

Lucia Cristina dos Santos Rosa
Lucia da Silva Vilarinho
Organizadoras



Família na Desinstitucionalização em Saúde Mental

Família na
Desinstitucionalização
em Saúde Mental

Lucia Cristina dos Santos Rosa
Lucia da Silva Vilarinho
Organizadoras

Família na Desinstitucionalização em Saúde Mental

COMITÊ CIENTÍFICO

Ana Karenina Arraes
Cirlene Aparecida Hilário de Oliveira
Keli Regina Dal Prá
Marco José de Oliveira Duarte
Miriam Thaís Guterres Dias
Olivia Dias de Araújo
Rita de Cássia Cronemberger Sobral

Teresina



2020



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

Reitor

Gildásio Guedes Fernandes

Vice-Reitor

Viriato Campelo

Superintendente de Comunicação Social

Fenelon Martins da Rocha Neto

FAMÍLIA NA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

© Lucia Cristina dos Santos Rosa
Lucia da Silva Vilarinho

1ª edição: 2020

Revisão Os autores
Projeto Gráfico, Diagramação e Capa Wellington Silva
Preparação dos originais As organizadoras
Impressão Editora Silva
Artefinalização Renan Marques

Diretor da EDUFPI

Cleber de Deus Pereira da Silva

EDUFPI – Conselho Editorial

Cleber de Deus Pereira da Silva (presidente)
Acácio Salvador Veras e Silva
Antonio Fonseca dos Santos Neto
Wilson Seraine da Silva Filho
Gustavo Fortes Saíd
Nelson Nery Costa
Viriato Campelo

FICHA CATALOGRÁFICA

Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco

F198 Família na desinstitucionalização em saúde mental / organização,
Lucia Cristina dos Santos Rosa. Lucia da Silva Vilarinho – Teresina:
EDUFPI, 2020.

E-book.

ISBN: 978-65-5904-035-3

1. Desinstitucionalização. 2. Família. 3. Reforma Psiquiátrica.
4. Saúde Mental. I. Rosa, Lucia Cristina dos Santos Rosa. Lucia da
Silva Vilarinho.

CDD 614.58



Editora da Universidade Federal do Piauí - EDUFPI

Campus Universitário Ministro Petrônio Portella
CEP: 64049-550 - Bairro Ininga - Teresina - PI - Brasil

Todos os Direitos Reservados



SUMÁRIO

| | |
|-------------------------------|---|
| PREFÁCIO | 9 |
| <i>Solange Maria Teixeira</i> | |

| | |
|---------------------------------------|----|
| APRESENTAÇÃO | 13 |
| <i>Lucia Cristina dos Santos Rosa</i> | |
| <i>Lucia da Silva Vilarinho</i> | |

PRIMEIRA PARTE

| | |
|--|----|
| INTERSETORIALIDADE, POLÍTICAS SOCIAIS E FAMÍLIA NA SAÚDE MENTAL | 21 |
| <i>Sofia Laurentino Barbosa Pereira</i> | |

| | |
|---|----|
| PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NA SAÚDE MENTAL BRASILEIRA: ACESSÓRIOS DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SUJEITOS DESTA POLÍTICA | 47 |
| <i>Rita Cavalcante</i> | |
| <i>Camila Oliveira Carvalho</i> | |

| | |
|---|----|
| FAMÍLIA (S) E FAMILIARES CUIDADORAS NO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL E NO PIAUÍ | 71 |
| <i>Lucia Cristina dos Santos Rosa</i> | |
| <i>Lucia da Silva Vilarinho</i> | |
| <i>Christianne Grazielle Rosa de Alcântara Belfort</i> | |

| | |
|---|-----|
| DIREITOS DOS FAMILIARES CUIDADORES DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS: DIREITOS INCONTÁVEIS? | 105 |
| <i>Anne Piauilino Leopoldo</i> | |
| <i>Lucia Cristina dos Santos Rosa</i> | |

AS ESTRATÉGIAS DE (DES)INSTITUCIONALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO PIAUÍ E O CASO DAS EAPS: CONTEXTO E PERSPECTIVAS 125

Sâmia Luiza Coêlho da Silva

Lucia Cristina dos Santos Rosa

SEGUNDA PARTE

OS DESAFIOS E AS POTENCIALIDADES NA PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NO CAPS 159

Ana Luísa Arrais Ribeiro

Lucia Cristina dos Santos Rosa

PROJETO VINCULAR – A PARTIR DO CAPS III DE TERESINA ... 193

Edmilson Ribeiro da Silva

Fabíola Kelly da S. Ribeiro

Marta Evelin Carvalho

GRUPO DE FAMÍLIA COMO MEIO DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM CAPS AD 211

Elizandra Ferreira Pires de Carvalho

CAPSi - CUIDADOS E FAMÍLIAS: CENÁRIOS PARA O DEBATE EM MEIO À PANDEMIA 231

Izabel Herika Gomes Matias Cronemberger

Adrieli de Sousa Lima

TERCEIRA PARTE

ASSOCIAÇÕES DE USUÁRIOS E FAMILIARES DA SAÚDE MENTAL DAS REGIÕES NORTE E NORDESTE 263

Lara Danuta da Silva Amaral Gomes

Lucia Cristina dos Santos Rosa

CONECTADOS, MAS INVISIBILIZADOS: UMA ANÁLISE DA PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NO ATIVISMO VIRTUAL DE ASSOCIAÇÕES DE USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS 285

Júlio César Paiva e Silva

Lucia Cristina dos Santos Rosa

A (DES) ASSISTÊNCIA DAS REDES DE PROTEÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA DIRECIONADAS AOS FAMILIARES DE GESTANTES E PUÉRPERAS QUE FAZEM USO PREJUDICIAL DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS..... 307

Ellayne Bezerra da Silva

Lucia Cristina dos Santos Rosa

ENTRE ELAS: RELAÇÕES FAMILIARES DE MULHERES EM CONTEXTO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS 333

Sara Alves Henriques

Lucia Cristina dos Santos Rosa

A RELAÇÃO DA FAMÍLIA COM A PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA: A ESCUTATÓRIA DA *HOMOLOGUS* 355

Claudilene de Sousa Rocha

Lucia Cristina dos Santos Rosa

PREFÁCIO

A coletânea “*Família no processo de desinstitucionalização em saúde mental*” organizada pelas professoras doutoras Lucia Cristina dos Santos Rosa e Lucia da Silva Vilarinho, é resultante do Seminário *on-line* com o mesmo título, realizado no âmbito do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí, em 2020. A obra reúne pesquisadores de várias Instituições de Ensino Superior, pesquisadores experientes, egressos do Programa, profissionais da Rede Psicossocial de Teresina e jovens pesquisadores iniciantes no ofício, como discentes de graduação de iniciação científica e da pós-graduação.

Trata-se de um livro atual, instigante e desafiador ao abordar uma temática ainda envolta de controvérsias que é a participação da família na política de saúde mental, porque não dizer da centralidade da família nas políticas sociais, nos processos interventivos, especialmente, na saúde mental, foco dos autores.

Essa centralidade da família é recente e tensionada por diferentes projetos ideopolíticos. A entrada da família na agenda pública e do governo foi movida por forças antagônicas: i) de um lado, os movimentos reformistas das políticas sociais que desde os anos 1980 lutavam contra a institucionalização segregadora, estigmatizante e castradora dos direitos civis e, por novos modelos de intervenção social, descentralizados, em meio aberto, diurnos, interdisciplinares, envolvendo o cuidado comunitário e resgatando

a cidadania do público atendido pelas políticas; ii) de outro lado, as forças conservadoras neoliberais e as reformas que defendem e promovem para diminuir déficit público, reduzir gasto social, gerar oportunidade de prestação de serviços pelo privado, pelas organizações não governamentais, família, dividindo com estes as responsabilidades na oferta de proteção social.

Numa perspectiva de “confluência perversa”, a defesa do direito à convivência familiar e comunitária; da organização social dos cuidados para minimizar a carga das famílias, e dentro delas das mulheres cuidadoras e tornar os cuidados uma questão de políticas públicas e não um problema privado das famílias e das mulheres, mas ao mesmo tempo partilhado, assistido, é subvertido nos seus sentidos e significados, pela lógica neoliberal, associando-os a desregulamentação do Estado, a necessidade de novos modelos de gestão pública no formato de empresas, da lógica estrita do custo/benefício ou eficiência e eficácia gastando menos e apelando e contando com o trabalho voluntário, a solidariedade intergeracional, familiar, comunitária, repassando às responsabilidades públicas para as famílias em meio às restrições financeiras, redução do financiamento das políticas sociais, avanço da precarização das condições humanas e materiais necessárias para sua implementação na condição de direito social.

As saídas para as crises nessa lógica é o Estado em Rede que compartilha poderes e responsabilidades com agentes internacionais e subnacionais, mas principalmente, para a sociedade civil. Esta inclusive tem sido a descentralização defendida pelo projeto neoliberal, em que o Estado é o organizador da rede de parceiros, cuja oferta de serviços é feita por uma rede de diversos agentes, atores e instituições sociais, comprometendo os avanços das políticas públicas conquistados com a Constituição Federal de 1988 e posteriormente.

Numa perspectiva de defesa da cidadania das pessoas com transtorno mental, do seu direito à convivência familiar e comunitária, sem reduzir a assistência e o cuidado oferecido pela política de saúde mental, ou seja, como um direito a um cuidado integral,

intersetorial, interdisciplinar ou interprofissional para os usuários e suas famílias, o grupo de autores desta coletânea assume o desafio de trabalhar o processo de desinstitucionalização em saúde mental no Brasil, especialmente, no Piauí e sua capital Teresina, apresentando os entraves, limites, mas também os avanços, as experiências inovadoras em diferentes momentos dessa história de busca de materialização dos princípios da Reforma Psiquiátrica. Demarcando, criticando e diferenciando esses princípios daqueles adulterados e implementados pelos governos neoliberais.

A obra é um movimento pela reafirmação da Reforma Psiquiátrica, do cuidado comunitário, de sua defesa como um *care* ou trabalho social dos cuidados, em que este é defendido como um direito do ser social que implica na dimensão do “cuidar de si, cuidar do outro e de ser cuidado”, como uma necessidade ontológica que implica em cooperação, colaboração, relações interpessoais, afetividade, dentre outras dimensões. Uma organização social do cuidado no qual o Estado não é apenas regulador, organizador da rede, mas também o principal ofertante de cuidados para que outras dimensões sejam sustentáveis, como o cuidado familiar, sem violação de direitos, sobrecargas e desvantagens sociais entre os gêneros.

Isso implica pensar as parcerias entre serviços e famílias em novos moldes, como parte dos cuidados comunitários necessariamente integral e articulados que implica na necessária efetividade das malhas alternativas aos manicômios, novos processos de trabalho, novas abordagens do fenômeno do adoecimento mental e do seu trato humanitário, digno e cidadão.

Esse debate está expresso nos vários capítulos que compõem esta coletânea. De tal maneira que se pode dizer que a obra é um instrumento de resistência, de luta ou de seu fortalecimento. Resistência aos desmonte da política pública, da ampliação de responsabilidades familiares como estratégia de redução do Estado, sem que se ofereça o trabalho social do cuidado das equipes especializadas, as aquisições, as “soluções” ainda que provisórias e imediatas. Isso porque se tem um cenário de avanço

do ultraneoliberalismo associado ao neoconservadorismo que vem atacando as conquistas no campo da política de saúde mental, como a valorização das comunidades terapêuticas e seu financiamento com recursos públicos, reforço dos hospitais psiquiátricos, internações compulsórias, dentre outras.

Assim, a coletânea contribui diretamente para os avanços teórico-metodológicos na temática abordada, mas pode também contribuir praticamente, para os processos de trabalhos, movimentos sociais de defesa da política e outras dimensões e momentos do ciclo da política pública. O leitor tem um produto resultante desses acúmulos teóricos do grupo, de excelente qualidade, mas também pragmático no sentido de ser uma caixa de ferramentas para fundamentar e instrumentalizar os processos de trabalho.

Uma boa leitura!

Solange Maria Teixeira

Professora doutora do Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e da graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Piauí. Bolsista de produtividade pelo CNPq e com pesquisas na temática da família e políticas sociais.

Teresina-PI, outubro de 2020

APRESENTAÇÃO

Esta coletânea nasce vinculada à linha de pesquisa do Programa de Pós- Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí: cultura, identidade e processos sociais; ao grupo de pesquisa Saúde Mental, do Diretório dos grupos de pesquisa no Brasil, do CNPq. É subproduto da pesquisa “Família no processo de desinstitucionalização em saúde mental no Brasil e no Piauí, financiada pelo CNPq, bolsa produtividade PQ2, iniciada em agosto de 2019, bem como do Seminário *on-line* realizado no contexto da pandemia de COVID-19, em setembro de 2020, com a mesma denominação. Em seus pressupostos, segue alguns fios condutores alavancados no livro “Transtorno mental e o cuidado na família”, de autoria de Lucia Rosa, fruto da tese de doutorado defendida em 2000, junto à Universidade Federal do Rio de Janeiro, porém, os extrapola, porque o cenário é da desinstitucionalização, um processo que caminhava para consolidações, mas que tem sido obstado por uma nova correlação de forças, que cresce no Governo Federal, a partir dos anos 2010, com a suposta e midiaticamente alardeada epidemia do crack.

