

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER

LAURA RAYSA DE OLIVEIRA MARTINS

**O PAPEL DA FAMÍLIA NO CUIDADO AOS USUÁRIOS DE
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)**

BRASÍLIA - DF, 2017

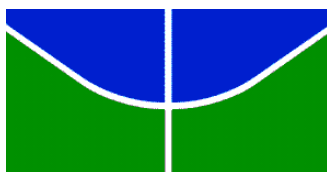
LAURA RAYSA DE OLIVEIRA MARTINS

**O PAPEL DA FAMÍLIA NO CUIDADO AOS USUÁRIOS DE
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)**

Monografia apresentada ao Departamento de Serviço Social - Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lucélia Luiz Pereira.

Brasília - DF, Novembro, 2017.



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER

**O PAPEL DA FAMÍLIA NO CUIDADO AOS USUÁRIOS DE
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)**

LAURA RAYSA DE OLIVEIRA MARTINS

Prof.^a Dr^a Lucélia Luiz Pereira. (SER/UnB)
Universidade de Brasília – UnB
Orientadora

Prof.^a Priscilla Maia de Andrade (SER/UnB)
Universidade de Brasília – UnB
Membro interno

Prof.^a Andreia de Oliveira (SER/UnB)
Universidade de Brasília – UnB
Membro interno

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pelo fim de mais essa etapa, pelos sonhos que se concretizam. Agradeço por nunca me deixar esquecer mesmo em meio aos desertos, Tua poderosa mão me sustém. Pelas imerecidas bênçãos, pelo Teu amor, por Sua infinita graça, misericórdia e provisão até aqui. *Porque dEle, e por meio dEle, e para Ele são todas as coisas. A Ele, pois a glória eternamente. Amém. Romanos 11:36.*

Aos meus pais, Roberto (em memória), que sonhou comigo essa graduação e não mediu esforços para que eu chegasse onde ele não teve oportunidade de chegar e que não pode em vida comemorar comigo essa vitória e, Zilda, que se dedica diariamente, pelo provimento e suporte para que eu pudesse chegar até o final da graduação. E também aos meus pais do coração, Cida e Júlio por terem me adotado e dedicado a mim amor incondicional.

As minhas irmãs Larissa, Bruna e Kamille pelo carinho, amor e companheirismo mesmo nos meus momentos de distanciamento para a construção deste trabalho. E ao meu cunhado Augusto, por ser companheiro, trazer alegria e apoio em todos os momentos.

Ao meu noivo, melhor amigo e companheiro de todas as horas, Marcos Jr, pelas palavras de conforto nos momentos difíceis, pela compreensão, cuidado e amor apesar nas minhas ausências no final dessa jornada.

Aos amigos Adima, Ana Paula, Flávia, Johny, Rafisa e Raiane que me acompanharam durante todo o período de curso, meu agradecimento pelos momentos de choro, noites sem dormir, carinho e muitas risadas que tornaram a caminhada mais leve e, pela amizade construída que levaremos para toda a vida.

A professora Lucélia por me orientar durante o processo de construção do trabalho de conclusão de curso, por acreditar em minha proposta e se empenhar nas orientações e ensinamentos para que eu finalizasse com êxito essa fase. E a todos os professores que contribuíram ao longo dos cinco anos para minha formação acadêmica e pessoal.

Minha gratidão a todos que, mesmo não citados aqui, fizeram parte e tanto contribuíram para a conclusão desta etapa.

*“Talvez não tenha conseguido fazer
o melhor, mas lutei para que o
melhor fosse feito. Não sou o que
deveria ser, mas Graças a Deus,
não sou o que era antes”.*

(Martin Luther King)

RESUMO

O presente trabalho tem o objetivo de analisar o papel da família e sua participação no tratamento e cuidado dos usuários de saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial. O cuidado à pessoa em sofrimento mental pode acarretar a sobrecarga de um familiar, sendo a ênfase na mãe ou na mulher mais próxima, que atribui para si o cuidado além de desempenhar outros papéis ao mesmo tempo. Para tal é apresentado o histórico da política de saúde e de saúde mental no Brasil, bem como uma pesquisa de caráter qualitativo que se deu na forma de pesquisa bibliográfica para o alcance da finalidade proposta. Foi realizada a revisão sistemática de vinte e oito artigos científicos nas bases de dados LILACS e SCIELO entre os anos 2006 e 2016 que atenderam as categorias centrais preestabelecidas a saber: saúde mental, gênero e cuidado de familiares no tratamento de pessoas em situação de sofrimento psíquico. Como principais resultados, destaca-se que a família é compreendida como parte integrante do processo de tratamento em saúde mental de diferentes formas por profissionais, familiares e usuários dos Centros de Atenção Psicossocial, evidenciando a importância de sua participação no tratamento; observou-se também que há a prevalência da mãe como principal cuidadora da pessoa em sofrimento mental e; que há um despreparo por parte dos profissionais na inclusão dos familiares nas atividades realizadas nos CAPS, bem como no auxílio dos cuidados que devem ser realizados em casa.

Palavras-chave: Saúde Mental; Cuidado; Família; CAPS.

ABSTRACT

This paper aims to analyze the role of the family and their participation in the treatment and care of mental health users in CAPS. Caring for the person in mental distress can lead to the overload of a family member, with the emphasis on the mother or the woman closest to him, who assigns care to himself and plays other roles at the same time. To this end, we present the history of health and mental health policy in Brazil, as well as a qualitative research that took the form of bibliographic research to reach the proposed purpose. A systematic review of twenty-eight scientific articles in the LILACS and SCIELO databases was performed between 2006 and 2016, which met the pre-established central categories: mental health, gender and care of family members in the treatment of people suffering from psychological distress . As main results, it is highlighted that the family is understood as an integral part of the process of mental health treatment in different ways by professionals, family and users of the Psychosocial Care Centers, highlighting the importance of their participation in the treatment; it was also observed that there is the prevalence of the mother as the main caregiver of the person in mental suffering and; that there is a lack of preparation on the part of the professionals in the inclusion of the relatives in the activities carried out in the CAPS, as well as in the aid of the care that must be carried out at home.

Key words: Mental Health; Care; Family; CAPS.

LISTA DE SIGLAS

CAPs - Caixas de Aposentadoria e Pensão

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD III - Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CF – Constituição Federal de 1988

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental

DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental

DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

IAPs - Instituto de Aposentadoria e Pensões

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS - Núcleos de Atenção Psicossocial

NOBs – Normas Operacionais Básicas

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PTS – Plano Terapêutico Singular

RD – Redução de Danos

SCIELO - Scientific Eletronic Library Online

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

LISTA DE GRÁFICOS E QUADROS

Gráfico 1 Censo IBGE 2010.....	40
Quadro 2 – Caracterização dos artigos analisados por autor, base de dados, área de pesquisa e ano de publicação:	46
Quadro 3: Quantidade de artigos publicados por área:	49
Quadro 4: Quantidade de artigos publicados por ano:	49
Quadro 5: Características das famílias cuidadoras:	60

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	14
1.1 Histórico da Política de Saúde	14
1.2 Do modelo manicomial ao modelo psicossocial	19
1.3 Dependência Química	25
1.4 A Estratégia de Redução de Danos	28
2. FAMÍLIA, CUIDADO E PERSPECTIVA DE GÊNERO	31
2.1 As diferentes concepções de família.....	31
2.2 A Relação de Gênero sob a Ótica do Cuidado.....	37
3. O CUIDADO À PESSOA EM SOFRIMENTO MENTAL EM CAPS	44
3.1 Procedimentos Metodológicos	44
3.2 A percepção de familiares, profissionais e usuários sobre o cuidado em saúde mental	50
3.3 Cuidado e sobrecarga familiar.....	59
CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

INTRODUÇÃO

A pessoa com transtornos mentais sempre teve sua imagem associada aos diversos estigmas sociais. Por falta de compreensão, no âmbito religioso, foi considerado possuído por espíritos negativos, certo tempo depois, considerado delinquente, tendo como forma de tratamento o afastamento da família e da sociedade, sendo levado aos antigos leprosários e prisões. Somente depois de uma estruturação da saúde e do início de algumas práticas psiquiátricas é que a pessoa com transtornos mentais é compreendida como doente e passa a ser atendido no âmbito médico.

Quando passa a ser compreendido como doente, o atendimento a essas pessoas ainda acontece de forma precária, tendo como tratamento a internação em hospitais psiquiátricos, de lógica predominantemente medicamentosa e até punitiva aos comportamentos apresentados. Somente após a Reforma Psiquiátrica, que a visão de tratamento muda e percebe-se que a internação não deve ser a única alternativa e que a pessoa em sofrimento mental deve permanecer com sua família e sua comunidade, indo a instituições de saúde para realizar acompanhamento e participar de atividades conforme sua necessidade individual.

O novo modelo de atendimento atribuiu à família papel importante no auxílio ao tratamento do usuário com transtornos mentais. Cabe ao familiar, atividades como o acompanhamento em consultas e atividades na instituição em que o usuário realiza tratamento, bem como o acompanhamento do mesmo em casa, refutando a visão que se tinha da família e o papel que era exercido por ela no tratamento de pessoas em sofrimento mental.

É a partir do surgimento de estudos sobre famílias no Brasil que a diversidade na formação das famílias fica mais perceptível. Observa-se que as famílias deixam de ter sua estrutura nuclear burguesa, composta por pai, mãe e filhos e passa principalmente a ser chefiada por mulheres que muitas vezes tem uma sobrecarga das responsabilidades.

Tratando de dependência em substâncias psicoativas, uma relação entre sujeito, substância e o contexto em que ela é consumida influenciam nos efeitos e na própria situação de dependência e no cotidiano familiar. Ao cuidar de uma pessoa em sofrimento mental, o cuidador tem sua rotina diária de vida alterada em

função do cuidado em casa, da alimentação, remédios, acompanhamento em consultas e atividades. Com todas essas atividades, o cuidador se vê obrigado a abdicar seu trabalho, seu lazer, etc.

Inicialmente tinha-se o objetivo de analisar o papel da família, dos profissionais e usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas do Distrito Federal através da observação participante e de entrevistas semiestruturadas. O interesse surgiu a partir do contato proporcionado pelo Estágio Supervisionado em Serviço Social, realizado na unidade. Por questões éticas o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade de Brasília e por diferentes razões, postergou-se demais o tempo e o projeto teve de ser alterado, adequando-se a pesquisa bibliográfica, que seria possível realização no tempo disponível para a entrega deste trabalho.

Esta monografia discute a relação entre famílias, profissionais e usuários do CAPS, a fim de analisar o papel da família e como se dá a atuação da mesma, ou seja, identificar as especificidades do cuidador responsável, observando a prevalência do gênero feminino, se essa relação familiar interfere na forma como se realiza o tratamento, bem como a sobrecarga familiar a partir do cuidado. A pesquisa de caráter qualitativo se deu na forma de pesquisa bibliográfica com a revisão sistemática de artigos científicos nas bases de dados LILACS e SCIELO que atenderam as categorias centrais preestabelecidas: saúde mental, gênero e cuidado de familiares no tratamento de pessoas em situação de sofrimento psíquico.

É importante delimitar a participação da família no tratamento além de oferecer suporte para que essa família saiba como e o que fazer para auxiliar o cuidado ao usuário fora dos ambientes institucionais de atendimento à saúde mental, para que ele se sinta parte integrante do meio em que está inserido, considerando este como um fator de proteção, para que o tratamento aconteça da melhor maneira e para que não haja sobrecarga nem da família nem dos serviços de saúde.

O presente trabalho é composto de três partes. Nos dois capítulos iniciais apresentam-se os referenciais teóricos que serviram de base para este estudo. O capítulo primeiro discute a política de saúde desde seus primórdios na fase monopolista do capitalismo, com foco no momento posterior a redemocratização que permitiu grandes avanços na política de saúde no país. Também há a exposição dos modelos manicomial e sua transição para o modelo de atenção psicossocial e um

breve recorte sobre a estratégia de Redução de Danos e sobre dependência química.

O segundo capítulo trata da família e da perspectiva de gênero atreladas ao cuidado de pessoas em sofrimento mental. São apresentadas as diferentes concepções de família, inicialmente o modelo nuclear burguês, as mudanças que essa concepção sofreu, chegando aos novos modelos de família, como o modelo monoparental, por exemplo. Esse capítulo enfatiza a importância da família no contexto de uso abusivo de álcool e outras drogas mesmo sabendo que esse problema perpassa o âmbito familiar.

O último capítulo apresenta o estudo sobre o papel da família no cuidado aos usuários atendidos em Centros de Atenção Psicossocial. Realizou-se para tal o levantamento e estudo sistemático de vinte e oito (28) artigos científicos relacionados à saúde mental, gênero e cuidado de familiares no tratamento de pessoas em sofrimento psíquico, no período de 2006 a 2016. Para análise e exposição dos artigos foram criados instrumentais e quadros.

Diante da identificação e problematização das informações coletadas nos artigos selecionadas e de outros textos sobre o referente assunto, destaca-se como resultado a importância da família no modelo de atenção psicossocial, bem como a prevalência da mulher na posição de única cuidadora dentre os membros da família, assumindo, por vezes, dupla ou tripla jornada. Outra conclusão do estudo é de que os profissionais ainda se sentem despreparados para realizar o atendimento de famílias e de fato incluí-las no processo de tratamento.

1. POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

1.1 Histórico da Política de Saúde

A Política de Saúde no Brasil é parte integrante da Seguridade Social juntamente com a Previdência Social e Assistência Social. As políticas sociais nascem após o advento do Capitalismo na sociedade. Ressalta-se que na primeira fase do capitalismo, ainda não havia por parte do Estado a concepção de promover políticas sociais, pois não havia intervenção direta nos processos econômicos, apesar de estar unida a burguesia, classe mais favorecida, enquanto o proletariado era considerado perigoso e a “questão social” tratada como caso de polícia.

Na fase monopolista do capitalismo, o Estado adquire funções como a intervenção no mercado e o controle da economia, sendo esta uma condição para assegurar a reprodução social. E assim, segundo Rezende e Cavalcanti (2006, p.8) *“essa intervenção combinada do Estado, que articula funções econômicas e políticas sob o capitalismo monopolista, é também o locus da política social”*.

No século XIX começa a surgir planos de seguridade, com Otto von Bismarck, chanceler alemão. Em 1880, em seu governo, houve ilegalidades e proibições de movimentos trabalhistas bem como a instauração de leis de acidentes do trabalho, auxílio doença, invalidez e um protótipo do que hoje se tem como aposentadoria. Contudo, seu caráter conservador só promovia atuações mais pontuais do proletariado que se organizava, evidenciando o papel do Estado diante disso (Rezende e Cavalcanti, 2006).

A intervenção do Estado se dá de forma mais abrangente somente em 1929, com a crise na bolsa de valores de Nova York. A crise que ficou conhecida como A Grande Depressão nos Estados Unidos, rapidamente se espalhou pelo mundo, gerando milhões de desempregados. No Brasil, a fase foi marcada pela compra e queima de 80 milhões de sacas de café pelo Estado, visando à garantia do preço externo. É então, a partir desse momento que se desenvolve a percepção de que o Estado deve intervir nos modos de regulação da economia objetivando a superação da crise. Em 1933 quando Roosevelt é eleito nos Estados Unidos criou-

se o New Deal, uma política que se caracterizava pela contundente atuação e intervenção do Estado intencionando o alcance do pleno emprego.

As novas funções do Estado se concretizam ao final da Segunda Guerra Mundial, principalmente no continente europeu, onde a guerra havia deixado grande estrago. O Plano Beveridge na Inglaterra apresentou críticas ao modelo bismarckiano e se estabeleceu como um modelo de ordem social baseado na condição de cidadania, em que os cidadãos passam a ter seus direitos assegurados pelo Estado, que desempenha o papel da administração e financiamento, independente de contribuição como era anteriormente, levando ao desenvolvimento do Estado de Bem-Estar (*Welfare State*), com direitos de caráter universal e igualitário.

O termo *Welfare State* designa políticas desenvolvidas em resposta ao processo de modernização das sociedades ocidentais, consistindo em intervenções políticas no funcionamento da economia e na distribuição social de oportunidades de vida, que procuram promover a seguridade e a igualdade entre os cidadãos, com o objetivo de fomentar a integração social das sociedades industriais altamente mobilizadas.

Consiste em uma resposta às crescentes demandas por seguridade socioeconômica em um contexto de mudança na divisão do trabalho e de enfraquecimento das funções de seguridade das famílias e associações debilitadas pela Revolução Industrial e a crescente diferenciação das sociedades. (GIOVANELLA, 2008. p. 30)

Segundo Behring e Boschetti (2008, p. 63) as mobilizações da classe trabalhadora tiveram suma importância para a mudança do Estado Liberal no século XIX. Contudo, as políticas sociais foram surgindo de forma diferenciada em cada país. No Brasil,

os princípios do modelo bismarckiano predominam na previdência social, e os do modelo beveridgiano orientam o atual sistema público de saúde (com exceção do auxílio doença, tido como seguro saúde e regido pelas regras da previdência) e de assistência social, o que faz com que a seguridade social brasileira se situe entre o seguro e a assistência social (BOSCHETTI, 2009 *apud* BOSCHETTI, 2006, p. 4).

Ainda de acordo com Behring e Boschetti (2008), o surgimento da política social no Brasil não acompanhou o mesmo tempo dos outros países do capitalismo central. No século XIX o Brasil ainda escravista não levantava lutas operárias em decorrência da dificuldade na inserção dos escravos libertos no mundo do trabalho.

As primeiras lutas de trabalhadores e as primeiras iniciativas de legislação voltadas ao mundo do trabalho no Brasil só emergem no século XX.

