psiquiátrico.

Logo, com o advento da Constituição Federal de 1988, mais precisamente no ano de 1989, foi criado Projeto de Lei no Congresso Nacional que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos hospícios no Brasil. Com um ano após a criação do SUS – Sistema Único de Saúde, e somente no ano de 2001, que a Lei Paulo Delgado (como é popularmente conhecida) é aprovada no país. Esta Lei, fruto da mobilização dos trabalhadores em saúde mental, propõe a

---

<sup>2</sup> Os manicômios eram os locais que historicamente tratavam as doenças mentais no Ocidente antes da reforma psiquiátrica. Os manicômios são hoje caracterizados pelos autores mais atuais como lugares onde se retira a autonomia das pessoas e onde se dá a mortificação do eu dos indivíduos (GOFFMAN, 1961). Para compreender a lógica da “volta dos manicômios” sugiro assistir o documentário produzido pelo Conselho Federal de Psicologia disponível em: <http://drogasecidadania.cfp.org.br/>

regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a desinstitucionalização.

O que se percebe é que embora a Reforma Psiquiátrica, desde 2001, tenha sido aprovada com a Lei nº 10.216/2001, ainda há muito para ser implementado. No âmbito do Hospital Dr. João Machado, por exemplo, a impressão de isolamento e abandono ainda perpetua.

Certamente houve mudanças no esquema de tratamento aos pacientes com transtornos mentais que possuem direitos e proteção garantida por lei, mas o caos advindo do sucateamento do Sistema Único de Saúde (SUS), é nítido nas degradantes condições de trabalho dos trabalhadores do Hospital Dr. João Machado, assim como, no acolhimento dos pacientes e familiares destes

De fato, foram indiscutíveis os avanços da Lei Federal nº 10.216/2001 no que se refere ao oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Não restam dúvidas que novas modalidades para os tratamentos do usuário de saúde mental foram postos em prática, como os atendimentos extra-hospitalares oriundos da Reforma Psiquiátrica, (Núcleo de Atenção Psicossocial - NAPS; Centro de Atendimento Psicossocial - CAPS; Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas - CAPSad, Centro de Atenção Diária - CADS; Hospitais Dias - HDS; Consultórios de Rua, etc). Porém, a conjuntura de minimização do Estado na esfera pública, proporciona meios para não efetivação dos direitos das pessoas com transtornos mentais, assim como, para o sucateamento da rede de atenção psicossocial.

O desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, são de responsabilidade do Estado. Mas, a realidade do Hospital Dr. João Machado é de descaso deste, tendo em vista a sua estrutura precarizada e a ausência de condições dignas de trabalho para os profissionais que nele atuam.

Fato este que nos leva a conclusão de que a Reforma Psiquiátrica ainda está em processo de efetivação, que pode avançar, assim como, retroceder em meio aos impasses da política neoliberal. E para isso é extremamente necessário que não se perca a essência da Luta Antimanicomial, esta que é a luta pelos direitos da pessoa com transtornos mentais.

## 2.2 O HOSPITAL DR. JOÃO MACHADO

O Hospital Psiquiátrico Dr. João Machado (HJM) aqui é compreendido enquanto uma instituição total, situado na cidade de Natal - Rio Grande do Norte, e de natureza pública/estatal possui atendimento especializado na área de psiquiatria. A população atendida são portadores de doença/transtorno mental incluindo dependentes químicos. O hospital dispõe de cento e sessenta leitos, sendo divididos entre pacientes residentes, da urgência psiquiátrica, e de outras enfermarias de acordo com o seu diagnóstico médico.

O Hospital Psiquiátrico Dr. João Machado<sup>3</sup> (HJM) conta com uma estrutura ainda herdada da década de 50 do século XX, quando foi fundado, em 15 de janeiro de 1957 no Governo de Juscelino Kubitschek, voltado para uma abordagem médico-social, sendo hoje a única referência em saúde mental de atenção pública para todo o Estado. Este foi pensado em um modelo influenciado pela estrutura observacional, para garantir o controle dos pacientes. Como já foi dito anteriormente neste trabalho, o modelo mais adotado para conter a loucura antes da reforma psiquiátrica foram os moldes asilar.

O HJM foi idealizado pelo médico psiquiatra Dr. João Machado, nascido em Lajes e formado em medicina no Recife-PE, o psiquiatra chegou a Natal com o pioneirismo de instalar no Estado um hospital especializado em doenças mentais. O projeto inicial do médico era que o tratamento no hospital fosse baseado na socialização das pessoas acometidas por doenças mentais. Porém, o projeto ficou incompleto porque as condições da época eram inapropriadas, com o golpe militar de 1964 e a morte do médico Dr. João Machado, impossibilitaram a continuidade do projeto.

De 1957 a 1987, o médico Dr. Pedro Coelho esteve na direção do hospital. Este indicado pelo idealizador João Machado, que exercia o cargo de inspetor nacional de saúde mental. Nesse contexto, o hospital colônia deveria receber as pessoas “mal vistas” pela sociedade e acometidas por doença mental. Era localizado, para época, em uma área afastada da cidade Natal e o

---

<sup>3</sup> Alguns dados sobre a história do Hospital Dr. João Machado foram encontrados em uma reportagem de comemoração dos cinquenta anos do hospital que encontra-se disponível em: <http://tribunadonorte.com.br>- Publicação: 21 de Janeiro de 2007 às 00:00h.

esquema de tratamento neste período eram baseados em eletrochoques e aplicação de medicamentos, para conter os “loucos”.

Com o fim da Ditadura Militar, o HJM passa a sofrer influências também das lutas sociais iniciadas nas décadas anteriores pelo movimento de Reforma Sanitária Brasileira, que proporcionou a ampliação do conceito de saúde, e sua efetivação garantida pelo poder público instituído na Constituição Federal de 1988.

Foi com os novos ares de abertura política que a população brasileira, massivamente, começou a lutar por melhorias em sua condição de vida. E o movimento sanitarista com a luta pela universalidade teve um importante papel na história da saúde pública brasileira, principalmente no que se refere ao reconhecimento da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, sendo esta a base do projeto de Reforma Sanitária<sup>4</sup>.

É a partir deste período acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, que a saúde mental no Brasil, começa a ganhar contornos mais definidos. A década de 1990 é marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da “Declaração de Caracas”<sup>5</sup> e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, assim, passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

Nesse contexto, o Hospital Dr. João Machado inicia, então, um processo gradativo de mudanças em sua dinâmica interna através de alterações

---

<sup>4</sup> A Reforma Sanitária foi uma proposta para a democratização da saúde do país em meados na década de 1980. Ela propõe que a saúde seja entendida como resultado das condições de vida da população e não apenas como assistência médica. O projeto da Reforma Psiquiátrica foi discutido na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Sugiro leitura do Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf)

<sup>5</sup> Este documento marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas no qual declarou que “as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais.”.

Fonte: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=23107](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=23107)

significativas em seu quadro institucional, principalmente com a introdução de equipes multiprofissionais.

Segundo Pereira e Alves (2008), o redirecionamento de seu modelo assistencial é também fundamentado pelas portarias que regulamentam e reformulam a assistência na psiquiatria, mediante possibilidades de implantação de novas formas de atenção à saúde mental, passando a ser um dos primeiros hospitais a atender psiquiatria e a clínica médica, estando em conformidade com os preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Contudo, em contraposição com o Projeto da Reforma Sanitária o projeto privatista do capitalismo brasileiro vem trazer fortes impactos nas políticas públicas, no que se refere às parcerias público-privado que têm como base a política de Estado mínimo. O crescente aumento dessas parcerias é nitidamente encontradas no âmbito do Hospital Dr. João Machado, principalmente no que se refere a sua terceirização, fruto do neoliberalismo, e da reestruturação produtiva, sendo este processo de privatização um problema, principalmente, devido a compreensão de que a saúde trata-se do dever do Estado e direito de todo cidadão.

O HJM é caracterizado, dentre outros critérios, por ter um funcionamento intensivo, em regime integral de 24h, através do atendimento de equipes multiprofissionais envolvendo médicos (psiquiatras, clínicos gerais e outras especialidades), assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, farmacêutico-bioquímicos, nos serviços de Pronto-Socorro Psiquiátrico, Enfermarias Psiquiátricas e Clínica Médica, além dos serviços de Ambulatório de Saúde Mental, destinado à formação de médicos participantes do Programa de Residência Médica em Psiquiatria, e Enfermaria Álcool e Drogas (EAD).

Segundo Pereira e Alves (2008) na análise da pesquisa realizada pela gestão do hospital no ano de 2007, as internações no Hospital ocorrem majoritariamente na fase “produtiva” dos indivíduos (compreendida na faixa etária dos vinte aos sessenta anos). A maioria dos pacientes advém das regiões norte e oeste da capital do Estado, áreas concentradas com maiores índices de pobreza, e outros são procedentes do interior do Estado, cuja rede básica de saúde é insuficiente na atenção à saúde mental.



Ainda com base nesta pesquisa, foi observado que há recorrência de transtornos esquizofrênicos<sup>6</sup>, esquizotípos<sup>7</sup> e delirantes<sup>8</sup>, em maior índice, perfazendo um total de 40% das internações. Em segundo lugar, vêm à categoria de diagnóstico de dependência química. E em terceiro, à categoria de diagnóstico de transtorno de humor<sup>9</sup>. O que “abrange internações voluntárias, involuntárias e compulsórias<sup>10</sup> de curta, média e longa duração, cuja permanência média tem sido, em geral, de vinte e cinco dias” (PEREIRA e ALVES, 2008).

No ano 2005 foi implantado o Primeiro Projeto Terapêutico Institucional, que tem como objetivo contribuir para uma melhor assistência aos portadores de transtorno mental do HJM. Este projeto prioriza a humanização no seu atendimento e a ressocialização de seus usuários. Segundo Pereira e Alves (2008) a efetivação do referido projeto sedimenta uma fase intermediária rumo à proposta da verdadeira desinstitucionalização.

O Projeto Terapêutico do Hospital Dr. João Machado (HJM) é constituído das seguintes ações: Transformação do HJM em Hospital Especializado,

---

<sup>6</sup> “Os transtornos esquizofrênicos se caracterizam em geral por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados. Usualmente mantém-se clara a consciência e a capacidade intelectual, embora certos déficits cognitivos possam evoluir no curso do tempo. Os fenômenos psicopatológicos mais importantes incluem o eco do pensamento, a imposição ou o roubo do pensamento, a divulgação do pensamento, a percepção delirante, ideias delirantes de controle, de influência ou de passividade, vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa, transtornos do pensamento e sintomas negativos.”. Definição disponível em: [http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f20\\_f29.htm](http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f20_f29.htm)

<sup>7</sup> “Transtorno caracterizado por um comportamento excêntrico e por anomalias do pensamento e do afeto que se assemelham àquelas da esquizofrenia, mas não há em nenhum momento da evolução qualquer anomalia esquizofrênica manifesta ou característica. A sintomatologia pode comportar um afeto frio ou inapropriado; um comportamento estranho ou excêntrico; uma tendência ao retraimento social; ideias paranoides ou bizarras sem que se apresentem ideias delirantes autênticas; etc.”. Definição disponível em: [http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f20\\_f29.htm](http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f20_f29.htm)

<sup>8</sup> Transtorno caracterizado pela ocorrência de uma idéia delirante única ou de um conjunto de idéias delirantes aparentadas, em geral persistentes e que por vezes permanecem durante o resto da vida. Definição disponível em: [http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f20\\_f29.htm](http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f20_f29.htm)

<sup>9</sup> Trata-se de transtornos nos quais a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou do afeto, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade associada) ou de uma elação. Definição disponível em: [http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f30\\_f39.htm](http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f30_f39.htm)

<sup>10</sup> Segundo a Lei nº 10.216, em seu Parágrafo único: “São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica: I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.”. Legislação disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)

Regulação das Internações, Escuta Qualificada, Alta Assistida, corresponsabilidade nas evasões, Visita Diária, Reunião com Familiares, Acesso dos Familiares às Enfermarias, Enfermaria Especializada, Parcerias com órgãos governamentais e Sociedade Civil, Coleta Seletiva, Cuidando do Cuidador – voltado à integração das famílias no tratamento.

Além disso, a relação do Hospital Dr. João Machado com as redes de atendimento psicossocial de Natal, que se dá através dos encaminhamentos dos pacientes em alta médica aos CAPS e CAPSad, e através do projeto de Alta Assistida que objetiva promover um contato com o paciente e sua família após a alta, orientando a respeito da importância da medicação e do comprometimento com o tratamento; e direcionar o acompanhamento do portador de transtorno mental para alguma unidade de saúde ou CAPS que exista na região de seu domicílio, com a finalidade de estabelecer comprometimento do gestor de saúde do município com o tratamento do paciente assistido.

Essa relação é de extrema importância, principalmente no que se refere aos princípios da Reforma Psiquiátrica, pois a continuidade do tratamento nessas redes de atendimento, sem necessidade da internação é um indício da efetivação do processo de desinstitucionalização, porém esta última não se refere apenas a isso, como será discutido mais adiante neste trabalho.

Logo, se torna necessário que as iniciativas sejam pensadas em sintonia com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, na perspectiva de contribuir para a efetivação da desinstitucionalização, enquanto um direito do cidadão acometido pela doença e/ou transtorno mental, com vistas a primazia do Estado, na diminuição dos leitos nos Hospitais Psiquiátricos e na ampliação da rede de Atendimento Psicossocial, tendo em vista as condições dignas, e, dando apoio e estímulo aos familiares na corresponsabilidade do tratamento, sendo este a meu ver um dos grandes desafios para a Saúde Mental.

### **2.2.1 Enfermaria Álcool e Drogas**

A Enfermaria Álcool e Drogas (EAD) do Hospital Dr. João Machado (HJM), cenário no qual realizei o Estágio Curricular em Serviço Social, teve

início nas instalações da Enfermaria Ana Néri da Clínica Médica do HJM, criada em outubro do ano de 2010, esta enfermaria é uma continuidade do projeto de 2008 da Unidade de Desintoxicação que foi pensado devido à demanda de usuários de álcool e outras drogas no hospital.

A EAD destina-se ao cuidado específico dos portadores de transtorno causado pelo uso abusivo de álcool e outras drogas, com internação hospitalar que variam de curta à média permanência durante a fase aguda de vulnerabilidade social e comprometimento psíquico provocado pelo uso abusivo de álcool e outras drogas.

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), órgão vinculado a Organização das Nações Unidas (ONU), a dependência química é o estado psíquico e físico resultante da interação entre um organismo vivo e uma substância, caracterizado por modificações do comportamento e outras reações que recorrentemente incluem o impulso a utilizar a substância de modo contínuo ou periódico com a finalidade de experimentar seus efeitos psíquicos, e algumas vezes, de evitar o desconforto da privação.