A obra conta com 14 textos, de autoria de docentes de diferentes instituições de ensino: ex-doutorandas e doutoras, assim como ex-mestrandas e mestras oriundas do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí; estudantes vinculados ao Programa de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), CNPq, UFPI e voluntário; bem como profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Os capítulos estão distribuídos em 3 partes. A primeira agrega os textos que exploram, sobretudo, as dimensões sociais e contextuais, teórico-conceituais e ético-políticas do processo de desinstitucionalização em sua interação com as famílias, no contexto brasileiro e piauiense. A desinstitucionalização, inicialmente, está situada no cerne das disputas ideo-políticas em torno da **Intersetorialidade, políticas sociais e família na saúde mental**, texto de Sofia Laurentino Barbosa Pereira. Tal discussão mostra o alcance de ações desinstitucionalizantes, que visam produzir outra relação entre a sociedade e a loucura, sintonizando-se com os propósitos maiores da reforma psiquiátrica e o movimento da reforma sanitária, cujo projeto extrapola o Sistema Único de Saúde (SUS), visando transformar a sociedade. O segundo texto, **Participação da família na saúde mental brasileira: acessórios da atenção psicossocial e sujeitos desta política**, de autoria de Rita Cavalcante e Camila Oliveira Carvalho, focaliza duas dimensões com que as lentes da produção acadêmica têm capturado alguns dos novos lugares das famílias nos processos desinstitucionalizantes, apreendida, de um lado, de maneira instrumental, como acessório. De outro, como sujeito da política, protagonizando novos processos sociais. O terceiro texto, intitulado **Família(s) e familiares cuidadoras no processo de desinstitucionalização em saúde mental no Brasil e no Piauí**, de Lucia Cristina dos Santos Rosa, Lucia da Silva Vilarinho e Christianne Grazielle Rosa de Alcântara Belfort, situa os diferentes lugares construídos e ocupados por famílias e familiares cuidadoras, predominantemente mulheres, no cerne da desinstitucionalização em saúde mental, sinalizando para alguns equívocos, a partir da realidade piauiense, para mostrar que, contraditoriamente, tem havido reforço em uma perspectiva familista, mesmo dentro das ações que visam as transformações estruturais do modelo técnico assistencial e em todo o aparato que sustentou a cultura manicomial. Ainda nesse diapasão, o texto **Direitos dos familiares cuidadores de pessoas com transtornos mentais: direitos incontáveis?**, de Anne Piauilino Leopoldo e Lucia Cristina dos Santos Rosa, apresentam as dificuldades de dar-se visibilidade aos direitos – incontáveis,

pois raramente são contabilizados e visíveis, até mesmo pelos/as próprios/as provedores/as de cuidado dos/as familiares cuidadores/as e, ao mesmo tempo, incontáveis direitos, uma vez que, no geral, encontram-se diluídos, difíceis de serem reunidos e materializados, até porque historicamente o foco se concentrou no direito da pessoa com transtorno mental. O quinto texto, **As estratégias de (des)institucionalização em saúde mental no Piauí e o caso das EAPs: contexto e perspectivas**, de Sâmia Luiza Coêlho da Silva e Lucia Cristina dos Santos Rosa, apresenta e discute as particularidades do processo de desinstitucionalização em saúde mental no contexto piauiense, a partir da experiência das Equipes de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno mental em conflito com a lei (EAPs).

A segunda parte reúne os escritos em torno das experiências com famílias e familiar/es cuidadores/as em Centros de Atenção Psicossocial (Caps), de distintos portes, da capital teresinense, voltados a públicos diversificados, ou seja, Caps III, que tem ação direta na crise em saúde mental, CapsAD – voltado aos consumidores de substâncias psicoativas e Caps i, dirigido ao público infanto-juvenil.

O texto **Os desafios e as potencialidades na participação da família no CAPS**, de Ana Luísa Arrais Ribeiro e Lucia Cristina dos Santos Rosa, parte de uma revisão bibliográfica e evidencia os desafios e as potencialidades na e da participação desse segmento no dispositivo considerado “carro-chefe” do processo de mudança no modelo assistencial.

A experiência dos profissionais com familiar/es é o foco do **Projeto Vincular, a partir do CAPS III de Teresina**, composição de Edmilson Ribeiro da Silva; Fabíola Kelly da S. Ribeiro e Marta Evelin Carvalho, que mostra a sensibilidade do grupo para captar detalhes importantes sobre aspectos dos perfis dos familiares e de seu engajamento nas ações implementadas no serviço.

O capítulo intitulado **Grupo de família como meio de cuidado em saúde mental: relato de experiência em um CAPSad**, de Elizandra Ferreira Pires de Carvalho, expõe uma revisão

bibliográfica e a experiência com familiares nesse equipamento, sinalizando a abertura do serviço para diferentes envolvimento com esse segmento, independente da “adesão” do histórico “paciente identificado” com as ações do serviço. Nesse sentido, o/a familiar é contemplado/a, de uma maneira incondicional, em termos de presença e frequência do usuário em foco.

O relato de experiência **CAPSi - cuidados e famílias: cenários para o debate em meio à pandemia**, de autoria de Izabel Herika Gomes Matias Cronemberger e Adrieli de Sousa Lima, apresenta e analisa a experiência do serviço em um contexto bem específico, das respostas à COVID, que lançou a equipe para reinvenções, contribuindo para repensar práticas e vínculos; contudo, mantendo o horizonte ético.

A terceira parte reúne os textos que evidenciam as famílias em diversos cenários, principalmente, virtual, institucional, comunitário e a partir da relação com pessoa em situação de rua, a maioria ressaltando o consumo prejudicial de álcool e outras drogas, o que não foi intencional, entretanto, o contexto mostrou-se como um tema imperativo, que ganhou força a partir de 2010, com a suposta epidemia do crack.

No texto **Associações de usuários e familiares da saúde mental das Regiões Norte e Nordeste do País**, Lara Danuta da Silva Amaral Gomes e Lucia Cristina dos Santos Rosa exploram as associações mistas de usuários e familiares, a partir do ativismo em redes sociais, nas respectivas regiões. Na composição seguinte, intitulada **Conectados, mas invisibilizados: uma análise da participação da família no ativismo virtual de associações de usuários de substâncias psicoativas**, os autores Júlio César Paiva e Silva e Lucia Cristina dos Santos Rosa se debruçam sobre o consumo prejudicial de álcool e outras drogas, abordando as particularidades das ações em redes virtuais a partir desse segmento.

A (des)Assistência das Redes de Proteção primária e secundária direcionadas aos familiares de gestantes e puérperas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas, de autoria de Ellayne Karoline Bezerra da Silva e Lucia Cristina dos Santos Rosa,

desvenda parte da dinâmica das relações familiares na ótica dos trabalhadores em saúde, assim como das próprias consumidoras de substâncias psicoativas, a partir da condição de internas em uma maternidade pública.

No trabalho intitulado **Entre elas: relações familiares de mulheres em contexto de substâncias psicoativas**, de autoria de Sara Alves Henriques e Lucia Cristina dos Santos Rosa, a partir da realidade de uma comunidade específica, a Vila Ferroviária, em Teresina-PI, discute-se o desvendar das relações entre as mulheres nas famílias, em que uma delas é consumidora de substâncias psicoativas.

Finaliza-se com o texto **A relação da família com a pessoa em situação de rua: a escutatória da HOMOLOGUS**, de autoria de Claudilene de Sousa Rocha e Lucia Cristina dos Santos Rosa, a partir dos achados da escuta levada a termo pela associação de usuários e familiares *HOMOLOGUS*, em que se processa um mergulho nas nuances da relação da pessoa em situação de rua com suas famílias de origem.

Como visto, são variados e ao mesmo tempo singulares os matizes da participação, implicação e convocação das famílias e dos familiares cuidadores/as para se engajarem no processo de desinstitucionalização, assim como são apresentados vários desafios e limites para tanto. Longe de esgotar os aspectos tratados, sabe-se que há outra gama de enfoques, dimensões e outras possibilidades no trato do tema, mas o objetivo aqui é contribuir com o debate e, sobretudo, com o processo de resistência a uma conjuntura de desmontes e retrocessos, em que a(s) família(s) é (são) instada(s) a se manifestar.

Situação agravada no contexto vivenciado de pandemia da COVID-19, circunstância que tornou e torna mais evidente que junto com os problemas de saúde da população vêm os problemas sociais, que requisitam do Estado medidas de proteção médicas e sociais, de promoção da vida, de justiça e de solidariedade, notoriamente não atendidas pelas políticas sociais do atual governo, que apresentam

baixa capacidade de promover a equidade e de alcançar os mais pobres e vulneráveis.

Cenário de desafios observados nos processos de trabalho que incluem a(s) família(s) no contexto pandêmico, seja pela necessidade de acesso aos serviços de saúde/saúde mental/Rede de Atenção Psicossocial, seja para atender ao ordenamento sanitário de distanciamento social – Fique em casa!, principal medida de contenção da propagação do coronavírus, de forte restrição de liberdade.

A literatura sinaliza para o predomínio do familismo, das sobrecargas e crescentes riscos de exaustão dos/as provedores/as de cuidado, porém, o debate tem se mostrado inesgotável. Apesar de muito já ter sido dito e explorado sobre a participação da família no processo de desinstitucionalização do e no Brasil, aqui e acolá são desvendadas novas dimensões, que instigam outros focos ou dizeres, que convidamos o leitor a explorar, a partir da leitura dos textos que compõem a obra.

Lucia Cristina dos Santos Rosa

Lucia da Silva Vilarinho

Teresina, 27 de novembro de 2020.

PRIMEIRA PARTE

INTERSETORIALIDADE, POLÍTICAS SOCIAIS E FAMÍLIA NA SAÚDE MENTAL

Sofia Laurentino Barbosa Pereira¹

Introdução

A intersetorialidade passa a fazer parte da agenda pública brasileira a partir da Constituição Federal de 1988, com destaque ao seu Art. 14, o qual aponta que as políticas que compõem o sistema de Seguridade Social devem ser entendidas como um conjunto integrado de ações destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Essa integração pressupõe a necessidade de articulação intersetorial entre essas políticas que compõem a Seguridade, de forma a consolidar um sistema de proteção social amplo, centrado na ideia de cidadania.

Além de sua presença na Seguridade Social na Carta Magna, a intersetorialidade se torna a diretriz de várias políticas e programas sociais destinados a assegurar direitos, como educação, habitação, meio ambiente, trabalho e renda no país. Assim, a intersetorialidade

¹ Assistente Social. Doutora em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí. Professora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFPI. E-mail: sofialaurentino@ufpi.edu.br

aponta para uma visão integrada das problemáticas sociais, que devem ser enfrentadas coletivamente.

Especificamente na Política de Saúde Mental, a intersetorialidade é essencial para a consolidação dos princípios da Reforma Psiquiátrica, que demandam a criação de uma trama de possibilidades para a pessoa com transtorno mental conquistar sua autonomia dentro do seu território, exercitando sua cidadania. Isto, pois a Reforma Psiquiátrica não pode ser operada restrita aos serviços de saúde, devendo ultrapassar as fronteiras sanitárias, operando a construção de sociabilidade e cidadania para esses sujeitos nos espaços da cidade.

Nesse cenário, a família também ganha novo significado e passa a assumir novos papéis, compartilhando com o Estado – sobretudo através dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial – responsabilidades pelo cuidado ao seu familiar com transtorno mental. Compreendendo isso, este trabalho visa realizar um debate teórico, histórico e crítico-reflexivo sobre a intersetorialidade na saúde mental e o impacto nas famílias, à luz da literatura especializada no tema. Para tal, adota uma metodologia adotada de caráter qualitativo, consistindo em revisão bibliográfica, através do qual se procurou avaliar posições de diversos autores, permitindo uma reflexão ampla da temática.

Vale destacar que parte das discussões e análises feitas são fruto da Tese de Doutorado da autora, intitulada “Intersetorialidade na Política de Saúde Mental: uma análise a partir das articulações tecidas pelos/as assistentes sociais nas redes intersetoriais”, defendida no ano de 2018 no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas na Universidade Federal do Piauí.

Intersetorialidade, rede e família(s) no âmbito das políticas sociais

Historicamente, as políticas sociais assumiram um desenho socioinstitucional setorial, “temático” ou por “área”, em decorrência da combinação entre as estratégias fragmentadas de enfrentamento das expressões da questão social pelo Estado

(ALMEIDA, 2014), tendo em vista que os interesses dominantes que regem tais políticas esperam que seu funcionamento seja parcial e segmentado (FALER, 2015).

Nessa direção, Almeida e Alencar (2011, p. 75) afirmam que os recortes das políticas sociais “por ciclos de vida e categorias sociais (crianças, adolescentes, jovens, mulher, trabalhador e idosos), ou por área (saúde, educação, habitação, assistência, entre outras)” fragmentam a realidade social, o que, para Iamamoto (2001), faz com que as desigualdades sociais sejam vistas como problemas de cunho individual, e não como inerentes ao sistema capitalista, na medida em que:

Elimina-se, no nível da análise, a dimensão coletiva da questão social, reduzindo-a a uma dificuldade do indivíduo. A pulverização da questão social, típica da ótica liberal, resulta na autonomização de suas múltiplas expressões – as várias “questões sociais”, – em detrimento da perspectiva de unidade. Impede assim de resgatar a origem da questão social imanente a organização social capitalista, o que não elide a necessidade de apreender as múltiplas expressões e formas concretas que assume (IAMAMOTO, 2001, p. 18).

Assim, as manifestações imediatas da questão social – como a desigualdade, o desemprego, a fome, etc – são tratadas, no geral, pelo Estado, como desdobramentos inevitáveis da sociedade moderna e como características inelimináveis da ordem do capital (NETTO, 2001). Nessa direção, as políticas sociais não respondem à questão social em sua essência, pois isso envolveria o enfrentamento do próprio modo de produção capitalista e as contradições inerentes a ele. Por isso, no geral, as políticas são setoriais: a política de saúde, de assistência social, de previdência social etc, e seu formato é, no geral, fragmentado e parcializado.

A segmentação das políticas sociais revela a sua arena política e contraditória, na medida em que são estratégias da ordem do capital para responder às demandas da sociedade de forma pontual:

É numa arena de conflitos e contrassensos que as políticas sociais, recortadas em fatias, fragmentadas e segmentadas por grupos etários, gêneros, segmentos ou necessidades, tentam combater os níveis de vulnerabilidades, na mesma ótica em que as ações utilizadas para esse fim reafirmam os níveis de desigualdade da grande maioria da sociedade (FALER, 2015, p. 78).

Dessa forma, a intervenção do Estado nas expressões da questão social de modo setorializado corrobora para a manutenção do capitalismo, e distancia a população de compreender os verdadeiros determinantes das mesmas, na medida em que a construção de políticas sociais moldadas pela fragmentação impede que a questão social seja vista em sua totalidade.

Nessa direção, Faleiros (2000) defende que as políticas sociais setorializadas contribuem para fragmentar e separar as distintas camadas da classe trabalhadora, fazendo com que a população-alvo dessas políticas seja vista – e, ao mesmo tempo, se veja – como indivíduo isolado, não como pertencente a uma classe ou a uma totalidade. Mota (2009) afirma que isso gera uma pulverização das identidades dos trabalhadores e da ação política coletiva, resultando em um processo de passivização das lutas sociais.