Assim como em outros países, o seguro no Brasil era voltado tanto para a previdência quanto para a saúde desde 1923 com a Lei Eloy Chaves (Lei nº 4.682) ¹ e estendeu-se até a promulgação da Constituição Federal de 1988 e objetivava-se a proteção do trabalhador inserido no mercado de trabalho ou contribuinte autônomo podendo também proteger às famílias, ou seja, só tinham direito à seguridade social os segurados e seus dependentes. Nesse momento há a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) que incluíam a prestação da assistência médica a seus segurados e posteriormente com a organização da previdência vão se transformar em Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs).

De acordo com Gonçalves (1983), a função da medicina se dá mediante as tensões entre capital e trabalho e na década de 1930 as atividades no âmbito da saúde passam a ser responsabilidade do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública. Em 1942 sofre outra alteração passando a ser Serviço Especial de Saúde Pública. É na década de 1950 que o Plano Salte é aprovado. Esse plano visa atender as áreas da saúde, alimentação, transporte e energia que vai intensificar a assistência médico-hospitalar, a maternidade e à infância e a educação sanitária. Surge no país nessa época, grandes hospitais públicos de caráter previdenciário, iniciando assim, um padrão de assistência à saúde “hospitalocêntrico”.

Em 1953 é criado o Ministério da Saúde que apresenta funções voltadas ao: estabelecimento de planos nacionais de saúde, regulamentação das atividades médicas e paramédicas, bem como ações preventivas na esfera da saúde em geral. (GONÇALVES, 1983).

Em 1964 o Brasil sofre o Golpe Militar que impulsiona um novo momento de modernização conservadora que traz consequências para a política social. Com a intenção de favorecer a acumulação capitalista faz-se intervenções nas IAPs, e com a concentração do poder nas mãos do Estado surge o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Em 1967 o Ministério da Saúde tem sua ação restrita à

¹ “Lei até certo ponto de defesa nacional, importantíssima para aqueles dias de inquietações constantes, porque decisiva em sua influência pacificadora dos meios trabalhistas e mesmo na contenção das graves que em sua progressão vinham cada vez mais prejudicando o ritmo da produção país. Mas, a par das garantias que proporcionava aos que se empregavam nas empresas ferroviárias, induzia-os a disciplinarem o seu comportamento e a se dedicarem mais firmemente às suas obrigações. Tirava-os, assim, habilmente, das áreas de agitação.” (COHN; ELIAS, 2005 *apud* VIEIRA, 1978, p. 14-15).

política de saúde, momento em que também há o declínio da saúde pública, que era destinada a população que não estava inserida no mercado de trabalho e o crescimento da medicina previdenciária.

Durante o período de maior repressão e autoritarismo no Brasil, entre as décadas de 1960 e 1970 se constituiu uma base teórica e ideológica a respeito de um pensamento médico-social. Iniciaram-se em outros países as chamadas bases universitárias² do movimento sanitário. Esse movimento propunha uma ampla transformação do sistema de saúde. No Brasil, o discurso preventista foi incorporado às mudanças tendo em vista o papel do Estado na assistência médica. O movimento sanitário ao estar relacionado à produção do conhecimento e a um engajamento político passa a lutar pela democratização do país e o fortalecimento da sociedade civil. (BRAVO, 2006).

Apesar das tensões pós-regime ditatorial e a crise econômica no país, na política de saúde houve a emergência do movimento sanitário da década de 1980. Novos sujeitos sociais passam a compor as discussões e a saúde passa a ter dimensão política, vinculando-se a democracia. Os profissionais da saúde, os partidos de oposição, o movimento sanitário e movimentos sociais se destacam dentre os participantes que protagonizam tal discussão. Dentre as principais propostas estavam

a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2006 p. 9).

Com o fim da ditadura militar, houve no país o início do processo de redemocratização, que promoveu a elaboração da Constituição Cidadã e a aprovação para eleições diretas para a presidência da república. Em 1985 são

² As bases universitárias do movimento sanitário formaram-se a partir da década de 1960, quando a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) estimulou a utilização das ciências sociais aplicadas à saúde na América Latina. As bases foram constituídas por professores e alunos universitários de algumas faculdades de medicina preventiva, além de profissionais atuantes da área “que a partir de uma postura democrática e oposicionista ao regime autoritário, iria formular propostas cada vez mais elaboradas de transformação do regime do Sistema Nacional de Saúde (SNS), visando, em termos gerais, a um país democrático e a melhores condições de saúde para a população brasileira”. (SCOREL, 1999, pág. 20).

denominados os representantes do movimento sanitário para os cargos governamentais. Há a proposta de unificação do sistema de saúde com a incorporação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ao Ministério da Saúde, contudo, essa proposta enfrenta resistência por parte do próprio movimento sanitário que se encontrava dividido entre as propostas apresentadas. Na tentativa de se resolver, foi convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), objetivando propiciar debates que elencassem elementos para a Constituição.

Essa Conferência, realizada em Brasília no ano de 1986, apresenta algumas diferenças em relação às sete anteriores (que aconteceram nos anos 1941, 1950, 1963, 1967, 1975, 1977 e 1980). Além dos profissionais da saúde, participaram também os usuários do sistema de saúde. Foram discutidos temas que envolviam a busca da equidade; a garantia de acesso universal; aumento do financiamento público; unificação e integração das ações e atribuições de maiores poderes à população. (GIOVANELLA, 2008.)

A 8ª CNS é considerada um marco para a política de saúde, pois protagonizou a discussão das seguintes temáticas: “I A Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; II Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III Financiamento setorial.” (Bravo, 2006, p. 9) e propunha um Sistema Único e a Reforma Sanitária. A partir de então, o conceito de saúde se amplia passa a ser definido como:

produto das condições objetivas de existência e resultado das condições de vida. (...) a saúde é apreendida como dimensão essencial de qualidade de vida e recurso indispensável para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, como também, dialeticamente, é fruto desse desenvolvimento. (REZENDE e CAVALCANTI, 2006. p. 70).

A Constituição Federal de 1988, em seu Capítulo II - Seção II inclui a saúde como parte da seguridade social avançando em relação às formulações anteriores, afirmando a extensão dos direitos sociais universais como parte da condição de cidadania. Estabelece a saúde como um direito de todos e dever do Estado, com a garantia de políticas sociais e econômicas voltadas à redução de riscos de doenças e também acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir de Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse marco constitucional gerou as chamadas Leis Orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.142/90), o Decreto 99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas – NOBs. Constituindo assim as bases legais de organização do novo sistema nacional de saúde brasileiro.

1.2 Do modelo manicomial ao modelo psicossocial

No Brasil, a segregação e a exclusão social marcaram a assistência psiquiátrica até o final da década de 1970. As políticas de saúde são criadas para diminuir as desigualdades sociais, econômicas e de acesso aos serviços que existem no país. “Nos últimos 30 anos, as políticas de saúde mental têm sido norteadas pela busca da cidadania, pelo resgate da autonomia e pela igualdade social do portador de sofrimento psíquico”. (PEREIRA VIANNA, 2009, pág.23)

As primeiras literaturas sobre a saúde mental retratam o hospício como sendo o destino natural para os “loucos”, sendo predestinados a prisões sem qualquer contato com “homens comuns”, evidenciando assim a exclusão como única alternativa. Noutro momento são criados os Hospitais Gerais, para onde estes são mandados, juntamente com pobres, mendigos, vagabundos, os chamados causadores de desordem social. É então com a Reforma Psiquiátrica que esse cenário começa a sofrer transformações.

O primeiro termo adotado para tratar do transtorno mental foi “alienação mental”, àquele que é estranho aos que estão a sua volta.

A psiquiatria surge na França com Pinel, como especialidade médica, sob a vigência da Revolução Francesa. A nova ordem social, agora centrada no homem, descontextualizado do fato social, passa a ser guiada pelos preceitos de liberdade, igualdade e fraternidade. Contudo, os loucos desafiam a universalidade desses preceitos. O princípio de liberdade está referido ao homem racional, livre para fazer escolhas — leia-se livre para vender sua força de trabalho no mercado. Portanto, o louco, considerado desprovido de razão, daquilo que define a própria humanidade, não é humano, é alienado (*aliens*), sendo excluído do próprio estatuto de cidadão. Também não se aplica a ele o preceito de igualdade, posto que, não se ajustando ao modo de produção, não pode ser tido como modelo de homem. Resta-lhe tão somente o princípio de fraternidade, que vai ser traduzido por cuidado, porém na ótica da tutela. É nesse caldo de cultura que se institui o hospital psiquiátrico. Numa só cajadada, a sociedade se “livra” da convivência com os loucos e reafirmam os preceitos da revolução, necessários à sustentação da sociedade capitalista. O isolamento torna-se a tecnologia de cuidado à loucura. (ROBAINA, 2010, p. 340)

A partir do século XIX surgem os manicômios, instituições que restringem ainda mais o contato da pessoa em sofrimento mental com o resto da sociedade. Estes espaços são caracterizados por vigilância intensa, tutela, segregando-os ainda mais. Após a Segunda Guerra Mundial esses espaços são comparados a campos nazistas e as críticas e novas ideias de modificação de hospitais psiquiátricos começam a se formar e ter voz na sociedade.

No Brasil, em 1852 é inaugurado o primeiro hospício, chamado de Hospício Pedro II. Nesse momento a loucura é tratada como doença seguindo o modelo europeu e surgem críticas quanto aos maus tratos por parte de psiquiatras. Esse hospício marca a desvinculação com a Santa Casa o que fazia com que sua prática tivesse muito do caráter religioso.

Entre 1910 e 1920 surge uma nova estratégia de prática terapêutica, as chamadas colônias, que promoviam a cura através de práticas agropecuárias, como principal atividade. E as mudanças continuam acontecendo constantemente e em 1950, há uma melhor realocação nos hospícios e as pessoas passam a ser separadas por categorias como, por exemplo, sexo, condição financeira, além de novas práticas como a “eletroconvulsoterapias” serem implantadas, o que agravava o estado de saúde dos pacientes.

Até chegar ao modelo de atenção à saúde mental atual que compreende a loucura como doença, a sociedade tratou os transtornos mentais de diferentes maneiras e com perspectivas de internação como principal forma de tratamento até muito recentemente. Com a promulgação da CF de 1988 e o movimento da Reforma Psiquiátrica, a saúde mental passa a ser tratada de modo com que o usuário seja atendido de forma humanizada, abandonando a internação e medidas punitivas, possibilitando seu tratamento por meio de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial que visam a desinstitucionalização e a reinserção do mesmo na sociedade.

A loucura já havia sido considerada manifestação divina, sem necessidade do afastamento das pessoas acometidas por essa manifestação, porém, com o crescimento do número de “loucos” havia a necessidade de colocá-los afastados da sociedade por serem agora considerados perigosos. As grandes casas de internação datam do século XVII, objetivando o afastamento dos ditos loucos da sociedade. Nessa época, a hanseníase reduz consideravelmente nos países

européus e os estabelecimentos destinados a pessoas contaminadas dão lugar às grandes casas de internação que passa a ser consequência natural para o “louco” a partir de então. (FOUCAULT, 1999)

A miséria torna-se também um grande problema e as casas de internação também vão ser destinadas aos pobres, não importando idade, sexo, ou condições de saúde para ser internado. Essas casas desempenham ao mesmo tempo um papel de assistência, repressão e,

destinam-se a socorrer os pobres, mas comportam quase todas as células de detenção e casernas nas quais se encerram pensionários pelos quais o rei ou a família pagam uma pensão. (FOUCAULT, 1999, p. 60)

Com o desenvolvimento tecnológico em meados do século XX, cresce a produção de medicamentos, contribuindo para o avanço da psicofarmacologia. Paralelo a isso, a prática liberal da psicanálise e das psicoterapias emergentes retira sistemática e definitivamente dos manicômios as neuroses, integrando-as na subjetividade do homem moderno e estreitando o conceito de doença mental em torno das psicoses e da presença de alucinação e delírio. (CARNEIRO, 2008)

Segundo Carneiro (2008), a partir da década de 1970 o movimento antipsiquiátrico questiona seus próprios métodos rompendo a lógica curativa da comunidade terapêutica, promovendo discussões sobre a violência, exclusão, maus tratos, dentre outras práticas existentes nos manicômios brasileiros buscando promover novas práticas e métodos como, por exemplo, a equipe multiprofissional, unindo diferentes profissionais ao antigo modelo médico-psiquiatra.

As discussões sobre Reforma Psiquiátrica datam simultaneamente do período da redemocratização nacional, da luta pelo fim da Ditadura Militar. A Reforma Psiquiátrica é um movimento histórico de caráter político, econômico, social organizado por profissionais da saúde mental que buscavam a desconstrução dos manicômios e a substituição por outros serviços que propiciem a cidadania do doente mental.

A partir de denúncias realizadas por médicos sobre maus tratos em hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro, criou-se o primeiro Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que iniciou “um processo de reflexão crítica sobre a natureza e o estatuto epistemológico do saber psiquiátrico, da função social, da psiquiatria como estratégia de repressão e ordem social e quanto ao caráter de instituição total dos hospitais psiquiátricos” (GIOVANELLA, 2008. p. 638).

A I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM) foi realizada em junho de 1987, contou com cerca de 1.500 participantes, incluindo profissionais, usuários (nomenclatura que substitui “paciente” a partir da 8ªCNS), familiares, movimentos sociais, técnicos e dirigentes políticos e a partir de então surgem novas políticas, serviços e programas significando um momento de reestruturação da assistência psiquiátrica. A conferência propiciou debates a cerca da falência do modelo centrado na hospitalização.

O documento intitulado “Declaração de Caracas” é resultado de um encontro entre “organizações, associações, autoridades de saúde, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde” no ano de 1990 (BRASIL, 2004, p. 11). Essa declaração envolve os países da América Latina, dentre eles o Brasil, que se comprometem com a reestruturação da assistência psiquiátrica visando reverter o papel central do hospital psiquiátrico e voltado a guardar os direitos civis e humanos dos usuários.

A Declaração de Caracas constitui a primeira experiência concreta de mudanças no modelo manicomial brasileiro e influenciou a criação de legislações específicas de saúde mental, visando a meta da Organização Mundial da Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde, “Saúde Para Todos” até os anos 2000 juntamente com o novo modelo de saúde que estava sendo implantado, o SUS.

Em São Paulo é criado o primeiro serviço de atenção psicossocial do país, o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha de Cerqueira (CAPS), que é o primeiro serviço que abandona a lógica manicomial. Também são criados os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS).

Os NAPS consistiam em estruturas abertas e regionalizadas que oferecem cuidados 24 horas, devendo oferecer o maior número de recursos e alternativas voltadas ao cuidado. Já o CAPS vai consistir em um atendimento-dia, indo muito além da consulta ambulatorial, sustentando a ideia de que o tratamento transcende condições oferecidas pelos ambulatorios e hospitais psiquiátricos, e ainda a recusa da abordagem sintomatológica unicamente. Nesse serviço existe ainda a lógica das atividades terapêuticas e equipes multiprofissionais. Ambos são regulamentados em 1992, pela portaria 224 do Ministério da Saúde e devem oferecer tais atendimentos: individual; em grupo (dentre eles grupo operativo, oficina terapêutica, atividades socioterápicas dentre outros); visitas domiciliares;

atendimento à família e atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social (Ministério da Saúde/Brasil, 1992).

Outras portarias que se destacam são as 106 e 1.220 de 2000, que tratam das residências terapêuticas, casas localizadas na comunidade, destinadas àqueles egressos de longa permanência em instituições psiquiátricas, que pelo tempo de internação perdeu o vínculo familiar e social, visando à reinserção social destes.

O Rio Grande do Sul aprova a primeira Lei de Reforma Psiquiátrica (Lei nº 9.716 de 1992), que consolida o estado como o mais avançado na estruturação de serviços e ações de saúde mental nos serviços de saúde até 2001, quando a lei é promulgada em âmbito nacional. A Lei de nº 10.216 de 2001, de autoria do deputado Paulo Delgado, é promulgada como um substitutivo do projeto inicial, que apesar de retirar do projeto inicial a exclusão de hospitais psiquiátricos da rede de serviços em saúde mental, significou grande avanço na luta antimanicomial. A lei trata dos direitos e da proteção das pessoas com transtornos mentais, estimula o tratamento em regime comunitário e familiar, e estabelece medidas para a internação voluntária.

Uma de suas portarias (nº 336, de 19 de fevereiro de 2002) diz respeito ao redirecionamento da atenção em saúde mental e estabelece os modelos de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), seu financiamento e outras providências.

Os CAPS são serviços abertos e comunitários integrantes do SUS, substitutivos aos hospitais psiquiátricos, devendo prestar serviços diários, objetivando a reinserção social das pessoas com transtornos mentais, sendo assim, é função do CAPS acolher, atender e organizar a rede de atenção às pessoas em sofrimento mental articulando estratégias desta rede e da política de saúde mental em um determinado território, promovendo a responsabilização e o protagonismo de seu tratamento. Diferencia-se pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros e serviços diferenciam-se como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPS ad (BRASIL, 2005).

Essas instituições devem possuir espaços próprios e preparados para atender sua demanda, contando com consultórios para atividades individuais, salas para atividades em grupos, espaços de convivência, oficinas terapêuticas, refeitório, sanitários e área externa. (Brasil, 2004). Os trabalhos desenvolvidos no CAPS têm finalidade terapêutica que será obtida através de uma construção permanente de um

ambiente facilitador, estruturado e acolhedor abrangendo varias modalidades do tratamento. Cada usuário deve ter seu Plano Terapêutico Individual (PTS) que consiste em um plano de atendimento que se adeque a realidade vivida e às necessidades do usuário envolvendo a equipe, o usuário e seus familiares.