A dependência química é reconhecida como doença, de acordo com a OMS, a palavra doença trata-se de uma alteração da estrutura e funcionamento normal da pessoa, que lhe seja prejudicial. Portanto, assim como, hipertensão, diabetes dentre outras doenças, a dependência química deve ser vista como tal, sem desconsiderar os determinantes históricos que levam o acometido de dependência química a utilizar a substância psicoativa. (COSTA, 2008)

Segundo o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID), lançado em 2002, pela Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas, a estimativa de mortes associadas ao consumo de drogas no ano de 2005 foi de 6683. Ano em que a Política Nacional sobre Drogas incluiu em seus objetivos a necessidade de manutenção e atualização do OBID tendo em vista a importância do Observatório para o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas.

Devido o alto índice de demandas nessa área específica, sobretudo no HJM, a EAD foi pensada a fim de realizar o tratamento acometido pela dependência química por uma política pública integral em saúde mental onde os pacientes são acolhidos, examinados e encaminhados à rede de apoio

psicossocial de acordo com suas especificidades. Os familiares dos usuários também são acolhidos e orientados a fim de dar continuidade ao tratamento iniciado no Hospital, através da rede de assistência à saúde mental<sup>11</sup>.

Além disso, esta enfermaria conta com uma equipe multiprofissional com médico psiquiatra e clínico geral, psicólogo, terapeuta ocupacional e duas assistentes sociais, além da equipe de enfermagem e um nutricionista. Em suma, a missão desta enfermaria especializada é prestar assistência aos dependentes químicos que se encontram em situação de vulnerabilidade social, devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas, a fim de proporcionar o restabelecimento da saúde do ponto de vista biopsicossocial, assim como, a continuidade do tratamento por meio das unidades de referência. Mas será que à continuidade do tratamento nos CAPSad estão acontecendo na prática? Estes estão atendendo a demanda da drogadição na atualidade?

### 2.3 SERVIÇO SOCIAL E PROJETO ÉTICO POLÍTICO PROFISSIONAL NO HOSPITAL JOÃO MACHADO

Desde o período de sua inauguração o Hospital Dr. João Machado tem em seu corpo de profissionais, assistentes sociais. No ano de inauguração do HJM (1957) o serviço social do hospital era composto pelas chamadas “damas protetoras”, que atuavam sob influência da igreja. Posteriormente, o quadro de profissionais no serviço social foi composto por duas assistentes sociais e dois cientistas sociais, período da atualização do conservadorismo na profissão, que se utilizava do método funcionalista cristão.

A ruptura do serviço social tradicional e a Reforma psiquiátrica brasileira estão em consonância não só pelo período histórico, pois ambas evoluíram no decorrer das lutas sociais brasileiras. Mas, principalmente pela essência de

---

<sup>11</sup> Desde o ano 2002 que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do SUS atendem e acompanham pessoas que sofrem com o uso problemático de drogas. Apesar dessa rede crescer ainda lentamente, esta inclui Casas de Acolhimento Transitório, equipes de Redução de Danos, Hospitais Gerais e Prontos-Socorros, ultimamente está havendo a disseminação também dos Consultórios de rua. Essa rede integra ainda os Postos de Saúde e a rede pública de ambulâncias. Para melhor compreensão sugiro assistir os curtas metragem desenvolvido pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) sobre Drogas e Cidadania disponíveis em: <http://drogasesaude.org.br/>

defesa dos direitos sociais, com os princípios de liberdade, equidade e cidadania plena independente da condição de ser.

A perspectiva da intenção de ruptura é uma crítica ao Serviço Social Tradicional nos seus aspectos teóricos, metodológicos e ideológicos. Possui um caráter de oposição à autocracia burguesa e de contraposição à perspectiva modernizadora, significa “[...] romper substantivamente com o tradicionalismo e suas implicações teórico-metodológicas e prático-profissionais.” (NETTO, 2007, p. 250).

Com o passar do tempo e a necessidade de intervenção profissional, foi crescendo o corpo de profissionais da Divisão do Serviço Social no âmbito do HJM e atualmente o quadro profissional é de dez Assistentes Sociais para todo hospital. Apesar de ser um número pequeno de profissionais, tendo em vista as demandas do HJM, o Serviço Social deste hospital é uma referência, no que diz respeito à Luta Antimanicomial, e isso reflete na gestão do hospital, pois no ano de 2005, passa a ter a frente da direção a primeira Assistente Social, Gestão essa que segundo os profissionais mais antigos proporcionou mudanças significativas em consonância com a Luta Antimanicomial.

A fim de erradicar os resquícios remanescentes do antigo padrão asilar, foram realizadas mudanças voltadas para a atenção, cuidado e ressocialização do paciente portador de transtornos mentais, com base na desinstitucionalização e respeito aos Direitos Humanos. Segundo Alves e Pereira (2008), dentre outras orientações, existiu nessa gestão uma prática voltada para que, dentro do possível, as internações se deem no menor tempo necessário para a efetivação do tratamento.

O olhar diferenciado ao paciente acometido de transtorno/doença mental foi extremamente relevante no que se refere aos avanços internos do hospital. Com o conceito da Reforma Psiquiátrica era percebido este avanço, mas deu-se apenas por iniciativa de alguns profissionais e equipes, de forma isolada, sendo ampliado a partir dessa gestão, o que viabilizou e consolidou novas propostas de humanização na assistência aos seus pacientes, baseadas na interdisciplinaridade, desinstitucionalização e exercício da cidadania. Sendo, em 2005, implantado o Primeiro Projeto Terapêutico Institucional.

Além desse projeto, houve também nessa gestão a efetivação do Projeto de Moradia Assistida, que objetiva contribuir para a ressocialização e o resgate

da cidadania e autonomia dos portadores de transtorno mental com internação contínua no HJM, tal projeto vem sendo implementado desde o ano de 2005. A intervenção do Serviço Social nesse projeto é de suma importância tendo vista a capacidade inerente ao assistente social de atuar com a perspectiva histórica e dialética da realidade.

A partir também dos instrumentais técnicos do assistente social foram possíveis levantar dados importantes acerca dos pacientes, a fim de enxergar as possibilidades de ressocialização, priorizando o retorno ao convívio familiar e social. O projeto de Moradia Assistida foi um referencial para a efetivação de ações que priorizam a defesa dos direitos humanos contribuindo para o processo de desinstitucionalização.

Porém, é válido salientar que a Moradia Assistida é apenas um recurso intermediário a esse processo e que há a necessidade de implantação de mais Serviços Residenciais Terapêuticos no município de Natal - RN, o que vem sendo secundarizado devido à conjuntura política do estado do Rio Grande do Norte de descaso com a esfera pública, frutos da crise estrutural do capital e seus rebatimentos no mundo do trabalho, como as novas formas de enfrentamento da Questão Social através do terceiro setor e do voluntariado.

A conjuntura atual está deixando os usuários da saúde mental desprovidos de meios de amparo social e de benefícios para o seu bem-estar biopsicossocial. Com o desmonte das políticas públicas em geral, e também da saúde mental, dentro de um contexto neoliberal, são impostos limites à atuação do assistente sociais, na medida em que há a redução dos gastos sociais.

Assim, o Serviço Social precisa buscar novas possibilidades de intervenção o que torna indispensável à ruptura do conservadorismo ainda presente na atuação profissional, para realização de uma prática comprometida com os interesses das classes subalternizadas e voltada para a concretização dos direitos sociais. (PEREIRA et. al . 2011)

Contudo, o resgate da autonomia e o processo de ressocialização dos pacientes, continuam sendo o objetivo principal da Divisão de Serviço Social nesta instituição, mesmo com as limitações do cotidiano profissional, as estratégias utilizadas por meio de ações como oficinas terapêuticas que objetivam a integração social, possibilitam a liberdade de expressão, o

desenvolvimento das habilidades e estimulam a autonomia e a autoestima dos pacientes.

Assim, em consonância com Guerra (2007) é válido salientar que, o que garante um projeto crítico para a profissão, além da oposição a barbárie capitalista é a possibilidade de construção permanente de perfis profissionais, sobretudo do profissional que conhece suas competências e imprime qualidade técnica às suas ações com uma direção crítica visível e consciente, tendo como princípio a defesa permanente dos direitos sociais e humanos, considerados como conquista da humanidade, herança das lutas dos movimentos sociais e com a finalidade de superar a histórica vinculação do profissional com o conservadorismo. (GUERRA, 2007).

Nessa perspectiva, a atuação do serviço social na EAD é de extrema importância no que se refere à defesa dos direitos humanos, que é um dos princípios fundamentais do código de ética do assistente social. Apesar da precarização do trabalho do assistente social, é perceptível a tentativa de atuar em consonância com os princípios éticos profissionais expressos no Código de ética da profissão e na Lei de Regulamentação da profissão (Lei nº 8662/1993).

A atuação profissional na EAD se dá de acordo com as demandas presentes no cotidiano profissional. Como na relação entre a família e o paciente, pois este último, na maioria das vezes, não tem mais contato com os parentes, ou são moradores de rua, ou não têm consciência mínima de saber quem é, e onde estar.

Na verdade, são variadas as demandas presentes no cotidiano profissional e poucos os recursos para intervir no enfrentamento da Questão Social. Esta última aqui é compreendida enquanto parte constitutiva das relações sociais capitalistas, portanto, como expressão ampliada das desigualdades sociais. Isso implica dizer que a produção/reprodução da questão social assume perfis e expressões historicamente particulares na cena contemporânea e seu enfrentamento implica na prevalência das necessidades da coletividade dos trabalhadores, da primazia das responsabilidades do Estado e na afirmação de políticas sociais de caráter universal, voltadas aos interesses da grande maioria, condensando um processo histórico de lutas pela democratização da economia, da política, da cultura na construção da esfera pública. (IAMAMOTO, 2007)

Segundo Guerra (2007) o assistente social está de posse de um projeto profissional que nos clarificam os objetivos profissionais e os valores, que contenha o referencial teórico-metodológico que nos permita fazer a crítica ontológica do cotidiano, da ordem burguesa e dos fundamentos conservadores que persistem na profissão.

Isso significa dizer que, os assistentes sociais estão aptos a desenvolver novas competências nos espaços sócio-ocupacionais a partir do questionamento dos critérios de elegibilidade que são focalistas, que tratam direitos como privilégios, e ampliando o quanto possível esses critérios, visando a sua universalização e qualificando ou redirecionando os programas focais para o atendimento de demandas reais dos usuários, e assim, democratizando o acesso pela via da informação, este último que é um dos principais instrumentos do qual o assistente social dispõe para fortalecer os sujeitos coletivos. (GUERRA, 2007).

Portanto, é válido salientar que para pensar a defesa dos direitos é preciso afirmar a responsabilidade do Estado, enquanto instância fundamental à universalização destes. Então, é um desafio diário atuar no enfrentamento da questão social perante o contexto neoliberal, no qual o Estado é máximo para o capital e mínimo para as demandas sociais. De fato, a realidade contraditória na qual estão inseridos os assistentes sociais tornou-se uma ameaça cotidiana à sua atuação profissional em consonância com o projeto ético-político da profissão.

Assim, acredita-se que os maiores desafios do assistente social na atualidade é construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes na sociedade. Na verdade, inserido nesse processo contraditório, o Serviço Social se vê confrontado com o conjunto de transformações societárias. (PEREIRA et. al. 2011)

Além disso, é a partir das regras institucionais que irá definir o tipo de relação que se estabelece entre o profissional e a instituição, bem como determinar as atividades/projetos para os quais é contratado, e isso “limita sua autonomia que será sempre relativa ao contexto sócio-histórico e à capacidade estratégica do profissional” (GUERRA, 2007, p. 6).

Logo, é primordial na atuação profissional do assistente social, fazer a constante reflexão crítica da realidade, a fim de romper com as determinações



que levam a acriticidade, ao conformismo, ao agir mecanicamente e as tendências de manutenção da ordem vigente. Por isso, acima de tudo é necessário travar uma luta política e ideológica na perspectiva de construção de um projeto profissional que defenda os reais interesses das classes desprivilegiadas, para garantir a hegemonia do projeto ético-político da profissão e para que os desafios não sejam vistos como barreiras intransponíveis ao pleno exercício profissional.

### **3 FAMÍLIA E TRATAMENTO NO HJM: EM TORNO DA EXPERIÊNCIA DO ESTÁGIO OBRIGATÓRIO**

Dentre as diversas demandas na divisão do serviço social da EAD: a procura da família devido à fragilidade dos laços de parentescos e conseqüentemente os “abandonos” recorrentes no Hospital, a culpabilização da família devido à fase aguda de drogadição, e várias outras questões na qual a família é alvo são recorrentes na enfermaria, sendo assim, a família é o objeto central das intervenções do assistente social.

A partir desse contexto, o meu projeto de intervenção no Estágio Obrigatório II, intitulado como “A Importância da Família no Tratamento de Dependência Química do Hospital Dr. João Machado” se deteve na orientação do paciente e da família, levando a abordagem familiar feita pelo serviço social como parte integrante do tratamento.

Na verdade, para se pensar na problemática do uso abusivo de álcool e outras drogas na atualidade e seu tratamento são imprescindíveis considerar os diversos atores envolvidos nesta questão como o indivíduo, a família, a sociedade e o Estado na atual conjuntura.

Logo, a intenção de fazer essa abordagem também com o paciente dependente químico se deu para que este possa refletir acerca do seu papel enquanto sujeito de direito, trazendo à família nesse processo, tendo em vista a indiscutível importância que ela tem nesta proposta de reabilitação psicossocial do portador de dependência química.

Além disso, é pertinente salientar acerca dos problemas tidos como sociais em que o dependente químico sofre cotidianamente e que se configuram nas múltiplas expressões da questão social, tais problemas jamais devem ser esquecidos. Reafirmando a importância de trabalhar o papel da família e tendo em vista à realidade na qual está inserida e a situação conflitante que a mesma ocupa perante a influência que sofre da sociabilidade capitalista. Levando a responsabilização do usuário de álcool e outras drogas e da família, criminalizando e estigmatizando o dependente químico.

É pertinente ressaltar que a família aqui vem sendo compreendida na concepção de Engels, que acerca desse debate articula a evolução histórica da família às condições de produção e de reprodução social, ou seja, cada tipo de

família corresponde a determinado estágio alcançado em termos de organização na produção. (SIERRA, 2011). De acordo com Engels (2006), a família é produto do sistema social e refletirá o estado de cultura desse sistema.

Com base nisso, é pertinente ressaltar o modo em que o uso abusivo de álcool e outras drogas vêm se manifestando no âmbito das famílias brasileiras, independente da classe social, embora seja evidenciado com frequência nas classes subalternizadas. A família é um dos primeiros espaços onde a questão do uso de drogas pode ser identificada, por isso esta se tornou um eixo de preocupação quando o assunto são drogas. (REIS, 2005).