Na atualidade, vivencia-se o agravamento das múltiplas expressões da questão social, produzindo e reproduzindo de “forma ampliada” a desigualdade (IAMAMOTO, 2015). Tal realidade vem provocando questionamentos acerca das tradicionais respostas oferecidas pelo Estado às demandas sociais, ao se constatar que a moldagem fragmentada das políticas sociais não é mais suficiente para dar conta das novas problemáticas sociais emergentes. É nesse cenário que o debate da intersetorialidade no âmbito das políticas sociais se configura.

Esse debate só pode ser entendido se contextualizado a partir do núcleo da crise econômica vivenciada em âmbito mundial, em meados da década de 1970 – entendida aqui como uma crise estrutural do capital – que trouxe profundas alterações ao modelo de produção e acumulação capitalista, no mundo do trabalho

e na gestão e regulação da proteção social. A reestruturação produtiva, a mundialização do capital/globalização econômica e a contrarreforma do Estado sob moldes neoliberais foram estratégias utilizadas pelo capitalismo para o enfrentamento dessa crise, na busca de sua recuperação, manutenção das taxas de lucro e restauração da sua hegemonia (MOTA, 2009; BEHRING, 2009; MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011).

O Estado brasileiro segue essa mesma ordem, a de integrar no seu ordenamento político o modelo neoliberal, e adota a orientação dos organismos econômicos internacionais, implementando, a partir da década de 1990, a (contra)reforma do Estado. Simultânea e contraditoriamente, esse foi o contexto de conquista, por meio de lutas, da efetivação dos direitos sociais na Constituição de 1988, considerada um marco no reconhecimento da cidadania no país, através da responsabilização do Estado e da inauguração de uma nova relação com a sociedade civil.

É nesse panorama que a intersetorialidade – quer entendida como descentralização, regionalização, gestão/trabalho em redes, etc – aparece e se desenvolve no Brasil, como componente importante tanto na agenda democrática quanto no ordenamento neoliberal, expressando, portanto, projetos políticos contraditórios. Adotando o conceito de Dagnino (2004) para interpretação dessa realidade, a concepção de intersetorialidade sofre uma “confluência perversa”, na medida em que se faz presente no discurso de ambos os projetos políticos, mas pode expressar direcionamentos antagônicos.

Na perspectiva democrática, ela ganha destaque na própria Constituição Federal de 1988 que, no Art. 14, aponta que as políticas que compõem o sistema de Seguridade Social brasileiro devem ser entendidas como um conjunto integrado de ações destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Essa integração pressupõe, portanto, a necessidade de articulação intersetorial entre essas políticas que compõem a seguridade. Além de sua presença na seguridade social na Carta Magna, a intersetorialidade se torna a diretriz de várias políticas e programas sociais destinados a assegurar direitos, como

educação, habitação, meio ambiente, trabalho e renda no país. Em tal perspectiva, a intersetorialidade se alinha a um projeto político democrático, sendo associada às ideias de gestão participativa, descentralizada e regionalizada, comprometida com os interesses dos cidadãos que demandam políticas sociais capazes de responder às suas necessidades sociais de forma integral.

Nesse contexto, surgem também as ideias da gestão em rede, associada à necessidade de novos arranjos voltados para a constituição de relações mais horizontais entre a sociedade e o Estado e a exigência de desenvolvimento de uma nova consciência cidadã, que reivindica maior participação nos processos de gestão das políticas sociais (TEIXEIRA, 2002).

Na esfera da gestão pública, acreditava-se que a ação em rede ocasionaria uma nova cultura democrática, participativa e horizontal, criando uma nova dinâmica social de pluralidade e de maior interatividade entre os cidadãos e o Estado, o que resultaria em uma maior efetividade no planejamento e implementação das políticas sociais (PIRES; COSTA, 2012). Assim, a organização das políticas e dos serviços sociais em rede permitiria a melhoria do acesso e, conseqüentemente, potencializaria a garantia dos direitos sociais.

Em direção oposta, o debate sobre a intersetorialidade e rede também se encontra como parte da agenda neoliberal, que direciona uma nova ordem minimizadora de atuação estatal no país, a partir da lógica do ajuste fiscal, impondo mudanças no formato organizacional do Estado, exigindo a modernização da gestão, a racionalização e o enxugamento dos gastos sociais. “Apoiado pelas agências financeiras internacionais, foi forjado no país o clima ideológico e político favorável à implantação do programa de estabilização, ajuste e reformas institucionais” (ALMEIDA; ALENCAR, 2011, p. 11). Nesse contexto, a intersetorialidade é utilizada em função da otimização dos recursos públicos, como uma ferramenta tecnocrática que auxiliaria na racionalização do Estado (TUMELERO, 2013 *apud* QUEIROZ, 2016). Assim, lado a lado com conceitos de gerencialismo e racionalidade, considerados

essenciais para a “reforma” da gestão pública, a intersectorialidade é instrumentalizada a favor da modernização do Estado, para dar respostas mais eficientes às necessidades do novo estágio de desenvolvimento do capitalismo e, portanto, como estratégia para justificar o ajuste fiscal.

Dessa forma, a intersectorialidade pode ser implementada tanto pela insatisfação acerca da capacidade do poder público responder às complexas demandas sociais, quanto apropriada pelo discurso governamental de “escassez de recursos” em um cenário de crise e ajuste fiscal (FRANÇA, 2014). Reduzida a uma simplificação administrativa e burocrática, a intersectorialidade é utilizada pelo Estado neoliberal como estratégia para legitimar práticas meramente gerenciais, de caráter orçamentário e de redução de custos, o que justifica a existência de políticas sociais mínimas, focalizadas, seletivas e pontuais, no lugar de uma perspectiva universalista, emancipatória e cidadã das políticas sociais.

Aliada a intersectorialidade, a concepção de rede também se encontra no terreno movediço de interesses contraditórios e aparece como estratégia do projeto neoliberal que, ao reduzir o papel do Estado, necessita da sociedade para assumir parte de suas responsabilidades com a proteção social, através do chamado Terceiro Setor, em um apelo pela solidariedade (DAGNINO, 2004). Assim,

A ortodoxia neoliberal defende que o bem-estar social deve ser promovido pelo âmbito privado, fontes naturais autônomas de bem-estar, tanto os provedores informais como família, comunidade, vizinhança; os provedores do “terceiro setor”, organizações da sociedade civil; e os formais, como o mercado. O Estado só deve intervir, de forma residual e compensatória, nos casos de pobreza absoluta (TEIXEIRA, 2013, p. 58).

Em tal perspectiva, a intervenção em rede incentiva a parceria entre o setor público e o privado, como estratégia para responder às complexas expressões da questão social emergentes, justificando

a transferência de responsabilidade do Estado. Nesse cenário, alguns autores defendem que o Estado de Bem-Estar Social passa a ser substituído pelo Pluralismo de Bem-Estar (PEREIRA, 2011a; TEIXEIRA, 2015) ou *Welfare Mix* (DRAIBE, 1993; CARVALHO, 2008).

Em suma, a ideia proposta pelo bem-estar pluralista/*mix* visa substituir o Estado de Bem-Estar pela “sociedade de bem-estar”, privilegiando a sociedade como principal agente de proteção social. Tal modelo vem sendo assumido pelo ideário neoliberal que aposta na redução do papel do Estado na oferta de bem-estar social, de forma que essa responsabilidade passa a ser tomada por setores da própria sociedade (PEREIRA, 2011).

Nesse sistema de proteção social misto, a organização das políticas sociais em rede propõe o estabelecimento de parcerias entre Estado, mercado e sociedade; instaura e legitima o chamado “pluralismo de bem-estar social”, que desloca do poder público o seu papel de garantidor dos direitos sociais e coloca a iniciativa privada e a sociedade como corresponsáveis pelo bem-comum. Esse formato de rede, que envolve o “*mix*” público/privado, defende que o Estado não deve ser o gestor e executor dos serviços, mas um normatizador e coordenador de uma rede de serviços que é executada pela própria sociedade.

Nesse cenário, há uma retomada, valorização e potencialização das funções protetivas da família no âmbito das políticas sociais, uma vez que esta passa a ser considerada a principal instância de proteção social em detrimento do retraimento das funções sociais do Estado, pautado no ideário neoliberal, o que pode ser entendido como “familismo”:

O familismo/familiarismo se caracteriza como atribuição de maior responsabilidades das unidades familiares pelo bem-estar de seus membros. Ou seja, o Estado e o terceiro setor entram, preferencialmente, por ocasião do falimento da família nas suas possibilidades de acesso ao mercado e no desempenho de suas funções. Essa tendência é construída historicamente pela sociedade brasileira, onde a responsabilidade da família é altamente naturalizada (CAMPOS, 2016, p.223).

Assim, nesse contexto, a família retoma o papel de responsável pelo sustento e bem-estar de seus componentes, o que, ao lado da desassistência estatal na provisão de proteção social, gera uma sobrecarga familiar – sobretudo da figura feminina, histórica e culturalmente encarregada das funções de cuidado no núcleo familiar.

Sobre isso, Rosa (2010) destaca que na sociedade burguesa, o cuidado direto com as pessoas na família e na sociedade passa a ser associado a um atributo feminino, como uma estratégia para liberar o homem para o processo produtivo e submeter a mulher às exigências da reprodução do capital:

A mulher torna-se vinculada à esfera doméstica, privada. Os serviços que presta, “invisíveis” socialmente, convertem-se em “atos de amor” e são realizados de modo isolado no lar e para a família. À mulher são atribuídas então as funções de articuladora da coesão da unidade familiar, de administradora do orçamento e consumo doméstico, de educadora e prestadora de cuidados para o homem, para seus filhos e demais membros agregados da família (ROSA, 2010, p.272).

Assim, o ato de cuidar/proteger passa a ser visto como uma tarefa natural a ser exercida pelas mulheres. Todavia, no cenário contemporâneo de crise econômica e de transformações no mundo do trabalho, há uma alteração significativa na posição e no papel das mulheres na sociedade e na unidade doméstica, o que também tem impactos nas condições de provimento de cuidado (ROSA, 2010). Dessa forma, a lógica “familista” aposta na capacidade imanente de cuidado e proteção da unidade familiar, sem a contrapartida da proteção do Estado.

Diversas críticas têm sido levantadas acerca do chamado “pluralismo de bem-estar”, conforme destaca o trecho abaixo:

O que encontramos é, na verdade, uma tendência de mudança nos modos de produzir e distribuir os bens e serviços

sociais. Isto é, estão em curso, processos sociais que tendem a alterar as relações entre o Estado e o Mercado; o público e o privado; os sistemas de produção, de um lado, e os de consumo, de outro, dos equipamentos sociais. As chamadas “forças alternativas” [...] são exemplos que se multiplicam e que correspondem a tantos outros, verificados em todo o mundo, de participação dos próprios beneficiários e de envolvimento de associações voluntárias e de redes de ONGs – organizações não governamentais – no encaminhamento das políticas sociais. Ora, este aspecto que, como vimos, expressa formas novas de sociabilidade, mostra também um reordenamento das relações destas partes da sociedade com o Estado e a Economia: ali onde antes predominavam o Estado ou o Mercado (ou os seus vários “mix”), um espaço passa a ser ocupado por estas novas formas da “solidariedade social” (DRAIBE, 1993, p. 35).

Nesse posicionamento, defende-se que o chamado “pluralismo de bem-estar” nada mais é do que uma estratégia ideológica do projeto neoliberal para justificar a desresponsabilização do Estado pelo atendimento das refrações da questão social, constituindo um processo de reprivatização desse atendimento (PEREIRA; TEIXEIRA, 2013). Para Teixeira (2015), isso significa o desvirtuamento da noção de direitos sociais, seu esvaziamento, desmantelamento e deslegitimidade desses como responsabilidade do Estado democrático de direito.

Segundo Montañó e Duriguetto (2011), o que está em jogo não é a divisão de responsabilidades entre Estado, mercado e sociedade – a família ocupando um lugar importante nesta última –, mas a alteração do padrão de resposta à questão social, que deixa de ser pautado por uma lógica de direito social e dever do Estado, para ser mercantilizado e refilantropizado, perdendo o seu significado público e político.

Em tal contexto, o Estado justifica, no geral, a sua desresponsabilização frente à proteção social, com o discurso da “solidariedade” frente ao atendimento das necessidades sociais, na denominada “refilantropização” da questão social. Assim, o projeto neoliberal desobriga o Estado do seu “dever social”, entendendo tal

dever, mais do que nunca, como obrigação do cidadão, da família, da comunidade e da sociedade, fazendo avançar, com nova ênfase, os paradigmas da solidariedade, da filantropia e da benemerência (MESTRINER, 2001). Nesse cenário de crescimento do Terceiro Setor, segundo Yasbek (2004), ocorre a despolitização e naturalização da abordagem da desigualdade social e, particularmente, da pobreza.

Em consonância com essa análise, Behring e Boschetti (2001) afirmam que o apelo para o Terceiro Setor se constitui não como uma rede complementar, mas como “alternativa eficaz” para viabilizar o atendimento das necessidades sociais, configurando-se como um verdadeiro retrocesso histórico. A partir de tais bases, o Estado justifica a perda de primazia na responsabilidade da questão social.

Em síntese, verifica-se que o debate sobre a intersetorialidade e rede se encontra em terreno movediço, carregando, em sua essência, as contradições inerentes às políticas sociais e podendo ser direcionada por projetos políticos distintos: o projeto político democrático e o projeto neoliberal. Sob a primeira perspectiva, se associa com conceitos de democracia, participação social, movimentos sociais, cidadania, enquanto um mecanismo através do qual a sociedade assegura sua participação na gestão democrática das políticas e serviços sociais (SILVA; TEIXEIRA, 2016). Portanto, essa concepção defende a presença e a responsabilidade do Estado frente às políticas sociais, ao mesmo tempo em que demanda a participação da sociedade civil na gestão social.

Na segunda perspectiva, a noção de intersetorialidade e rede é valorizada em função da redução de recursos públicos e guiada pelo princípio da desresponsabilização do Estado na proteção social, havendo uma supervalorização do Terceiro Setor, utilizando o voluntariado como peça fundamental e uma retomada da família como instância protetiva (MIOTO, 2002). Nessa direção, ocorre a acentuação das responsabilidades sociais individuais e, conseqüentemente das famílias, e a progressiva diminuição das responsabilidades do Estado, gerando um crescimento das desigualdades sociais.