O atendimento pode ser: 1) nível intensivo, que consiste no atendimento diário, quando a pessoa está em grave sofrimento psíquico, em crise ou dificuldades de convívio; 2) caráter semi-intensivo, quando o atendimento ocorre até doze dias no mês, necessitando de atenção direta dos profissionais para se estruturar e ainda; 3) atendimento não intensivo, quando o suporte contínuo é dispensado e a pessoa é capaz de realizar suas atividades diárias normalmente, sendo atendido até três vezes por mês.

As atividades oferecidas pelo CAPS vão além do caráter medicamentoso e hospitalocêntrico. Esse serviço é denominado como clínica ampliada, que deve mudar as formas tradicionais de compreensão e tratamento dos transtornos mentais. Caracteriza-se como atividades dos CAPS também, o atendimento ao grupo de familiares dos usuários, seja de forma coletiva ou individual; orientação que consiste em conversa ou assessoramento sobre algum tema; atividades comunitárias ou de suporte social; oficinas culturais além de visitas domiciliares e desintoxicação ambulatorial (nas modalidades CAPS AD III).

O presente trabalho foca a atuação no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas 24h (CAPS ad III) e por este motivo os outros modelos não serão aqui descritos e analisados. A Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012 redefine o CAPS ad III e os respectivos incentivos financeiros. Esse serviço tem como características principais o atendimento integral ou contínuo de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, bem como o atendimento de suas famílias. Devem disponibilizar acolhimento noturno, com base em critérios clínicos, em especial desintoxicação, e/ou em critérios psicossociais, como a necessidade de observação, repouso e proteção, manejo de conflito, dentre outros.

A estratégia de prevenção voltada a esse uso abusivo é associada à redução dos fatores de risco e o fortalecimento dos fatores de proteção, inserindo a comunidade e diferentes segmentos sociais nas práticas propostas com o objetivo de evitar o uso de substâncias psicoativas pela primeira vez e minimizar as consequências do uso.

O eixo norteador de tratamento do Ministério da Saúde desde 2003 para quem faz uso prejudicial ou abusivo de substâncias psicoativas deve ser a da Redução de Danos, em uma ampla perspectiva de práticas voltadas para minimizar as consequências globais de uso de álcool e drogas. O planejamento de programas assistenciais de menor exigência contempla uma parcela maior da população, dentro de uma perspectiva de saúde pública, o que encontra o devido respaldo em propostas mais flexíveis, que não tenham a abstinência total como a única meta viável e possível aos usuários dos serviços CAPS ad. (Brasil, 2004)

1.3 Dependência Química

Historicamente o Brasil associou o uso de álcool e outras drogas à criminalidade e conseqüentemente era considerado caso de polícia. Ações de cunho filantrópico, com pouca atenção do Estado em hospitais e ambulatórios, voltados à ação de exclusão e afastamento do indivíduo do convívio social também fazem parte desse cenário, bem como a consideração da abstinência como única solução, quando vista no âmbito religioso. Somente em 2002, na III Conferência de Saúde Mental, é reconhecido como problema de saúde o uso prejudicial de álcool e outras drogas e é implementado o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, tendo como estratégia a ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema, a promoção dos direitos e a abordagem de redução de danos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a dependência química como:

o estado psíquico e algumas vezes físico resultante da interação entre um organismo vivo e uma substância, caracterizado por modificações de comportamento e outras reações que sempre 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. (FIDALGO, PAN NETO e DA SILVEIRA, 2012).

Diante de uma diversidade de conceitos sobre dependência química, há um consenso de que a dependência química é a relação alterada entre o indivíduo e a droga consumida. A dependência química é uma doença crônica que tem como características comportamentos impulsivos e recorrentes do uso de determinada substância que objetiva a obtenção de prazer e bem-estar.

Pode-se dizer que uma pessoa é dependente a partir da apresentação de um conjunto de três ou mais sintomas que ocorram a qualquer momento num período de doze meses. Tais sintomas são apresentados no Manual Diagnóstico DSM IV, dividido em sete categorias: aumento ou diminuição progressivo do uso da substância; abstinência apresentada por sinais fisiológicos e cognitivos; tentativas malsucedidas de reduzir ou controlar o consumo e quantidade da droga; a maior parte do tempo do indivíduo é gasto na busca, obtenção e uso da substância e; embora esteja consciente dos problemas causados pelo uso da substância, seu consumo não é interrompido. (DSM IV).

Define-se como abuso de drogas a “autoadministração de uma droga que desvia dos padrões socioculturais aceitos” (GRAEFF, 1984, p.95). A aceitação ou rejeição de determinadas drogas, bem como a autoadministração, varia de acordo com as sociedades e suas culturas. Sedativos, alucinógenos, estimulantes etc. foram descobertos há milhões de anos e vem sendo usados de formas diferentes desde a sua descoberta.

O fato universal de que as diferentes culturas e a própria condição humana criam, numa porcentagem ponderável dos nossos semelhantes, um grau variável de insatisfação e frustração, quando não de dor e privação extremas, de modo a exigir para o próprio equilíbrio individual e coletivo o uso de recursos e práticas culturais que permitam a esses indivíduos um aumento, ainda que temporário, do prazer ou um alívio da ansiedade, da culpa, das frustrações mais prementes ou da dor. Entre esses recursos está o uso de substâncias químicas que, atuando sobre o sistema nervoso central, induzem sensações de prazer intenso ou de euforia ou aliviam o medo, a frustração e a dor. (GRAEFF, 1984, p.95).

Embora a maioria da sociedade sofra de certos maus e recorra às drogas para seu alívio de algum modo, apenas uma parte da população desenvolve um padrão de autoadministração periódico ou contínuo, levando a prejuízos pessoais como o afastamento das normas e padrões culturais, afetando sua saúde, perdas financeiras e afetivas, dentre outros.

Pressões ambientais, culturais e psicológicas influenciam diretamente determinados comportamentos que levam a dependência química. Situações diversas que variam desde a curiosidade ingênua a conflitos interpessoais levam a dependência. E a substância farmacológica é apenas um dos fatores que envolvem a dependência.

O tratamento em dependência de drogas ocorre de maneiras iguais com ações diferenciadas de acordo com o tipo de droga que foi usado. A fase inicial do tratamento de drogas é a desintoxicação, seguida da reabilitação. A situação em que vivem, o modo de tratamento favorece uma recaída, que consiste no uso da droga novamente depois de iniciado o tratamento. Nisso dá-se a importância e a eficácia no tratamento nas localidades em que reside o dependente químico, pois, o usuário aprende a suportar a ausência da droga no contexto em que ele fez uso, convivendo no mesmo ambiente que anteriormente ele ingeria a substância, ao contrário do que acontece com o usuário que é tratado em uma residência terapêutica ou hospital psiquiátrico distante.

Nas últimas décadas tem se observado o crescimento da dependência química, o que hoje é considerado um problema de Saúde Pública, o que torna necessário o desenvolvimento de estratégias de tratamento para quadros de uso abusivo de drogas.

Não há cura para a dependência química, mas existem tratamentos diversos, tornando assim a atuação profissional desafiadora, tendo em vista a singularidade de cada usuário e a percepção que se tem do panorama atual de políticas e programas sociais, bem como atuações voltadas aos usuários de drogas.

A Política Nacional Antidrogas está pautada na prevenção, recuperação e inserção social; redução de danos sociais e à saúde e pressão. Prevê também uma prevenção por meio da prevenção primária; secundária e terciária. O usuário ou o dependente de drogas é um cidadão com direitos e deveres, sendo esta noção apontada como muito tímida em nosso país. Violências são cometidas em nome do combate às drogas, sendo comuns à população que mora em favelas, sistematicamente identificadas ao tráfico de drogas ilícitas, reforçando a construção da identidade dos moradores dessas comunidades. (PETRY, 2005/2).

A partir da Política de Saúde Brasileira, identifica-se como principais pontos da Política de Álcool e outras Drogas: a Integralidade das Ações, que envolve ações de prevenção destinadas à população geral e assistenciais para aqueles que necessitam de tratamento; descentralização e autonomia da gestão pelos níveis estaduais e municipais para o desenvolvimento em ações voltadas para álcool e outras drogas e estruturação dos serviços mais próximos do convívio social; equidade do acesso dos usuários de álcool e drogas às ações de prevenção, tratamento e redução de danos, de acordo com prioridades locais e grau de

vulnerabilidade; mobilizar a sociedade civil bem como estabelecer parcerias locais para a defesa e promoção de direitos.

1.4 A Estratégia de Redução de Danos

O uso e abuso de drogas não é algo recente. Data-se de muito tempo o uso das drogas por diferentes razões, como por exemplo, remédio para aliviar a dor e afastar os problemas. Mas no início do século XIX vários países criam medidas no âmbito da segurança e justiça, que tinham como modelo de intervenção a repressão e proibição, que impõem a abstinência como condição para um programa de tratamento. O consumo de drogas cresceu desordenadamente no mundo apesar desses programas de proibição. E as pessoas que não queriam ou não conseguiam parar de usar drogas continuavam sem um atendimento à saúde adequado.

A Política de Redução de Danos é originária da Inglaterra e foi desenvolvida a partir de conceitos como: a mudança no foco, que é transferido da dependência para a maneira de usar a droga; o usuário é visto como racional e se preocupa com sua saúde e se dispõe a adotar medidas preventivas quando adaptadas a sua cultura e linguagem, ao contrário do que se acredita, na maioria das vezes; o foco não é mais a psicopatologia e sim o corpo e a saúde; mudança na abordagem adotada pelos profissionais de saúde e; redução da hostilidade e confrontação para que se estabeleçam relações de cooperação entre os usuários e os serviços de tratamento. (SITMSON E LART, 1991 apud FOCCHI, ANDRADE, LEITE, LARANJEIRA, 2001, p. 99).

A estratégia visa à redução dos danos causados pelo uso abusivo de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas propiciando ao usuário o seu “papel autorregulador, sem a exigência imediata e automática da abstinência” (BRASIL, 2005, p. 43). São ações que contribuem para que o indivíduo possa levar sua vida com escolhas conscientes sem fazer interrupções de suas atividades em decorrência do uso abusivo de substâncias psicoativas.

A RD foi adotada a princípio pelo uso indevido de drogas injetáveis que acarretava altos índices de transmissão de HIV. Ao longo dos anos se consolidou como uma estratégia de produção de saúde, alternativa as estratégias pautadas na lógica de abstinência, oferecendo diversidade de demandas e ampliando ofertas e saúde para a população de usuários de drogas. Em 2003 as ações de RD passam a

compor a estratégia norteadora da política de saúde do Ministério de Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas e da política de Saúde mental. (PASSOS e SOUZA, 2011).

Há então uma recorrente transformação que substitui essa prática adotada de abstinência,

“por uma visão mais pragmática: Se você não consegue parar de usar, use de maneira menos danosa possível. Ou seja, mesmo que o usuário não consiga deixar de usar, os profissionais de saúde podem ajuda-lo a diminuir morbidade e a mortalidade relacionada ao consumo de drogas.” (FOCCHI, ANDRADE, LEITE, LARANJEIRA, 2001, p. 99).

Se na década de 1980, a RD foi motivada e direcionada por medidas de prevenção ao uso de drogas injetáveis principalmente, pela epidemia da AIDS em diversos países atualmente ela não corresponde mais às mesmas estratégias. Há uma mudança e ampliação de conceitos como “risco” e “vulnerabilidades” permitindo o reconhecimento de que a droga perpassa as áreas sociais, políticas e econômicas, compreendendo a “droga como um fenômeno multideterminado”. (MACHADO, BOARINI, 2013, p.586).

As ações de RD passaram a ser consideradas e planejadas de acordo com o contexto sociocultural em que seriam aplicadas, compreendendo assim que as estratégias não deveriam ser mais importadas de outros países como era feita, mas, criadas a partir das realidades específicas sociais, culturais, econômicas e políticas de cada população, tendendo a se tornar mais humanitária, contrapondo-se as exigências proibicionistas, não estipulando como meta apenas a abstinência, e permitindo que o usuário participe do tratamento, que é construído com o mesmo.

Os serviços que desenvolvem tratamentos segundo a perspectiva de redução de danos têm que abandonar a ideia de que a abstinência é a única forma de tratamento, e se disporem em lugares de fácil acesso, principalmente próximo a lugares de grande concentração de uso de drogas. O horário de funcionamento deve ser flexível, deve haver uma gama de alternativas de serviços, oferecer a troca de materiais descartáveis como agulhas e seringas, acesso fácil à informação, dentre outros, constituem a mudança de perspectiva de atuação diante dos usuários de substâncias psicoativas.

Ainda visando uma abordagem mais completa, a estratégia de Redução de Danos prevê também um melhor atendimento aos familiares e amigos dos usuários de drogas, de um local de convivência, informação e aconselhamento individualizado, referências para outros serviços de saúde etc.

Atualmente o desafio da redução de danos vai muito além do uso de drogas injetáveis ou prevenção de doenças infecciosas como a AIDS, é preciso um olhar mais atento às demandas atuais no âmbito do uso de drogas. Para isso, diferentes setores da sociedade e diferentes instituições tem que se articular e dividir responsabilidades com os campos da saúde e da segurança, reconstruindo o enfoque sobre drogas propagado nos meios de comunicação. A superação das dificuldades nesse campo nos mostra que a redução de danos ainda não aconteceu em sua totalidade na prática. Há ainda uma falta de clareza nos âmbitos de intervenção e contradições das concepções sobre as drogas.

2. FAMILIA, CUIDADO E PERSPECTIVA DE GÊNERO

2.1 As diferentes concepções de família

Ao se pensar em família, uma teoria que se destaca é a que trata da importância da família para o desenvolvimento da criança. Essa família é tratada por Freud (1930) como a família nuclear burguesa, composta por pai, mãe e crianças. Não possuindo essa composição, a família era considerada desestruturada ou incompleta, portanto, o foco era apenas em sua composição e não na relação das pessoas que a compunham.

Segundo Campos, esse modelo de família nuclear burguesa foi aceito e considerado como norma, a partir do século XVIII, juntamente com seus valores, crenças e regras e não como um modelo construído historicamente. Na história da discussão sobre família prevalece o modelo constituído sob a autoridade masculina e subordinação feminina, onde espaços públicos externos foram considerados espaços masculinos e o privado como o espaço feminino. Essa concepção de família foi considerada ideal no cuidado e proteção das crianças e associada à escola. São consideradas “instituições responsáveis pela formação e disciplinarização das crianças” (CAMPOS, 2011, p. 63).

O estudo sobre famílias no Brasil começa na década de 1950 sob a perspectiva funcionalista. Essa concepção de família se baseia na família nuclear burguesa, onde os papéis são delimitados enquanto funções, e a mãe é a principal responsável pelo cuidado das crianças, na sua socialização e desenvolvimento no ambiente domiciliar.

Na década de 1970 uma corrente marxista se preocupa com a inexistência de um estudo sobre populações, então a família passa a se tornar objeto de estudo visando a análise de estudos das estratégias de sobrevivência das camadas populares e da reprodução do trabalhador. Observou-se que a classe operária era apegada à família e essa passa a ser definida como “*a unidade social na qual se realiza a reprodução do trabalhador.*” (BRUSCHINI, 1989, p. 6). O trabalhador encontra na família um espaço de refúgio diante das pressões iminentes do sistema econômico e esta passa a ser vista como um grupo de pessoas com suas individualidades, porém com percepções coletivas de seus destinos.

O conceito de família é complexo e por isso, não há um consenso sobre a sua definição. Várias influências são consideradas visando uma multidisciplinariedade. De acordo com Bruschini, na visão sociológica, a família é definida “*como grupo conjugal coincidente com a unidade residencial*”, na antropologia a família é vista como um “*grupo de pessoas ligadas por relações afetivas construídas sobre uma base de consanguinidade e aliança*” e tem-se ainda a definição de conceito de família para o Censo Demográfico do Brasil³ que é “*o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco ou dependência doméstica, que vivem no mesmo domicílio ou pessoa que vive só, em domicílio particular*” ou ainda, “*conjunto de no máximo cinco pessoas vivendo em domicílio particular, sem estarem ligadas por laços de parentesco ou de dependência doméstica*” (BRUSCHINI, 1989, p. 9).

Tais definições apresentam problemas no que se refere à realidade diária, pois são extremamente restritivas na concepção de família. Redes de parentesco, por exemplo, são consideradas características de estratégia familiar presente nos arranjos cotidianos, mas não são consideradas como família, e por esse motivo deixam de ser analisadas e computadas nas pesquisas e censos. Exemplos como esses limitam e generalizam as unidades familiares, que estão em constantes transformações, e se apresentam em uma multiplicidade de formas.

Apesar do modelo de família nuclear burguesa ser considerado modelo ideal, principalmente na sociedade brasileira, atualmente novos modelos e dinâmicas familiares diferem desse modelo baseado nos ideais morais, cristãos. Os arranjos familiares se modificam no que diz respeito à composição das famílias, podendo ser observado o crescimento de mulheres chefiando o lar ou o aumento de casais que não possuem filhos, por exemplo.

A família contemporânea é alvo de diversas reflexões e discussões pelo fato de vivenciar transformações em sua composição e conseqüentemente políticas públicas que visam à garantia de direitos. A mais naturalizada de todas as esferas sofre impactos e tem sofrido marcantes interferências externas.

³O Censo Demográfico é uma pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a cada dez anos. Através dele, reunimos informações sobre toda a população brasileira. No Censo, os pesquisadores do IBGE visitam todos os domicílios do país para aplicar um questionário. Depois de percorrer todos os cantos do Brasil, indo de casa em casa, os pesquisadores organizam e analisam as informações coletadas nos questionários. Em seguida, divulgam os resultados em uma série de publicações sobre os temas estudados. Os resultados do Censo Demográfico são importantes para a sociedade ter informações atualizadas sobre a população e para o governo planejar suas ações de forma mais adequada.