Ora, a questão da drogadição nas últimas décadas vem sendo uma problemática que merece atenção, devido a grande população que esta acometida da doença da dependência química na sociedade brasileira. O crescente aumento do uso abusivo de drogas no país não se trata apenas de uma questão de saúde pública e sim de uma expressão da Questão Social na qual a família e a sociedade vêm sofrendo seus rebatimentos.

### 3.1. “DEPENDÊNCIA QUÍMICA É DOENÇA”: CONVERSANDO COM AS FAMÍLIAS

Figura 1



Fonte: Foto retirada na Intervenção realizada no semestre de 2013.1.

Dentre as metodologias utilizadas para trazer à família a corresponsabilidade do tratamento, foram realizadas reuniões com estas a fim de fazer uma socialização das dificuldades enfrentadas no tratamento da

dependência química, para em um segundo momento, a equipe multidisciplinar e/ou a Divisão do Serviço Social reunir-se e planejar uma intervenção voltada às demandas apresentadas. Sendo este um meio de debater junto à família acerca das principais dificuldades na relação com o dependente químico.

A nossa meta era fazer com que as atividades de intervenção fossem realizadas semanalmente. Na medida do possível, foram realizadas, porém esporadicamente, devido às condições objetivas que impossibilitaram o adiantamento das intervenções. Além disso, mesmo com a divulgação em cartazes houve pouca participação destas, nas reuniões, contudo, foram realizadas duas reuniões (rodas de conversa) que discutia a temática da Dependência Química enquanto doença e também sobre codependência<sup>12</sup>, que foram continuadas, através de entrevistas abertas, para a pesquisa deste Trabalho.

A fim de promover a reaproximação dos pacientes da Enfermaria Álcool e Drogas junto às suas famílias mostrando a importância da mesma no tratamento da dependência química, na primeira Reunião houve uma breve explanação acerca do projeto (apresentação, objetivo, metas, metodologias), para a compreensão do “porquê” da nossa intervenção.

Em seguida, foi feita a orientação acerca do uso abusivo de álcool e outras drogas enquanto uma doença, e também da codependência, este que se constitui em um processo apreendido geralmente na família, tendo em vista que o codependente deixa de viver a sua própria vida, para se dedicar a tudo que acontece na vida do dependente, acarretando assim, problemas de caráter biopsicossocial.

A partir dessa explanação foi aberto o espaço para socialização das dificuldades enfrentadas, na qual, os poucos participantes presentes participaram do espaço. E então, foi possível identificar que tais dificuldades, hegemonicamente, foram das precárias condições dos serviços prestados por parte do estado, tendo estes que recorrer a instituições de caráter privado e/ou filantrópico.

---

<sup>12</sup> De modo geral, o termo codependência se refere à pessoa que convive de forma direta com alguém que apresenta alguma dependência química e, em especial o álcool. Trata-se de uma obsessão familiar sobre o comportamento e bem estar do dependente químico, em que o eixo da organização familiar passa a ser o controle do consumo deste. (ZAMPIERE, 2004). Para aprofundamento desta questão sugiro ZAMPIERE (2004).

Apesar disso, a defesa pela primazia do estado nas questões sociais foi postas em prática nas minhas intervenções, dando orientação para a continuidade do tratamento nos CAPSad e em outras instituições de caráter público como nos Centros de Referência em Direitos Humanos (CRDH), Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS).

A avaliação feita pelos familiares presentes foi ao fim da reunião, pois como foram poucos os participantes (cerca de quatro pessoas) cada um deu seu parecer acerca do momento, sendo perceptível nas falas que foi um momento importante, pois nunca tiveram um espaço propício para serem escutados e orientados devidamente.

A segunda reunião com as famílias que aconteceria na semana posterior a essa, não foi possível de ser realizada tendo em vista a ausência de familiares nas visitas aos pacientes – De dezesseis pacientes, apenas dois, receberam visita, no qual foi realizada uma orientação com a entrega de folders<sup>13</sup> e conversa grupal com as famílias e os pacientes que receberam visita, sobre as dificuldades encontradas no tratamento e orientação para a continuidade deste, após o recebimento da alta no Hospital Dr. João Machado.

Ora, o que ficou evidente a partir das dificuldades de conseguir chamar as famílias à coparticipação no tratamento da dependência química, foi a ausência de motivação destas e isso se explica no fato de não ser parte da cultura do HJM, sobretudo da EAD realizar rodas de conversas com as famílias, embora sejam necessárias na rotina da Enfermaria.

No período do Estágio Obrigatório, foi perceptível a ausência de uma articulação generalizada como: a) da equipe multidisciplinar entre si; b) da equipe multidisciplinar com as famílias; e c) da equipe multidisciplinar com os pacientes; e isso repercute significativamente no tratamento da dependência química, como veremos a seguir.

---

<sup>13</sup> A utilização de folders informativos no período de intervenção, no Estágio Obrigatório II foi uma estratégia para chamar às famílias as reuniões, tendo em vista a pouca participação dos familiares nas rodas de conversas, e também para divulgar o espaço de atendimento às famílias pelo Serviço Social, este estará disponível no 'anexo A' deste trabalho.

### 3.2. A NECESSIDADE DE INTEGRAÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Devido a grande demanda da equipe multidisciplinar, e conseqüentemente a ausência de tempo para participação e contribuição nas intervenções, foi elaborado um questionário, a fim de identificar a opinião dos funcionários e estagiários da EAD, acerca da importância da família no tratamento da dependência química. Sendo este um instrumento utilizado, principalmente, para identificar se estes profissionais estão capacitados para o atendimento conjunto entre o Estado, os serviços e a família.

Não foi possível aplicar o questionário com todos os profissionais da EAD, devido à escala ser bastante flexível, mas ainda assim, a partir dos dados colhidos, todos os profissionais acreditam que a família é importante para o tratamento da dependência química.

O total de nove profissionais responderam o questionário. Dentre eles, apenas uma pessoa respondeu que o tratamento da dependência química é unicamente de responsabilidade do paciente. E os demais, creem que a rede articulada – serviços, família e o paciente – são responsáveis pelo tratamento. Além disso, os profissionais ao descreverem acerca da importância da família para o tratamento da dependência química, mais de cinquenta por cento dos profissionais acreditam que a família é importante, devido o espaço de afeto que é caracterizado as famílias.

Embora tenha aparecido um discurso de caráter religioso e de culpabilização do indivíduo, nas entrelinhas da análise dos resultados, esta foi inexpressiva, tendo em vista que apenas dois dos profissionais que apresentaram esta perspectiva.

Mas, ficou claro que a reprodução do senso comum, influenciada muitas vezes pela mecanicidade do trabalho cotidiano, ocorre devido à ausência de incentivos do estado, para capacitação desses profissionais. Além das péssimas condições de trabalho que estes são submetidos cotidianamente, refletindo negativamente nos serviços prestados.

De acordo com a política de Redução de Danos - que é uma estratégia de abordagem do tratamento da dependência química que não parte apenas do princípio da imediata extinção do uso de drogas, seja no âmbito da sociedade ou no caso de cada indivíduo, mas também formula práticas que

diminuem os danos para aqueles que usam drogas e para grupos sociais com quem convive - a capacitação de profissionais é um dos desafios atuais para a atenção à saúde na área de dependência química.

Não obstante, outro fator que transpareceu na pesquisa foi o isolamento da equipe multidisciplinar, além de não serem profissionais fixos na EAD, o contato entre os profissionais se dão por intermédio de um prontuário, no qual, diariamente estes que são de diversas áreas escrevem sobre a rotina do paciente, e entre os profissionais da mesma área, como no caso dos psicólogos e assistentes sociais, existe um livro de ocorrência no qual eles descrevem acerca da rotina de seu dia de trabalho.

Além disso, não há uma integração também com os pacientes e tampouco com as famílias. Os pacientes da EAD possuem terapia ocupacional três vezes por semana e aulas de artesanato apenas uma vez, além disso, os pacientes recebem palestras do AA semanalmente. As demais atividades são rotineiras como visita médica psiquiátrica, realização de exames, entre outros.

Assim, era perceptível a sobrecarga do assistente social na EAD, pois na maioria das vezes, não restava tempo para realizar intervenções com as famílias, fazer uma articulação com as redes de atendimento psicossocial e até atender a demanda da própria enfermaria, pois sem uma abordagem multiprofissional, o tratamento da dependência química se torna inviável;

### 3.3 UM OLHAR SOBRE OS PACIENTES DA ENFERMARIA EAD

Dentre os objetivos específicos do Projeto de Intervenção do Estágio Supervisionado II em Serviço Social, tínhamos a pretensão de fazer uma articulação com grupos de dependentes químicos que já superaram a fase aguda da doença como Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA), sendo esta uma das formas levar motivação a respeito do tratamento da dependência química, e alcançar o objetivo de orientar acerca de que o uso contínuo de álcool e outras drogas se tratam de uma doença e não de uma questão de caráter/conduta.

Assim, a articulação com os Alcoólicos Anônimos (AA) que já realizava palestras semanais na Enfermaria se manteve, com a intervenção das estagiárias ao final de cada reunião, abrindo espaço para os pacientes socializarem acerca das dificuldades do seu tratamento.

Apesar de muitos não sofrerem da dependência do álcool e sim de outras substâncias, como o crack, essa foi uma maneira encontrada de levar à reflexão a esses pacientes já que não foi possível integralizar os Narcóticos Anônimos (NA) às palestras semanais, pois estes não tinham uma equipe preparada para ministrar palestras semanalmente.

Estava previsto na nossa intervenção fazer sessões de cinema com os pacientes, levando em consideração filmes/documentários com temas relevantes para discussão e após a exibição estimular ainda mais reflexão acerca do seu papel enquanto sujeito de direitos, sendo esta uma das formas de combater a ociosidade na EAD, e também de desmistificar a ideia de aprisionamento sentida pelos pacientes da Enfermaria.

Entretanto, não foi possível colocar em prática esta ação, pois a EAD não dispõe de equipamentos suficientes para fazer essa atividade na Enfermaria. Além disso, no último semestre houve um alto índice de internações involuntárias e compulsórias, e conseqüentemente de evasão<sup>14</sup> dos pacientes, sendo este um dos motivos que não fizemos a atividade na sala de vídeo que o Hospital disponibiliza, pois a responsabilidade em caso de um paciente evadir seria unicamente da Divisão do Serviço Social.

Uma observação importante é a recorrência da evasão, na maioria das vezes em que o paciente é submetido à internação involuntária ou compulsória, e isso nos leva a refletir acerca da ineficiência do tratamento quando o paciente não aceita este, esta problemática ainda será discutida nesse trabalho.

### 3.4. AVALIAÇÃO CRÍTICA E PERSPECTIVA DE CONTINUIDADE DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta de enfatizar a importância da família no tratamento da dependência química, a partir do entendimento que esta tem uma contribuição fundamental na recuperação dos pacientes que estão acometidos da dependência química, e que também a mesma sofre as conseqüências da doença, foi de fundamental relevância para EAD.

---

<sup>14</sup> No âmbito do Hospital Dr. João Machado, se considera evasão quando o paciente sai sem justificativa e/ou sem comunicar aos profissionais, através de “fugas”, e não voltam em até 24 horas. Caso o paciente volte antes das 24 horas, a partir do horário em que sentiu sua falta não é considerado evasão e este pode dar continuidade ao tratamento.



Pois, este se deu em consonância com o princípio da desinstitucionalização<sup>15</sup> da Reforma Psiquiátrica, ou seja, trazendo à família, os profissionais e os serviços como forma de incluir a primeira na corresponsabilidade do tratamento.

Portanto, para minha atuação profissional a intervenção com as famílias, especificadamente na área da dependência química do Hospital Dr. João Machado, foi extremamente relevante principalmente por ter sido pautada numa perspectiva crítica, sob a apreensão de que a drogadição e seu aumento na atualidade trata-se de uma expressão da Questão Social, ou seja, é objeto de intervenção do profissional de serviço social.

Então, apesar das condições objetivas, não terem favorecido o cumprimento de todas as ações planejadas, a partir desta experiência foi perceptível que nessa conjuntura de desigualdades sociais, a família também sofre as consequências da questão social, nesse caso, torna-se alvo das facetas do capital que reproduz a família modelo, culpabilizando a mesma quando não esta dentro dos padrões impostos na sociedade.

É válido salientar que as implicações da questão social no âmbito familiar só serão entendidas a partir da compreensão que as transformações ocorridas na família são correspondentes às mudanças econômicas e sociais da sociedade. De acordo com Reis (2005) as famílias que vivem o drama da drogadição são as mesmas que convivem com a opressão, o medo, a culpa e os sentimentos de amor presentes nas relações de família.

Com base nisso é extremamente necessário que os profissionais que integralizam a rede de atendimento ao dependente químico, inclusive os assistentes sociais, atuem com o cuidado de não cair na visão autoritária, conservadora e moral de “restabelecimento da ordem”, levando em

---

<sup>15</sup> Neste trabalho a compreensão de desinstitucionalização se dá não do modo como durante muito tempo se deu em nossa realidade, “como a pura e simples desospitalização do portador de transtorno mental ou a suposta humanização dos locais de segregação e de furto da liberdade, pois esse modelo produziu, historicamente, abandono e desassistência de parcela da população usuária causando novas formas de internação mais obscuras e segregadoras, mas como um processo capaz de produzir com originalidade uma sociedade fundamentada no exercício pleno da cidadania, da liberdade, da justiça social e no respeito aos diferentes, entre outros princípios” (NOGUEIRA e COSTA, 2007 apud BOARINI, 2000) – Ver artigo Política Pública de Saúde Mental: discutindo o paradigma da desinstitucionalização - Anais da Jornada Internacional de Políticas Públicas. Agosto, 2007. São Luiz, MA.

consideração o universo de sentimentos que envolvem a família e os diversos fatores que levam à drogadição, e assim, não culpabilizando o indivíduo.

Nessa perspectiva, e buscando compreender as implicações da drogadição no âmbito familiar e o lugar da família no tratamento da dependência química, foi realizada entrevistas com acompanhantes de dependentes químicos da EAD. Assim, os próximos capítulos desse estudo serão dedicados aos dados colhidos, tendo em vista a essência da Luta Antimanicomial.

#### 4 A PERCEPÇÃO DAS FAMÍLIAS SOBRE O USO DE DROGAS E A CONVIVÊNCIA NO ÂMBITO FAMILIAR

A família pode levar muito tempo para se dar conta que há um membro na família que é dependente químico, seja por desconhecimento das reações do uso da droga ou pelo fato de não considerar a droga uma doença, mas na maioria das vezes a família é que se depara com as situações cotidianas que levam o indivíduo à drogadição. (COSTA, 2008)

Ao analisar as entrevistas percebi que há uma diversidade de comportamentos quando o assunto é uso abusivo de drogas. Sobre este quesito na minha pesquisa de campo fiz um levantamento sobre quais as atitudes tomadas pelas famílias ao perceber que o parente usava abusivamente algum tipo de droga e como ficou a convivência após o descobrimento.