Logo, não se pode assumir uma visão meramente instrumental acerca da intersectorialidade e rede, imaginando-as, ingenuamente, como solução para todos os problemas envolvidos no campo das políticas sociais (TEIXEIRA, 2002). Pois, dependendo da forma como são materializadas, em vez de serem instrumentos para potencializar a ação do Estado no enfrentamento às diversas necessidades sociais, podem ser utilizadas a serviço da desresponsabilização do poder público na garantia de proteção social, tendo como tendência o avanço de políticas “familistas”.

Essa compreensão é importante para que se possa refletir sobre que tipo de intersectorialidade e rede está sendo materializada no contexto atual e quais os seus limites e possibilidades – com destaque a política de saúde mental, que será objeto de análise no tópico seguinte.

Família e intersectorialidade na saúde mental

No campo da saúde, o debate sobre a intersectorialidade remonta à trajetória em torno da promoção de saúde, que apreende a determinação social do processo saúde/doença. Isto, pois, ao trazer uma concepção ampla de saúde, decorrente de fatores que vão além dos aspectos biológicos, a sua conquista extrapola a própria política de saúde, sendo necessária uma atuação intersectorial ampla, dirigida ao enfrentamento dos condicionantes e determinantes dos níveis de saúde da população.

No Brasil, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a intersectorialidade é incentivada através da criação de redes de atenção e cuidado à saúde, que tomam forma através de portarias, legislações e decretos governamentais. Apesar da reconhecida necessidade de a Política de Saúde ser pautada em uma lógica intersectorial, contudo, o fortalecimento do diálogo e o desenvolvimento de articulações entre a saúde e as diversas políticas sociais ainda aparece como um desafio para os/as trabalhadores/as e gestores/as, principalmente no cenário atual de intensificação das estratégias do neoliberalismo no país.

Especificamente na Política de Saúde Mental, a intersectorialidade adquire importância com a busca pela superação do paradigma hospitalar/manicomial, modelo centralizador e excludente, que tinha como base o isolamento do sujeito em instituições psiquiátricas que não se articulavam com outros serviços ou setores da sociedade. Com a Reforma Psiquiátrica, os serviços de saúde mental de base comunitária assumem um papel estratégico, assim como outros sujeitos sociais também ganham espaço neste processo de cuidado e busca pela (re)inserção social do “louco” nas políticas públicas na sociedade, como a família, a comunidade, os movimentos sociais, os grupos de apoio e demais recursos disponíveis nos territórios. Nessa direção, a construção de uma rede de assistência à saúde mental pautada na intersectorialidade, articulando-se com outras políticas e sujeitos individuais e coletivos, passa a ser uma exigência, na medida em que a Reforma Psiquiátrica não pode acontecer restrita aos serviços de saúde mental, pois tem uma dimensão de transformação sociocultural.

No sentido de atender às mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica, o tratamento do segmento que sofre com transtorno mental passa a se focalizar na atenção comunitária, em que ganham ênfase os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), regidos pela Portaria de nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, e considerados como a grande aposta reformista.

Vale destacar que os CAPS estão inseridos dentro de um território constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, interesses, amigos, família e instituições. A noção de território é essencial nesse contexto, pois é através dela que se organiza a rede de atenção à pessoa com transtorno mental e sua família, amigos e interessados (BRASIL, 2004). Assim, a concepção de território é compreendida para além do espaço geográfico, mas como a esfera da gestão da vida cotidiana da pessoa com transtorno mental, circunscrevendo os espaços construídos e reconstruídos permanentemente. Nesse cenário, cabe ao CAPS propiciar laços sociais e melhorar a vida cotidiana desses

sujeitos, tecendo uma rede com outros recursos, serviços, políticas, ou mesmo com a vizinhança (ROSA, 2015).

Nessa direção, corrobora-se com o pensamento de Yasui (2007), que defende que o CAPS não é o fim, é meio, caminho, é possibilidade da tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido em uma ampla rede de alianças, que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços e distintos sujeitos sociais.

Entretanto, inúmeros estudos vêm apontando como um dos graves obstáculos desses serviços, atualmente, a sua centralização em si mesmos, com pouca abertura para o território, o que significa que esses têm dificuldade de dialogar e interagir com outros serviços e setores da sociedade, levando à longa permanência, ou mesmo dependência, do indivíduo ao serviço. A isso, Lancetti (2008) denomina de “CAPS burocrático”; já Queiroz (2006) afirma levar a uma “CAPS-dependência”; Cardoso (2016) qualifica como um modelo “capscêntrico”; e Amarante e Torre (2010) alegam configurar uma “CAPScização” do modelo assistencial.

Dessa forma, fez-se necessário refletir sobre qual Reforma Psiquiátrica está se colocando em prática no cotidiano desses serviços, na medida em que a desinstitucionalização deve ir além da desospitalização, como defende Amarante (1996). Ou seja, mais do que a retirada do indivíduo da internação do hospital psiquiátrico, exige uma transformação no campo do saber e das instituições em torno da “loucura”, possibilitando a reconstrução da relação entre as pessoas, quer sejam técnicos, usuários, família e a própria comunidade, reedificando o próprio ambiente sociocultural do território para os ditos “loucos”, de forma a possibilitar seu acesso à cidadania.

Dito isso, reforça-se a importância de implementar a Política de Saúde Mental pautada, necessariamente, em uma lógica intersetorial, conforme é reforçado no Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2010), que coloca a intersetorialidade da atenção psicossocial como a principal estratégia de ordenação da rede, e só através dela que se pode conquistar a integralidade de

atenção ao sujeito que demanda as ações dessa política. Nessa concepção, o campo da saúde mental deve ser compreendido como transversal a várias políticas sociais.

O Relatório dessa Conferência aponta a importância do papel do Estado na garantia de realização de ações intersetoriais nas áreas de educação, assistência social e justiça, bem como o desenvolvimento de cooperativas sociais e projetos de inclusão produtiva a pessoas com transtorno mental, conforme preconiza a Política Nacional de Saúde Mental. Assim, prega a promoção de uma interlocução efetiva entre as equipes profissionais que atuam nas redes de saúde mental e as que atuam nas redes intersetoriais de políticas públicas em educação, saúde e assistência social (BRASIL, 2010).

Compreende-se, portanto, que o fortalecimento da intersetorialidade e do trabalho em rede tem impactos na consolidação dos princípios reformistas, que demandam a criação de uma trama de possibilidades para a pessoa com transtorno mental conquistar sua autonomia dentro do seu território, exercitando sua cidadania, de forma a não ficar limitada dentro de um único serviço.

Considerando a necessidade de o SUS oferecer uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção, é instituída, pelo Ministério da Saúde, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), através da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, com a finalidade de criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

A Rede de Atenção Psicossocial tem como objetivos: a ampliação do acesso de serviços de saúde mental para a população em geral; a promoção do acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, e suas famílias, aos pontos de atenção, e a garantia de articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do

acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011).

A RAPS deve articular e integrar os pontos de atenção das redes de saúde no território, envolvendo tanto os equipamentos de saúde quanto a sociedade, de forma a fortalecer as ações intersetoriais e qualificar o cuidado por meio do acolhimento e do acompanhamento contínuo àqueles que sofrem com transtornos mentais.

É importante adotar uma concepção ampliada de rede que não se limite à articulação entre serviços no interior da RAPS, mas entre os sujeitos sociais que constroem e fazem parte dessa rede – sejam profissionais, gestores, usuários e/ou familiares. O que significa pensar a política de saúde mental a partir da relação recíproca e dialética entre Estado e sociedade e que, portanto, exige a participação tanto de atores internos a ela – seus trabalhadores e gestores – como atores externos – como segmentos organizados da sociedade civil e movimentos sociais. Implica, também, em refletir sobre o protagonismo assumido pelas pessoas com transtornos mentais e seus familiares nesse processo, no qual as associações, os grupos sociais e os movimentos sociais assumem um papel importante no incentivo à participação social, ao empoderamento e à autonomia desses sujeitos, os quais também são objetivos da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Nesse horizonte, a RAPS não pode ser o único espaço que promove a sociabilidade dos usuários, pois ela foi pensada com o intuito de libertar os sujeitos da lógica manicomial que molda suas escolhas e projetos de vida, dando chances reais de reinserção social e de construção de projetos pessoais (QUEIROZ, 2015). Logo, o estabelecimento de um trabalho intersetorial com as demais políticas sociais e com recursos da comunidade aparece como um desafio para a política de saúde mental.

A intersetorialidade na saúde mental, segundo Amarante (2013), implica em estratégias que perpassem diversos setores sociais, tanto da saúde mental e saúde em geral quanto das políticas públicas e da sociedade como um todo. Para o autor, a

política de saúde mental deve, necessariamente, organizar-se em rede, formando uma série de “pontos de encontros, de trajetórias de cooperação, de simultaneidades de iniciativas e atores sociais envolvidos” (AMARANTE, 2013, p. 88). Dessa forma, reafirma a necessidade de articulação dos serviços de saúde mental com todos os recursos existentes no território, sejam eles serviços públicos ou comunitários, como associações de moradores, cooperativas, igrejas, etc.

É necessário “ultrapassar as fronteiras sanitárias”, nas palavras de Dimenstein e Liberato (2009), ou seja, pensar a “loucura” e o “louco” não apenas como responsabilidade da Política de Saúde Mental, mas de toda e qualquer política social, na medida em que eles são cidadãos e têm outras necessidades que não se resumem à atenção psicossocial.

É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais. De tal modo, tem-se o desafio complexo de promover a intersectorialidade entre a saúde mental e as diferentes políticas e recursos sociocomunitários, pensando uma concepção de rede ampliada, ultrapassando o campo da saúde.

É importante destacar que as transformações que surgiram com a desinstitucionalização defendida pela Reforma Psiquiátrica e o próprio avanço de uma assistência psicossocial em rede geraram uma redefinição no papel assumido pela família no processo de cuidado a pessoa com transtorno mental, na medida em que, no cenário pós-reformista, esta passa a compartilhar responsabilidades com o Estado no processo de cuidado à saúde mental, deixando de ser mera “visita” ao seu ente familiar institucionalizado em um hospital psiquiátrico. Nessa direção, a família assume novas atribuições e funções no processo de cuidados e assistência psicossocial:

A família ganha pluralidade de sentidos e dimensões, preponderantemente como: 1) um grupo que precisa de assistência e cuidados; 2) como um recurso ou lugar, como outro qualquer, mas não o único; 3) como provedora de

cuidados; 4) como avaliadora dos serviços e 5) como sujeito político (ROSA, 2009, p.162).

Assim, nesse novo modelo assistencial, a família não é mais tida como um sujeito “extra” no tratamento – diferente do modelo manicomial/hospitalocêntrico – mas como protagonista e principal parceira dos serviços no provimento do cuidado à pessoa com transtorno mental, em uma divisão de responsabilidades do Estado:

Inserida no contexto da Reforma Psiquiátrica, é responsável por mediar o seu ente familiar que tem transtorno mental com os serviços de saúde, e com os profissionais que prestam atendimento aos mesmos, bem como dar o suporte e o apoio no convívio social (SILVA; ROSA, 2014, p. 2014).

Dessa forma, no contexto de ampliação do cuidado comunitário, cada vez mais o grupo familiar é chamado a se inserir como “parceiro” dos dispositivos de assistência psicossocial. Todavia, Rosa (2009) chama a atenção para a necessidade de uma ação intensiva e de retaguarda dos serviços junto a essa família para que estes possam continuar a desempenhar suas funções como cuidadores.

Entretanto, com o avanço do neoliberalismo, há um retraimento do Estado em suas responsabilidades de proteção social que repercute na estrutura da família e em suas funções, ao ser repassado a esta o encargo pela assistência e cuidado pelos seus familiares com transtorno mental – tarefa esta que deveria ser compartilhado com o poder público, por meio, sobretudo, dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial.

Nesse cenário, há o fortalecimento do “familismo” na política de saúde mental, que tem como consequências a sobrecarga do núcleo familiar, sobretudo das mulheres, a quem recai culturalmente as funções, papéis e responsabilidades pelo cuidado, proteção, educação e administração do lar (TEIXEIRA, 2016).

Ao lado do “familismo” tem-se um discurso culpabilizador a família quando esta não consegue desempenhar o seu papel protetor,

sem se questionar as condições objetivas, materiais, econômicas, sociais e subjetivas impostas para provimento de cuidados. Isto, pois, “o cuidado na família envolve não só o afeto, características psicológicas, relações interpessoais significativas, mas também condições materiais concretas para o seu desenvolvimento” (ROSA, 2010, p. 285).

Dessa forma, na política de saúde mental brasileira, a perspectiva “familista” caminha rumo a articulação de diferentes estratégias de imposição ou de transferências de responsabilidades do cuidado para as famílias, sem a contrapartida do Estado, sobrecarregando-a e exaurindo o seu potencial protetivo. É necessário, portanto, reafirmar o papel do Estado, na via de mão dupla pelo cuidado à pessoa com transtorno mental e pela proteção social das famílias e da sociedade em geral.

Considerações finais

Buscou-se traçar um caminho de análise que permitisse compreender a fragmentação das ações institucionais relacionadas ao padrão estrutural da política social no capitalismo, assim como a presença da noção de redes apropriada pelo discurso neoliberal para justificar o enxugamento do Estado e a reconfiguração do padrão de respostas à questão social sob moldes privatistas, assistencialistas e mercadológicos.

Em direção oposta, verificou-se que a intersectorialidade pode confrontar as formas de vida neoliberal, que incluem a fragmentação, a descontinuidade e a desarticulação das políticas sociais, por isso, aparece como um desafio para a defesa da coisa pública neste ciclo agressivo do neoliberalismo vivenciado na atualidade.

Constatou-se, portanto, que o debate da intersectorialidade e redes nas políticas sociais se encontra em um terreno movediço de contradições, sofrendo uma “confluência perversa”, na medida em que faz parte da agenda e do discurso de projetos políticos distintos, expressando direcionamentos antagônicos.