A família representa o espaço de socialização, de busca coletiva de estratégias de sobrevivência, local para o exercício da cidadania, possibilidade para o desenvolvimento individual e grupal de seus membros, independentemente dos arranjos apresentados ou das novas estruturas que vêm se formando. Sua dinâmica é própria, afetada tanto pelo desenvolvimento de seu ciclo vital como pelas políticas econômicas e sociais. (FACO, MELCHIORI, 2009, pág.122)

Na literatura, a família aparece como estrutura relevante por ter um papel de coautoria no surgimento do abuso de drogas bem como na promoção de saúde para seus membros, e

Independente de seu modelo ou formação assume a relação mediadora entre o sujeito e a coletividade e atua ainda como geradora de modalidades comunitárias, não desconsiderando que o espaço familiar é também o espaço de diversos conflitos. A alternativa do uso de drogas para o indivíduo se sentir aceito ou fugir de situações adversas muitas vezes vai de encontro ao núcleo familiar, vez que é comum nas famílias à aceitação de drogas tidas como lícitas, pela aceitação social do álcool e do tabaco, e em contrapartida a apreensão sobre o uso de substâncias ilícitas. (MARINHO, SOUZA e TEIXEIRA, 2005 p.50).

Segundo o Censo Demográfico (2012), há uma diferença entre unidade doméstica e família.

Compreende-se por unidade doméstica a pessoa que morava sozinha em domicílio particular, ou duas ou mais pessoas residentes em domicílio particular, ligadas por laço de parentesco, dependência doméstica ou por normas de convivência. Já a família é composta pelo conjunto de duas ou mais pessoas ligadas por laços de parentesco, consanguinidade ou adoção na unidade doméstica ou por normas de convivência, ou seja, o conceito de família exclui as unidades domésticas unipessoais. (IBGE, 2012, pág. 62).

Para Zemel (2001) o homem vê a droga e passa a consumi-la enxergando-a como um investimento que visa o rebaixamento de suas insatisfações. A dependência química se dá na dificuldade do sujeito em estabelecer relações saudáveis na sociedade em que está inserido, onde a substância torna-se central na vida do usuário, alterando suas relações familiares.

Os dependentes de álcool e outras drogas não sofrem seus problemas em isolamento, afetando em suma sua família, ou quem vive mais próximo a eles. Há de certa forma um grande envolvimento familiar quando se trata de dependência química e se torna visível, expressado através de comportamentos comuns que prevalecem para além da singularidade de cada família. A relação estabelecida

entre o dependente químico e o familiar gera uma relação de codependência, que segundo Rocha (2011):

São esses familiares, normalmente cônjuge ou companheiro, que vivem em função da pessoa problemática, fazendo desta tutela obsessiva a razão de suas vidas, sentindo-se úteis e com objetivos apenas quando estão diante do dependente e de seus problemas. (p.56)

Ao se pensar a família no contexto de saúde mental, ressalta-se que:

a família sempre foi alvo de intervenção e de produção de discursos por parte do saber médico. (...) As relações entre a família e o portador de transtorno mental foram se modificando a partir das produções científicas e culturais em torno da loucura. (SEVERO, DIMENSTEIN, BRITO, CABRAL, ALVERGA, 2007).

Quando o portador de transtornos mentais sai dos manicômios e da lógica de internamento, ele volta para a sociedade e principalmente para os espaços familiares que se encontram despreparados e desprovidos de suporte para o cuidado, mas que se torna foco de intervenção nas atuais políticas de saúde.

Esses discursos e esse ideal de família nuclear precisam ser desconstruídos para que se possa ser superada a sobrecarga que é colocada sobre a família, principalmente em relação aos familiares dos portadores de transtorno mental. Essa organização social e os discursos que a sustentam fomentam sentimentos de incapacidade diante da situação vivenciada, já que estas famílias não se reconhecem enquanto capazes de auxiliar nos recursos terapêuticos. Desse modo, os familiares aparecem como os principais agentes de encaminhamento para internações psiquiátricas, sendo esses encaminhamentos, em sua maioria, involuntários. O não suporte a essas famílias na saúde mental, auxiliando-as no cuidado, sobrecarrega esses parentes que recorrem aos hospitais psiquiátricos diante dos problemas enfrentados com os usuários de psicotrópicos. O que verificamos é a manutenção de um modelo biomédico, que encontra na medicalização e na hospitalização seus recursos terapêuticos predominantes. (SEVERO, DIMENSTEIN, BRITO, CABRAL, ALVERGA, 2007).

Os cuidados da pessoa em sofrimento mental perpassam áreas da vida do cuidador que comprometem seu tempo, influenciando nos seus afazeres pessoais. Muitas vezes, o cuidador abdica seu trabalho e suas atividades diárias em detrimento da pessoa em sofrimento mental, pois precisa estar todo o tempo ao lado, administrando o tratamento medicamentoso, acompanhando consultas e reuniões, dentre outras atividades, o que pode gerar uma sobrecarga na família, que

é compreendida a partir de encargos econômicos, físicos e emocionais a que se submetem os familiares, ou seja, o peso que é gerado pela convivência com o usuário.

A alternativa a essa sobrecarga de um familiar, é a criação de uma rede de cuidados que integre a rede de saúde, a família e outros suportes necessários para que esse sujeito seja amparado de forma integral e humanizada. Além de promover uma rede de atenção e cuidados aos familiares, com atendimentos voltados à saúde do cuidador e não somente instruí-lo sobre o cuidado do outro.

Muitos estigmas e preconceitos estão presentes e limitam a política de saúde mental, contudo, quando a família é integrada a essa realidade, passa a representar uma estratégia de prevenção ao ser considerada um elo entre diversos setores da sociedade.

Tratando de dependência em substâncias psicoativas, uma relação entre sujeito, substância e o contexto em que ela é consumida influenciam nos efeitos e na própria situação de dependência, seja positiva ou negativamente. *“Afeto/autoestima, responsabilidades e limites” vivenciados no cotidiano familiar contribuíram de forma significativa para a adoção de comportamentos relacionados ao uso de drogas*” (TRAD, 2010, p 185).

À família também é atribuída uma expectativa de que ela possa proporcionar

um desenvolvimento biopsicossocial ao indivíduo desde o seu nascimento, bem como que esta atue como fonte de transmissão de padrões culturais estabelecidos pela sociedade. Atribuem a influência da instituição familiar determinados padrões de comportamentos, mecanismos individuais de sobrevivência e certas representações sociais que permeiam o cotidiano das pessoas. (TRAD, 2010, p 186).

É importante perceber o papel da família na política de drogas e ressaltar que essa deve romper preconceitos e resistências que se consolidaram ao longo de muitos anos. O papel que tem essa família não deve ser superestimado, sabendo que o problema de álcool e outras drogas extrapola o âmbito familiar, além de ser complexo e delicado.

“A família é o pilar central na tríade composta também pelo Estado e o mercado. Cabe ao Estado intervir apenas quando a família falha é o modelo de proteção familista. Apesar das mudanças nas estruturas familiares, a definição de papéis encontra-se “quase” que intocada. Neste sentido o modelo familista reforça a desigualdade de gênero, á medida que aumenta a responsabilidade da mulher na proteção da

sua família, sem o devido amparo do Estado” (CASTILHO, CARLOTO, 2010, p. 13).

O familismo tem ganhado força no debate que envolve a política social atualmente. Tem como característica a designação de obrigações máxima e primeiramente à unidade familiar na organização de bem-estar de seus membros em correlação com a falta de provisão estatal. “A família é componente fundamental das políticas sociais, na produção e no usufruto de bens e serviços.” (ALVES, MIOTO, 2015, p. 209).

No Brasil, o caráter familista decorre de influências na doutrina social católica e com base em protótipos de arranjos familiares, não garantem a autossuficiência de serviços que garantam o bem-estar de seus membros. Contudo, continua-se insistindo na família como principal responsável pela provisão de bem-estar.

No âmbito da política de saúde, percebe-se a tendência familista a partir de aspectos como o objeto dos programas baseado em serviços que são voltados a “famílias com crianças em condição de miséria, a normatização da participação das famílias no cuidado a saúde; o reforço da família no cuidado em saúde (...) e a privatização da provisão de bem-estar através de dois atores: mercado e família” (ALVES, MIOTO, 2015, p. 211).

Surgem estratégias familiares para compensar a deficiência dos mercados de trabalho formais e da política pública. E Conforme Mioto (2010):

O trabalho familiar está no rol dos recursos da política social, reitera a divisão sexual do trabalho dentro das famílias e mantém a invisibilidade do próprio trabalho. O trabalho familiar compreende o conjunto de atividades relacionadas: às tarefas domésticas; ao cuidado de seus membros, especialmente os dependentes; e aos investimentos que as famílias fazem no campo das relações com outras instituições, que lhes exigem tempo e habilidades. (MIOTO, 2010 *apud* ALVES, MIOTO, 2015, p. 2012).

Os serviços como ações vinculadas à proteção social e desempenham papel indispensável no desenvolvimento da autonomia individual, familiar e social, contudo, o acesso aos serviços é distribuído de forma estratificada, o que reitera a condição de desigualdade, como afirma Spozati (2011):

As políticas sociais, por sua restrita cobertura ou pela diferenciação de padrões de acesso e inclusão (entre uma e outra política social), são geradoras de desigualdades entre os cidadãos no alcance de seus direitos de cidadania. (SPOSATI, 2011, p. 108).

É necessário compreender que a família contemporânea, diversas situações levam a novas demandas sociais e requerem novas estratégias de atuação para proteção de seus membros, logo,

A política social com centralidade na família exige dos formuladores, gestores e operacionalizadores, a apreensão destas e de outras “complexidades”, as quais devem ser consideradas, para que a família possa ser devidamente amparada pelo Estado. Ao qual cabe garantir programas, projetos, serviços e benefícios de proteção aos indivíduos e famílias. Para que a família, especialmente a mulher enquanto “principal responsável” pelos cuidados do grupo familiar, não seja responsabilizada pelas mazelas sofridas, tendo que buscar estratégias de superação por meio da sua rede de sociabilidade e de solidariedade, reforçando a desigualdade de gênero, à medida que aumenta a sobrecarga feminina e reforça os papéis “historicamente” construídos de “cuidadora”. (CASTILHO, CARLOTTO, 2010, p. 14).

Além das mudanças ocorridas em relação aos modelos familiares e a importância da família, destaca-se a importância do papel da mulher no cuidado familiar, suas atribuições. As expectativas atribuídas às famílias também recaem sobre a mulher, que sempre teve associada a sua atividade, o cuidado da família, de filhos e de pessoas acometidas de doenças. Representações sociais construídas ao longo de anos repercutem até os dias atuais influenciando no modo de viver e na atribuição de papéis determinados para homens e mulheres na sociedade. E apesar de muitas mudanças, as mulheres ainda têm suas atividades voltadas ao lar, ao cuidado e ao provimento de necessidades referentes ao âmbito particular.

2.2 A Relação de Gênero sob a Ótica do Cuidado

Para a compreensão das transformações que ocorreram na sociedade em relação à mudança de concepção de papéis de homens e mulheres nas atividades cotidianas, se fará uma breve introdução sobre a discussão da categoria gênero.

Segundo Scott (1990), “*gênero é utilizado para designar as relações sociais entre os sexos*” e “*uma maneira para indicar as construções sociais*”, uma maneira de indicar os papéis de homem e de mulher socialmente construídos, distinguidos das práticas sexuais, ou seja, não é diretamente ligado ao sexo nem determina a sexualidade, opondo-se ao determinismo biológico. Gênero como categoria de análise se torna preocupação a partir do século XX, com a

reivindicação das feministas contemporâneas de um “*campo de definição, para insistir sobre o caráter inadequado das teorias existentes em explicar desigualdades persistentes entre mulheres e homens.*” (p. 19).

A literatura sobre gênero é unânime em afirmar a estreita relação entre o movimento político liderado pelas mulheres nos anos 1970 e a produção acadêmica que buscava melhor entender tanto a opressão feminina, quanto à relação entre o sexo biológico e o gênero, entendido sempre como uma construção social. (FIGUEIREDO, 2008, p.237)

Para Joan Scott, “um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder” (p.16). É a partir do gênero que se pode perceber a organização da vida social e suas formas de dominação e poder entre os sexos.

O gênero se preocupa com a consolidação de um discurso que constrói uma identidade do feminino e do masculino que encarcera homens e mulheres em seus limites, aos quais a história deve libertar. (...) Expõe, ainda, o dilema da diferença, a construção de desigualdades binárias, de diferenças pretensamente naturais, significa “lutar contra padrões consolidados por comparações nunca estabelecidas, por pontos de vista jamais expressos como tais”. (TORRAO FILHO, 2005, p.10)

É perceptível que nas últimas décadas ocorreram diferenças significativas no formato e nas dinâmicas de família entre as classes sociais. As formas de sociabilidade entre os gêneros também sofreram alterações, tornando-se mais equilibradas, contudo, sem eliminar ainda as formas de dominação masculina. Diferentes conquistas femininas são um passo para a redefinição da estrutura e dinâmica familiar e a mulher torna-se a provedora principal ou até a única provedora do lar, ou seja, cresce o número de famílias chefiadas por mulheres, bem como, lares sem a presença da figura masculina.

Na segunda metade da década de setenta, tem-se no tema das relações familiares, o surgimento dos estudos voltados às condições femininas que toma grandes proporções quando articulado ao “espaço produtivo com a família enquanto esfera de reprodução, implicando procriação e trabalho doméstico” (BRUSCHINI, 1989, p. 8). A autora afirma ainda, que para a mulher, a combinação das duas esferas significa a vivência do trabalho. Há nesse momento a percepção da mulher

enquanto trabalhadora no mercado de trabalho e também como cuidadora de seu lar.

A relação de gênero entre maridos e esposas também se destaca nas mudanças da família nuclear. Houve um aumento na busca pela igualdade de papéis, bem como uma independência financeira e profissional, sendo isso consequência de transformações sociais e a busca pela individualidade. Contudo, há uma sobrecarga da mulher, pois ainda é a maior responsável pelas atividades domésticas e o cuidado dos filhos independente de trabalho externo ao lar. Alguns avanços como, por exemplo, a guarda compartilhada que é garantida por lei, possibilita a democratização do poder e a divisão de responsabilidades da família. (ARAÚJO, 2011).

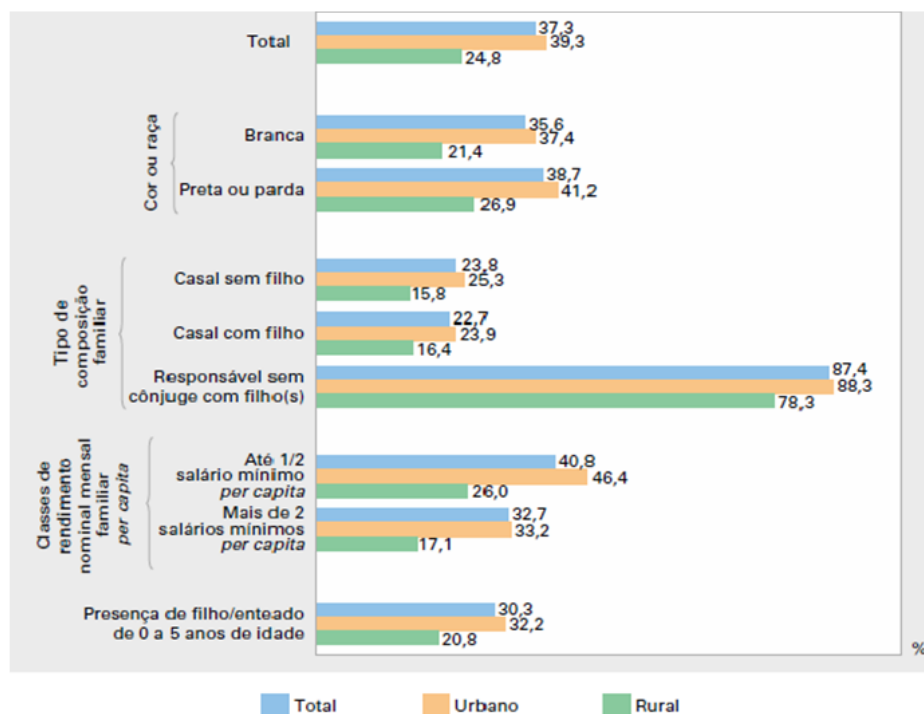
A família monoparental surge na contemporaneidade diferenciando-se da família nuclear, em decorrência do aumento do número de divórcios e a inserção feminina no mercado de trabalho, por exemplo. Nessas famílias há uma sobrecarga dos papéis de pai ou mãe, exigindo destes, maior responsabilidade com a educação e o suprimento de necessidades afetivas, sociais e materiais da família.

Entende-se por família monoparental feminina, aquela família formada por uma mulher mãe e seus filhos de até vinte e cinco anos e que geralmente são todos sustentados economicamente por ela. A monoparentalidade se apresenta de forma plural, não existindo um único modelo de composição familiar e, são elas, famílias com histórias marcadas por diversos contextos sociais, não podendo analisá-las como um grupo homogêneo.

A mulher chefe de família vê-se sempre numa via de mão dupla com as responsabilidades do trabalho e com os cuidados da casa e da família. É constante a dificuldade de promover o sustento da família e ainda conseguir estar presente junto aos filhos e no ambiente familiar. Além da maior independência e maior responsabilidade de assumir suas famílias, as mulheres ainda vivenciam situações que se complicam quando relacionadas ao gênero, a pobreza e a sua etnia, sendo menosprezadas ou estigmatizadas como incapazes de sustentar suas famílias.