Nas análises dos resultados percebi que há recorrências nas atitudes familiares, e também certas especificidade em cada família. Segundo Safira, quando a família percebeu que o paciente estava usando drogas, “Ninguém se incomodou, deixou à vontade. Principalmente meus pais. Não tomaram nenhuma atitude, nem... Não quiseram ver! A verdade é essa”. (SAFIRA, 2013)

Já Quartzzo Azul, ao perceber que seu filho fazia uso abusivo de álcool me afirmou que esta se tratava de uma pergunta difícil, pois segundo ele,

[...] o primeiro passo de um pai e uma mãe é pegar e dizer que a pessoa é drogada e que a pessoa é alcoólatra é cachaceira, não sei o que lá. Esse é o primeiro passo de qualquer família, se alguém disser que faz diferente, não tá falando a verdade, está mentido. Essa é a primeira reação da família, é essa aí. É errado? Super errado, mas infelizmente a convivência, é a vivência social que leva isso. (QUARTZO AZUL, 2013).

Os entrevistados em geral afirmaram da difícil convivência no âmbito familiar. Primeiro, porque a maioria dos pacientes, devido ao uso de drogas apresenta, segundo os familiares relatam, uma mudança significativa no comportamento e na maioria das vezes se tornam até agressivos. Assim, segundo Topázio Imperial,

Quando ele bebe, fica bravo, violento, quer matar todo mundo dentro de casa... Entendeu?[...] Ele não tem condições de estar em casa de jeito nenhum. (TOPÁZIO IMPERIAL, 2013).

A convivência abalada leva recorrentemente aos conflitos e conseqüentemente aos possíveis abandonos por parte dos familiares. Na análise dos dados colhidos em capo, ficou explícita a corresponsabilidade da família no tratamento sobrecarregada a um membro da família, este que muitas vezes estavam vulneráveis à codependência.

O diálogo como uma alternativa para evitar a continuidade do uso de droga após a família tomar conhecimento também apareceu recorrentemente nas entrevistas, porém, segundo Rubi apenas a mãe deste paciente, junto com as irmãs, optaram pelo diálogo tentando convencê-lo a abandonar o uso de drogas. Afirma ele:

[...] infelizmente não resolveu, aí depois que o caso ficou bem sério, chegou um ponto que a mãe nem aguenta mais. Que foi quando ele passou a morar comigo... aí eu fui e 'acolhi ele', né? No caso comecei a tomar conta dele, mas muito difícil essa situação, porque praticamente minha casa não tem nada [...] Ele tendo oportunidade 'carrega' as coisas pra consumir, pra consumo. (RUBI 2013).

Segundo Azevedo e Miranda (2010), a convivência entre familiares e usuários é representada por um movimento de "ir" e "vir"; trata-se de um contínuo sofrimento envolvendo angústia, impotência e violência, no contexto do lar e/ou na rua.

A difícil convivência devido às conseqüências do uso abusivo de drogas é um fator preponderante nos resultados obtidos na pesquisa de campo. Outro exemplo na mesma linha se encontra na fala da Safira, que faz tratamento de codependência. Falando sobre o seu irmão, diz:

Muito difícil, sempre muito difícil, porque além do vício ele tem distúrbio bipolar, aí é uma pessoa difícil de conviver. E de mentir, de tirar as coisas, de vender tudo, essa situação todinha. (SAFIRA, 2013)

Ainda sobre a convivência, Safira afirmou que aquela aparece cada vez mais desgastada, pois se vê como "a única pessoa" do convívio familiar que se propõe a ajudar e assumir a corresponsabilidade do tratamento. Daí surge um questionamento, que este trabalho busca indagar: até que ponto a família deve intervir no tratamento, tendo em vista a sua corresponsabilidade?

De fato, é fundamental uma articulação do hospital para com as famílias tendo em vista a eficácia do tratamento, porém o que parece que está imbricado nas entrevistas é exatamente a contradição dessa questão. Um

exemplo é a fala do Quartzo Azul a respeito da convivência com o filho dependente químico de álcool:

[...] agora mesmo vim visitar, ele me mandou embora, ele disse: - 'pode ir embora, já falei tudo que tenho que falar, pode embora.' Já é a terceira vez que venho, três vezes, sempre hostiliza [...] Eu? Vou fazer o que? Vou ficar ali? Vão ficar os dois um olhando pro outro e sem ninguém dizer nada e não resolve nada! É complicado isso é coisa mais complicada que existe é isso aí. Realmente é o que dizem esse é o mal do século é a droga né? Tudo que é droga [...] Tu acha que isso aqui recupera alguém? Existe alguma instituição em Natal que recupera alguém? O que vai acontecer agora, final de semana, vão largar ele de novo, vão liberar ele, o que tu acha que vai acontecer? Ele vai beber! E agora o grande problema é que ele esta começando a ficar doente, ou vão matar ele ou ele vai matar alguém, pode ter certeza, e é isso que eu quero pro meu filho? (QUARTZO AZUL, 2013).

Entre as dificuldades de tratamento eficaz ao dependente que justificam sua internação, tem maior relevância à ausência de apoio adequado psicossocial externo, para a descontinuação do uso de drogas. Dentre outros fatores, é importante não esquecer que se supõe o retorno do paciente ao seu meio de origem, após a internação, e assim, a presença de fatores que reforçam uma utilização continuada da droga. Portanto é necessário voltar à atenção aos fatores de proteção na inserção familiar. (Zampiere,2004).

Na análise Zampiere (2004), ela acredita que, uma vez em que grande parte dos autores afirmam que a maioria dos dependentes químicos se livram com sucesso da droga por curto tempo, à atenção voltada aos fatores associados à recaída torna-se fundamental. E é nesse aspecto que é de fundamental importância o apoio da família.

Em consonância com a política de Redução de Danos, as estratégias terapêuticas não devem ser baseadas apenas no afastamento ou eliminação da droga do organismo, ou ainda reversão das alterações neuropatológica, mas também aos aspectos socioculturais e psicológicos.

Porém, na realidade brasileira, como no caso do Hospital Dr. João Machado, a proposta de tratamento unicamente baseado no afastamento da droga por meio da internação ainda perpetua. Na tentativa de responder a pergunta do Quartzo Azul, a respeito da existência de uma instituição que se efetive o tratamento na recuperação do paciente, de fato, trata-se de um dos maiores desafios para que o tratamento da dependência química consiga obter os resultados esperados pela família, pelos serviços e também pelo paciente.

Pois, é necessário, além da capacitação dos profissionais, melhorias na qualidade dos serviços prestados a população. Segundo a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD, 2013), tanto nos tratamentos que exige a abstinência, como o caso do realizado no HJM, quanto nas estratégias de Redução de Danos ocorre o que chamamos de “recaída” ao uso de drogas, o que justifica que para além do tratamento deve haver um contínuo acompanhamento como a atenção à família e a ressocialização do paciente.

#### 4.1. OS MOTIVOS QUE LEVARAM OS PACIENTES AO USO DE DROGAS, SEGUNDO AS FAMÍLIAS.

Na área da saúde mental, os autores defendem que dentre os diversos fatores, sejam eles sociais, psicológicos, biológicos que levam o indivíduo a experimentar alguma droga, não há ainda um consenso sobre quais deles que levam prioritariamente algumas pessoas se tornarem dependentes e outras não (COSTA, 2008). Em minha pesquisa de campo, observei nas entrevistas que as famílias recorrentemente procuram uma só resposta concreta e específica para justificar o uso de drogas. Houve um caso em que a mãe do paciente explica o início da dependência através da morte de uma pessoa querida, que neste caso foi a esposa do paciente. Depois de explicar toda a história do filho junto a sua esposa, Esmeralda diz:

Aí isso pra ele foi uma morte, uma coisa grande, teve uma depressão tão grande [...] Ele pedia pra levar comida pra ela no cemitério, dizia que ela passava a noite dando cafuné nele, e até a gente achava graça. Que se fosse nessa época agora... eu tinha procurado logo uma ‘dirigência’ pra ele. (ESMERALDA, 2013).

Ora, há aqui todo um histórico envolvido para que o paciente venha a usar abusivamente de drogas. Nesse caso, a mãe salienta o ‘trauma’ devido à perda; isto é nítido na fala dela, mas devem ser levados em conta também outros fatores que estão imbricados nesta história de vida, pois a causa da dependência química, os autores apontam (Zampiere, 2004; Costa, 2008; SENAD, 2013), nunca é apenas um fator e sim uma junção de diversos fatores que levam a isso; esses que podem ser desde a hereditariedade até o convívio social do indivíduo.

Em outros casos também apareceu como condicionante a "perda" de alguém querido, como a interpretação de um pai é, de que o estopim foi o término de um relacionamento amoroso, além da interpretação do tio de um

paciente, que para ele a morte de um parente próximo o levou a depressão e o uso de drogas foi uma alternativa para fugir do problema.

Ou seja, a família oferece/cria diferentes interpretações sobre os motivos do início da dependência. Ora, perceptivelmente a família parece necessitar de uma razão concreta, e, como já aponte, as razões são diversas.

Por isso, é importante destacar os aspectos do contexto familiar em que estão inseridos os dependentes químicos como o desemprego, a violência, a insegurança. Esses, que são um conjunto de ações que configuram diferentes expressões da questão social, por isso é fundamental trabalhar o papel da família, que dada à realidade da sociedade, ocupa uma posição difícil e conflitante. (COSTA, 2008).

Além das famílias acreditarem que a dependência vem acompanhada de traumas, devido a perdas de entes queridos da família, etc., em muitas entrevistas apareceu o fator "influência de terceiros", como uma das maiores causas que levaram os pacientes a provarem pela primeira vez as drogas.

Segundo Topázio Azul, irmão de um dos pacientes e único familiar que o acompanha, foi "influência na adolescência" que fez com que este começasse a usar drogas. Assim como Topázio Imperial, ele acredita que também a influência de amigos foi crucial para que seu filho passasse a usar drogas. Porém, a "influência" também aparece como acompanhada da "vontade" do paciente. Como diz Quartzoso Rosa:

Ele quis fazer! [...] sempre eles arranjam um pretexto, né? Um motivo[...]uma coisa pra fazer, porque em casa não teve discussões, não teve bate-boca, não teve briga, não teve nada! [...] já me disseram também que foi um convite de um amigo que veio do interior. 'Convidou ele'. Porque sempre tem esse convite. Aí 'convidou ele' para tomar um copo de cerveja [...] O meu marido falou: - Não, eu estou tomando coca-cola. - Isso é bebida de moça, esta tomando coca-cola? Quem é você? Pega uma cervejinha. [...] Mas ele tomou porque ele quis, também [...]. Porque o que estaria fazer ali no bar? Não é isso? Ele não era pra estar lá no bar, se ele foi 'no' bar, é porque ele estava no pensamento de tomar o copo de cerveja, ou uma dose de cachaça ou uma coisa assim. (QUARTZOSO ROSA, 2013).

Elementos de cunho machista aparecem nesta fala, e de fato são recorrentes no seio da sociabilidade capitalista, inclusive pelo incentivo midiático nas propagandas de TV, vinculando, por exemplo, a cerveja, a mulher loira e bonita dentro dos padrões de corpo ideal, perpassando a ideia de que beber é sinônimo de masculinidade.

Ora, a mídia tem estimulado o uso de bebidas alcoólicas, o que banaliza e legitima o consumo de álcool, sem revelar os verdadeiros efeitos que o seu uso excessivo pode ocasionar ao indivíduo. Além disso, é interessante observar que os alcoólicos e seus familiares não consideram o álcool uma droga, unicamente porque seu uso é legalizado e incentivado. (COSTA, 2008).

Ainda sobre os motivos que levaram os pacientes a usar drogas foi percebido nas entrevistas que alguns pacientes, além da doença da dependência química, possuem alguma outra doença/transtorno mental, tal fator, muitas vezes, está relacionado com o uso abusivo de drogas, direta ou indiretamente.



## 5 "A ESPERANÇA DA GENTE ERA UM CAPS VINTE E QUATRO HORAS": DO TRATAMENTO PARA AS FAMÍLIAS OUVIDAS

Na pesquisa de campo, as famílias salientaram em diferentes momentos a noção de "descanso" que sentem quando os pacientes são submetidos à internação. Ora, embora neste trabalho eu ressalte fundamentalmente a importância do princípio de desinstitucionalização, entendo que em alguns casos é necessário não perder de vista que a internação aparece para as famílias como "necessária", embora saibamos que comprovadamente esta não é a melhor alternativa de tratamento. Advém daí a noção de "descanso" evidenciada acima.

Por exemplo: a mãe do paciente Ametista é idosa, corresponsável pelo tratamento daquele e responsável pela criação do neto de doze anos de idade. Trata-se de um contexto familiar extremamente complexo, porque, além disso, o paciente apresenta indícios de transtorno/deficiência mental. Sobre a importância da família no tratamento, Esmeralda refletiu:

Eu acho que a importância é grande, sabe, é grande. Só que por parte dele [se referindo ao paciente [...]] Não querem saber dele, só quem luta com ele sou eu e esse meu genro, porque 'nem próprio' as irmãs dele, as minhas filhas não querem [...] aí esses dias que ele está aqui eu vou ter um sossego [...] Todo apoio eu dou, aí venho aqui todos os dias[...] Essa semana eu tive no hospital, fiquei muito abalada. Tomei soro, tudo, que eu sou diabética e sou hipertensa aí na mente dele é como uma criança, ele não entende o que é isso. Como levo pra casa? Eu vou levar esse homem pra casa? (ESMERALDA, 2013).

Não obstante a fala de Esmeralda e seu receio de que o paciente fique "desassistido" ao sair do HJM, é importante salientar que os Centros de Atenção Psicossocial para tratamento de usuários de álcool e outras drogas (CAPSad) são a principal estratégia institucional de atenção à saúde com relação ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil. O CAPSad é o lugar privilegiado onde se utiliza as estratégias de Redução de Danos enquanto ferramentas nas ações de prevenção e promoção da saúde (AZEVEDO e MIRANDA, 2010).

O tratamento que tem a Redução de Danos enquanto uma estratégia não tem a abstinência da substância como foco, mas sim os aspectos emocionais e

sociais, além das formas como o paciente se relaciona com os demais e consigo mesmo.

Porém, não se pode desconsiderar o sucateamento da rede de atenção à saúde mental<sup>16</sup>, que vem ocorrendo não apenas nas instituições tradicionais, mas também e mais profundamente nos CAPSad. Este fato vem impossibilitando a efetivação das estratégias supracitadas, o que implica em uma dificuldade ainda maior no tratamento dos pacientes acometidos pela doença da dependência química. Este fator também foi preponderante no que diz respeito às dificuldades de continuar o tratamento, que será discutido nos tópicos seguintes.