No âmbito da política de saúde mental, a intersectorialidade ganha destaque com a Reforma Psiquiátrica e o novo modelo assistencial em rede, que desloca do centro do tratamento o hospital psiquiátrico e faz uma reconfiguração do papel e das funções assumidas pela família no provimento de cuidados a pessoa com transtorno mental, em parceria com o poder público. Todavia, verificou-se que, com o ideário neoliberal e o retraimento dos gastos sociais pelo Estado, há o avanço de políticas “famílistas” também no âmbito da saúde mental, tendo como consequência uma sobrecarga, sobretudo da figura da mulher. Nesse cenário, reafirma-se que para que a família cumpra suas funções no processo de assistência, cuidado e proteção aos seus membros, exige-se do Estado a contrapartida, na viabilização de condições concretas de reprodução material, promoção de bem-estar e cidadania a esses sujeitos e suas famílias.

Referências

ALMEIDA, N.L.T. Descentralização e intersectorialidade: desafios para a consolidação da política pública de educação. In: MONNERAT, Giselle Lavinias; ALMEIDA, N.L. T.; SOUZA, R.G. (Orgs.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social, 2014, p.231-260.

_____; ALENCAR, M.M.T. de. **Serviço social, trabalho e políticas sociais**. São Paulo: Saraiva, 2011.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

_____; TORRE, Eduardo Henrique G. 30 anos da Reforma Psiquiátrica brasileira: luta por cidadania e democracia nas transformações das políticas públicas e da sociedade brasileira. In: FONTES, Breno Augusto S. Maior; FONTE, Eliane Maria M. de (Orgs). **Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental**:

análise de experiências da Reforma Psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. EDUFPE, Recife, 2010, p.113-136.

_____. **O homem e a serpente:** outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

BEHRING, E.R.; BOSCHETTI, I. **Política social:** fundamentos e história. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011. (Biblioteca Básica de Serviço Social, 2).

_____. Expressões políticas da crise e as novas configurações do Estado e da sociedade civil. In: CFESS (Org.) **Serviço social:** direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ ABEPSS, 2009, p. 69-86.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 1º de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atendimento à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS:** os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CARDOSO, F.M.C. **Regionalização da política de saúde mental no Piauí:** desafios na atenção psicossocial. Dissertação (Mestrado

em Políticas Públicas). Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2016.

CARVALHO, M.C.B. Família e políticas públicas. In: ACOSTA, A.R.; VITALE, M. A. F. (Org.). **Famílias: redes, laços e políticas públicas**. 4. ed. São Paulo: Cortez/Instituto de Estudos Especiais/PUC-SP, 2008, p. 267-274.

DAGNINO, E. ¿Sociedad civil, participación e ciudadanía: de que estamos falando? In: MATO, D. (coord.). **Políticas de ciudadanía y sociedad civil entiempos de globalización**. Caracas: FACES, Universidad Central de Venezuela, 2004, p. 95-110.

DRAIBE, S. M. Welfare State no Brasil: características e perspectivas. **Caderno de Pesquisas**, Núcleo de Estudos em Políticas Públicas – NEPP, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, n. 8, 1993.

DIMENSTEIN, M.; LIBERATO, M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, jan./abr. 2009.

FALEIROS, V. P. **A política social do estado capitalista**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

FALER, C.S. **Intersectorialidade**: a construção histórica do conceito e a interface com as políticas sociais públicas. Tese (Doutorado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. 231f.

FRANÇA, Merilin Carneiro de. **Interseções, aproximações e distanciamentos entre a estratégia saúde da família e o programa bolsa família a partir da lógica da intersectorialidade**. Dissertação

(Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal da Paraíba: João Pessoa, 2014.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 26. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

_____. A questão social no capitalismo. **Temporalis**. Brasília: ABEPSS, Grafile, 2001, ano 2, n. 3, p. 09-32.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MESTRINER, Maria Luiza. **O Estado entre a filantropia e a assistência social**. São Paulo: Cortez, 2001.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. O trabalho com redes como um procedimento de intervenção profissional: o desafio da requalificação dos serviços. **Revista Katalysis**, Florianópolis, v. 5, n. 1, p. 51-58, 2002.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado, classe e movimento social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011 (Biblioteca básica do serviço social; v. 5).

MOTA, A.E. Crise contemporânea e transformações na produção capitalista. In: CFESS (Org.) **Serviço social: direitos e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p. 51- 67.

NETTO, J.P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PEREIRA, K.Y.L. TEIXEIRA, S.M. Redes e intersectorialidade nas políticas sociais: reflexões sobre sua concepção na política de assistência social. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, jan./jun, p. 114-127, 2013.

PEREIRA, P.A.P. **Política social**: temas e questões. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011a.

PIRES, M.C. S.; COSTA, M.B.C. Estado em rede. In: CASTRO, C.L.F.; GONTIJO, C.R.B.; AMABILE, A. E.N. (Orgs). **Dicionário de políticas públicas**. Barbacena: EdUEMG, 2012, p. 175-177.

QUEIROZ, V.D.C. **A integração da política de saúde mental com a atenção primária em saúde**: uma avaliação. 2016. Tese (Doutorado em Serviço Social), Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

ROSA, L.C.S. **Classes sociais, gênero e etnias na saúde mental**. Teresina: EDUFPI, 2015.

_____. As condições da família brasileira de baixa renda no provimento de cuidados com o portador de transtorno mental. In: VASCONCELOS, E.M. et al (Orgs.). **Saúde mental e serviço social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 5ed. São Paulo: Cortez, 2010, p.263-288.

_____. A família como usuária de serviços e como sujeito político no processo de reforma psiquiátrica brasileira. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Abordagens psicossociais, volume III**: perspectivas e desafios para o serviço social. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2009, p. 159-82.

SILVA, E.K.B.; ROSA, L.C.S. Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado? **R. Katál.**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 252-260, jul./dez. 2014.

TEIXEIRA, S.M. Sistemas de proteção social contemporâneos e a Política de Assistência Social: a reatualização do familismo.

In: TEIXEIRA, S.M. (Org.). **Política de assistência social e temas correlatos**. Campinas: Papel Social, 2016, p.27-43.

_____. Política social contemporânea: a família como referência para as políticas sociais e o trabalho social. In: MIOTO, R.C.; CAMPOS, M. S C.; CARLOTO, C.M. (Orgs). **Familismo, direito e cidadania: contradições da política social**. São Paulo: Cortez, 2015, p. 211-226.

_____. **A família na política de assistência social: concepções e as tendências do trabalho social com família nos CRAS de Teresina-PI**. Teresina: EDUFPI, 2013.

TEIXEIRA, S. M. F. Os desafios da gestão das redes de políticas. **VII Congresso Internacional del CLAD sobre La Reforma Del Estado y de la Administración Pública**. Lisboa, 2002.

YASBEK, M.C. As ambiguidades da assistência social brasileira após dez anos da LOAS. **Serviço social e sociedade**. São Paulo, v. 77, ano XX, mar. 2004, p. 11-29.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. 2006. 208p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Rio de Janeiro, 2006.

PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NA SAÚDE MENTAL BRASILEIRA: ACESSÓRIOS DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SUJEITOS DESTA POLÍTICA

*Rita Cavalcante*¹

*Camila Oliveira Carvalho*²

Introdução

Estamos há quatro décadas dos trabalhos clássicos de Donzelot (2001), de 1977, e de Costa (1989), de 1979, que desvelaram o projeto de disciplinamento das famílias para as requisições econômicas, políticas e morais derivadas de um projeto de modernidade. Essas obras foram fundamentais para reconstituir na formação social da França e do Brasil, respectivamente, a nova racionalidade para docilizar as famílias frente às exigências postas pela acumulação do capital. No caso do Brasil, Costa (1979) descortinou o projeto higienista que, já

1 Assistente social. Professora Associada da Escola de Serviço Social da UFRJ (Graduação e Pós-Graduação), e-mail: r.lima@ess.ufrj.br

2 Assistente social do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da UFRJ, especialista em Saúde Mental pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do IMPP-ESAM, e-mail: camila_oliveira_carvalho@hotmail.com

no século XIX, incidiu sobre a intimidade e a organização da família latifundiária – patriarcal; branca e proprietária de escravos, de terras e dos meios de produção para a economia agro e exportadora – a fim de integrá-la ao projeto de modernização do País, vocalizado pelo Estado e pela medicina social. Essas obras reconstituíram a importância das famílias nos processos de reprodução e de produção na sociabilidade burguesa.

O proselitismo daquelas práticas higienistas sobre o corpo e sobre a moralidade, desenvolvido por médicos e políticos do período, operou de forma educativa e persuasiva sobre o casal da família colonial, a fim de os normalizar e os urbanizar aos ventos liberais do período, conformando uma divisão social e sexual do trabalho e seu consequente modelo de família nuclear. Aquelas práticas incidiram sobre o trabalho doméstico em suas atividades produtivas e reprodutivas, particularmente, sobre as orientações saudáveis para a vida familiar, a criação dos filhos, o exercício da sexualidade e as relações entre homens e mulheres (COSTA, 1989).

Desde o fim do período colonial no século XIX, as diferenças entre o gênero masculino e o feminino edificadas com o apoio do higienismo, imprimiu uma concepção universal do masculino para o tratamento do humano genérico e associou o trabalho da reprodução social e do cuidado como atividade feminina desprestigiada e não remunerada, justamente para baratear os custos da produção de mercadorias. Como afirma Federici (2017), as mulheres são o sujeito primário dessas relações sociais de produção, cuja divisão social e sexual do trabalho nos interessa para apreender o lugar da família na política de saúde mental. Como veremos, consideramos que há continuidades entre essa construção sócio-histórica e as abordagens mais hegemônicas sobre família na saúde mental.

É importante observar que a análise de Costa (1989), médico e psicanalista, foi rigorosa ao convocar autores da formação social brasileira para compreender o solo patriarcal, patrimonialista e racista por onde as relações intrafamiliares e sociais mais amplas se operaram no Brasil. Esse tipo de análise cotejando conhecimentos da história e da teoria social crítica nos parece ser fundamental

para a saúde mental na atualidade por três motivos, a saber: o primeiro, pelo contributo à saúde mental como parte do campo da saúde coletiva; o segundo, por questionar a visão da família, particularmente, das mulheres, como mera subsidiária à atenção psicossocial e à provisão para o cuidado das pessoas com transtorno mental e; por fim, por apreender a relevância da família como sujeito político para a luta antimanicomial. (ROSA, 2003; LIMA, 2012; CARVALHO, 2017).

A referência à Costa (1989), então, se deve ao objetivo desse artigo em examinar a participação atual das famílias na vocalização da política da saúde mental brasileira, cuja Reforma Psiquiátrica questionou a influência das bases da higiene mental para a área e repôs valores evocados do processo de redemocratização do País, no mesmo período quando a obra de Costa foi divulgada.

Chama a nossa atenção, ainda, que o Movimento da Luta Antimanicomial iniciado em 1987, desde os primeiros anos, contasse com a participação política dos familiares de usuários da saúde mental, sendo o I Encontro Nacional de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial realizado em Santos, em 1991. A vocalização coletiva desses sujeitos deu visibilidade à estratégica participação política da família na construção dessa luta social, que nos parece requerer ser revisitada quando o Governo federal, desde início de 2016, repõe coordenadores nacionais de saúde mental, defensores do modelo asilar e médico-centrado da psiquiatria. Conquanto, temos como hipótese que os conhecimentos acionados na saúde mental tendem a tomar a família, preferencialmente, como um participante subsidiário na atenção à pessoa com transtorno mental e menos como um sujeito no cuidado e na arena política da luta antimanicomial.

Para explorar essa hipótese a partir das diferentes dimensões de participação da família na saúde mental brasileira, foi realizado um levantamento bibliográfico nos Cadernos Brasileiros de Saúde Mental (CBSM), no período de 2010 a 2019, com a palavra “família” e seu plural “familiares”, localizando quatorze artigos. Porém, somente três artigos foram habilitados por tratarem

diretamente da relação entre a família e o trabalho das equipes nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), lugar onde faculta uma maior aproximação com abordagens hegemônicas sobre família na saúde mental (PIERETTI; GOMES, 2013; TROMBETTA; RAMOS; MISIAK, 2015; SANTOS; SIQUEIRA, 2018). Observamos que parte significativa do termo “família” foi associado a artigos relativos ao trabalho com pessoas em sofrimento psíquico na Estratégia de Saúde da Família e por médicos de família dessas equipes. Apesar da participação da Atenção Primária na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e da relevância deste cuidado territorial e comunitário para a saúde mental, mantivemos o recorte dos artigos voltados para os dispositivos da Atenção Psicossocial Estratégica da RAPS.

Dado à pequena massa bibliográfica habilitada nos CBSM, revisitamos parte da obra de Rosa (2003, 2005, 2009a, 2009b, 2010; SANTOS; ROSA, 2016), ao nosso ver, pesquisadora brasileira com produção sistemática e de longo tempo sobre as famílias na saúde mental. Ressalta-se que não localizamos artigo de Rosa nos CBSM, cujo indexador pouco motiva a publicação dos pesquisadores face aos critérios de classificação intelectual. Conquanto, os CBSM, periódico online trimestral do campo da Saúde Coletiva, se justifica por ser promovido pela Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), instância política e acadêmica da luta antimanicomial que é corresponsável pelo pensamento crítico da saúde mental, pela avaliação e projeção da política de saúde mental brasileira e pela articulação da Reforma Psiquiátrica brasileira com a de outros países onde se edifique, conforme sinalizam Amarante e Nunes (2018), um lugar social para o louco a ser cuidado no território e em liberdade.

Delimitando o problema: o ponto de partida

As autoras desse artigo participam da formação de profissionais nos programas da residência multiprofissional em saúde mental de uma unidade federativa do Sudeste, desde 2015. Isso ofereceu um mirante empírico preliminar para observar a

atenção dispensada às famílias em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), cuja atenção não nos faculta generalizá-la para toda a saúde mental brasileira. Pareceu-nos que as famílias eram acionadas pelas equipes, principalmente, para tomar ciência do projeto terapêutico singular do usuário, onde se incluía a expectativa por sua contribuição no cuidado domiciliar e comunitário. Neste sentido, ficamos inquietas com o que nos pareceu ser uma relação utilitária das equipes com a família no cuidado do usuário, diferente do que preconizava o Ministério da Saúde.

Um dos objetivos dos CAPS é incentivar que as famílias participem da melhor forma possível do cotidiano dos serviços. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas muito importantes para o trabalho de CAPS, não somente incentivando o usuário a se envolver no projeto terapêutico, mas também participando diretamente das atividades do serviço. Os familiares são considerados pelos CAPS como parceiros no tratamento. (BRASIL, 2004, p. 29).