Pode se observar nos dados do Censo Demográfico (2011) a discrepante realidade dos tipos de composição familiar, que predominam as famílias monoparentais:

**Gráfico 1 - Proporção das famílias com mulheres responsáveis, nas famílias únicas e conviventes principais em domicílios particulares, segundo a cor ou raça do responsável pela família, o tipo de composição familiar, as classes de rendimento nominal mensal familiar *per capita* e a presença de filho/enteado de 0 a 5 anos de idade na família
Brasil - 2010**



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Gráfico 1 Censo IBGE 2010

Essas famílias ainda apresentam-se para a sociedade como famílias com estrutura deficitária ou incompleta, dificultando até o atendimento e exigindo dos profissionais que trabalham diretamente com estas a desmistificação dessas representações que podem interferir no funcionamento das famílias até mesmo de determinados profissionais.

A tarefa de trabalhar “a família como ela é” e não a família “como ela deveria ser” ainda é um desafio para profissionais e para a própria família monoparental feminina, uma vez que as expectativas sociais e os estereótipos de gênero nem sempre são compatíveis com a realidade do sistema familiar em questão. (VERZA, SATTLER e STREY, 2015, p. 49)

O protagonismo feminino na condução de uma família envolve aspectos voltados à administração da vida social, afetiva e profissional das mulheres. Portanto, quebras de paradigmas ainda são necessárias no sentido de romper com concepções normativas e estereotipadas de gênero, que mesmo nos dias atuais, promovem percepções distorcidas sobre o papel da mulher na família e na

sociedade. A ideia de que “mãe” sempre dá conta de tudo é reducionista e implica em consequências importantes na forma como a parentalidade pode ser concebida. (VERZA, SATTLER, STREY, 2015).

A centralidade da mulher no cuidado decorre da “*tendência de naturalizar o lugar da mulher como cuidadora na família*” (TRAD, 2010, p. 42). Segundo a literatura que envolve o tema, “*na esfera da saúde, os antecedentes históricos do protagonismo feminino nas práticas de cuidado receberam o incentivo do Estado e de outras instituições sociais*” (TRAD, 2010, p. 43). Existe uma naturalização da maternidade que faz com que tais atividades como o cuidado se insiram no cotidiano das mulheres de forma irreflexiva, realizadas de forma mecânica.

Compreendendo feminino e masculino, relacionados um ao outro, é relevante compreender a cotidianidade da família vislumbrando as formas de organização existentes de famílias e suas atribuições, bem como os papéis estabelecidos por seus membros na assistência à pessoa que faz uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas. Em virtude da dependência química de um membro da família ocorrem claras mudanças na dinâmica familiar, na rotina e no planejamento, principalmente das mulheres. (VIEIRA; ALMEIDA, 2014).

Segundo ROSA (2011):

há um grande contingente de mulheres, silenciosas, no anonimato e na invisibilidade da vida privada e familiar que por este mundão a fora têm a responsabilidade de concentrar sua dedicação, sacrificar seu tempo e seus projetos de vida, para dar conforto a algum membro da família que não pode prover sozinho sua existência, em virtude da tenra ou avançada idade, ou de uma deficiência ou doença crônica (p.15)

São as mulheres que normalmente cuidam. A divisão social de gênero foi construindo uma cultura patriarcal que se expressa no inconsciente humano. Na socialização do cuidado, a exploração feminina e da condição de mulher sobrepõe tarefas domésticas e trabalhos na área social, realizando além de atividades fora de casa, cabe a ela o cuidar. (ROSA, 2011).

Existe um ideário social de que a mãe é a principal responsável pelo cuidado, que acaba gerando uma pressão para que ela assuma esse papel sem alternativas de outras escolhas, tanto para ela quanto para a pessoa com transtorno mental. Envoltura pelo “amor de mãe” ela se sobrecarrega com atividades do trabalho e com o cuidar e apesar dessa queixa e da busca de alguém que possa auxiliá-la, dificilmente encontra alguém que se responsabilize pela pessoa com transtorno

mental, acompanhando-o nas atividades e consultas, pegando medicamentos, e desenvolvendo outras atividades.

A mulher é a principal agente socializadora, estando 24h de prontidão, vigilante a qualquer alteração que a pessoa com transtornos mentais possa apresentar. Estar atenta a todo tempo interfere no tempo de descanso e sono da cuidadora, exigindo disponibilidade temporal quase que integral e acaba por ter que encontrar meios como a previdência social como única renda de provimento para o sustento de si, do portador de transtorno mental e da família. (ROSA, 2011)

Em suma, compreender a construção da mulher e mãe na sociedade brasileira exige um olhar atento à concepção deste papel nos moldes europeus. No fim da Segunda Guerra Mundial tem-se a necessidade de conduzir a mulher de volta ao lar e torna-se indissociável o papel de esposa e mãe, reforçando essas concepções históricas na sociedade. Com isso, “sentimentos e habilidades individuais são transformadas em atributos naturais de homens e mulheres. As mulheres, “talhadas” para cuidar e os homens, para prover.” (MORGADO, 2004, pág. 6).

Já o pai tem sua função reduzida se comparada a da mãe, mas isso não causa estranhamento nem queixas. O pai permanece com a imagem de mantenedor e responsável pela família. Tanto a autoridade que o homem exercia perante a mulher e os filhos, quanto ao papel feminino do cuidado, instinto materno permanecem e se reforçam a cada dia, ainda que se renovem e possibilitem novos arranjos familiares.

“A culpabilização da mulher, pelo fracasso em assumir, com perfeição, as tarefas do lar, por uma educação que não produza filhos bem ajustados ou pela intranquilidade do marido mantem-se, com “permanências e mudanças”, como uma marca histórica, até os dias de hoje. Esta responsabilidade, atribuída ainda quase que, de forma exclusiva à mulher constitui-se em um dos sustentáculos, para sua culpabilização, por exemplo, pela não ruptura de uma relação de violência, seja contra ela ou contra suas filhas.” (MORGADO, 2004, pág. 9)

Diante de tantas mudanças, o cotidiano das famílias na sociedade contemporânea tem mudado e se faz necessária uma compreensão dessas mudanças para se observar como se estabelecem as influências da sociedade e o papel da família na sociedade. Segundo Oliveira,

Outro agravante desses novos tempos é a questão da drogadição, do consumo excessivo de álcool, muitas vezes, em decorrência das

experiências vivenciadas durante a história de vida das pessoas. Esses fatores podem permanecer na vida das famílias, afetando as relações entre os membros e agravando a questão social manifesta no cotidiano dessas relações. (OLIVEIRA, 2009, p. 81).

Segundo Berquó da Cunha (2000), o homem é mais vulnerável a doenças mentais. Sua frustração em decorrência da baixa qualidade de vida o leva ao consumo de álcool como forma de fuga. Seu adoecimento está ligado ao cuidado feminino, intrinsecamente ligado à mãe, irmã, filha ou companheira. Já no caso contrário, quando é a mulher que adocece, há um abandono por parte de seus parentes. Ou seja, a feminilidade e a masculinidade estabelecem diferentes formas de representar o sofrimento psíquico. Contudo, percebe-se que apesar dos possíveis adoecimentos acometidos nas mulheres, elas permanecem inseridas nos cuidados domésticos, de seus familiares e também na esfera pública, da atividade de trabalho remunerada, sendo assim permitido apenas o adoecimento momentâneo dessas mulheres, obrigando-as assim, a realizar “prescrições tradicionais de gênero” (SANTOS, 2009, p. 6).

Estar doente para o homem significa um fracasso social. Quando adocece psicologicamente ele se afasta do espaço público e rompe com suas trajetórias de vida, mantendo ligação, na maioria das vezes, com a instituição na qual faz tratamento, o CAPS. Ainda imbuído nos costumes sociais, um homem adoecer e se afastar da esfera pública, ou seja, fazer uma interrupção na sua carreira para se tratar não é comumente tolerado pela família e pelo próprio homem em sofrimento mental, por não ocupar o papel social de gênero tradicional, caracterizado por ser o provedor e chefe de família.

A família está ligada ao processo saúde-adoecimento, que tem como fatores determinantes a relação com a saúde e as influências sociais e culturais que as perpassam, ou seja, a dimensão sociocultural influencia diretamente os processos de saúde-doença. O processo de adoecimento envolve experiências subjetivas de alterações físicas e emocionais.

3. O CUIDADO À PESSOA EM SOFRIMENTO MENTAL EM CAPS

Esta pesquisa partiu do objetivo de analisar o papel da família e sua participação no tratamento e cuidado dos usuários em Centros de Atenção Psicossocial através da análise documental. Aspectos como identificação das percepções dos profissionais, familiares e usuários a respeito do cuidado em saúde mental e a sobrecarga familiar e sua relação com a perspectiva de gênero e dependência química foram observados nas literaturas utilizadas para a construção da revisão teórica.

3.1 Procedimentos Metodológicos

Buscando atender os objetivos da pesquisa, este trabalho utilizou a metodologia qualitativa, que responde a questões particulares, propondo-se a compreender significados mais detalhados e dados apresentados em artigos científicos, se aprofundando numa realidade não visível, que, a princípio, precisa ser interpretada. Esse método, nas Ciências Sociais,

ocupa-se, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. O universo da produção humana que pode ser resumido no mundo das relações, das representações e da intencionalidade e é o objeto da pesquisa qualitativa dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos. (MINAYO, 2009, p. 21)

O levantamento de literatura sobre a temática da investigação foi realizado de forma contínua e sistemática com a revisão bibliográfica de artigos científicos, documentos oficiais e obras literárias relacionadas às categorias: saúde mental, gênero e cuidado de familiares no tratamento de pessoas em situação de sofrimento psíquico, bem como políticas públicas e ações que se relacionam ao tema para subsidiar a análise do problema proposto.

Utilizou-se como método, a pesquisa bibliográfica:

feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existem, porém pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta (FONSECA, 2002, p. 32).

A partir do emprego simultâneo dos descritores “saúde mental”, “cuidado”, “família” e “Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)”, nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), procedeu-se à leitura prévia dos resumos do material levantado e à seleção dos estudos, que atenderam tais critérios de inclusão: ser artigo completo, publicado em português no período de 2006 a 2016, cujos sujeitos de pesquisa fossem familiares de pessoas portadoras de transtornos mentais, profissionais de CAPS e usuários do serviço de atenção à saúde mental, ou artigos que tratassem da sobrecarga familiar no cuidado, que apresentaram pertinência para a discussão proposta, totalizando trinta e quatro (34) artigos. Posterior a essa leitura foram excluídos da análise seis artigos, que apesar dos títulos e resumos, não correspondiam aos objetivos desta pesquisa, portanto no total foram incluídos vinte e oito (28) artigos na análise.

Para exposição dos dados foi criado um instrumental, para facilitar a sistematização do conteúdo dos artigos, onde foram expostas as variáveis: título da pesquisa, base de dados, autores, ano de publicação e área da publicação e construídos ainda quadros com as informações sobre quantidade de artigos por área ou por ano. A pesquisa passou por fases de leitura sistematizada do material selecionado, criando categorias elaboradas a partir de diferentes critérios; por exploração do material, identificando e problematizando as ideias dos textos, e buscando um diálogo entre as ideias problematizadas e informações de outros estudos sobre o assunto e o referencial teórico de estudo e; elaboração da síntese interpretativa, articulando os objetivos do estudo, a base teórica e os dados obtidos.

Para melhor discussão e análise de dados, os artigos foram subdivididos em duas grandes áreas temáticas, compostas pelas categorias centrais: famílias, profissionais e usuários e suas respectivas compreensões do cuidar e; sobrecarga familiar e recorte de gênero no cuidado às pessoas com transtornos mentais.

Destaca-se a importância das categorias na sistematização dos dados na pesquisa bibliográfica, pois:

A categoria em geral, se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. Essa palavra está ligada à ideia de classe ou série. As categorias são empregadas para se estabelecer classificações. Nesse sentido, trabalhar com elas significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso. (MINAYO, 2009, pág. 70).

Da seleção final de artigos foram analisados vinte e oito artigos (28), sendo vinte e um da base de dados LILACS e sete da SCIELO. O primeiro quadro apresenta a caracterização dos artigos analisados:

Quadro 1 – Caracterização dos artigos analisados por autor, base de dados, área de pesquisa e ano de publicação:

Título	Autor (es)	Base de dados	Área da pesquisa	Ano de publicação
1) A relação com as famílias no tratamento dos portadores de transtorno mental realizado no Centro de Atenção Psicossocial.	Pimenta; Romagnoli.	LILACS	Psicologia	2008
2) A representação social de familiares nos centros de atenção psicossocial.	Azevedo; Miranda.	SCIELO	Enfermagem	2011
3) A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar.	Borba.	SCIELO	Enfermagem	2011
4) O sentimento de coexistência e os cuidados à pessoa em sofrimento mental.	Carvalho; Sena; Vilela	LILACS	Enfermagem	2011
5) Promoção de Saúde Mental: Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, corresponsabilização e autonomia.	Jorge; et.al.	SCIELO	Saúde Coletiva;	2011
6) Familiar com dependência química e consequente sobrecarga sofrida pela família: pesquisa descritiva	Oliveira; Mendonça.	LILACS	Enfermagem	2012
7) Aspectos da dinâmica da família com dependência química.	Paz; Colossi.	SCIELO	Psicologia	2013

8) Influência do ambiente familiar no consumo de crack em usuários.	Seleglim; Oliveira.	SCIELO	Enfermagem	2013
9) Percepção da doença mental por profissionais de saúde: possibilidades de ampliação do cuidado.	Machado; Pereira.	LILACS	Psicologia	2013
10) Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial	Paranhos-Passos; Aires.	LILACS	Psicologia	2013
11) A família no acompanhamento de sujeitos psicóticos: os encargos subjetivos oriundos do sofrimento psíquico	Braga; Fernandes; Rocha.	LILACS	Psicologia	2014
12) O papel da família no exercício dos direitos do portador de transtorno mental: revisão bibliográfica.	Conrado; Candido.	LILACS	Enfermagem	2014
13) Experiências dos familiares de pessoas com transtorno mental.	Da Silva; Martins; De Oliveira Maia; De Oliveira, F. & Alves.	LILACS	Enfermagem	2014
14) A família do usuário de drogas no CAPS: um relato de experiência.	Braun; Dellazzana- Zanon; Halpern.	SCIELO	Serviço Social	2014
15) Avaliação da sobrecarga em cuidadores familiares de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial.	Fava Silva, Silva.	LILACS	Terapia Ocupacional	2014
16) Sobrecarga do cuidado, solidariedade e estratégia de lida na experiência de familiares de Centros de Atenção Psicossocial.	Delgado	LILACS	Psiquiatria	2014
17) Demanda e oferta no encontro entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico	Constantinidis; Andrade.	LILACS	Saúde coletiva	2015
18) Laços entre família e serviços de Saúde Mental: a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico.	Covelo; Badaró- Moreira.	LILACS	Saúde Coletiva	2015

19) Relacionamento entre Familiar e Usuário de Álcool em Tratamento em um CAPS Especializado.	Nascimento, Souza, Gaino.	SCIELO	Enfermagem	2015
20) Relações Familiares e Dependência Química: Uma Revisão de Literatura.	Vasconcelos.	LILACS	Enfermagem	2015
21) O sentido do cuidar para familiares de pessoas com transtorno mental: um estudo descritivo	Santos; Eulálio; Barros.	LILACS	Psicologia/ Psiquiatria	2015
22) O Cuidado Compartilhado Em Saúde Mental Como Potencial De Autonomia Do Usuário.	Lima; Aguiar; Sousa.	LILACS	Psicologia	2015
23) Tecnologias de cuidado em saúde mental para o atendimento ao usuário de crack.	Nasi	LILACS BIREME	Enfermagem	2015
24) Experiências dos cuidadores de pessoas com adoecimento psíquico em face à reforma psiquiátrica: produção do cuidado, autonomia, empoderamento e resolubilidade.	Firno; Jorge.	SCIELO	Ciências da Saúde	2015
25) A clínica de família no Centro de Atenção Psicossocial III	Neves; Omena.	LILACS	Psicologia	2016
26) Os serviços de saúde mental na reforma psiquiátrica brasileira sob a ótica familiar: uma revisão integrativa	Santos.	LILACS	Enfermagem	2016
27) O cuidado aos dependentes químicos: com a palavra profissionais de saúde de centros de atenção psicossocial em álcool e drogas.	Silveira;	LILACS	Enfermagem	2016
28) Sobrecarga e participação de familiares no cuidado de usuários de Centros de Atenção Psicossocial.	Reis	LILACS	Psiquiatria	2016
TOTAL: 28 ARTIGOS				

Fonte: Elaboração própria

A Lei nº10.216 foi aprovada em 2001, seguida da portaria de nº336/02 que direciona a atenção em saúde mental e estabelece os CAPS; em 2003 a

estratégia de Redução de Danos passa a compor a política de saúde mental no Ministério da Saúde, logo, os artigos científicos analisados nessa monografia foram escritos posteriormente às legislações vigentes. Todos os artigos, por apresentarem conformidade com as legislações atuais de saúde mental, fazem críticas aos modelos de atenção à saúde mental que não acompanham tais mudanças.

O segundo quadro apresenta as áreas de publicação dos artigos. A enfermagem é a área que mais produziu artigos sobre o cuidado em saúde mental, e nestes artigos observou-se a preocupação dos profissionais em melhorar o conhecimento e principalmente melhorar as formas de atendimento aos familiares dos usuários dos CAPS.