Outro fator relevante que não deve ser esquecido é quando a família, levada por diferentes circunstâncias não consegue visualizar de maneira mais clara o problema. Algumas falas evidenciaram o medo, outras a vergonha e algumas outras ainda o estigma que permeia a drogadição, como na fala da Safira:

Eu acho que é muito importante [fazer o tratamento], agora no momento em que detecta, o quanto antes melhor, porque assim, se passaram tantos anos [...] Porque a gente até dizia a minha mãe alguma coisa e ela não queria saber. 'Não quero saber desse assunto, não quero falar' [...] E a gente não conseguia fazer nada como irmão né?! O pai e a mãe [...] Ele começou com 18 anos, então, quer dizer, tinha dado tempo de resolver alguma coisa. (SAFIRA, 2013).

Atualmente o paciente acima citado tem cinquenta e dois anos de idade, ou seja, se passaram mais de 30 anos desde o início do uso de drogas, logo, a entrevistada supõe que se a família houvesse intervindo antes "teria sido diferente". A ausência de uma intervenção para além do diálogo, desde o início do uso abusivo das drogas aparece em várias entrevistas, sendo este um fator relevante para as famílias tentarem ajudar o paciente acometido pela doença da dependência química, pois as falas com o tom de arrependimento, por "não terem feito nada" para ajudar o familiar e até de autoculpabilização da família estiveram muito presentes nas entrevistas.

---

<sup>16</sup> Esse descaso com a esfera pública de acordo com Iamamoto (2011) faz parte das repercussões da proposta neoliberal. O que se vê na conjuntura atual é um total descaso com os serviços sociais públicos em geral, e não seria diferente na área da Saúde Mental, em consequência da diminuição do "enxugamento Estado" em suas responsabilidades sociais". (IAMAMOTO, 2011, p.26).

Dando continuidade na análise acerca da importância da família, importa trazer a maneira como a frase já clássica "família é a base de tudo" é interpretada pelos sujeitos ouvidos. Neste sentido é que Quartzzo Rosa afirma:

A família é muito importante. Assim, como eu falei a você, apesar de todo sofrimento, toda luta [...] Mas eu não tenho coragem de abandoná-lo, nunca 'abandonei ele', sempre estou com ele, do lado dele. Mesmo nas situações difíceis, já chegou polícia várias vezes na minha porta. Contas de traficante para pagar, confusões de rua, de amigo [...] Mas a família, eu acho que a família é 'a base de tudo!' (QUARTZO ROSA, 2013).

Há aqui uma distorção no conceito de família, que é entendida como o lugar onde não somente se é a "base de tudo", mas também onde se deve "suportar tudo". Esta ideologia é perpassada cotidianamente na mídia, no local de trabalho, na escola e em grande parte dos meios de socialização. Ora, de fato a família é muito importante na vida do indivíduo, porque é o primeiro espaço de socialização<sup>17</sup>, sendo fundamental na socialização primária, mas isto não deve significar que os familiares devam negar os problemas que ocorrem neste seio com os seus pares, e nem tampouco desconsiderar que o direito de um membro da família – ainda que equivocado – não deve se interpor ao bem estar da maioria.

É frequente para os sujeitos ouvidos que a "abnegação" da família, no tratamento da dependência química, em geral não é acompanhada pelo "reconhecimento" desta abnegação pelo paciente. Aqui também é encontrado um recorrente discurso, proferido tanto por alguns profissionais quanto pelas próprias famílias, responsabilizando unicamente esta última no tratamento da dependência química.

Quando se fala em família consideramos não só laços de sangue, mas também o grupo de pessoas que se une por questões de afinidade e solidariedade na luta cotidiana pela sobrevivência. Isto significa que as famílias são atravessadas constantemente por inúmeras expressões de desigualdade

---

<sup>17</sup>A socialização primária tem um valor especial na vida do indivíduo, pois a criança absorve os significados interiorizando-os e tornando seus. Daí e com o contato com outros significados a mesma se torna capaz de identificar a si e de adquirir uma identidade. Para Berger e Luckmann (2004) na socialização primária não há problema de identificação. A criança não pode escolher outros significativos, logo, há uma identificação automática desta. Por isso, que o mundo interiorizado na socialização primária torna-se muito mais firmemente entrenchado na consciência do que os mundos interiorizados nas socializações secundárias. Sugiro BERGER e LUCKMANN (2004).

social e neste sentido é que têm a necessidade de articular-se para realizar o enfrentamento de processos sociais que as fragilizam. (MIOTO, 2004).

Ora, majoritariamente os entrevistados ressaltaram a importância da família para o tratamento da dependência química, sendo este um fator fundamental para o fortalecimento da rede de assistência e atenção psicossocial. Porém, o que se torna perceptível em muitos casos é a sobrecarga de apenas um membro familiar no apoio ao paciente, o que pode não ajudar na melhoria da pessoa já acometida pela dependência química, mas também adoecer o próprio familiar, que muitas vezes passa a necessitar de acompanhamento especializado, pois já se tornou o que se designa como "codependente"<sup>18</sup>. Isso aparece na interessante fala de Quartzosa Rosa, que participa de um grupo de Apoio à família no CAPSad:

[...] depois que eu comecei a participar, foi quando eu vim encontrar mais apoio, mais coragem, porque antes eu sofria muito nas mãos dele, com as drogas, [...] Foi onde eu vim criar coragem, criar força e ter sabedoria também [...] hoje eu estou me cuidando, apesar de ainda eu ser presa! Eu sou presa, ele me prende. Ele é pássaro solto e eu sou presa! Fico em casa esperando que ele chegue drogado. Bagunçando, quebrando, levando, vendendo[...] e me proibindo de tudo. Mas mesmo assim, eu me garanto assim, como pessoa. Eu fico na minha né?! Ele pensa que está fazendo aquilo pra querer me prejudicar, mas ele está prejudicando a ele mesmo. (QUARTZOSA ROSA, 2013).

A família é, sim, importante para o sucesso do tratamento de dependência química. Acreditar que tudo se resolverá a partir de algumas consultas ambulatoriais ou de uma internação é no mínimo uma postura cética. (COSTA, 2008). Em contrapartida, deve haver um cuidado dos profissionais que acompanham os pacientes no que se refere ao apoio familiar. Uma indagação importante é: até que ponto o familiar deve se implicar no tratamento sem prejudicar a si mesmo?

Nos casos analisados, é frequente o fato de que a família do paciente se resume a uma pessoa. Na grande maioria das vezes, esta é a mãe ou a esposa, que devido à sobrecarga depositada em si não se vê com condições físicas e mentais para lidar com este processo de adoecimento. Por isso é que é extremamente importante a primazia do Estado na efetivação de políticas que visem realmente o sucesso no tratamento e não apenas amenizar o problema da drogadição, que também é um problema social.

---

<sup>18</sup> A definição de codependência se encontra no segundo capítulo deste trabalho.

Assim é que em consonância com Mioto (2004), entendo que a relação família e Estado aparece como conflituosa desde o princípio, por estar menos relacionada aos indivíduos e mais à disputa do controle sobre o comportamento dos mesmos. Além disso, violência e autoritarismo do Estado, não irá resolver o problema das drogas (CFESS, 2012), inclusive sobre o problema do significativo aumento do uso de drogas em geral, com medidas até repressoras como a internação compulsória, que fere o princípio da desinstitucionalização, da tão sonhada Reforma Psiquiátrica, em defesa dos interesses do capital, tal debate será abordado adiante.

É necessário que o paciente também aceite o apoio familiar no tratamento, assim como é necessário que o Estado intervenha para dar condições de um tratamento para além do âmbito das instituições, abrangendo toda a rede que envolve o tratamento. Ainda sobre a importância da família, Quartzo Azul afirma:

[...] eu acho que é fundamental, só que também tem que ter o lado do paciente de querer. Se o paciente não quiser, não existe como você pegar e obrigar a alguém a fazer o que ele não quer fazer. (QUARTZO AZUL, 2013).

A "vontade" do paciente em dar continuidade ao tratamento foi uma recorrência nas entrevistas. Sobre este aspecto, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD, 2013) afirma que os melhores resultados no tratamento da dependência química ocorrem quando os pacientes estão "fortemente envolvidos". Pois assim, eles se sentem "motivados", não apenas a participar dos vários procedimentos terapêuticos propostos, mas também para mudanças psíquicas e comportamentais.

Ora, no estágio supervisionado em Serviço Social foi observada a recorrência dos pacientes no âmbito da EAD, muitos familiares afirmam que logo que saem da internação estes voltam a fazer uso da droga, o que põe em cheque essa modalidade de tratamento, de se dar "contra" a acima salientada "vontade" do paciente.

O discurso dominante, que é diariamente legitimado por reportagens e programas sensacionalistas, dá ênfase aos aspectos mais degradantes e trágicos da trajetória de alguns dependentes químicos, de maneira mais central em relação aos usuários de crack, o que induz a análises e conclusões fatalistas, como a associar os dependentes químicos do crack a pessoas que

vivem em conflito com a lei, estigmatizando e caracterizando a dependência química como um “desvio de conduta”.

É verdade que o uso de drogas degenera o corpo do indivíduo e muito frequentemente traz transtornos familiares. É também verdade que este uso aprofundado pode tolher a capacidade de discernimento dos indivíduos, mas não faz sentido utilizar este argumento para defender o abrigo e o tratamento compulsórios. Esta não é a melhor alternativa. (CFESS, 2012)

### 5.1 DAS DIFICULDADES DA CONTINUIDADE DO TRATAMENTO

De acordo com Costa (2008) a família está sujeita às influências que a realidade condiciona e por isso tem que responder a estas mudanças sociais. A ideia de família como um grupo relativamente “padrão” envolvendo o pai, a mãe e os filhos não corresponde à diversidade dos modelos de família existentes e das realidades em que vivem. Portanto, não existem respostas exatas aos problemas familiares, nem mesmo àqueles envolvendo o uso de drogas.

Indagadas sobre as dificuldades da continuidade ao tratamento, as famílias entrevistadas ressaltaram três fatores: a) a vontade do paciente em aceitar o tratamento<sup>19</sup>; b) a precariedade da rede de atendimento de apoio psicossocial, de que são exemplos a ausência de investimentos na esfera pública e insuficiência dos CAPS; e c) a "falta de dinheiro" da própria família para garantir um tratamento em comunidades terapêuticas de caráter privado<sup>20</sup>.

Antes de analisar esses três pontos cruciais sobre a dificuldade de dar continuidade ao tratamento, é válido salientar que este, no Hospital em apreço, se inicia com a desintoxicação. Este é o caso da EAD do HJM e envolve a “grosso modo” fazer uma limpeza das substâncias químicas do organismo. A segunda etapa do tratamento, o retorno da pessoa para a casa, ou seja, a ressocialização requer uma maior atenção<sup>21</sup> de todos. (ZAMPIERE, 2004), atenção que tem a ver com o fato de que frequentemente este "retorno" é difícil

---

<sup>19</sup> A "vontade" foi um fator já ressaltado no tópico anterior. As famílias e os profissionais o entendem como fundamental para o sucesso do tratamento.

<sup>20</sup> Comunidades Terapêuticas são instituições de caráter privado ou sem fins lucrativos ou financiadas pelo poder público que oferecem acolhimento para pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo de drogas.

<sup>21</sup> Embora todos os tipos de tratamento visem evitar a recaída e ressocializar à pessoa com um estilo de vida livre da droga.

para as famílias. Neste sentido, é perceptível o desespero de alguns familiares acerca desta questão, porque, apesar da sua abnegação no tratamento da dependência química, muitas vezes no discurso do paciente aparece a aceitação do tratamento, porém quando estes não estão mais submetidos a internação, voltam a fazer uso novamente da droga.

Assim é que, segundo Quartzo Azul, foram várias as oportunidades de oferecer um tratamento ao filho, tanto na esfera pública quanto na privada, porém a "não aceitação" do paciente levou a que hoje esteja sendo extremamente difícil o prosseguir no tratamento, já que quando acaba o período da fase de internação/ desintoxicação o paciente volta a ingerir bebida alcoólica. Em suas palavras:

A dificuldade dele é aceitar, é questão de aceitar. Enquanto ele não aceitar não adianta nada, tu pode pegar e entrar com ação de internação involuntária, mas o que que vai resolver? Ele vai fazer aquele tratamento obrigado tantos meses e aí quando ele voltar, ele volta pior. (QUARTZO AZUL, 2013).

Em relação ao segundo fator, que envolve os chamados "problemas de caráter estrutural e conjuntural", no decorrer das falas o sentido que aparece é o de que esta deseja "entregar" nas mãos do CAPSad o dependente químico. Segundo Quartzo Rosa:

A esperança da gente era um CAPS 24 horas. (QUARTZO ROSA, 2013).

Esta fala nos revela que o familiar deseja o tratamento do CAPS, porém – e contraditoriamente - também deseja a internação que tem lugar no HJM. Ela reconhece a importância do CAPSad, ainda que reconhecendo que este se encontra comprometido devido a precariedade física e descaso por parte do Estado. Diz nossa entrevistada:

Falta medicação, tem dia que não tem alimentação, tem dia que eles almoçam tem dia que não janta, tem dia que jantam e não almoçam, Falta água, falta papel higiênico, até papel higiênico por incrível que pareça! (QUARTZO ROSA, 2013).

Como garantir um tratamento eficaz sem condições básicas de atendimento? Desde a Reforma Psiquiátrica que a principal referência para o tratamento da dependência química deve ser os CAPSad, porém a lógica neoliberal de não intervenção estatal parece minimizar cada vez mais essa forma de tratamento.

Frente a esta lacuna do Estado, as famílias relatam um conjunto de dificuldades financeiras que as impede de utilizar os serviços privados de saúde. Este é um dos principais fatores que interfere no tratamento. Ora, o uso de drogas está presente em todas as classes sociais, mas este uso parece ser ocultado de alguma maneira nas classes mais abastadas, já que estas recorrem, em geral, a tratamentos em comunidades terapêuticas com fins lucrativos que oferecem serviços de alto custo.

Na verdade, comparando a grande demanda de pacientes usuários de drogas dos segmentos populares na rede de atendimento para o tratamento da dependência química em Natal-RN, esta última se mostra insuficiente. Neste sentido, devem ser compreendidas as dificuldades financeiras para realizar o tratamento que apareceram nas falas das famílias.

É necessário apontar que em Natal-RN as redes públicas de atendimento são referenciadas pelo Hospital Dr. João Machado, os CAPSad leste e norte e pelo Departamento de prevenção e Acompanhamento ao Usuário de Drogas (DEPAD), enquanto na rede particular existe a Clínica Santa Maria e o Hospital Psiquiátrico Professor Severino Lopes<sup>22</sup>. Estas instituições são insuficientes para dar conta da demanda.

É neste sentido que as diversas comunidades terapêuticas existentes nas redondezas da capital ganham força e se tornam cada vez mais procuradas pelos familiares de pacientes. Na verdade, no estágio obrigatório houve a recorrência de famílias que ao receber informação da alta médica do paciente, pediam referências sobre Comunidades Terapêuticas ou outro Hospital que fizesse um atendimento gratuito, ou com um preço acessível para que pudessem encaminhar – aqui lê-se internar – o paciente após sair da internação no João Machado.