O artigo de Trombetta, Ramos e Misiak (2015: 62) contribuiu para qualificar o que podia estar sendo compreendido como parceria da família na atenção à saúde mental. Elas consideraram que a participação da família fosse essencial para o tratamento do usuário e, como consequência, previram que as ações voltadas à família buscassem soluções práticas ao cuidado em saúde mental. Para isso, recomendaram o fortalecimento de uma boa relação entre família, serviço e usuário como parceiros no tratamento.

O artigo de Taño e Matsukura (2017: 51) também traz uma importante contribuição ao ressaltar a participação dos familiares de crianças e adolescentes acompanhados em CAPSi, onde foi apontado que esses familiares desejam estar inseridos na dinâmica dos serviços, não somente como participantes de abordagens grupais focalizadas.

Já o artigo de Sena, Carvalho e Souza (2014: 87) ressalta a dimensão política e participativa dos familiares na saúde mental com objetivos de efetivação da cidadania desses sujeitos, de buscar

o cuidado, na perspectiva do *empowerment*, para alcance do respeito mútuo, trocas de experiências e construção de estratégias coletivas para lidar com as questões que envolvem o sofrimento mental.

Cada uma dessas produções dialogou com as multidimensões da participação das famílias na Saúde Mental à luz dos princípios da Reforma Psiquiátrica e possibilitou refletir e fazer um contraponto com a realidade observada nos serviços de distintos CAPS, cenários de formação dos programas de residência multiprofissional em saúde mental. Ainda assim, permanecemos inquietas quanto à relação utilitária que nos parecia tornar invisível às equipes dos CAPS o sofrimento das famílias relativo ao pouco conhecimento que dispunham sobre o sofrimento psíquico, sobre as medicações psiquiátricas, sobre o CAPS como unidade de saúde e, também, sobre as demandas relativas à sobrecarga de conviver com alguém com transtorno mental e uso prejudicial de álcool e outras drogas (BEZERRA, 2014).

Acrescentamos que concomitante à aquela inquietude na atenção psicossocial, observávamos a vocalização política de familiares em eventos públicos da luta antimanicomial, onde demonstravam, de um lado, a defesa do SUS e da Reforma Psiquiátrica; e de outro, a queixa pela baixa visibilidade das demandas desse grupo. De forma tendencial, essa vocalização advinha de familiares mulheres com diferenças geracionais entre elas, algumas mais velhas e outras mais jovens, normalmente em menor número quando comparadas à participação dos usuários e trabalhadores. Elas indicavam aos profissionais da saúde mental que a participação dos usuários, frequentemente, homens, não subsumia a agenda da família na luta antimanicomial que ora se complementavam, como a pauta do acesso ao transporte público e ao direito à cidade; ora indicavam pontos mais relacionados ao sofrimento de ser mulher militante e cuidadora de crianças e adultos com algum transtorno mental. Porquanto, parecia-nos haver uma atualização entre o lugar subsidiário e acessório das famílias na atenção psicossocial até os espaços coletivos e políticos da luta pela saúde mental.

Diante dessa inquietude, Rosa (2003) contribuiu para se compreender que tipo de saberes advindos do modelo clínico sustentado pela psicanálise, pela psicologia e pela psiquiatria vem gerando impactos na relação das equipes da saúde mental com as famílias. Para a autora, Freud reconhecia a importância das relações familiares como determinante para o psiquismo de seus pacientes, considerando a forma como os pais educavam seus filhos e os culpabilizava quando os comportamentos das crianças eram entendidos como inadequados. Além disso, o modelo de família nuclear burguesa está na base do Complexo de Édipo, entendido pela teoria psicanalítica como a base familiar, tendo a função paterna e materna em sua estrutura fundamental da análise mesmo que não seja desenvolvida objetivamente por pai e mãe, respectivamente.

Embora em seu interior, existam várias correntes teóricas disputando hegemonia, o que há em comum entre elas é que a abordagem familiar é realizada a partir do passado e da interpretação dos impulsos inconscientes. Uma abordagem sujeita à crítica em virtude da centralização nos aspectos intrapsíquicos e restritos à família conjugal, ao casal em particular, deslocada das condições históricas e da rede de sociabilidade que também influenciam o grupo familiar bem como seu desenvolvimento. (ROSA, 2003, p. 60).

Isso favorece a imagem socialmente construída de que esse grupo se baseia no modelo de família nuclear burguesa – que foi disseminado no mundo, principalmente a partir do pós-guerra, período de reconstrução societária em geral – como um modelo que deveria orientar a formação familiar de todas as classes sociais, baseado no patriarcado³ disseminado pela burguesia através do

3 O patriarcado contempla relações sociais que reforçam a dominação de homens sobre as mulheres, através da hierarquização dos primeiros sobre as segundas no que tange, principalmente, a direitos políticos, civis e sociais. Ele está na base da divisão sexual do trabalho, o que se complexifica com a expansão do modelo de família nuclear burguesa na sociedade capitalista, trazendo impactos diretos para as expressões da questão social que envolvem as mulheres e reforçando o lugar do homem, em múltiplos contextos, como o senhor da casa, o provedor da família, aquele a quem as mulheres devem

Estado e da medicina social, em que o modelo familiar era composto por pai (chefe da família), mãe (subordinada ao marido) e filhos (COSTA, 1989).

No caso brasileiro, por exemplo, o último Censo Demográfico, de 2010, indicou que o modelo de família prevalente era a monoparental feminina com 53,5% de representação (IBGE, 2010). Isso vem gerando mais impacto na sobrecarga quando as famílias são compostas por mulheres de rendas médias e pobres provedoras da renda e do cuidado em saúde mental. Ademais o racismo e a questão geracional também nos parecem relevantes para ser incluídos quando se problematiza o lugar das famílias provedoras do cuidado, pois, elas próprias podem expressar sofrimentos clínicos e psíquicos referidos à violência contra as mulheres negras e idosas.

Trata-se da feminização do cuidado. Não é novidade para os profissionais da saúde que a mulher ocupa papel central como cuidadora na esmagadora maioria das famílias. É a mãe, a esposa, a tia, a avó, a prima ou outra mulher, que encarna a responsabilidade de cuidadora e isso, muitas vezes, é reforçado pelas próprias políticas sociais e seus diversos programas ou pelos profissionais que atuam nesses serviços, seja na saúde, na assistência social, na educação e outras.

Além da expectativa de cuidadora, a mulher ocupa também nessa sociedade, tanto em famílias mais empobrecidas, quanto em famílias de outras rendas, o lugar de provedora da casa, sendo muitas vezes a única que trabalha fora ou a principal fonte de renda da família, segundo os dados do IBGE:

No período de 2000 a 2010, houve um crescimento expressivo das famílias com a pessoa responsável do sexo feminino, inclusive daquelas que contavam com a presença de cônjuge. Os motivos para esse aumento podem ser creditados a uma mudança de valores culturais relativa ao papel da mulher

obediência, mantendo-as no lugar de subserviência em relação a este, restringindo-as a executar funções domésticas e/ou de cuidadora da casa e dos filhos. Assim, o patriarcado representa o sistema opressor de mulheres, que até hoje reflete no senso comum sobre o lugar social que a mesma deve ocupar nessa sociedade.

na sociedade brasileira. O ingresso maciço no mercado de trabalho e o aumento da escolaridade em nível superior combinados com a redução da fecundidade são fatores que podem explicar esse reconhecimento da mulher como responsável pela família. (CENSO DEMOGRÁFICO, 2010, p. 82)

Mas isso não a desresponsabilizou no imaginário social em relação ao lugar fundamental de cuidadora, relacionado até os dias atuais a maternidade, o que é reforçado pelo patriarcado e seu conservadorismo machista predominante em nossa sociedade. Isso faz com que o trabalho doméstico, que também é efetuado por mulheres, majoritariamente, assim como a provisão de cuidados dentro da família, continue sendo considerado como não trabalho, já que são feitos sem remuneração ou reconhecimento social. Mesmo assim, esse trabalho “invisível” é indispensável a organização das famílias, a reprodução da vida dos seus membros e a manutenção da força de trabalho na sociedade capitalista.

Os saberes hegemônicos acionados no trabalho coletivo em saúde mental para a naturalização do lugar subsidiário da família

A relação familiar com a pessoa com transtorno mental se dá sobre um solo amplo e complexo de abordagem, na medida em que a família se conforma e muda na história, contendo determinações advindas da sociabilidade de classe, gênero, raça, etnia, gerações, territórios, orientação sexual e religiosa. Constitui-se como um ser coletivo e, ao mesmo tempo, um ser singular, já que é composta por sujeitos reais, dotados de subjetividade e condicionados objetivamente por essas determinações. Neste caso, a família está sendo apreendida enquanto relação social e, na maioria das vezes, como a primeira instituição que o ser social experimenta. Nela se reproduz a totalidade do processo social, de determinado modo de vida e de trabalho, que é atravessado pela história de seu tempo, em toda a sua complexidade – imbricadas naquele contexto familiar,

que mesmo sendo único e singular, é envolvido pelo cotidiano da vida em sociedade.

Aqui já se torna necessário explicitar que se toma o conceito de famílias para não reduzi-la a um tipo ideal que limitaria compreender suas múltiplas formas e processos sociais aos quais estão condicionadas. Mesmo assim, cabe ressaltar que as famílias se constituem também como relações afetivas, muitas vezes para além de laços consanguíneos, extrapolando o modelo nuclear burguês – que se tomou como base de estudos e intervenção sobre a temática, principalmente a partir do final do século XIX e ao longo do século XX.

[...] compreende-se os processos familiares como uma construção singular, arquetizada na família, no entrecruzamento de múltiplas relações – relações entre seus membros, entre seus membros e outras esferas da sociedade e entre ela e outras esferas da sociedade, tais como Estado, trabalho e mercado – que condicionam e definem a dinâmica familiar e também a sua “estrutura de proteção”. (MIOTO, 2013, p. 10 – 11)

A dialética da relação objetividade e subjetividade presente nas configurações familiares, ao mesmo tempo em que é uma construção singular orientada pelos sujeitos reais envolvidos também é relação social entre seus membros e desses com a sociedade, envolvendo outras famílias ou grupos sociais, envolvendo instâncias e instituições que são permeadas de sociabilidade, de regras de convívio territorial, de relações históricas, econômicas, políticas e sociais, que terá impacto na formação e dinâmica de cada família.

Aqui é possível entender a família também como instituição, com regras, hierarquias de comando, com disputas de poderes, que é influenciada por todas as determinações descritas acima e também, nas palavras de Miotto (2013), como a menor e mais forte estrutura de proteção dentro desta sociedade, ou seja, ela é unidade de cuidado e de redistribuição interna de recursos, sendo também

não só uma construção privada, mas também pública. Na mesma direção, Freitas, Braga e Barros (2013, p. 20) afirmam o seguinte:

É no meio dessa diversidade que trabalhamos. Dessa forma, é a partir dessas leituras que vamos definir família enquanto um processo de articulação de diferentes trajetórias de vida, onde se entrecruzam as relações de classe, gênero, etnia e geração.

Segundo Rosa (2003), os estudiosos sobre o tema tentaram colocar diversos termos que pudessem abarcar tal complexidade no estudo das famílias. Assim, quando se usa neste texto o termo famílias, afirma-se a diversidade com que se organizam na tentativa de proteção e pertencimento entre os seus membros consanguíneos ou não.

Conquanto, Freitas, Braga e Barros (2013) nos desafiam a pensar famílias na sociabilidade contemporânea, reconhecendo que vivemos em um mundo cada vez mais globalizado, onde a reestruturação produtiva e a retração do Estado na área social são realidades e essas têm impactos profundos nas famílias, na medida em que dispõem de menor tempo de convivência interna e coletiva e estão com membros sob trabalho intermitente e desemprego estrutural, o que aumenta fluxos migratórios e de refugiados. Ademais o desfinanciamento e o aumento das barreiras de acesso às políticas sociais públicas, os territórios com diferentes formas de violência ampliam a sobrecarga das famílias frente ao desafio da reprodução da vida e dos cuidados dos seus membros.

Nesse contexto de ofensiva neoliberal, um paradoxo se dá na medida em que as famílias, primeiro espaço de convívio direto e por mais tempo, são fragilizadas pelas políticas regressivas de contrarreforma trabalhista, previdenciária e da saúde pública, mas são convocadas a se tornar a principal estrutura de proteção social dos indivíduos. Compreender essa tensão contemporânea e seus arranjos cotidianos e locais de reprodução da vida nos parece ser uma chave heurística para uma clínica política na saúde mental.

Mesmo sendo as famílias e a comunidade as bases mais próximas de qualquer estrutura de cuidado territorial, elas não podem responder sozinhas por essa proteção. O dever do Estado recolocado com o Estatuto da Pessoa com Deficiência pode apoiar a edificação de resistências e de lutas também na saúde mental.

Art. 8º É dever do Estado, da sociedade e da família assegurar à pessoa com deficiência, com prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à sexualidade, à paternidade e à maternidade, à alimentação, à habitação, à educação, à profissionalização, ao trabalho, à previdência social, à habilitação e à reabilitação, ao transporte, à acessibilidade, à cultura, ao desporto, ao turismo, ao lazer, à informação, à comunicação, aos avanços científicos e tecnológicos, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária, entre outros decorrentes da Constituição Federal, da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo e das leis e de outras normas que garantam seu bem-estar pessoal, social e econômico. (Lei Nº 13.146, 2015)

Essa recente legislação, em seu Art. 2º considera a “pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial” e complementa que esta pessoa “em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”. Embora a saúde mental não tenha participado do processo de luta dessa legislação, em tempos neoliberais quando o investimento público em política social passa a ser interpretada como despesa pública a ser cortada (CAMPOS, 2018; PAIM, 2018), essa legislação pode ser evocada para diminuir a sobrecarga das famílias.