Quadro 2: Quantidade de artigos publicados por área:

Área de publicação	Quantidade
Enfermagem	12
Psicologia	07
Saúde Coletiva	3
Psiquiatria	3
Serviço Social	1
Terapia Ocupacional	1
Ciências da Saúde	1

Fonte: Elaboração própria

O quadro três (03) apresenta o quantitativo de artigos publicados por ano dentro o período definido neste estudo, a partir do ano de 2006 até 2016:

Quadro 3: Quantidade de artigos publicados por ano:

Ano	Quantidade
2006	0
2007	0
2008	1
2009	0
2010	0
2011	4
2012	1
2013	4
2014	6
2015	8
2016	4

Fonte: Elaboração própria

Houve uma maior quantidade de artigos publicados após 2011 pois nesse ano o Ministério da Saúde lançou a campanha “*Crack é possível vencer*” (Decreto nº 7.508 de 2011) e também em decorrência da Portaria nº 130 de 2012 que redefine a atenção à saúde mental voltada a dependência química.

O artigo de Pimenta e Romagnoli (2008), cujo título é “*A relação com as famílias no tratamento dos portadores de transtorno mental realizado no centro de atenção psicossocial*” foi publicado na área da psicologia e faz uma crítica a idealização da família como sendo o ambiente de proteção para a pessoa em sofrimento mental, compreendendo-a como local de garantia e bom cuidado, esquecendo-se da singularidade das famílias e das relações familiares. Muitas vezes a família apresenta um comportamento de negação quando se depara com um caso de transtorno mental em seu seio. Ou, surge um sentimento de acomodação, por desconhecimento a família “aguarda a crise passar” (pág. 6) por ser incapaz de resolver o problema.

Os autores relatam que há um desconhecimento e concepções equivocadas sobre a saúde mental defendendo “modos de tratamento tradicionais” distanciando-se do que propõe a Reforma Psiquiátrica, e essa “carência de suportes institucionais não permite que as famílias sejam suficientemente amparadas para o enfrentamento do problema” (pág. 08). Ressaltam a importância da atenção ao portador de transtorno mental, bem como à sua família, para que esta esteja inserida no tratamento e para que ela se torne parceira da equipe de saúde mental.

3.2 A percepção de familiares, profissionais e usuários sobre o cuidado em saúde mental

A partir do objetivo de analisar o papel da família no cuidado e os encargos causados naqueles que pegam para si ou se veem obrigados a cuidar de seu familiar, privando-se de suas atividades rotineiras e seus afazeres em função da pessoa em sofrimento mental, iniciou-se essa pesquisa. Os artigos selecionados para este estudo trazem as percepções da família, dos profissionais do CAPS e usuários, cujos temas mais abordados são à importância da família no tratamento bem como as formas de atenção a saúde mental que devem cada vez mais incluir os familiares no tratamento.

Inicialmente, faz-se necessário destacar que um grupo dos autores analisados compreende que a doença mental não é considerada uma doença de apenas um sujeito, mas, de todo o grupo familiar. Existe um grupo familiar que deposita no sujeito acometido pelo transtorno mental ansiedades e tensões. Se o sujeito consegue se tratar de forma eficaz, todo o grupo mantém o equilíbrio. Pensar tanto o sujeito quanto sua família, mantém o estado afetivo e também formas de lidar com a dor psíquica possibilitando reagir a essas experiências emocionais, ampliando a capacidade de pensar sobre elas.

A família, em alguns casos, é a primeira a identificar algum problema e a buscar auxílio dos serviços, o que acaba por torná-los os responsáveis pelo manejo nos momentos de crise, pela administração das prescrições médicas dentre outros cuidados. Encargos como estes afetam a vida econômica, afetiva e social das famílias que também entram em sofrimento. Portanto, “entende-se que, além de aliados no processo de tratamento, os familiares também necessitam de cuidados.” (CONSTANTINIDIS, ANDRADE, 2015, p. 334).

Constatou-se que o papel da família é cuidar, incentivar, estar presente; a saúde mental é a capacidade de se relacionar, desempenhar atividades sem sofrimento; transtorno mental é o inverso, diante dele as famílias se percebem impotentes; o internamento é percebido como sofrimento, e destaca-se a importância do tratamento farmacológico. Há a necessidade de discutir essas questões com as famílias e instrumentalizar os profissionais de saúde para atender essas novas demandas de cuidados. (BORBA et.al, 2011, pág. 442)

A família, segundo os estudos de Borba (2011); Braun, Dellazana-zanon e Halpern (2014), é uma unidade social complexa e fundamental para o processo do viver do ser humano, que é formada não só pelo conjunto de pessoas, mas por suas relações e ligações entre si. É um sistema que realiza constantes trocas com o meio em que vive, transforma e é transformada por seu ambiente. Quando ocorrem mudanças no sistema familiar, a vida de cada membro sofre alterações e modificações que gerarão influências significativas nos padrões comportamentais de cada um.

Ao longo de suas trajetórias os sujeitos passam por situações de crise, ligadas a processos de transição, e, a capacidade das famílias de se ajustarem ou conviverem com essas situações, incluindo a convivência de pessoas em sofrimento mental, depende da maneira como constroem suas relações e lidam com elas. “*Uma rede social ampla e resolutiva, de preparo, acolhimento, apoio e orientação por parte*

dos profissionais pode contribuir para que a família assuma o seu papel de provedora de cuidado, (...) capaz de resolver problemas cotidianos” (BORBA, et.al, 2011, pág. 446).

Os grupos de família, que possuem caráter terapêutico e consistem em uma estratégia de cuidado às pessoas com as quais o paciente estabelece vínculos. Nesse grupo estão presentes pais, irmãos, filhos, cônjuges e outras pessoas da família que queiram partilhar suas experiências da convivência e estabelecer um espaço de acolhimento para esses participantes na escuta diante do sofrimento na convivência com o portador de transtorno mental. Outra modalidade de atendimento é o atendimento de família, que requer uma escuta qualificada de membros de uma mesma família que partilham sofrimento diário. É preciso considerar toda a família que se apresenta e o CAPS enquanto dispositivo estratégico deve promover espaços de encontro, produção e subjetividades construídas a partir dos vínculos.

De acordo com o artigo de Santos (2016) após os familiares começarem a participar dos grupos e atendimentos, a convivência com a pessoa com transtornos mentais melhorou, pois os esclarecimentos, orientações sobre a doença e o compartilhar de experiências inicia um processo de aceitação e compreensão do comportamento e da maneira de agir do familiar para com aquele que sofre psicicamente. Quando o serviço se apresenta como parceiro da família é possível ver mudanças na reabilitação psicossocial e por isso é importante à inclusão da família no Projeto Terapêutico Singular – PTS, oferecendo-lhes também cuidado. Os familiares precisam ser vistos como sujeitos da ação e parte da atenção dos profissionais para se desenvolverem como suporte de cuidado.

Em contrapartida, é perceptível também que ao entrar em contato com os serviços de saúde, a interação da família pode gerar estresse e frustração, pelo fato de profissionais desconhecerem ou estarem despreparados para com o sofrimento familiar, e, a falta de orientações, apoio e encaminhamentos que por vezes os deixam confusos, causando nos sujeitos o sentimento de desamparo por ambos. Os familiares sentem-se solitários sem ter a quem recorrer.

Quando o sujeito em sofrimento mental passa a depender totalmente de sua família, gera um desgaste subjetivo, organizativo e social na família. (COVELO, BADARÓ-MOREIRA, 2015). Os pais cuidadores, em suma, perdem seus papéis sociais e deixam suas atividades rotineiras em detrimento do cuidado contínuo com filhos com algum transtorno mental. Há uma visão romantizada da família e de que o

afastamento de pessoas próximas são prejudiciais tanto aos sujeitos quanto a seus familiares. Com isso, momentos de lazer e cuidado de si se tornam escassos prejudicando o esgotamento diante das demandas.

Há também, em contraposição, um desconhecimento da importância da participação da família nos processos de tratamento e no estreitamento de laços com os dispositivos sociais apoiadores no cuidado da pessoa em sofrimento mental. É evidente que o envolvimento da família com os serviços continua limitado.

O cuidado tem como potencialidade a expansão de relações para transformar modos de viver. A família é um meio de constante mudança de ligações afetivas e sociais, com o qual o campo da Saúde Mental tem o desafio da aproximação. Tal contato se mostra importante para acolher as complexas dimensões do sofrimento desses familiares, por meio: da escuta, de atividades grupais e do entendimento de sua dinâmica vivencial. (COVELO, BADARÓ-MOREIRA, 2015, p. 1141).

Quatro dos artigos encontrados Conrado e Candido (2014); Covelo, Badaró-Moreira (2015); Nascimento, Souza e Gaino (2015) e; Pimenta e Romagnoli (2008) apresentam uma visão biomédica, afirmando que a participação das famílias no tratamento ainda não é significativa, e isso se deve a diversos fatores como a falta de conhecimento sobre o transtorno mental, os serviços de saúde mental, os estágios de recaída, “manejo de conflitos” (Nascimento, Souza e Gaino (2015), percepção dos efeitos colaterais, o baixo nível de escolaridade de cuidadores, o que reduz a compreensão quanto ao tratamento e as informações passadas pelos profissionais de Saúde, bem como, o próprio contato com os profissionais que resultam uma experiência frustrante, evidenciando sentimentos de isolamento, depressão, baixa autoestima, dentre outros.

Entender a participação em termos de oferecimento de suporte a alguém querido explicita uma contradição comum em contextos em que familiares ou pessoas próximas se tornam cuidadoras. Por um lado, esse cuidado é visto como um apoio e suporte necessário e oferecido com boa vontade e boa intenção. Por outro, ele também é visto como uma responsabilidade que pode causar sobrecarga devido à demanda que coloca ao cotidiano dessas pessoas. (MARTINS, GUANAES-LORENZI, 2016, p. 7)

Levar a família para os serviços de saúde mental ainda é considerado desafio para os profissionais e ao mesmo tempo a mudança nas práticas terapêuticas, passando então a realizar não só o atendimento individual, destacando

o transtorno mental como único foco e sim a coletividade de seus relacionamentos, de forma especial, com seus familiares. Oficinas terapêuticas, atendimento individual e visita domiciliar são estratégias utilizadas pelos serviços para maior aproximação dos familiares, mas percebe-se que festas comemorativas e outras atividades coletivas responderam melhor às tentativas de “agregar” as famílias aos serviços.

Quando o paciente inicia tratamento para a dependência química a droga perde o lugar no contexto familiar e o usuário começa a focar em contextos de vida mais saudáveis. Compreender a dinâmica do dependente químico, bem como de sua família, possibilita o entendimento do que os sintomas exercem e também as possíveis intervenções futuras, visando minimizar o sofrimento e restaurar as relações afetivas que foram prejudicadas pelo uso abusivo das drogas.

O contexto familiar pode ser considerado como fator de risco e/ou de proteção em relação ao abuso de drogas. Se uma família acolhedora, com limites definidos, comunicação adequada, promotora de afeto e proteção se apresenta como fator de proteção ao uso de drogas; ao contrário, uma família com distanciamento afetivo com dificuldade na comunicação e fronteiras pouco definidas pode favorecer tanto o uso de substâncias como a permanência ativa da dependência. (PAZ, COLOSSI, 2013, pag. 556).

As práticas culturais familiares são estímulos para a experimentação e/ou continuidade do uso de drogas, pois, a família transmite expectativas sobre os papéis sociais, o modo de vida, o uso de substâncias psicoativas, dentre outros. Contudo, segundo um dos artigos analisados (Selegim, 2013), muitas famílias não reconhecem fatores de risco e proteção em suas próprias ações e não associam os conflitos familiares, brigas no ambiente familiar como fator favorável ao uso de drogas, por exemplo. É comum que usuários de drogas tenham seus vínculos com familiares fragilizados ou, na maioria, rompidos totalmente. E a ausência do apoio familiar pode influenciar na continuidade do uso.

Vasconcelos (2016) afirma que no processo de adoecimento do dependente químico, um dos fatores que motiva o uso e/ou recaídas tem relação com “inabilidade da família em lidar com o comportamento de seu familiar dependente, necessitando também ela de acolhimento e acompanhamento” (pág. 321).

A aflição propagada pelo familiar surge do comportamento inconstante do dependente químico o que causa esgotamento em sua convivência, desordens nas relações familiares, estreitando ainda mais seus laços.

A dependência química é considerada problema de saúde pública da sociedade contemporânea e as abordagens atuais são calcadas nos movimentos históricos de saúde pública e reforma sanitária e psiquiátrica. Dentre os principais dispositivos da rede de saúde para o tratamento de usuários de drogas e suas famílias são os Centros de Atenção Psicossocial. De acordo com um dos artigos levantados:

A família é indispensável para o trabalho realizado nos CAPS. As ações dirigidas às famílias têm como base o estímulo e o apoio necessário à construção de projetos voltados à reinserção familiar e social. Entende-se que, através da aproximação entre o usuário e sua família, o tratamento se torna mais humanizado e viável. Cabe às equipes dos CAPS acolher e tratar as demandas conforme plano terapêutico estabelecido e, especificamente no âmbito da dependência química, possibilitar maior motivação dos usuários e suas famílias ao tratamento, o que é fundamental para a recuperação e para a prevenção de recaídas. (Braun, Dellazzana-zanon, Halpern, 2014, pág. 127).

Dentre os artigos escolhidos para o estudo sete (7) artigos tratam de forma geral sobre família e cuidado, abordando os sentidos do cuidado e experiências dos familiares cuidadores, por exemplo.

A análise do cuidado a partir da visão profissional se deu através de dois artigos, encontrados dentro dos âmbitos dessa pesquisa. Machado (2013) apresenta em seu estudo, uma pesquisa qualitativa, que retrata a visão de profissionais de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, atribuindo ao final do estudo à conclusão de que o cuidado é fundamental e determinante para o encontro, o acolhimento, no vínculo e na produção de cuidados da pessoa em sofrimento. Já Silveira et.al (2016) apresenta em seu estudo a visão de profissionais que enfatizam os problemas enfrentados e os obstáculos para se efetivar a promoção de cuidado segundo à reforma psiquiátrica.

Machado (2013) apresenta enfaticamente a ausência de preparo dos profissionais na área de saúde mental, sua grande rotatividade no setor e a dificuldade de compreensão do fazer diante de possibilidades de atuação precárias e a dificuldade de articulação em rede com outros serviços de saúde.

Para que o atendimento aconteça de forma ética, digna e humanizada é necessário que as práticas profissionais, compostas aqui, pelos equipamentos e meios também técnicos, bem, como sociais ofereçam condições que permitam que os objetivos sejam atendidos, o que é relatado como ausência pelos profissionais

entrevistados no artigo de Silveira (2016). Ausência de materiais básicos para realização de oficinas terapêuticas, falta de carros para a realização de visitas domiciliares e busca ativa são exemplos. A falta de materiais e condições para a realização gera desgastes e aumenta a insegurança tanto de profissionais quanto de usuários ao se depararem com más condições oferecidas, podendo afetar os vínculos criados para o cuidado.

O desconhecimento ou o despreparo dos profissionais também foi difundido no estudo (SILVEIRA, 2016) que relata utilização pelos profissionais de abordagens e perspectivas manicomiais no cuidado, descartando as possibilidades criadas a partir da lógica da reforma psiquiátrica. A percepção da dependência como uma doença crônica é distanciada, percebendo-se que profissionais a entendem como um processo ausente de recaídas e/ou continuidade do tratamento, esquecendo-se por vezes da singularidade de cada sujeito e percepção de seu processo saúde-doença.

Relatos presentes no artigo analisado mostram que os profissionais

apontam sentimentos de fracasso e frustração diante dos processos de recaída e do abandono do tratamento por parte dos usuários dos serviços, como apontado nas falas abaixo:

É decepcionante em relação à população, é muito instável, eles recaem, eles abandonam, me sinto impotente (E2).

Porque às vezes você começa o trabalho, tá indo muito bem, começa manter a abstinência e tudo e, de repente, o paciente acha que tá bom e não vem mais... Aí volta a recair, é muito frustrante, dá uma sensação de fracasso (E13). (SILVEIRA, 2016, pág. 4355, grifos do autor).

Observou-se no estudo apresentado por Silveira (2016), que nos CAPS em que foi feita a pesquisa, outra grande questão que acarreta impasses no tratamento e cuidado de pessoas em sofrimento mental relacionados à dependência química é a ausência de conhecimento sobre a reforma psiquiátrica e suas estratégias de atenção à saúde mental. Foram relatados casos em que profissionais inserem na sua perspectiva de atendimento a abstinência, que acarreta grande número de recaídas, ou a falta de aceitação por parte do usuário, e conseqüentemente, o desgaste e desânimo para o fazer profissional, por sua ação se restringir e não obter resultados visíveis em um curto espaço de tempo. Há de se destacar que a saúde mental é uma área delicada, que deve ser tratada como

doença e que os estudos apresentam variados fatores para que haja a recaída e a desistência do tratamento por parte do usuário.

Os profissionais possuem dificuldades para compreensão dos princípios da redução de danos, pois faltam informações sobre a abordagem, o que influencia na segurança em seu uso. (...) Há a necessidade de aquisição de conhecimento específico para atuação área de saúde mental. O sentimento de muitos dos profissionais de saúde é de despreparo para o cuidado dos dependentes de substâncias psicoativas. (SILVEIRA, 2016, pág. 4358)

Quanto à participação e a inclusão da família no tratamento, destacou-se na fala dos profissionais a importância deles para que o tratamento seja melhor executado, pois a família é a entrada para a ressocialização da pessoa em sofrimento mental. A família pode ser um sistema de apoio à unidade de saúde, porém, necessita ser instrumentalizada com informações que permitam sua ação em acordo com as necessidades apresentadas pelo usuário bem como pelo CAPS.