Ora, a reprodução da internação como melhor alternativa por parte dos acompanhantes é nítida nos dados colhidos que aqui busco analisar, mas esta é uma preocupação compreensível, tendo em vista a insuficiência de instituições de caráter público que deem acompanhamento de qualidade aos pacientes. Assim, repito, além de haver poucas instituições em Natal que

---

<sup>22</sup> Apesar deste último ter convênio com o SUS, é considerado de natureza privada.



atenda à demanda da dependência química, as poucas que existem estão passando pelo processo de sucateamento, já mencionado neste capítulo

## 6 AS PRISÕES DA DROGADIÇÃO

Como já foi dito em outro momento neste trabalho, com a luta Antimanicomial e a conseqüente promulgação da Lei Paulo Delgado (Lei Federal nº 10.216/2001) o processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação passa a tornar-se política pública no Brasil. Tal processo caracteriza-se por ações dos governos federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais, para efetivar a transição de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico para um modelo de atenção comunitário.

Ora, é neste momento histórico que a Reforma Psiquiátrica se consolida como Política Oficial do Governo Federal (BRASIL, 2005). Contudo, esta política está posta em cheque, tendo em vista as novas configurações da realidade brasileira perante a saúde mental no País. Esse contexto contraditório é explícito na discussão salientada pelas famílias entrevistadas nesse trabalho, já que boa parte delas intencionalmente deseja a institucionalização dos pacientes acometidos pela dependência química, ainda que estas não tenham clareza da gravidade deste ato.

É possível dizer que a institucionalização, dialogando com Nogueira e Costa (2007), tem se caracterizado historicamente pela opressão, domínio, roubo de identidades e de vidas subjetivas humanas. Do ponto de vista da saúde mental, a desinstitucionalização é exatamente o oposto: ela visa transformar progressivamente a vida do sujeito.

Na verdade, desde o Estágio Supervisionado no HJM especificamente na EAD foi observada uma diferença na compreensão das famílias e dos pacientes em relação ao lugar do hospital: os pacientes vendo-o como prisão e a família como um lugar onde o paciente "tem que ficar", privado realmente de liberdade.

É sob este contexto que aparece uma certa indagação por parte dos acompanhantes entrevistados, envolvendo o próprio modelo de desinstitucionalização. Considerando o contexto societário que perpassa a família, outras indagações surgem aqui: será que estas estariam preparadas para exercer o papel de "cuidadoras" - no contexto da saúde mental? Ou, dito

sob outros termos: será que as famílias estão capacitadas para serem corresponsáveis no tratamento da dependência química? Além disso, subentende-se que os profissionais de saúde estão minimamente capacitados para o atendimento ao paciente. Porém, quanto à família, esta recebe a necessária "orientação de apoio e acompanhamento?" (MARTINS, et al, 2009).

Esta última indagação me apareceu com frequência na pesquisa de campo para este estudo, pois os familiares, perceptivelmente, se encontram fragilizados ante a situação de drogadição dos pacientes, como se encontra na fala de Quartzó Rosa:

[...] Ele faz o que quer, agora eu, não posso. Eu não posso ir a praia, eu tenho um filho, não posso sair com meu filho. Eu não posso ir pra casa de uma filha, não posso ir pra casa de uma amiga. Não pode ir ninguém na minha casa. Eu vivo presa! Enquanto ele vive solto, eu vivo presa nas drogas que ele faz uso [...] (QUARTZO ROSA, 2013).

Na pungente fala acima aparecem dois tipos privação da liberdade, salientados pela pessoa entrevistada: Uma delas trata da situação do paciente internado, com sua liberdade comprometida, longe do convívio social. A segunda salienta a posição de sua esposa, também privada de liberdade, quando o paciente volta a fazer uso das drogas.

Cabe aqui dizer que a desinstitucionalização não se refere apenas a pessoa institucionalizada, pois esta, se não for bem acompanhada, sobrecarrega a família. A desinstitucionalização aqui é compreendida como um trabalho terapêutico voltado para a reconstrução de vítimas de um sistema, na maioria das vezes, oportunista e opressor. A desinstitucionalização deve atuar transformando relações de poder nas instituições e entre sujeitos e não se reduzir a uma mera redução de leitos em Hospitais Psiquiátricos. Ela não se restringe à desospitalização apenas, mas em transformações nas relações sociais. O princípio de desinstitucionalização - que é um dos princípios da Reforma Psiquiátrica - traz em sua essência a busca por mudanças nas formas de ser e agir dos sujeitos colocados neste contexto. (NOGUEIRA e COSTA, 2007).

É assim que na "Declaração de Caracas", tendo em vista esse princípio, foi pensado a reestruturação da assistência psiquiátrica com a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços, sob a responsabilidade do Estado. Porém, essa reestruturação

também se encontra em constante ameaça, devido às novas configurações do contexto da Saúde Mental na atualidade.

Tal reestruturação começou a ser atendida através da criação dos serviços de comunidade alternativos ao “manicômio”, embora com os mínimos investimentos públicos em sua rede. A eficácia desse campo de atenção psicossocial pode sim ser verificada<sup>23</sup>, mas a forte presença das comunidades terapêuticas atreladas à possibilidade de internações compulsórias, por meio do “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas<sup>24</sup>” do Governo Federal, como uma das “alternativas” para o tratamento da dependência química, tem nos trazido uma forte preocupação, perpassando a ideia de “volta dos manicômios”.

## 6.1 CONTRADIÇÕES E RETROCESSOS DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL E AS POLÍTICAS SOBRE DROGAS

A Lei que constitui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (nº 7.637/2011) tem como objetivo “à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas” (art. 1º). Nesse sentido, foi lançado o Programa “Crack, é possível vencer” do Governo Federal, este que este instituído em três eixos que propõe ações específicas e complementares. São eles: a prevenção, o cuidado e a autoridade.

A primeira se refere à ampliação das ações de prevenção através de atividades na área de educação, disseminação de informações, capacitação de vários segmentos sociais, entre outros. O cuidado está relacionado ao aumento da oferta de ações de atenção aos usuários de drogas e seus familiares, por meio da ampliação de serviços especializados de saúde e assistência social. E, por último, o uso da autoridade com o enfrentamento do tráfico de drogas e intervenções de “segurança pública” nas áreas de maior vulnerabilidade para consumo. (SENAD, 2013).

---

<sup>23</sup> A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, em julho de 2010 reafirmou os princípios e ações do campo da atenção psicossocial. Para aprofundamento sugiro a leitura do Relatório final desta conferência disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_final\\_IVcnsmi\\_cns.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf)

<sup>24</sup> Lançado por meio do Decreto Presidencial nº 7.637/2011, este que altera o Decreto nº 7.179/2010. Legislação disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm)

Na verdade, o pensamento higienista que terrifica as drogas, sobretudo o crack, em nome da “segurança de todos”, fazendo desaparecer do campo de visão da população, aqueles que são dependentes químicos, internando-os em casas abrigos, comunidades terapêuticas e em clínicas particulares, para que sejam “tratados” até que parem de usar drogas é fortemente presente na sociedade brasileira, tanto na mídia quanto por próprios profissionais da área de Saúde Mental (não hegemonicamente), provocando horror entre a população, que assustada, é, na maioria das vezes, empurrada a apoiar ações higienistas, sem perceber que faz parte da mesma realidade.

Logo, se faz necessário uma atenção especial aos serviços, opostos à hospitalização, como os CAPSAd, Consultórios de Rua e também as casas de acolhimento, para que não venham igualmente a se institucionalizar. (NOGUEIRA e COSTA, 2007). As estratégias de ações articuladas da Saúde Mental, financiadas pelo SUS deve envolver o Estado, as comunidades e o próprio indivíduo. Mas o que vemos são grupos privados, pareados a ideologia neoliberal, fazendo questão de permitir que o SUS seja cada vez mais precarizado, defendendo veemente a ideia de internação compulsória em clínicas particulares e comunidades terapêuticas, estas últimas que receberão verbas públicas<sup>25</sup> para atender os dependentes químicos. (CFP, 2013).

Como já foi salientado em outro momento neste trabalho, são diversos os fatores que levam o indivíduo a usar abusivamente uma droga, e cada indivíduo tem uma especificidade, na qual, determinou esse uso. Portanto, para um tratamento adequado é necessário levar em consideração esses múltiplos fatores, assim, um dos motivos que levam o posicionamento contrário à internação, além da defesa da primazia do estado acerca das questões sociais, é que as clínicas e comunidades terapêuticas subsidiadas pelo Governo tratam os sintomas da dependência química e não a sua causa.

Ora, segundo a “Declaração Caracas” os recursos, cuidados e tratamentos dados aos pacientes da área de Saúde Mental devem salvaguardar a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis, além do dever

---

<sup>25</sup> O Artigo 7º da Lei nº 7.637/2011, afirma que “para a execução do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas poderão ser firmados convênios, contratos de repasse, termos de cooperação, ajustes ou instrumentos congêneres com órgãos e entidades da administração pública federal, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com consórcios públicos ou com entidades privadas.”. Legislação disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm)

de estarem baseados em critérios tecnicamente adequados e propiciarem a permanência do enfermo em seu meio comunitário. Porém, tais propostas são exatamente contrárias à realidade das comunidades terapêuticas.

Segundo o que defende a subcomissão de Saúde Mental da Comissão Permanente de Defesa da Saúde (COPEDS) – que integra o Grupo Nacional de Direitos Humanos do Conselho Nacional de Procuradores Gerais – acerca dos aspectos legais que definem o papel e a atuação das comunidades terapêuticas, estas não podem ser consideradas estabelecimentos de saúde mental, já que não oferecem qualquer tipo de atendimento médico ou psicológico, pela ausência de equipe interprofissional e por não se enquadrarem nas prescrições dos artigos 3º, 8º e 9º da Lei nº 10.216/2001 - Lei Antimanicomial<sup>26</sup>. Estas críticas também são levantadas pelo Conselho Federal de Psicologia<sup>27</sup>.

Além disso, há relatos de vistorias realizadas nesses espaços que têm também identificado violações de direitos humanos. É o que mostram a “4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos”, realizada em 2011 pela Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia, e o “Relatório de Inspeção em Comunidades Terapêuticas Financiadas pelo Governo do Estado do Rio de Janeiro”, feito em 2013 pelo Comitê de Prevenção e Combate à Tortura do Estado. (COPEDS,2013).

Com base nisso, podemos concluir que as comunidades terapêuticas não são podem ser consideradas instituições de tratamento de dependentes químicos, pois, em sua maioria, não possuem estrutura para atendimento aos pacientes, assim como não possuem um projeto terapêutico que atenda as normas de saúde do Brasil. Por outro lado, ainda que esta estrutura existisse, o

---

<sup>26</sup> No art. 3º desta lei afirma “a responsabilidade do Estado no desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais”. Já no art. 8º “a internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento”. E no art. 9º “internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários”. Legislação disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)

<sup>27</sup> Esta crítica encontra-se disponível em: <http://drogasecidadania.cfp.org.br/artigo-internacao-compulsoria-e-saude-mental/>

internamento é uma medida extrema que quando necessária pode ser feito por hospitais psiquiátricos de natureza pública.

Na realidade de Natal-RN, já existem algumas comunidades terapêuticas que possuem convênio com a prefeitura, como é o caso da Comunidade Terapêutica Nova Aliança (Pium), Comunidade Terapêutica Providência de Deus (Alcaçus), Comunidade Terapêutica Casa de Apoio Espiritual ao Dependente Químico (CAEED), Comunidade Terapêutica Desafio Jovem Ebenézer (Macaíba), Comunidade Terapêutica Nova Chance (Macaíba), Comunidade Terapêutica Desafio Jovem Carena (Bonfim), Comunidade Terapêutica Projeto Semear e Rosa de Saron (Caruaru – PE). Através do Departamento de Prevenção e Acompanhamento do Dependente Químico – DEPAD<sup>28</sup>, os pacientes são acolhidos, orientados e encaminhados para rede de atendimento do SUS, e para os que querem um tratamento mais prolongado por meio da internação, são encaminhados para essas comunidades terapêuticas. (GOMES, 2012).

Entendendo as comunidades terapêuticas como instituições totais, podemos dizer que estas se enquadra em dois dos cinco agrupamentos classificados por Goffman (1961): são inicialmente instituições voltadas para pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e além disso são também "ameaças" à comunidade. Este é também o caso dos antigos hospitais para doentes mentais; já a outra classificação, que a meu ver, onde também se enquadram as comunidades terapêuticas diz respeito às instituições criadas para “proteger a comunidade contra os perigos intencionais e o bem estar das pessoas assim isoladas não constitui um problema imediato”. (GOFFMAN, 1961, p. 16 - 17).

Na verdade, pode-se ver como um grande retrocesso nas conquistas pela Saúde Mental a instituição dessas medidas, que não asseguram minimamente o respeito aos direitos humanos e civis dos dependentes químicos. Em consonância com a “Declaração de Caracas”, a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e psiquiatria devem fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e em

---

<sup>28</sup> “O Departamento de Prevenção e Acompanhamento do Dependente Químico – DEPAD é um órgão executor da Política Municipal sobre Drogas, exercendo um serviço de média e de alta complexidade, integrante do Sistema Único de Assistência Social.” (GOMES, 2013, p.87)

casos extremos propicia à internação, estas que podem ser feita nos hospitais gerais de natureza pública.

Portanto, é pertinente salientar que a luta pela efetivação da Reforma Psiquiátrica deve ser, impreterivelmente, fundamentada em valores e ações que levem à superação das práticas manicomiais, violadora da autonomia e da liberdade dos indivíduos. (CFESS, 2011)

## 6.2 O INSUCESSO DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA NO HOSPITAL DR. JOÃO MACHADO

No decorrer do Estágio Obrigatório no HJM foi recorrente o número de pacientes internados através da internação compulsória. No primeiro semestre do ano de 2012, até o segundo, o número de internações compulsórias aumentou proporcionalmente ao número de evasões. A não aceitação dos pacientes ao tratamento, majoritariamente, vinham de pacientes que estavam submetidos à internação compulsória.

É importante ressaltar que essa forma de tratamento, em alguns casos podem, ao invés de tratar a doença, piorar ainda mais o quadro biopsicossocial do paciente, como veremos mais à frente neste trabalho. Antes, porém, gostaríamos de refletir um pouco em torno deste processo.