Conquanto, estamos em ciclo de ofensiva do capital no Brasil com fortes expressões na saúde mental. De forma preliminar, temos o questionamento da orientação ética e laica do cuidado em liberdade, retornando a alocação dos recursos públicos para o hospital psiquiátrico enquanto serviço constitutivo da RAPS e para as comunidades terapêuticas religiosas (GUIMARÃES; ROSA,

2019), aprofundando o desfinanciamento federal nos serviços da RAPS diretamente vinculados ao SUS (OLIVEIRA, 2017). A política neoliberal hegemônica no contexto brasileiro atual passou a valorizar, desde 2016, o retorno do modelo asilar (ALMEIDA, 2019) e vem sistematicamente desfinanciando os serviços de base territorial e comunitária, através da flexibilização dos vínculos de trabalho com a massiva terceirização dos contratos de trabalho na RAPS, atraso e diminuição de salários, falta de insumos e medicamentos para os procedimentos de saúde e de acreditação de novos dispositivos de base territorial e comunitária. Nesse quadro, para as famílias usuárias do SUS e, portanto da RAPS, implica diretamente no aumento da sobrecarga para a reprodução da vida e para a provisão do cuidado em saúde, já que os serviços de base territorial tenderão a se manter ou a se tornar insuficientes para dar resolutividade aos momentos de crise e para o acompanhamento longitudinal dos usuários e familiares.

É importante ressaltar que o modelo asilar, explicitamente fortalecido nas novas normatizações sobre a RAPS e sobre a política de drogas no Brasil, a partir de 2016, evoca o isolamento do usuário de sua convivência familiar e comunitária como componente necessário ao tratamento psiquiátrico. Se os familiares organizados na luta antimanicomial estão encontrando enormes desafios para defender a política de saúde mental orientada pelos valores edificados na Reforma Psiquiátrica, há outros coletivos de familiares que retomam a defesa do modelo asilar, particularmente, como resposta ao estresse relativo a sobrecarga do cuidado. Aqui, portanto, não se está vocalizando apenas a ideia de diminuição dos recursos públicos na saúde mental, observada desde 2011 (OLIVEIRA, 2017), mas um problema mais profundo de recusa dos valores democráticos subjacentes às lutas sociais dos anos 1980 e a virada hegemônica neoconservadora em curso (ALMEIDA, 2018: 26):

Para os neoconservadores, a ruptura com as bases que permitiram a consolidação da sociedade ocidental fez

com que fossem apagadas as diferenças naturais existentes entre os indivíduos. Diferenças de classe, entre os sexos e até mesmo as raciais sempre fizeram parte da ordem social; abandonar essas diferenças em prol de uma ilusória “sociedade sem classes” levaria a uma degradação cultural sem precedentes. A prova disso estaria, segundo o pensamento neoconservador, na “infestação” de *hippies*, sindicalistas, estudantes, comunistas, negros e feministas, grupos que ganharam força em razão da permissividade e do assistencialismo estatal. Assim, a pauta neoconservadora é basicamente a de restauração da autoridade da lei, do restabelecimento da ordem e da implantação de um Estado mínimo que não embarace a liberdade individual e a livre iniciativa.

Desta forma, no centro do neoconservadorismo se movimenta esta agenda neoliberal que ameaça a democracia econômica e política, os valores civilizatórios e, também, o cuidado na medida em que se trata de uma necessidade do ser social mediada pelos processos de sociabilidade em curso (PASSOS, 2016). Esta autora chama, ainda, atenção para a complexidade que envolve o cuidado quando efetivá-lo implica em (re)conhecer as opressões de gênero reproduzidas no cotidiano e suas consequências para as mulheres cuidadoras em nossa sociedade.

Portanto, o que observamos no contexto atual é o recrudescimento do lugar da família no provisionamento do cuidado, associado ao enxugamento, à precarização das políticas sociais públicas e à massificação no senso comum de valores individualistas e de desresponsabilização do Estado como provedor do cuidado, facilitando e legitimando formas assistenciais isolacionistas, como o hospital psiquiátrico e as comunidades terapêuticas, o que neste caso atualiza práticas pré-modernas de natureza religiosa anterior ao manicômio. Nesses distintos modelos asilares, as famílias tendem a ser afastadas da convivência com os sujeitos fechados nesses espaços, acessando-os com visitas e ligações telefônicas vigiadas e pouco frequentes (LIMA, 2019).

Trata-se, portanto, de um giro regressivo nos avanços da Reforma Psiquiátrica, considerando as transformações no entendimento da loucura e sobre suas novas possibilidades de cuidado em base territorial e comunitária acumuladas que buscaram o exercício da cidadania orientada pela desinstitucionalização. Esta contou com a reintegração familiar, quando possível, como parte da estratégia territorial de reintegração social associada à vinculação em serviços de saúde mental. Assim, esse movimento tornou-se potente para reconfigurar um outro lugar das famílias no tratamento de pessoas com transtorno mental.

Porém, existem multidimensões da participação das famílias nesse processo. Examinemos de forma mais detida de que forma elas poderão ser participantes nos dispositivos da atenção psicossocial e na política de saúde mental.

Múltiplos entendimentos sobre as famílias permanecem e sua participação na saúde mental sofre a influência dos conceitos enraizados na origem dos saberes “psis”, trazendo desafios e questões para as equipes de saúde mental sobre sua relação com os familiares. A prioridade de alguns Centros de Atenção Psicossocial parece gravitar sobre intervenções cuja subjetividade pouco considera as trocas dos usuários e familiares nas relações sociais coletivas e singulares, onde nos situamos cotidianamente.

Do ponto de vista histórico, no século XX, observamos que a loucura passou a ser relacionada com a forma com que as famílias se constituíam e se relacionavam, seus componentes passaram a ser culpabilizados pelo adoecimento psíquico de seus membros, o que contribuiu para o afastamento da pessoa com transtorno do convívio e do ambiente familiar (SANTIN; KAFKE, 2011).

Rosa (2003) reconstituiu a influência da interpretação da psicanálise, da antipsiquiatria, das terapias familiares até à perspectiva basagliana para se compreender as distintas dimensões de participação da família na saúde mental, chamando a atenção para a influência de outros mirantes teóricos.

Vale ressaltar que enquanto as Ciências Sociais valorizavam os estudos sobre a organização do grupo familiar sob o impacto da urbanização e da industrialização, sobretudo explicitando as condições gerais de vida, de reprodução social do grupo familiar, tendência que se aprofundou para os estudos antropológicos que identificaram a especificidade da família brasileira e sua multiplicidade, o campo “psi” reorientou sua intervenção para o “modelo clínico”, mais voltada para as famílias de classe média. Somente nos anos 1980 a família passa a constituir um campo de interesse para os estudos acadêmicos e, mesmo assim, sob orientação da abordagem da antipsiquiatria, pela teoria de rotulação social. (ROSA, 2003, p. 80)

No interior da Saúde Coletiva, a saúde mental vem sendo provocada a considerar outros saberes advindos das Ciências Sociais (NUNES, 2013), prática usual no movimento sanitarista e na perspectiva basagliana da Reforma Sanitária. Rosa (2003) chamou atenção para a negação do manicômio desde seu interior por essa perspectiva, entendendo essa instituição como produtora de violência, passando, assim, a mobilizar seus atores e recursos para criação de novos serviços de base comunitária.

O fechamento gradativo dos leitos da psiquiatria e dos seus hospitais públicos e privados no interior do giro da política de saúde mental foi acompanhada pela implementação de uma rede territorial substitutiva ao modelo hospitalocêntrico, o que permitiu um novo mirante ético e político para o trabalho coletivo das equipes de saúde mental na relação com usuários e com os seus familiares. Destarte, a política de saúde mental se instituiu e se manteve numa disputa interna e singular na própria saúde, na medida em que segmentos de universidades e do setor privado da psiquiatria mantiveram o tratamento sob a orientação do modelo médico-centrado, portanto, dando ênfase à autoridade da psiquiatria, da assistência operada pelo isolamento no hospital e pelo tratamento medicamentoso.

O giro da política de saúde mental foi acompanhado, então, desde o início da Reforma Psiquiátrica por forças em disputa que

mantiveram concepções e práticas assistenciais diametralmente distintas e antagônicas entre o setor público e o privado. É importante observar que esse tipo de disputa teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa entre os setores públicos e privados na saúde não é comum em outras clínicas, cujo arranjo nosográfico e interventivo partilham de consensos. Em especializações da medicina no âmbito da cardiologia, da pneumologia e da pediatria, dentre outras, seja em serviços diretamente do Estado ou do setor privado, os conhecimentos acionados para a intervenção advêm de um campo teórico compartilhado. Isso revela o mandato histórico da psiquiatria (BIRMAN, 1978) e a singularidade da própria disciplina na área da medicina (AMARANTE, 1996), o que nos permite inferir que o tratamento proposto sobre a doença mental sofreu uma ruptura com o movimento da Reforma Psiquiátrica ao reorientar o cuidado às necessidades integrais do sujeito em sofrimento psíquico a partir de um novo campo interprofissional, a saúde mental. Tal mudança estrutural na lógica de atenção psicossocial, embora ainda reforce o poder do próprio psiquiatra, ativa o poder de outros profissionais da equipe e também dos usuários, familiares e comunidade em geral.

Ela possibilita o rompimento com entendimentos da família somente como recurso do tratamento, como lugar de convivência para os sujeitos em tratamento, como sofredora ou provedora de cuidado. A partir da Reforma Psiquiátrica antimanicomial, a família também passa a ser entendida como sujeito individual e coletivo, ator político que se organiza em associações específicas, que pode participar de avaliação de serviços e de políticas sociais para si e para a pessoa com transtorno mental (ROSA, 2003).

A participação de todos os setores da sociedade foi outra característica importante da reforma brasileira. Houve conferências nacionais de saúde mental com milhares de participantes, incluindo profissionais, usuários e famílias, que tiveram um papel fundamental no desenvolvimento da política de saúde mental. (ALMEIDA, 2019: 2)

Em novembro de 2019, por exemplo, foi realizado o XII Encontro Nacional de Usuários e Familiares na Luta Antimanicomial e o XI Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, em São Paulo. Portanto, a saúde mental está resistindo à ofensiva brutal em curso com a vocalização política de familiares.

Mesmo no contexto atual, com o entendimento de que tais sujeitos são cidadãos, cujos direitos avançaram ao longo das quatro décadas de Reforma; atualmente, há forte risco de regressão para a sociedade brasileira e para os usuários de saúde mental e suas famílias. Por isso, tais profissionais precisam estar muito atentos e em questionamento constante às suas práticas, para que de fato possamos superar o manicômio que ainda vive em nossa cultura e que reaparece em práticas tutelares e de invisibilidade das famílias.

Considerações Finais:

Longe de esgotar a discussão, o presente artigo problematizou as multidimensões da participação das famílias na saúde mental e apontou para os entendimentos enraizados na origem dos saberes “psis” que culpabilizam ou patologizam as famílias, no que diz respeito ao aparecimento ou agravamento dos transtornos mentais. Essa concepção presente em algumas abordagens da Psicanálise, da Psiquiatria, da Psicologia, das Teorias Sistêmicas e, também, nas orientadas pelo método positivista nas Ciências Sociais afastam uma análise ampliada dos determinantes do processo saúde-doença e das mudanças em curso na reconfiguração da participação familiar no cuidado em saúde mental, nos dispositivos culturais, na luta legislativa e na produção de novos saberes para a Reforma Psiquiátrica.

Identificamos que a saúde mental ainda precisa avançar no que diz respeito a compreensão da temática de famílias. Apesar de explorarmos apenas o periódico Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, cuja escolha foi orientada pela relevância política desse espaço político acadêmico da Reforma Psiquiátrica brasileira, apenas localizamos quatorze artigos com descritor “família”

nos títulos entre 2010 a 2019. A exclusão de onze artigos com parte problematizando o trabalho territorial da saúde mental via Atenção Primária parece nos indicar um dos eixos de crescimento em publicação sobre a RAPS, conquanto não necessariamente discutem o cuidado com, sobre ou para as famílias. Esses artigos foram captados face à expressão “médico de família” ou “Estratégia de Saúde da Família”. Aqui, observamos nos três artigos habilitados uma indicação preliminar das multidimensões de participação da família na atenção psicossocial e nas lutas sociais em defesa da saúde mental.

Além disso, é fundamental retomar a radicalidade da proposta pelos precursores do movimento de Reforma Psiquiátrica antimanicomial para edificar uma sociedade passível de se encontrar e trocar com a loucura. Não se trata de evocação do passado, mas dele extrair os princípios democráticos que orientaram um novo lugar para usuários e seus familiares.

Consideramos fundamental, ainda, que o campo da atenção psicossocial se deixe permear por correntes teóricas da teoria social crítica que complemente e dialogue com os saberes “psis” hegemônicos ainda orientados para uma intervenção clínica tradicional que não integram nem reconhecem a natureza política das práticas orientadas pela atenção psicossocial efetivamente antimanicomial. Isso estimulará o escopo de trocas de conhecimentos e de saberes entre distintos profissionais, usuários e familiares.

A ressignificação do lugar das famílias na atenção psicossocial e seus diferentes níveis de participação na saúde mental visa contribuir para o debate e a construção coletiva de novas possibilidades de trabalho coletivo em saúde em termos dessa clínica, necessariamente, política e integral no âmbito do SUS.

As famílias, de seu mirante biográfico, relacional, de classe, de gênero e de raça, podem dar novo fôlego para a atenção psicossocial e para o movimento da luta antimanicomial se forem melhor compreendidas e apoiadas nos dispositivos da saúde mental.

Referências

ALMEIDA, Silvio Luiz de. Neoconservadorismo e liberalismo. In: GALLEGO, Esther Solano (Org.) (2019). *O ódio como política: a reinvenção das direitas no Brasil*. (Coleção tinta vermelha), 2018. São Paulo: Boitempo.

AMARANTE, Paulo. *O homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva* v. 23, n. 6 (2018). Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, p. 2067-2073.

BEZERRA, Tiago Lopes. “Com Quantos Paus se faz a Canoa” do Cuidado na Família à Pessoa com Transtorno Mental: O Projeto Familiares Parceiros do Cuidado. RJ: Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, 2014.

BIRMAN, Joel. *A Psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1978.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. *Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)*. Diário Oficial da União. 7 Jul, 2015.

_____. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *SUS: o que e como fazer?* In: *Ciência & Saúde Coletiva*. 23 (6): 1707-1714, 2018.

CARVALHO, Camila Oliveira. *Família e suas multidimensões de participação no campo da atenção psicossocial: contribuições à Reforma Psiquiátrica*. RJ: Escola de Saúde Mental do Rio de Janeiro, Centro de Estudos do Instituto Municipal Philippe Pinel, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, 2017.

COSTA, Jurandir Freire. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.