Os profissionais de saúde devem atuar com o usuário de substância psicoativa, juntamente com seus familiares, auxiliando na redução da crise e na busca de respostas adaptativas para o enfrentamento desta situação, identificando e avaliando as dificuldades que a família e o indivíduo estão enfrentando, checando se as informações e orientações dadas foram claramente entendidas. (Silveira, 2016, 4361).

Um fato analisado no estudo de Machado (2013) é a centralidade vista pela família na atuação do profissional médico dentro de um serviço de atenção à saúde mental, voltando à ideia de hospitalização e medicalização da pessoa em sofrimento mental. O observado em seu estudo é que além da grande quantidade de famílias que buscam essa forma de tratamento, é o número de profissionais que ainda trabalham com essa perspectiva manicomial.

A produção de conceitos no meio social pode ser ambígua para a pessoa em sofrimento mental, podendo ser fator de inclusão ou exclusão. O preconceito vivido por esse sujeito acometido de transtorno mental é capaz de gerar um sentimento de auto exclusão a partir da desconsideração que enfrenta diante da família e da sociedade, onde ela se torna única e exclusiva responsável pelo seu adoecimento. Isso está associado ao fato de profissionais de saúde deter ou não habilidade na promoção do cuidado. De acordo com um dos artigos analisados,

A ausência do sentimento de pertença à comunidade que a circunda pode dificultar o desenvolvimento de sentido para a vida pela inexistência de teia de solidariedade e de afetividade das relações

sociais significativas. (...) No interior da família, pode avançar para outros relacionamentos mais complexos. Portanto, sendo a família o primeiro núcleo social, cenário de possibilidades de desenvolvimento e de acontecimentos humanos, pode-se considerar a relevância desse núcleo no enfrentamento das dificuldades pertinentes à doença mental, assim como a importância da sensibilização do profissional para essa temática no processo do cuidado. (MACHADO, 2013, pág. 135).

Dentre os artigos encontrados, apenas um apresenta o cuidado e a reinserção social através do CAPS, na visão dos próprios usuários. O estudo de Paranhos-Passos et.al, publicado no ano de 2013, traz relatos de pessoas acometidas de transtorno mental em tratamento enfatizando relatos que reforçam carinho e atenção, demonstrando satisfação diante dos serviços oferecidos.

Pessoas em sofrimento mental sofrem descredito diante da sociedade. E o CAPS tem papel fundamental para romper com esse ideário social e reinserir essas pessoas, devolvendo a elas o convívio com seus familiares, amigos, e todo o seu meio social, por meio da circulação e ocupação dos espaços.

As falas dos usuários entrevistados corroboram esta ideia, pois eles enxergam o CAPS como sua casa, um lugar em que encontram uma rede de apoio social representada não só pelos profissionais, mas também, e principalmente, por outros usuários, como uma família. (PARANHOS-PASSOS; AIRES, 2013, pág. 25).

O estudo enfatiza que os sujeitos em sofrimento mental não estão totalmente reinseridos na sociedade, pois a única estratégia encontrada pelos usuários é o CAPS, o que dificulta a estratégia de fortalecer todos os vínculos perdidos. Igualmente, os usuários sofrem preconceitos por frequentar a unidade. Se de um lado os CAPS trabalham a reinserção social, a sociedade não é da mesma forma tratada para acolher tais sujeitos, deixando-os assim, com a única possibilidade de socialização na instituição.

Percebe-se a necessidade de fortalecer os vínculos entre usuários, família e serviço que estão inseridos em vínculos sociais comunitários que tem grande capacidade de promoção de autonomia e protagonismo do usuário, que necessita de uma base sólida de cuidado, que se efetiva no envolvimento de todos os sujeitos no cuidado e, além disso, sejam ouvidos e rotineiramente convidados a participarem desse processo.

3.3 Cuidado e sobrecarga familiar

A segunda grande categoria temática que intitula este subitem foi observada com a análise dos artigos que tiveram prevalência dos assuntos voltados ao cuidado do usuário pelos familiares, e a decorrência desse cuidado direcionado a uma única pessoa da família que geralmente é a mulher e mãe.

A família representa a extensão mais importante do projeto terapêutico, aliada à manutenção das orientações recomendadas pelos serviços de atenção à saúde mental. Colocar a família em evidência significa pensar o cuidar que existe nesse grupo. O cuidar é uma prática que se constrói com base na união entre as experiências cotidianas, principalmente as de natureza, em conjunto com as orientações do serviço de saúde mental. (SANTOS, EULÁLIO, BARROS, 2015).

Muitas das vezes, a busca por atendimento médico ou serviço é considerada solitária, apenas uma pessoa da família, aquela que atribuiu para si o cuidado, torna-se a principal cuidadora e não recebe apoio ou ajuda dos familiares. Assim, “não encontra suporte em sua família como escape para emoções negativas.” (SANTOS, EULÁLIO, BARROS, 2015, pág. 34).

No seio familiar se explicitam as relações de poder presentes no cuidado. Firmo e Jorge (2015) afirmam que a família é tanto produto como produtora de cuidado. Cuidar da saúde está associado a intervenções dirigidas a alguém ou prestar atenção através de procedimentos técnicos previamente orientados para o bom êxito do tratamento do sujeito acometido de transtorno mental. (pág. 222).

Atribuiu-se ao cuidado o estatuto de uma categoria reconstrutiva, apostando na potencialidade reconciliadora de reflexão e negociação sobre objetivos e meios das ações em saúde, entre as práticas assistenciais e a vida, ou seja, na possibilidade de um diálogo aberto e produtivo entre a tecnociência médica e a construção livre e solidária de uma vida que se quer feliz, sem determinar de modo absoluto, *a priori*, onde e como chegar com a assistência, tendo as dimensões políticas e éticas do cuidado como horizonte das ações de saúde. (Firmo e Jorge, 2015, 226).

O vínculo nem sempre é visto como positivo, como aponta Jorge et.al (2011), em seu estudo. Para alguns sujeitos do estudo realizado, o vínculo causa dependência do usuário em relação ao profissional de saúde, prejudicando tanto o trabalho profissional quanto o usuário e sua família.

Ao se vincular a alguém ou a alguma instituição (uma equipe, um centro de saúde) costumasse transferir afetos para essas pessoas ou instituições. Afetos são sentimentos imaginários, apostas que se faz com base na história pessoal de cada um e na imagem produzida pelo serviço ou pelo profissional. Esses afetos podem contribuir ou não para a eficácia da conduta terapêutica e para a manutenção da vida em cada pessoa afetada, seja o trabalhador, ou o próprio usuário. Por isso, o vínculo pode ganhar variados sentidos (confiança - respeito - amizade – dependência - antipatia), de acordo com os laços de afetividades construídos ao longo da terapêutica entre trabalhador de saúde mental e usuários. (JORGE et.al, 2011, pág. 3056).

Para que o vínculo favoreça o cuidado, na opinião dos entrevistados do estudo, é preciso construir laços afetivos, confiança, respeito e valorização dos saberes de todos os envolvidos, sejam usuários, profissionais e familiares, propiciando a corresponsabilização de parceira entre eles para a melhoria da qualidade de vida do portador de transtorno mental.

Cinco (5) artigos do total analisado trataram especificamente da sobrecarga familiar no cuidado à pessoa com transtorno mental, ou seja, o cuidado dedicado a uma pessoa pode provocar um impacto no ambiente familiar. Mudanças na rotina diária do familiar, como a restrição das vidas social e profissional, despesas financeiras, supervisão de comportamentos problemáticos, alimentação, cuidados de higiene pessoal etc. bem como aspectos emocionais como preocupações, inerentes ao cuidado acabam por impedir ou dificultar alguns projetos ou objetivos de vida, podendo acarretar sobrecargas no cuidador.

Santos, Eulálio e Barros (2015); Reis et.al(2016); Delgado (2014) e; Fava, Silva E Silva(2014), realizaram estudos qualitativos, através de entrevistas semiestruturadas com familiares do CAPS e suas análises são apresentadas no quadro abaixo:

Quadro 4: Características das famílias cuidadoras:

Categorias	SANTOS et.al (2015)	REIS et.al (2016)	DELGADO (2014)	FAVA et.al (2014)	AZEVEDO et.al (2015)
Sexo Feminino	75%	80%	80%	81%	85,7%
Mães cuidadoras	68%	43,93%	44%	47%	-

Residem c/ usuário	60%	57,94%	-	-	-
Faixa Etária	33 a 81 anos	41 a 60 anos	21 a 80 anos	19 a 74 anos	Acima de 50 anos
Renda (até 04 salários mínimos)	-	62,62%	83%	-	-
Baixa Escolaridade	56,3%	46,18%	46,8%	43%	-
Aposentados/ donas de casa	50%	21,50%	57%	48%	-
Emprego formal	25%	36,45%	36%	38%	-
Religião	73,4%	88,78%	88,8%	94%	-
Sobrecarga objetiva	-	68,22%	-	78%	-
Sobrecarga subjetiva	-	80,37%	-		-

Fonte: Elaboração Própria

A partir dos dados apresentados no quadro (5) de caracterização sociodemográfica conclui-se que as mulheres – mães representam o maior número de cuidadores em relação aos demais familiares. Além de acumular tarefas domésticas, familiares do sexo feminino são as maiores responsáveis pela pessoa com transtorno mental, aumentando assim sua sobrecarga. “As relações de cuidado foram construídas a partir da divisão de gênero no trabalho, sendo os lugares sociais determinados de acordo com o gênero, dessa forma, o cuidar tornou-se função prevalentemente feminina.” (REIS et.al., 2016, pág. 76).

A mulher torna-se vinculada à esfera doméstica, privada. Os serviços “invisíveis”, realizados no lar pela mulher e voltados para a reprodução social do grupo familiar, convertem-se em “atos de amor”. A mulher também passa a comportar as funções de articuladora da coesão da unidade familiar, administradora do orçamento e consumo doméstico, educadora e prestadora de cuidado para o homem e seus filhos. (ROSA, 2011, pág. 275)

O cuidar não é genuíno à mulher, mas sim, um caráter construído pela sociedade patriarcal que impõe as mulheres os afazeres domésticos e encarregar-se pelos cuidados de um familiar adoecido. Apesar de o “amor materno” ser considerado um mito ou construção social, existe uma função imbricada com a capacidade da mulher relacionada aos seus atributos biológicos, que naturalizam o cuidado como uma prática feminina.

A mulher é pressionada socialmente a assumir esse cargo mesmo tendo a possibilidade de renunciá-lo, o que raramente ocorre. Geralmente, o cuidado que recai sobre uma única pessoa da família, acaba por sobrecarregá-la com a exclusividade dessa função.

Reis et.al (2016) e Delgado (2016) analisam a sobrecarga separando-a em objetiva e subjetiva, sendo maior a sobrecarga objetiva, que caracteriza-se por atividades de assistência da vida cotidiana, sendo pouca ou nula a participação da pessoa, o tempo envolvido e a repetição cotidiana. Em se tratando da sobrecarga subjetiva, supervisionar comportamentos é o encargo que mais foi mencionado pelos participantes. Os cuidadores valorizam o trabalho do CAPS, pois, para eles o tratamento no serviço é uma possibilidade de reduzir a sobrecarga sofrida no ambiente familiar.

A sobrecarga também é gerada porque é esperado que pessoas adultas sejam independentes, condição que não é viabilizada em pessoas acometidas por transtornos mentais. Além disso, existe o fato de que os cuidadores deixam suas necessidades e desejos colocando o do usuário em primeiro plano.

Além da vigilância constante ao portador de transtorno mental, os cuidadores também lidam com a incompreensão da doença por parte de outros familiares e terceiros. Nas famílias visitadas é comum que o interesse e a procura por ajuda médica e tratamento sejam uma busca solitária do cuidador. Alguns dos conflitos familiares observados têm como ápice o adoecimento do parente e a consequente desestruturação familiar. Dessa forma o cuidador não encontra suporte dentro da própria família como escape para as emoções negativas. (SANTOS, EULÁLIO, BARROS, 2015, pág. 33).

Cuidados diários indicam a importância de estratégias e procedimentos como dispositivos responsáveis por informações técnicas e apoio emocional por parte do serviço de atenção a saúde mental.

A superproteção é outro encargo considerável, uma vez que os cuidadores tendem a superprotegerem os psicóticos, principalmente quando esse cuidado permeia a relação mãe-filho. Compreende-se, porém que esse cuidado excessivo veta a liberdade e autonomia do sujeito, o que impede o desenvolvimento do mesmo. A culpa também é outro significativo que pode estar presente e que contribui para os sentimentos como solidão, ansiedade e vergonha, por parte de quem estão envolvidas nos cuidados do sujeito. Evidencia-se também a condição narcísica parental como um dos encargos subjetivos de

forte expressividade nesse contexto. (BRAGA, FERNANDES, ROCHA, 2014, pág. 229).

Atividades religiosas foram citadas em todos os estudos como um fator de alívio da sobrecarga e a principal estratégia de enfrentamento adotada pelos familiares no contexto brasileiro.

Estratégias relacionadas para tornar a vida “mais leve” e alívio da sobrecarga, tanto objetiva quanto subjetiva, foram muito presentes nas narrativas dos familiares. Não encarar o problema “como um fardo”, “ter humor”, passear, se divertir, “dar uma fugida”, “tocar um instrumento” e “fazer o que gosta” são algumas estratégias utilizadas. (DELGADO, 2014, pág. 1117).

NASI (2015) aponta que em alguns casos, a internação compulsória seria a melhor alternativa para iniciar o tratamento de usuários de crack, tendo em vista a dificuldade apresentada por eles para o tratamento. Foi observado por ela em sua pesquisa, que há muitos pedidos no CAPS de internação compulsória, sendo este um recurso de proteção para o usuário bem como para sua família. Na unidade em que foi realizado tal estudo, percebe-se que os profissionais compreendem que esta deve ser uma medida utilizada em casos particulares e que a conversa com o Ministério Público deve ser constante, pois isola o usuário de seu convívio e círculo social, prática que vai de encontro àquilo preconizado nos moldes de atenção à saúde mental.

A busca pela internação compulsória, quando feita por familiares, tem como pano de fundo uma alternativa que alivia à sobrecarga e uma maneira de resolver os problemas do usuário de maneira imediata, como o afastamento com o cenário de uso, companhias, ou até o afastamento de práticas como o crime, que está ligeiramente associado ao uso de substâncias psicoativas. Diante de inúmeros problemas a família se vê sem alternativas para lidar com o usuário e vê na internação a melhor saída.

Em suma, com a análise desses artigos é possível perceber que com a reforma psiquiátrica e os novos modelos de atenção à saúde mental, avanços foram conquistados em relação ao usuário e sua família e a relação destes com o serviço de saúde. Contudo, muito há de se avançar ainda. Entende-se que as equipes devem se preparar melhor para a participação da família no tratamento do portador de transtorno mental.

A parceria entre a equipe e a família é fundamental, no sentido de trabalhar com as visões dicotômicas em relação às possibilidades de tratamento do usuário. Esta parceria requer um contrato em que possa ser negociado o cuidado do usuário e que também contemple estratégias de suporte à sobrecarga do familiar. (NASI, 2015, pág. 95).

O fortalecimento dos vínculos do tripé usuário, família, e serviço possibilita a promoção de autonomia e de protagonismo do usuário, à medida que este possa se sentir empoderado e protagonista de sua história, favorecendo a melhoria no tratamento e com isso, a redução das sobrecargas familiares.

Cabe salientar que as redes de apoio não devem ser só entre os serviços de saúde. A desoneração do Estado sobrecarrega as famílias, tornando-as responsáveis e sem alternativas para o cuidado. É preciso que o Estado se encarregue de sua função, deixando de responsabilizar unicamente as famílias pelo cuidado de pessoas em sofrimento mental, proporcionando melhores atendimentos e ampliação da rede, para que o tratamento ocorra de forma eficaz, com amplo acesso a serviços que envolvam todos os aspectos que constituem a saúde, descritos na Constituição Federal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste trabalho foi analisar o papel da família enquanto cuidadora de uma pessoa em sofrimento mental atendida em CAPS, buscando perceber as interfaces desse cuidado e em que medidas este geram a sobrecarga em um dos membros da família e com que frequência este cuidador é mulher e o grau de parentesco da mesma para com o usuário portador de transtorno mental.

Para compreender o objetivo proposto realizou-se uma pesquisa qualitativa com análise de artigos científicos, buscando entender a percepção de profissionais, familiares e usuários sobre o cuidado em saúde mental e sua relação com a sobrecarga familiar e recorte de gênero no cuidado às pessoas com transtornos mentais.

Após percorrer tal trajetória, pode-se inferir que o cuidado em saúde mental vem sendo discutido mais amplamente nos últimos anos apesar de as legislações sobre o tema serem mais antigas. Somente da metade da última década o cuidar passou a estar presente nas discussões de diferentes áreas profissionais, contudo, a psicologia e enfermagem produziram mais estudos.

Há alguns artigos que relatam que apesar da Reforma Psiquiátrica ser o eixo norteador para as políticas de saúde mental bem como as atuações profissionais, há um distanciamento dessas práticas retornando aos modos de tratamento tradicionais, que visam à internação, a medicalização e lógica hospitalocêntrica.

A importância da família no tratamento é reconhecida na maioria dos artigos, contudo, há um despreparo profissional para compreender as especificidades e singularidades das famílias, o que dificulta e impossibilita um atendimento efetivo dos mesmos.

As mudanças na vida familiar acompanham mudanças na sociedade de forma geral, e a família transforma e é transformada de acordo com o meio em que vive. Quando essas mudanças ocorrem no seio familiar, a vida de todos os membros sofre alterações e modificações que influenciarão os padrões de comportamento de cada um.