De acordo com Goffman (1961), as barreiras que as instituições totais impõem ente os internados e o mundo externo representa a primeira mutilação do eu. Ao ser “admitido” em uma instituição total<sup>29</sup> o indivíduo perde a sua identidade. Ele é despido de sua aparência usual, em geral, veste o uniforme e utiliza outros pertences da instituição e é desprovido de bens materiais, mesmo que temporariamente, como suas roupas, cosméticos, aparelhos de barbear, entre outros. Tudo isso é negado ao paciente e guardado em armários inacessíveis a este, para ser devolvido quando ele sair. Assim,

O novato chega ao estabelecimento com uma concepção de si mesmo que se tornou possível por algumas disposições sociais estáveis no seu mundo doméstico. Ao entrar, é imediatamente despido do apoio dado por tais disposições. [...] Começa a passar por algumas mudanças radicais em sua carreira moral, uma carreira composta pelas progressivas mudanças que ocorrem nas crenças

---

<sup>29</sup> “As instituições totais podem ser definidas como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos, com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada.” (GOFFMAN, 1961, p.11)



que tem a seu respeito e a respeito dos outros que são significativos para ele". (GOFFMAN, 1961, P.24)

Goffman (1961) também nos diz que quando o paciente passa um longo período submetido à internação, ao voltar para o mundo exterior, pode ocorrer um “desculturamento”, tornando este temporariamente incapaz de enfrentar alguns aspectos de sua vida. Na verdade, as atividades cotidianas dos indivíduos nas instituições totais são interrompidas e substituídas por atividades regulamentadas por uma equipe de profissionais, o indivíduo é colocado a todo instante em um papel submisso, o que é considerado na sociedade como algo “não natural” para um adulto.

Provavelmente, alguém que nunca tenha passado por uma situação semelhante de exclusão e desamparo, ainda assim pode compreender a humilhação que é ter competência física e mental de fazer algo, mas não tem autonomia ou autoridade para isso, necessitando pedir repetidamente coisas muito simples de se fazer, como trocar o lençol da cama, adquirir objetos de higiene pessoal, entre outros. Ou seja, as instituições totais perturbam exatamente as ações que na sociedade civil “tem o papel de atestar ao autor e aos indivíduos que estão em sua presença, que tem certa autonomia no seu mundo”. (GOFFMAN, 1961, p. 46).

Para trazer uma melhor compreensão acerca desta discussão, trago a história de internação compulsória na qual foi submetido um dos pacientes, que tive a oportunidade de acompanhar, no período do Estágio no HJM.

Diamante tinha 27 anos e antes de adentrar no HJM, era um militar das forças armadas brasileira. Segundo, sua mãe, este sempre foi calmo e não aparentava usar droga. Mas, sob regime fechado, no quartel, este foi encontrado fazendo uso de maconha. Logo, para não perder o vínculo com as forças armadas, ele precisou ser submetido à internação compulsória. Diamante, desde o início, aparentava ser quieto, só falava o necessário, como perguntar o horário da consulta médica e pedir para avisar a sua mãe o horário de visita. Na primeira semana, segundo o médico que o acompanhava, o paciente já estava em condições de receber alta médica, pois o grau de dependência não se caracterizava como um caso grave.

Mas como se tratava de uma determinação judicial, após passar quinze dias de internação – tempo máximo do tratamento de desintoxicação do Hospital Dr. João Machado, com exceção de casos específicos como

apresentar outras doenças – o médico que acompanhava o paciente afirmou que ele, enquanto “dependente químico” tinha alcançado o objetivo do tratamento e estava de alta médica, para dar continuidade ao tratamento no CAPSad. Porém, a determinação judicial da internação compulsória era de seis meses, e este, embora com condições de dar continuidade ao tratamento nas redes de atendimento psicossocial tinha que cumprir com essa determinação.

Apesar das tentativas de enviar um parecer ao Juiz para pedir liberação do paciente, minimamente, aos finais de semana, não foi possível, pois a diversidade de opiniões da equipe multiprofissional, com posicionamentos contrários a “liberação” do paciente foi levados em consideração. Assim, este paciente adquiriu outras doenças, como um início de depressão, e, na medida em que o tempo passava, ele menos se socializava, tanto com os profissionais quanto com os próprios pacientes da EAD. Apenas com o cumprimento da determinação judicial, Diamante teve alta médica.

Nesse caso, é perceptível a substituição do papel do Hospital Psiquiátrico, compreendido aí, como *uma prisão*, e não como um local de tratamento para a dependência química em casos extremos. Assim como, na história da loucura, esta última era tida como algo associado à periculosidade, representando perigo e ameaça à sociedade, hoje os dependentes químicos estão sendo tratados como tal. Trata-se de uma substituição grotesca de “manicômio” para comunidade terapêutica e de “aprisionamento” para internação compulsória.

Além de quebrar os laços sociais, a internação compulsória dificulta significativamente a recuperação do paciente, este que realiza o tratamento forçadamente. Ora, o que fica explícito é que, nessa conjuntura de desigualdades sociais e aumento da drogadição, não se busca uma cura para a dependência química e sim a exclusão ou eliminação dos acometidos desta doença perante a sociedade.

Em suma, a internação compulsória trata-se de uma medida de “limpeza social”, assim como outras operações de “aprisionamento maciço dos pobres, dos inúteis e dos insubmissos à ditadura só tende a agravar os males de que já sofre a sociedade brasileira”. (WACQUANT,2004, p.8).<sup>30</sup> Além de deslegitimar

---

<sup>30</sup> “[...] a penalidade neoliberal apresenta o seguinte paradoxo: pretende remediar com um ‘mais Estado’ policial e penitenciário o ‘menos Estado’ econômico e social que é a própria causa da escalada generalizada da insegurança objetiva e subjetiva em todos os países, tanto do

as inúmeras conquistas já alcançadas, em meio aos impasses da sociabilidade capitalista, deteriora a autonomia e liberdade dos indivíduos.

---

Primeiro como do Segundo Mundo. Ela reafirma a onipotência do Leviatã no domínio restrito da manutenção da ordem pública - simbolizada pela luta contra a delinquência de rua.' Para melhor compreensão acerca do aprisionamento maciço dos pobres e da criminalização da pobreza, sugiro: WACQUANT, Loïc - As prisões da miséria, 2004.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes da Reforma Psiquiátrica aqueles que fossem incapazes de contribuir para a produção da sociedade eram excluídos desta. Apesar dessa realidade ter sido de alguma maneira modificada a partir das reivindicações da Luta Antimanicomial que resultou no advento da Lei nº 10.216/2001, podemos afirmar que esta última ainda está em processo de efetivação, e o campo da saúde mental passa por um momento de grandes desafios em meio aos impasses da política neoliberal na sociedade brasileira.

Na verdade, isso é visível no reforço da mídia de que a internação compulsória é a única solução para o tratamento da dependência química. O interesse pelo isolamento social – através das comunidades terapêuticas - e da incessante venda de remédios pelas indústrias farmacêuticas nos comprova que o Plano Nacional de Combate ao Uso de Crack e Outras Drogas estão longe de atender o direito a um tratamento eficaz para os dependentes químicos, e sim aos interesses daqueles que lucram de todas as formas com a permanência dos dependentes químicos nas comunidades terapêuticas.

Ora, neste trabalho afirmo com convicção que a principal referência para o tratamento da dependência química deve ser os CAPSad, porém a lógica neoliberal, além de minimizar cada vez mais essa forma de tratamento, está criando alternativas que desrespeitam os direitos humanos e toda a luta para efetivação da Reforma Psiquiátrica.

No presente estudo, busquei identificar as refrações da drogadição no âmbito familiar, tendo em vista o lugar da família no tratamento da dependência química no âmbito do Hospital Dr. João Machado, a partir da compreensão esta última trata-se de uma doença e não um desvio de caráter ou conduta, como erroneamente é compreendido.

Nessa perspectiva, este estudo traz uma contribuição para atuação profissional do assistente social, entendendo que o exercício profissional com famílias ainda se movimenta através de processos pautados nos padrões de normatividade e estabilidade. Ou seja, através de ações contínuas, calçadas numa perspectiva de funcionalidade e relacionadas aos processos de integração e controle social. Assim, a discussão da família no contexto de uma

sociedade desigual e excludente é esquecida e em contrapartida, mesmo que não intencionalmente a visão da família como produtora de patologia é fortalecida buscando uma “pacificação artificial” destas. (MIOTO, 2004)

Logo, a partir da experiência no Estágio Obrigatório no HJM, no âmbito da EAD a questão da drogadição, foi o estopim da tentativa de desmistificar os rebatimentos desta última, no âmbito familiar, pela compreensão que se trata de uma das múltiplas expressões da questão social. Além disso, a centralidade dos atendimentos do serviço social com as famílias despertou uma inquietação maior, o que me fez aprofundar esse estudo.

Ora, a família enquanto o principal agente de socialização do indivíduo tem uma contribuição fundamental na recuperação dos pacientes, porém se o se esse acompanhamento não for feito atrelado ao apoio das redes de atendimento psicossocial, ao invés de fortalecer o tratamento, poderá acontecer o contrário, e tanto os paciente quanto as famílias que o acompanham, irão sofrer ainda mais consequências da drogadição.

A partir dos dados colhidos, por meio de entrevistas e intervenções no campo de estágio, evidenciados nesse estudo, me trouxe a reflexão acerca de três elementos que são fundamentais quando se trata de drogadição que é o paciente, a família e a sociedade em geral e compreensão destes de maneiras diferenciadas, acerca da drogadição e do lugar do tratamento da dependência química, evidenciando a todo instante a noção de prisão.

O paciente vê o hospital como prisão, e quer sair dele. A família vê o hospital – por meio da internação - como o lugar do tratamento e quer manter o paciente lá, ou nas comunidades terapêuticas, se vendo presa quando ele está “solto”, ou seja, não internado. E a sociedade criou novas maneiras de “prender” o paciente, compulsoriamente e também através das comunidades terapêuticas. Nesse sentido, a noção de prisão aparece ao paciente, quando este é submetido à internação, às famílias quando os pacientes não estão internados, e à sociedade considerando estes como uma ameaça a sua segurança, assim eles devem estar se tratando em lugar fechado.

Ora, o que se vê é uma alienação da população acerca dos seus direitos, não obstante, a internação compulsória é uma modalidade de tratamento ineficaz, que só existe para enriquecer os grandes empresários do setor e não pra trazer a cura à dependência química, pois ela deteriora a autonomia e a

liberdade dos indivíduos, e certamente não é isso que os acompanhantes pretendem para os pacientes. Porém, continuar com toda a insuficiência da rede de atendimento também não é o que se almeja.

Portanto, diante da complexidade dessa questão, não se esgota nessa pesquisa a discussão sobre família e tratamento da dependência química. Nesse sentido, torna-se necessário à articulação das entidades da classe trabalhadora pela luta contra toda e qualquer forma de desrespeito aos direitos humanos, denunciando e informando a população sobre as barbáries da nossa sociedade, pela primazia do estado na efetivação do SUS e na ampliação dos CAPSad e de toda a rede de atendimento psicossocial.

## REFERÊNCIAS

ALVES at. Al. **A percepção dos familiares dos internos do Hospital Dr. João machado em relação à reforma psiquiátrica e à desinstitucionalização.** Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP, 2008.

ALVES,C.F.O. et. al. **Uma breve história da Reforma Psiquiátrica.** Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento/UFPE, Recife. Neurobiologia, 72 (1) jan./mar, 2009.

AZEVEDO, Dukcian Medeiros de. MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de. **Práticas Profissionais e Tratamento Ofertado nos CAPSad do Município de Natal-RN: Com a Palavra a Família.** Esc Anna Nery Rev Enferm jan/mar; 14 (1): 56-63, 2010.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. In: **PREVENÇÃO DO USO DE DROGAS: CAPACITAÇÃO PARA CONSELHEIROS E LIDERANÇAS COMUNITÁRIAS.** 5.ed. Brasília: SENAD, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: **CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: 15 anos depois de Caracas.** Brasília: OPAS, 2005.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MP Secretaria de Recursos Humanos. **Princípios, Diretrizes e Ações em Saúde Mental na Administração Pública Federal.** Brasília, 2010.

BERGER, Peter; LUCKMANN, Thomas. **A Construção Social da Realidade.** 24ª ed. Vozes, RJ: Petrópolis, 2004.

Conselho Federal de Serviço Social. Dia Internacional de Combate às Drogas: O Debate Contemporâneo Sobre o Uso de Drogas. Brasília, 2011.

Conselho Federal de Serviço Social. Dia Internacional de Combate às Drogas: Violência e Autoritarismo do Estado não Resolvem! Brasília, 2012.

Conselho Federal de Serviço Social. Dia Internacional Contra o Abuso e Tráfico Ilícito de Drogas: Proibir e Trancar não Resolve. Brasília, 2012.

COSTA, Joelma Santos. **A importância da família para o tratamento de álcool e outras drogas.** 2008. Rio De Janeiro, Editora UFRJ. Monografia (Graduação em Serviço Social).

CASTRO, Marina Monteiro de. Políticas Sociais e Famílias. Libertas, Juiz de Fora, v.8, n.2, p.111 – 128, jul/dez, 2008.

CAVALCANTI, L. F. **Serviço Social e Políticas Sociais**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006.

ENGELS, Friedich. **A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado**. São Paulo, Centauro, 2002.

ESMERALDA. Entrevista realizada com a família dos pacientes da Enfermaria Álcool e Drogas do Hospital Dr. João Machado. Natal, agosto de 2013.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura: na idade clássica**. 8:ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo, Perspectiva, 1961.

GOMES, Ana Glauce Campelo. **Morador de Rua e Drogadição: Um Estudo Sobre a Situação de Rua dos Usuários do Centro-Pop – Natal/RN**. UFRN/CCSA, 2012.

GUERRA, Yolanda. **O Projeto Profissional Crítico: Estratégia De Enfrentamento Das Condições Contemporâneas Da Prática Profissional**. Rev. Serviço social e Sociedade, n 92, 2007.

GRANEMANN, S et al. **Serviço Social e Políticas Sociais**. 3º Ed. RJ: Editora UFRJ, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **A Questão Social no Capitalismo**. In: Temporalis, ABEPSS - Ano. 2, n. 3 (jan./jun..2001) Brasília: Grafile, 2001.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social no Processo de Reprodução das Relações Sociais – Perspectiva de análise**. In: - Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 20 ed. São Paulo : Cortez, 2007.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 20 ed. São Paulo, Cortez, 2011.

LEAL, M. C; MATOS, M. C. de; SALES, M.A. **Política Social, Família e Juventude: uma questão de direitos**. São Paulo, Cortez, 2004.

WACQUANT, Loïc. **As prisões da miséria**. Coletivo Sabotagem, São Paulo, 2004.

NETTO, José Paulo. **Das ameaças à crise**. Revista Inscrita, Brasília, Ano 7, 2007.

MARTINS, I. et, al. **Família Cuidadora: a (Re) organização Familiar Frente so Adoecimento**. In: SIMPÓSIO SOBRE FAMÍLIA: POLÍTICAS DE ATENDIMENTO. (Anais) - Tubarão:Unisul,2009.

MESQUITA, et. al. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Um Novo Olhar Sobre o Paradigma da Saúde Mental**. In: TRABALHO APRESENTADO NO XVII



ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS. 2010, Caxambu. Minas Gerais: set, 2010.

MESQUITA, J. F. de. Quem Disse Que Lugar de Louco É no Hospício? In: UM ESTUDO SOBRE OS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS, TRABALHO APRESENTADO NO XVI ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS. 2008, Caxambu. Minas Gerais: ABEP, set/out, 2008.

MIOTO, R. C. R. **Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sociofamiliar.** In: LEAL, M. C; MATOS, M. C. de; SALES, M.A. Política Social, Família e Juventude: uma questão de direitos. São Paulo, Cortez, 2004.

MIOTO, R. C. R. Trabalho com Famílias: um desafio para os Assistentes Sociais. **Revista Virtual Textos & Contextos**, n: 3, Rio Grande do Sul, p.1-15. dez. 2004.

MOREIRA, Walter. **Revisão de Literatura e Desenvolvimento Científico: conceitos e estratégias para confecção.** Janus, Lorena, ano 1, n: jul/dez, 2004.

NETTO, José Paulo. **Cinco notas a propósito da “questão social”.** Temporalis, Brasília, ano. 2, n. 3 jan./jun..2001.

NOGUEIRA, Maria Sônia Lima. COSTA, Liduína Faria Almeida da. Política Pública de Saúde Mental: Discutindo o Paradigma da Desinstitucionalização. In: III JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS QUESTÃO SOCIAL E DESENVOLVIMENTO NO SÉCULO XXI. 2007, Maranhão. Maranhão: UFMA, agosto, 2007.

PEREIRA et. al Saúde Mental e Serviço Social: Refletindo a Prática no Contexto Neoliberal. In: XV ENCONTRO LATINO AMERICANO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA E XI ENCONTRO LATINO AMERICANO DE PÓS-GRADUAÇÃO. 2011, Paraíba. Paraíba: Universidade do Vale do Paraíba, 2011.

QUARTZO ROSA. Entrevista realizada com a família dos pacientes da Enfermaria Álcool e Drogas do Hospital Dr. João Machado. Natal, agosto de 2013.

QUARTZO AZUL. Entrevista realizada com a família dos pacientes da Enfermaria Álcool e Drogas do Hospital Dr. João Machado. Natal, agosto de 2013.

REIS, Tatiana Rangel. **O Uso Abusivo de Álcool e outras Drogas na Sociedade Brasileira e seus Rebatimentos no âmbito Familiar: Breves Considerações.** In: Revista Ágora: Políticas Públicas e Serviço Social. Ano 2, nº 3, dez, 2005.

RUBI. Entrevista realizada com a família dos pacientes da Enfermaria Álcool e Drogas do Hospital Dr. João Machado. Natal, agosto de 2013.

SAFIRA. Entrevista realizada com a família dos pacientes da Enfermaria Álcool e Drogas do Hospital Dr. João Machado. Natal, agosto de 2013.

SCHENKE, Miriam e MINAYO, Maria Cecília de Souza. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.649-659, mai/jun, 2004.

SIERRA, Vânia Morales. **Família Teoria e Debates**. São Paulo: Saraiva, 2011.

TONET, Ivo. **Expressões socioculturais da crise capitalista na atualidade**. In: CFESS/ABEPSS. Serviço Social: direitos e competências profissionais. Brasília, 2009.

TOPÁZIO AZUL. Entrevista realizada com a família dos pacientes da Enfermaria Álcool e Drogas do Hospital Dr. João Machado. Natal, agosto de 2013.

TOPÁZIO IMPERIAL. Entrevista realizada com a família dos pacientes da Enfermaria Álcool e Drogas do Hospital Dr. João Machado. Natal, agosto de 2013.

ZAMPIERI, Maria Aparecida Junqueira. **Codependência: o transtorno e intervenção em rede**. SP. Ágora, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. 2001. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Exibe\\_Ficha\\_Estabelecimento.asp?VCo\\_Unidade=2408102408260](http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=2408102408260)>. Acesso em 02 dez. 2012.

BRASIL. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 2001. <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)> Acesso em 04 mai 2013

BRASIL. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=102408>> Acesso em: 09 mai. 2013.

BRASIL. Observatório Crack, é possível vencer. 2012. <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/comunidades-terapeuticas.html>> Acesso em: 14 ago. 2013

BRASIL. Portal da Saúde – SUS. 2013. <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=23107](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=23107)> Acesso em 01 nov. 2013

BRASIL. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. 2010. <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato20072010/2010/Decreto/D7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20072010/2010/Decreto/D7179.htm)> Acesso em 11 nov. 2013

BRASIL. DataSus. Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes Disponível em: <[http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f20\\_f29.htm](http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f20_f29.htm)> Acesso em 08 jan. 2014

D'ALAMA, Luna. Brasil é o 2º Consumidor Mundial de Cocaína e Derivados, Diz Estudo. 2012. Disponível em: <<http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2012/09/brasil-e-o-segundo-maior-consumidor-de-cocaina-e-derivados-diz-estudo.html>> Acesso em: 10 mai. 2013.

ELIAS, Luciano. Drogas e Saúde. Artigo Internação Compulsória e Saúde Mental. 2012. <<http://drogasecidadania.cfp.org.br/artigo-internacao-compulsoria-e-saude-mental/>> Acesso 02 nov. 2013

Frente Nacional Drogas e Direitos Humanos. Comissão Permanente de Defesa da Saúde lança enunciados sobre comunidades terapêuticas. 2013. Disponível em: <<http://drogasedireitoshumanos.org/>> Acesso em: 11 nov. 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/comentarios.pdf>> Acesso em: 23 abr. 2013

Oitava Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. 1986. [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf) Acesso em: 09 jan 2014.

Psicologia: Drogas e Cidadania. 2012. < <http://drogasesaude.org.br/>> Acesso em: 11 nov. 2013.

## APÊNDICES

## APENDICE A

### **Acompanhantes Entrevistados**

#### a) Esmeralda

A preciosa pedra Esmeralda tem sessenta e sete anos e é mãe do paciente Ametista. Há mais de dez anos ela acompanha o filho no tratamento da dependência química, segundo ela, este sofre também de doença/transtorno mental. Ela acredita que seu filho tornou-se dependente químico após uma perda de um ente querido. Esmeralda é a única corresponsável pelo tratamento do filho, e cuida também do neto de doze anos de idade, ela acredita que a principal dificuldade de dar continuidade ao tratamento da dependência química é a não aceitação de Ametista ao tratamento.

#### b) Rubi

Rubi tem cinquenta e três anos e é tio adotivo de Jaspe Amarelo. Segundo o senhor Rubi este passou a morar com ele, depois de ser abandonado pela família. Apesar da difícil convivência com o sobrinho, Rubi acredita que este pode ser curado através de um tratamento que seja realmente eficaz, e ele menciona as Clínicas Particulares como uma alternativa, pois a dificuldade financeira da família é a principal causa da não continuidade do tratamento.

#### c) Quartzo Azul

Esta pedra preciosa tem cinquenta e nove anos e é pai de Ametrino. A convivência entre os dois é muito difícil. Mesmo assim, o pai Quartzo Azul sempre acompanha seu filho no tratamento da dependência química. Além disso, Quartzo Azul já ofereceu diversas formas de tratamento, inclusive por meio da internação em clínicas de alto custo, porém, Ametrino não aceita o tratamento através da internação, sendo esta, segundo Quartzo Azul, a principal dificuldade para dar continuidade a este.

#### d) Quartzo Rosa

A pedra Quartzo Rosa tem trinta e três anos e é companheira há mais de 15 anos de Água Marinha. Ela é a única familiar do paciente que o

acompanha no tratamento da dependência química. Assim, segundo esta, é muito difícil conviver com seu companheiro quando ele não está internado (ou longe das drogas), devido às diversas consequências do uso abusivo de drogas que vão desde o contexto de violência até os problemas nas relações sociais que também podem atingir os familiares. Quartzosa Rosa faz um tratamento de codependência no CAPS. E para ela a maior dificuldade de dar continuidade ao tratamento é o sucateamento dos CAPS.

e) Safira

A pedra Safira tem cinquenta e cinco anos e é irmã do paciente Jade. Há mais de dez anos que o paciente faz uso de drogas, porém recentemente que há uma busca pelo tratamento. Ela é a única corresponsável pelo tratamento do irmão e faz tratamento psicológico, pois segundo esta, se tornou codependente da doença do irmão. Ela acredita que a principal dificuldade de dar continuidade ao tratamento é a ausência de um plano de saúde, e acredita que ao interná-lo em instituição pública, não encontrou nenhuma dificuldade.

f) Topázio Azul

O Topázio Azul tem quarenta e quatro anos e é irmão de Cristal. Ele é o único que acompanha o irmão no tratamento, pois sua mãe é idosa e não tem condições de estar acompanhando Cristal no tratamento da dependência química. Segundo Topázio Azul, há um certo abandono por parte dos outros parentes em relação a seu irmão Cristal. Para ele, a principal dificuldade de dar continuidade ao tratamento são problemas financeiros de modo geral.

g) Topázio Imperial

A pedra preciosa Topázio Imperial tem sessenta e dois anos e é pai de Amazonita. Segundo Topázio Imperial, o que levou Amazonita a usar drogas foi influência de amigos. Para ele, a convivência no âmbito familiar é muito difícil, por isso torna-se extremamente necessário uma internação em longo prazo para seu filho.

## **ANEXOS**

## ANEXO A

**A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO  
TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA  
QUÍMICA DO HOSPITAL DR. JOÃO  
MACHADO**

## CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

<b>Quando?</b> - Quintas-feiras após o horário de visita.	Reunião com as famílias e pacientes da EAD - Tema: <b>Dependência química é doença</b>
<b>Quando?</b> - Terças-feiras às 9:00h	Reunião com os pacientes da EAD - Tema: <b>A importância da família na recuperação da dependência química.</b>
<b><u>Data a definir.</u></b>	Espaço socioeducativo - Tema: <b>Quebrando preconceitos a cerca da dependência química.</b>



CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS

APLICADAS

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

COORDENAÇÃO DE ESTÁGIO

SAMYA KATIANE MARTINS PINHEIRO

EDINAH DE CARVALHO

*(Estagiárias de serviço social - UFRN)*

FÁTIMA PIGNATÁRIO

*(Assistente Social, supervisora de campo de Estágio)*

CLÁUDIA G. DA SILVA DUARTE

*(Professora Orientadora de Estágio)*

Centro de Ciências Sociais Aplicadas

Departamento de Serviço Social

Coordenação de Estágio

Projeto de intervenção

**A Importância da  
Família no Tratamento  
da Dependência  
Química do Hospital  
Dr. João Machado.**

Maio/2013

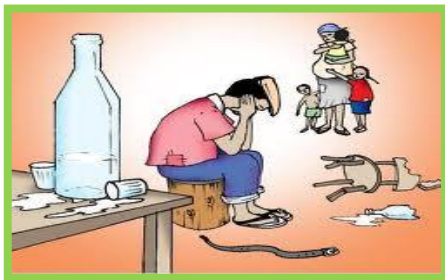
Natal - RN



## 1. APRESENTAÇÃO

A enfermaria de Álcool e Drogas do Hospital Dr. João Machado destina-se ao cuidado específico dos portadores de transtorno causado pelo uso abusivo de álcool e outras drogas.

Tendo em vista que os prejuízos ocasionados em decorrência da dependência química, a nossa proposta de intervenção nesta área será voltada a importância da família no tratamento da dependência química, esta que tem uma contribuição que fundamental na recuperação dos pacientes que estão acometidos da **doença** da dependência química.



## 2. OBJETIVO GERAL

Promover a reaproximação dos pacientes da Enfermagem Álcool e Drogas junto às suas famílias mostrando a importância da mesma no tratamento da dependência química de álcool e outras drogas.

## 3. METODOLOGIA

- ✓ Fazer articulação com grupos de dependentes químicos que já superaram a doença como Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA).
- ✓ Realizar reuniões entre família e pacientes para socialização das dificuldades enfrentadas.
- ✓ Promover atividades socioeducativas sobre a temática a dependência química.



## O que é DEPENDÊNCIA QUÍMICA?

A Dependência Química é uma doença Biopsicossocial complexa, multifatorial e progressiva. Pode ser minimizada dependendo do contexto que se apresenta. É reconhecida pela Organização Mundial de Saúde como doença, pois altera a estrutura e o funcionamento normal de uma pessoa, trazendo-lhe prejuízos irreparáveis, com repercussão na vida pessoal, familiar, profissional e social.

### CODEPENDÊNCIA?

A **codependência** é um processo apreendido, geralmente, na família. Algumas características da codependência são: sentimento de culpa, baixa autoestima, excesso de preocupação e controle do outro, achar que não é bom o bastante, imaginar que os outros não fazem nada por eles, ficar deprimido por não receber elogios ou cumprimentos, achar que não merece coisas boas e ser feliz, tentar provar que não é bom o suficiente para os outros, etc.

O codependente deixa de viver a sua própria vida, para se dedicar totalmente a tudo que acontece na vida do dependente.

## ANEXO B



DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – DESSO

ESTAGIO EM SERVIÇO SOCIAL II

PROJETO DE INTERVENÇÃO

**Discentes:** Samya Pinheiro e Edinah de Carvalho

**Orientadora de Ensino:** Cláudia G. da Silva Duarte

**Orientadora de Campo:** Fátima Pignatáro

**A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA DO  
HOSPITAL DR. JOÃO MACHADO**

**Questionário**

1. Na sua opinião, a família é importante para o tratamento da dependência química?  
( ) Sim ( ) Não

2. Se a resposta for sim, descreva a sua opinião a cerca da “Importância da Família no Tratamento da Dependência Química”?

---

---

---

---

3. Quem é o responsável pelo Tratamento da Dependência Química?

( ) Família ( ) Paciente ( ) Estado ( ) Serviços ( ) Todos

## ANEXO C

**Roteiro de Entrevista**

1. Qual o seu, nome, idade, escolaridade?
2. Qual o nome do paciente ou ex-paciente, idade ou escolaridade?
3. Me fala qual o grau de parentesco entre você e a pessoa 'A' que sofre de dependência química?
4. Me diz quando você e/ou a família tomou conhecimento que a pessoa "A" usava abusivamente álcool e/ou outras drogas?
5. Qual foi a primeira reação que vocês tomaram?
6. Vocês sabiam que tipo de droga o paciente "A" usava? Ou descobriram após a internação? Qual é o tipo de droga que o paciente mais usa?
7. Atualmente o paciente "A" conseguiu parar de usar álcool e/ou outras drogas?
8. Me diz como ficou a convivência após tudo isso?
9. Qual a importância da família no tratamento?
10. Me diz como está sendo a convivência hoje?
11. Na sua opinião, quais motivos levaram o paciente usar drogas?
12. Qual a principal dificuldade de dar continuidade ao tratamento?