Os momentos de crise do portador de transtorno mental interferem nas capacidades das famílias reagirem e/ou se adaptarem com tal situação, para lidar com isso, os grupos de família constituem a estratégia mais utilizada nos CAPS para

que a família seja ouvida, para que possa expressar suas dificuldades e socializar experiências com outras famílias. A escuta qualificada aqui permite agregar informações discutidas no grupo e promover a reflexão e alternativas aos momentos de crise e demais situações cotidianas.

Por vezes foi relatado um desgaste de um dos membros da família, pois o cuidado recai apenas sobre um dos membros da família, que geralmente, já possui atividades rotineiras como por exemplo, trabalho formal, ou no caso mais relatado, da mulher, mãe que atribui para si o cuidado da pessoa com transtorno mental, já possui o cuidado de outros filhos e da casa.

O cuidado dedicado a uma pessoa pode provocar um impacto no ambiente familiar. Mudanças na rotina diária do familiar, como a restrição das vidas social e profissional, despesas financeiras, supervisão de comportamentos problemáticos, alimentação, cuidados de higiene pessoal etc. bem como aspectos emocionais como preocupações, inerentes ao cuidado acabam por impedir ou dificultar alguns projetos ou objetivos de vida, podendo acarretar sobrecargas no cuidador.

A pesquisa permitiu concluir que as mulheres e mães representam o maior número de cuidadores em relação aos demais familiares. Elas se tornam as mais responsáveis pela pessoa com transtorno mental o que conseqüentemente causa sobrecarga devido o acúmulo de atividades dentro e fora de casa.

Em suma, com a análise desses artigos é possível perceber que com a reforma psiquiátrica e os novos modelos de atenção à saúde mental, avanços foram conquistados em relação ao usuário e sua família e a relação destes com o serviço de saúde. Contudo, muito há de se avançar ainda. Entende-se que as equipes devem se preparar melhor para a efetivação da família no tratamento do portador de transtorno mental.

Discutiu-se neste estudo o papel da família e a relação da mesma com o cuidado de pessoas com transtornos mentais. Buscou-se provocar o debate da inclusão das famílias no tratamento de pessoas em sofrimento mental, objetivando a melhoria do atendimento também a estes que são parte fundamental para a recuperação do usuário. Bem como o debate acerca da sobrecarga do cuidado que recai sobre as mulheres, ainda por um ideário machista que atribui o cuidado à mulher.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

_____. **A Saúde no Brasil**. Representação da OPS/OMS no Brasil, 1998.

ALVES, Francielle Lopes; MIOTO, Regina Célia Tamasso. **O Familismo nos Serviços de Saúde: expressões em trajetórias assistenciais**. Argumentum, Vitória (ES), v. 7, n. 2, p. 208-220, jul./dez. 2015.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** - 4^o edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

ARAÚJO, Maria Fátima. **Família, Modernização capitalista e democracia: retomando alguns marcos do antigo debate sobre as transformações da família no Brasil**. Tempo e argumento, v.3, n. 1, 2011.

AZEVEDO, Dulcian Medeiros de; MIRANDA, Francisco Arnaldo Nunes de. **A representação social de familiares nos centros de atenção psicossocial**. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 354-360, jun. 2011.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

Berquó E, Cunha EMGP. **Morbimortalidade feminina no Brasil (1979 – 1995)**. Campinas: Editora da Unicamp; 2000.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática**. 2^a ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BORBA, Letícia de Oliveira et al . **A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 442-449, 2011.

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade social no Brasil**: conquistas e limites à sua efetivação. *In*: Serviço social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS, 2009.

BRAGA, Nayara Gomes; FERNANDES, Nathália de Freitas Costa; ROCHA, Tiago Humberto Rodrigues. **A família no acompanhamento de sujeitos psicóticos**: os encargos subjetivos oriundos do sofrimento psíquico. Aletheia, Canoas, n. 43-44, p. 227-238, ago. 2014.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei nº 10.216, **Lei da Reforma Psiquiátrica** de 06 de abril de 2001. Diário Oficial da União.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei nº 8.080. **Lei Orgânica da Saúde** de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União.

BRASIL. Lei Federal nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 106** de 11 de fevereiro de 2000. Diário Oficial da União.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 130** de 26 de janeiro de 2012. Diário Oficial da União.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 224** de 29 de janeiro de 1992. Diário Oficial da União.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 336** de 2002. Diário Oficial da União.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 1220** de 07 de novembro de 2000. Diário Oficial da União.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Decreto Nº 99.438, **Organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde**. Diário Oficial da União, 7 DE AGOSTO DE 1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Coordenação Nacional de DST e AIDS. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, 2003. 60 p. il. (Série B. Textos básicos de saúde).

BRAUN, Lori Maria; DELLAZZANA-ZANON, Letícia Lovato; HALPERN, Sílvia C. **A família do usuário de drogas no CAPS: um relato de experiência**. Rev. SPAGESP, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 122-144, dez. 2014

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In. MOTA, Ana Elisabete (et al) Orgs. *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. ABEPSS/OPAS, 2006.

BRUSCHINI, M. C. **Uma abordagem sociológica de família**. In: Revista Brasileira de Estudos de População (REBEP), V. 6 Nº 01. Rio de Janeiro, 1989.

CAMPOS, Alexandra Resende. **Problematizando a família sob novas lógicas de constituição e interação**. Revista Pedagógica. v. 13, n. 26, 2011.

CARNEIRO, Nancy Greca de Oliveira. **Do modelo asilar-manicomial ao modelo de reabilitação psicossocial – haverá um lugar para o psicanalista em Saúde**

Mental? In: *Revista Latinoamericana Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 11, n. 2, junho 2008.

CARVALHO, Patrícia Anjos Lima de; SENA, Edite Lago da Silva; VILELA, Alba Benemérita Alves; SOUZA, Viviane dos Santos; MACHADO, Juliana Costa. **O sentimento de coexistência e os cuidados à pessoa em sofrimento mental.** *Rev. Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 10, n. 4, 2011.

CASTILHO, Cleide de Fátima Viana; CARLOTO, Cássia Maria. **O familismo na política de Assistência Social: um reforço à desigualdade de gênero?** Anais do I Simpósio sobre Estudos de Gênero e Políticas Públicas. Universidade Estadual de Londrina, 2010.

CENSO DEMOGRÁFICO 2010. **Características da população e dos domicílios: resultados do universo.** Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

CFESS. Resolução nº 273 de 13 de março de 1993. **Código de Ética do Assistente Social.** 6ª Ed. rev. e atual. Brasília, 1993.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo M. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços.** 6.ed. São Paulo: Cortez, 2005.

CONRADO, D. dos S.; CANDIDO, M. C. F. da S. **O papel da família no exercício dos direitos do portador de transtorno mental:** revisão bibliográfica. *Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR*, Umuarama, v. 18, n. 2, p. 121-126, 2014.

CONSTANTINIDIS, Teresinha Cid; ANDRADE, Angela Nobre de. **Demanda e oferta no encontro entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 333-342, 2015.

COVELO, BSR. BADARÓ-MOREIRA, MI. **Laços entre família e serviços de Saúde Mental:** a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1133-44.

DA SILVA, L. I., MARTINS, Á. K. L., DE OLIVEIRA MAIA, K. K., DE OLIVEIRA, F. B., & ALVES, Â. M. **Experiências dos familiares de pessoas com transtorno mental.** Northeast Network Nursing Journal, v. 15, n. 2, 2014.

DELGADO, Pedro Gabriel. **Sobrecarga do cuidado, solidariedade e estratégia de vida na experiência de familiares de Centros de Atenção Psicossocial.** Physis, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1103-1126, 2014.

DUARTE, Ronaldo Alves. **Configurações Familiares e Papel da Mulher na Política de Saúde Mental no Brasil.** Gênero. Niterói, 2015.

FACO, Vanessa Marques Gibran. MELCHIORI, Lígia Ebner. **Conceito de família: adolescentes de zonas rural e urbana.** In: VALLE, TGM, org. Aprendizagem e desenvolvimento humano: avaliações e intervenções. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

FAVA, Mariana Caramore; SILVA, Nilson Rogério da; SILVA, Meire Luci da. **Avaliação da sobrecarga em cuidadores familiares de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial.** Barbarói, v. 1, n. 41, p. 41-55, 2014.

FIDALGO, Thiago Marques; PAN NETO, Pedro Mário e DA SILVEIRA, Dartiu Xavier. **Abordagem da dependência química.** Universidade Aberta do SUS – UNA SUS/ UNIFESP, 2012. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/casos_complexos/Vila_Santo_Antonio/Complexo_12_Vila_Abordagem_dependencia.pdf Acesso em: 16 de abril de 2017.

FIGUEIREDO, Ângela. **Dialogando com os estudos de gênero e raça no Brasil,** In: SANSONE, Livio e PINHO, Osmundo Araújo (organizadores). Raça: novas perspectivas antropológicas. 2ed. Rev. Salvador: Associação Brasileira de Antropologia: EDUFBA, 2008. p. 237-256.

FIRMO, Andréa Acioly Maia; JORGE, Maria Salete Bessa. **Experiências dos cuidadores de pessoas com adoecimento psíquico em face à reforma**

psiquiátrica: produção do cuidado, autonomia, empoderamento e resolubilidade. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 217-231, mar. 2015.

FOCCHI, Guilherme Rubino Azevedo; ANDRADE, Arthur Guerra de; LEITE, Marcos da Costa; LARANJEIRA, Ronaldo. **Dependência Química:** novos modelos de tratamento. São Paulo: Rocca, 2001.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica.** Fortaleza: UEC, 2002.

FONTES, Maria Alice. **O que é a dependência química?** Tipos de Drogas, efeitos e tratamentos. Rev. Plenamente, 2013.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica.** 6ªed. São Paulo: Perspectiva, 1999.

Freud, S. **O mal-Estar na civilização** (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 21). Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Originalmente publicado em 1930)

GIOVANELLA, Ligia, MENDONÇA, Maria Helena Guimarães. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GONÇALVES, Lúcia Maria S. Rodrigues. **Saúde Mental e trabalho social.** São Paulo: Cortez, 1983.

GRAEFF, Frederico Guilherme. **Drogas Psicotrópicas e seu modo de ação.** São Paulo: EPU: Ed. da Universidade de São Paulo; (Brasília): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, 1984.

GUIMARÃES, Líliliana Adolpho Magalhães; GRUBITS, Sonia. (Orgs.). **Saúde mental e trabalho.** Vol I. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

JORGE, Maria Salete Bessa et al. **Promoção da Saúde Mental** - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, 2011.

LIMA, Mirla da Silva; AGUIAR, Ana Caroline Leite de; SOUSA, Mabel Melo. **O Cuidado Compartilhado Em Saúde Mental Como Potencial De Autonomia Do Usuário**. Rev. Psicologia em estudo, v. 20, n. 4. 2015.

MACHADO, Letícia Vier; BOARINI, Maria Lúcia. **Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos**. Psicol. cienc. prof., Brasília , v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013.

MACHADO, Márcio Pinheiro; PEREIRA, Maria Alice Ornellas. **Percepção da doença mental por profissionais de saúde: possibilidades de ampliação do cuidado**. Estud. pesqui. psicol. 2013, vol.13, n.1, pp. 125-138.

MARINHO, Paulo Henrique Fernandes; SOUZA, Gerson Martins de; TEIXEIRAA, Agostinho F. C. **A Dependência Química e a Codependência Familiar: Uma revisão crítica**. Periódico Científico Projeção, Direito e Sociedade | v.6, n.2, 2015.

MARQUES PAZ, Fernanda; MANOZZO COLOSSI, Patrícia. **Aspectos da dinâmica da família com dependência química**. Estudos de Psicologia, v. 18, n. 4, 2013.

MINAYO, Cecilia de Souza (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

NASCIMENTO, Larissa Tiburcio Rodrigues do; SOUZA, Jacqueline de; GAINO, Loraine Vivian. **Relacionamento Entre Familiar e Usuário de Álcool em Tratamento em um Centro De Atenção Psicossocial Especializado**. Texto contexto enferm., Florianópolis , v. 24, n. 3, p. 834-841, Set. 2015.

NASI, Cintia et al. **Tecnologias de cuidado em saúde mental para o atendimento ao usuário de crack**. Rev. Gaúcha Enfermagem., Porto Alegre, v. 36, n. 1, p. 92-97, Mar. 2015.

NEVES, Anamaria da Silva; OMENA, Nara Amaral de. **A clínica de família no centro de atenção psicossocial III: psicose e configurações vinculares.** Vínculo, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 65-80, 2016.

OLIVEIRA, Elias Barbosa; MEDONÇA, Jovana Lucia Schettini. **Familiar com dependência química e consequente sobrecarga sofrida pela família:** pesquisa descritiva. Online Brazilian Journal of Nursing, [S.l.], v. 11, n. 1, 2012.

PARANHOS-PASSOS, Fernanda; AIRES, Suely. **Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial.** Physis, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 13-31, 2013.

PASSOS, Eduardo Henrique. e SOUZA, Tadeu Paula. **Redução de danos e saúde pública:** construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. Psicologia & Sociedade, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011.

PETRY, Eliane Maria. **A Inserção das Famílias no Tratamento e Recuperação de Usuários de Drogas na Clínica Caminho do Sol:** A Ação Do Assistente Social. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2005/2.

PIMENTA, E. de S. & ROMAGNOLI, R. C. **A relação com as famílias no tratamento dos portadores de transtorno mental realizado no Centro de Atenção Psicossocial.** Pesquisas e Práticas Psicossociais 3(1), São João del-Rei, 2008.

REIS, Thaíssa Lima dos et al. **Sobrecarga e participação de familiares no cuidado de usuários de Centros de Atenção Psicossocial.** Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 70-85, 2016.

REZENDE, Ilma; CAVALCANTI, Ludimila Fontenele. **Serviço Social e Política Social.** Rio de Janeiro. Editora UFRJ, 2006.

ROBAINA, ROBAINA, C. M. V. **O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental.** Serv. Soc. Soc. [online]. 2010, n.102, pp. 339-351. Disponível em: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n102/a08n102.pdf>> Acesso em: abril de 2017.

ROCHA, AP. **As Problemáticas Enfrentadas Pelas Famílias Codependentes no Tratamento da dependência Química no Âmbito do Programa Amor-exigente no Município de Ponta Grossa-PR.** UEPG. Setor de Ciências Sociais Aplicadas. 2011.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno Mental e o cuidado na família.** 3. Ed. São Paulo, Cortez, 2011.

SANTIN, Gisele; KLAFKE, Teresinha Eduardes. **A família e o cuidado em saúde mental.** In: Revista Barbarói, Santa Cruz do Sul, n. 34, jan/jul. 2011.

SANTOS, Anna Maria Corbi Caldas. **Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados.** Ciênc. saúde coletiva vol.14 no.4 Rio de Janeiro July/Aug. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400023 . Acesso em: Maio de 2017.

SANTOS, Creudênia Freitas; EULÁLIO, Maria do Carmo; BARROS, Priscila Magalhães. **O sentido do cuidar para familiares de pessoas com transtorno mental: um estudo descritivo.** Mudanças; 23(2):27-35, 2015.

SANTOS, Quintila Garcia et al. **Os serviços de saúde mental na reforma psiquiátrica brasileira sob a ótica familiar: uma revisão integrativa.** Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 3740-3757, 2016.

SCHENKER, Miriam. MINAYO, Maria Cecília de Souza. **A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão de literatura.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

SCOTT, Joan W. **Gênero**: uma categoria útil de análise histórica. Educação e Realidade, vol. 16, n. 2, Porto Alegre, jul./dez. 1990.

SELEGHIM, Maycon Rogério; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de. **Influência do ambiente familiar no consumo de crack em usuários**. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 26, n. 3, p. 263-268, 2013.

SEVERO, Ana Kalliny de Souza; DIMENSTEIN, Magda; BRITO, Monique; CABRAL, Clariana; ALVERGA, Alex Reinecke. **A experiência de familiares no cuidado em saúde mental**. Arquivos Brasileiros de Psicologia. v. 59, n. 2, 2007. *Disponível em*: <<http://www.psicologia.ufrj.br/abp>>. Acesso em: outubro de 2016.

SILVEIRA, Edilene Aparecida Araujo et al. **O cuidado aos dependentes químicos: com a palavra profissionais de saúde de centros de atenção psicossocial em álcool e drogas**. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 4347-4364, 2016.

SPOSATI, A. **Tendências latinoamericanas da política social pública no século 21**. Katálisis, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 104-115, jan./jun. 2011.

SZYMANSKI, Heloísa. **Teoria e Teorias de Família**. In: Carvalho. Maria do Carmo Brant (Org). A Família Contemporânea em Debate. São Paulo: EDUC/Cortez, 2003.
TORRAO FILHO, Amílcar. **Uma questão de gênero: onde o masculino e o feminino se cruzam**. Cad. Pagu [online]. 2005, n.24. *Disponível em*: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a07.pdf>> Acesso em: Novembro de 2016.

TRAD, Leny A. Bomfim. **Família contemporânea e saúde**: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

VASCONCELOS, Antonio Cleano Mesquita et al. **Relações Familiares e Dependência Química**: Uma Revisão de Literatura. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 19, n. 4, p. 321-326, 2016.

VIEIRA, Eloah Maria Martins; ALMEIDA, Maria da Conceição Lafayette de. **Novas práticas de cuidado na saúde mental e sua repercussão na vida familiar do usuário de álcool e droga:** uma abordagem de gênero. In: Perspectivas Feministas de gênero: desafios no campo da militância e das práticas. 18º Encontro REDOR, Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife – PE, 2014.

VERZA, Fabiana; SATTTLER, Marli Kath; STREY, Marlene Neves. Mãe, mulher e chefe de família: perspectivas de gênero na terapia familiar. Pensando fam., Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 46-60, jun. 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2015000100005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 12 dez. 2017.