DONZELOT, Jacques. *A polícia das Famílias*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 2001.

FEDERICI, Silvia. *Calibã e a Bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva*. São Paulo: Editora Elefante, 2017.

FREITAS, Rita de Cássia Santos; BRAGA, Cenira Duarte; BARROS, Nivia Valença. *Família e Serviço Social – Algumas Reflexões para o Debate*. In: DUARTE, Marco José de Oliveira; ALENCAR, Mônica Maria Torres de; (orgs). *Família e Famílias: práticas sociais e conversações contemporâneas*. 3. Ed. RJ: Ed. Lumen Juris, 2013, p. 15-38.

GUIMARÃES, Thaís de Andrade Alves; ROSA, Lucia Cristina dos Santos. *A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista*. In: *O Social em Questão - Ano XXII - nº 44 - Mai a Ago/2019*, 21 (44): 111-138.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Censo Demográfico: Famílias e domicílios*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010, p. 1- 203.

LIMA, Rita de Cássia Cavalcante. *Políticas Sociais Públicas e a Centralidade da Família: implicações para a assistência na área de álcool e outras drogas*. In: ALARCON, Sérgio; JORGE, Marco Aurélio Soares

(2012). Álcool e Outras Drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. RJ: Ed. Fiocruz, p. 171-190.

MIOTO, Regina Célia Tamaro. *Família e Assistência Social: Subsídios para o Debate do Trabalho dos Assistentes Sociais*. In: DUARTE, Marco José de Oliveira; ALENCAR, Mônica Maria Torres de; (orgs). *Família e Famílias: práticas sociais e conversações contemporâneas*. 3. Ed. RJ: Ed. Lumen Juris, 2013.

NUNES, Everardo Duarte. *O pensamento social em saúde na América Latina: revisitando Juan César Garcia*. In: *Cadernos de Saúde Pública*, 29(9):1752-1762, 2013.

OLIVEIRA, Edineia Figueira dos Anjos. *Gastos da política de saúde mental e os rumos da reforma psiquiátrica*. Vitória, 2017. Tese (Doutorado em Política Social) - Universidade Federal do Espírito Santo.

PAIM, Jairnilson Silva. *Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6): 1723-1728, 2018.

PASSOS, Rachel Gouveia. *Trabalho, cuidado e sociabilidade: contribuições marxianas para o debate contemporâneo*. In: *Serviço Social e Sociedade*, Maio/Ago, 126:281-301, 2016.

ROSA, Lúcia dos Santos. *Transtorno Mental e o Cuidado na Família*. São Paulo: Cortez, 2003, pp. 57 – 83.

_____. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de Saúde Mental. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v.11, n.18, p.205-218, dez 2005.

_____. A família como usuária de serviços e como sujeito político no processo de reforma psiquiátrica brasileira. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.). *Abordagens Psicossociais: Perspectivas para*

o serviço social, volume III. São Paulo: Hucitec Editora, 2009a, p. 159-182.

_____. Provimento de cuidado doméstico à pessoa com transtorno mental: a questão de gênero em evidência. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.). *Abordagens Psicossociais: Perspectivas para o serviço social*, volume III. São Paulo: Hucitec Editora, 2009b, p. 183-205.

_____. As condições da Família Brasileira de Baixa Renda no Provimento de Cuidados com o Portador de Transtorno Mental. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). *Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*, 5. Ed – São Paulo: Cortez, 2010, p. 263-288.

SANTIN, Gisele; KLAFKE, Teresinha Eduardes. *A família e o cuidado em saúde mental*. Barbarói [recurso eletrônico]: Revista do Departamento de Ciências Humanas e do Departamento de Psicologia / Universidade de Santa Cruz do Sul. – N. 34 (jan./ jul...2011), p. 146-160.

SANTOS, Diaponira Vitória da Silva; ROSA, Lúcia dos Santos. Reforma psiquiátrica, famílias e estratégias de cuidado: uma análise sobre o cárcere privado na saúde mental. *Revista Libertas, Juiz de Fora*, v.16, n.2, p. 25-36, ago./dez.2016.

SENA, Edite Lago da Silva; CARVALHO, Patricia Anjos Lima; SOUZA, Viviane dos Santos. O Empowerment como Estratégia de cuidado à família de pessoas em sofrimento mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 6, n. 13, p. 87 - 103, 2014.

TROMBETTA, Ana Paula; RAMOS, Flávia Regina Souza; MISIAK, Marcele. Familiares de pessoas com transtorno mental: expectativas sobre a doença. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v.7, n.16, p.62-71, 2015.

TAÑO, Bruna Lidia; MATSUKURA, Thelma Simões. A construção ampliada do cuidado: atenção às famílias nos centros de atenção psicossocial infanto-juvenis. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 9, n. 23, p. 51 - 66, 2017.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão; LIMA, Rita de Cássia Cavalcante. *Religiões e o paradoxo apoio social: Implicações na política de drogas*. 1 ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2019.

FAMÍLIA(S) E FAMILIARES CUIDADORAS NO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL E NO PIAUÍ

Lucia Cristina dos Santos Rosa¹

Lucia da Silva Vilarinho²

Christianne Grazielle Rosa de Alcântara Belfort³

Introdução

As famílias, no Ocidente, historicamente estiveram presentes, de maneira mais visível ou invisível, na produção do cuidado em saúde mental. São convocadas para atuar de maneira intensa, no geral, solitárias, até a Idade Média. Ou em parceria, tendo margem para dividir a gestão do cuidado com outras instituições ou entes, quando tem

- 1 Assistente social. Docente titular do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí. Doutora em Serviço Social pela UFRJ.
- 2 Assistente social. Docente associada do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí. Doutora em Desenvolvimento e Meio Ambiente pela Rede PRODEMA/UFPI.
- 3 Advogada. Especialista em Direito Civil processual civil. Especializanda em Direito do Trabalho.

um “louco” em seu seio, dinâmica que acompanha o processo de intervenção pública, a regulação Estatal sobre a questão do louco e da loucura nas diferentes sociedades, principalmente a partir da Idade Moderna, com diferentes sentidos e formas de responder à questão social e desse personagem no cenário, sobretudo, urbano. Robert Castel (1978), no livro “A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo”, reconstitui bem essa presença, pois até a Idade Média a família respondia, solitária e publicamente, por toda ação e, especialmente, dano, causado pelo “louco” na sociedade. Quando não conseguia contê-lo, podia, como último recurso, recorrer ao rei que, por carta régia, geralmente, enviava-o para a prisão, ou outro espaço de segregação/apartação social.

Michel Foucault enfatiza, no livro “A história da loucura” (2007), as alterações substantivas na sociedade burguesa capitalista, que, com o primado da razão, transmuta a loucura em uma questão médica, como enfermidade, o que configura o louco como o outro lado da razão e da própria produção, sendo posteriormente, inclusive, associado juridicamente à incapacidade para a vida social e perigoso para o convívio social. Sob o primado econômico do ser humano como parte da riqueza das nações, Foucault (2007) chama a atenção para o Grande Internamento que ocorreu na França, em 1656, em que as pessoas consideradas inaptas para o trabalho são internadas. Vale lembrar que o hospital, nesse período, estava em transição para ter o sentido de lugar de disciplina, esfera da ordem médica e cura, como passa a ter em seguida. Posteriormente, ocorre um processo de desinternação/desospitalização, em que as pessoas ali internadas são reclassificadas e redistribuídas. A loucura é apropriada pelo saber médico. Nesse enquadre, o louco é tornado “alienado”, enfermo, passando a ser destinado para os asilos/manicômios. Phillippe Pinel oferece todo arcabouço teórico, operacional e institucional para configurar o lugar do louco na nova sociabilidade capitalista.

O isolamento imposto, que emerge como única resposta do Estado é justificado como medida para “garantir a segurança

peçoal do louco e de suas famílias; libertá-los das influências externas” (FOUCAULT, 2003, p. 126).

Nessas circunstâncias, o louco passa a ser uma questão dos serviços de saúde/saúde mental e de seus profissionais. A família é, depois do diagnóstico médico, liberada da parte mais densa da produção do cuidado, figurando como visita, sendo, no geral, secundarizada nos serviços de saúde mental. Com os processos de reforma psiquiátrica, iniciados após a II Guerra Mundial e momento em que começa a erigir os estados de bem-estar social, sobretudo na Europa, a família passa a ganhar outros lugares e visibilidade, sendo, de um lado, responsabilizada pela emergência do transtorno mental, vista também como uma das instituições de violência, mas, contraditoriamente também, como parte do processo de produção de cuidado, o que é intensificado em processos de desospitalização, que, de um lado, visam à redução de custos sociais, em que há tendência de devolver a gestão do cuidado da pessoa com transtorno mental para seu grupo de origem.

De outra maneira, pelas apropriações progressistas do sentido da desinstitucionalização, a família é entendida como um primeiro momento para processos mais amplos de alteração da relação do “louco” com a sociedade envolvente. Todavia, ainda pode ser apropriada por outras tendências (AMARANTE, 1996), como a neoliberal, que redundando em desassistência, intensificada a partir dos anos de 1990, que têm no mercado e no familismo (MIOTO, 2010) as principais fontes de provisão de bem-estar. Tal inclinação acirra as manifestações da questão social, com agravamento das desigualdades sociais, sobretudo a partir dos anos 1990, posto associar-se a um contexto de crescente perda do valor da força de trabalho, não mais vista como parte da riqueza das nações e lançada a um cenário de reestruturação produtiva, precarização e barbarização das relações de trabalho, com a loucura generalizada difundindo-se por todos os âmbitos da vida social.

Neste ensaio, subproduto da pesquisa intitulada “Família no processo de desinstitucionalização em saúde mental no Brasil e no Piauí”, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento

Científico e Tecnológico (CNPq), com bolsa produtividade PQ2, iniciada em agosto de 2019, objetiva-se fazer um balanço panorâmico das ações e conquistas em torno das famílias e familiares-cuidadores/as no cerne do movimento nacional da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica brasileira, assim como trazer alguns desafios para o debate, que tem como novo elemento o coronavírus, que trouxe a experiência de “confinamento doméstico” pelo chamamento: “Fique em casa”, que agravou as sobrecargas das famílias/familiares cuidadores/as.

O texto está estruturado em três partes. A primeira localiza a inserção e caracterização da participação das famílias e das familiares cuidadoras⁴ no processo de luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica. Na segunda parte, busca-se investir nas ações e conquistas em torno das famílias e dos/as familiares cuidadores/as, assim como alguns desafios postos. E a terceira parte, traz as considerações finais.

As famílias e os/as familiares cuidadores/as no cerne do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica

A Reforma psiquiátrica brasileira organiza-se no processo de redemocratização da sociedade brasileira, no interior do movimento da reforma sanitária, tendo por marco o ano de 1978. Impulsionada pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), transformado, em 1987, no Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MLA), que luta por melhores condições de trabalho e, nesse bojo, denuncia as péssimas condições assistenciais e violação sistemática de direitos humanos. Consolida-se com a Constituição Federal de 1988, que inclui o Sistema Único de

4 O termo família, é empregado no plural, em função da multiplicidade de configurações familiares. Familiar cuidadora: Aquela pessoa no grupo que centraliza as ações em torno da pessoa com transtorno mental. Será adotado o conceito no feminino, haja vista que na produção do cuidado doméstico à pessoa com transtorno mental, majoritariamente, é uma mulher que comanda o cotidiano do processo.

Saúde na Seguridade Social, concebendo a saúde como direito de todos e dever do Estado, e postulando a participação comunitária na construção da política social, sinalizando para rompimentos importantes com as características históricas das políticas sociais no país de: centralização financeira e política no Governo Federal; fragmentação institucional, exclusão da participação do público-alvo das ações e assistencialização. Configura-se como um processo social complexo, que tem como cerne o estabelecimento de outra relação entre a loucura, o louco e a sociedade, tendo como ponto central a construção da cidadania da pessoa com transtorno mental. É instituída como uma política pública antimanicomial, a partir dos anos 1990, quando a gestão da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde é assumida por lideranças do movimento e são estabelecidas, ao mesmo tempo, normativas para avaliação dos hospitais psiquiátricos/manicômios, na direção da redução do número de seus leitos, e redirecionamento desses recursos financeiros para abertura de serviços de base comunitária.

Articula-se em torno das seguintes dimensões: **paradigmática** – condensada nos saberes em torno do louco e da loucura; **assistencial** – direcionada para alterações substanciais no modelo assistencial, pautado na cidadania da pessoa com transtorno mental; **jurídica** – que gira em torno das mudanças do edifício legislativo que produziu o manicômio; **ético-política** – produtora de uma ética de cuidado cidadã; e **emancipadora e sociocultural** – incidindo no imaginário social. Abrange, segundo Luchmann e Rodrigues (2007), um conjunto diversificado de atores, com diferentes interesses e projetos/direções: destacando-se: o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), que luta em torno de direitos, justiça social e outra relação da sociedade com a loucura e o louco; as representações da categoria médica, com a vanguarda da Associação Brasileira de Psiquiatria, que apresentou um projeto contrarreformista (ROSA; FEITOSA, 2008); o setor privado, vocalizado pela Federação Brasileira de Hospitais; a indústria farmacêutica, que busca colocar a medicação como centro do processo e as associações de usuários e familiares,

que lutam pela vocalização das próprias necessidades, assim como protagonismo social.

Acrescentam-se mais dois atores: a Coordenação de saúde mental, álcool e outras drogas, do Ministério da Saúde, que passa a coordenar uma política indutora, que descentra de fato a assistência do manicômio, na direção do cuidado comunitário, de portas abertas. E também o Sistema de Garantia de Direitos, sobretudo o Ministério Público e a Defensoria. O primeiro, por ter um poder discricionário de, através de Termos de Ajustamento de Conduta, forçar gestores locais a direcionar recursos e implementar processos reformistas em saúde mental. Como caracterizam Luchmann e Rodrigues (2007), esses atores podem ter alguns interesses convergentes, podendo ser agrupados em torno dos interesses antimanicomiais *versus* manicomiais. Mas internamente há diferenças, e até conflitos, entre um mesmo segmento, a exemplo do MLA, que sofreu um “racha”, o que culminou, em 2003, na criação da Rede Nacional Internúcleos de Luta Antimanicomial (RENILA), sinalizando para as crescentes dificuldades de articulações no interior da luta antimanicomial e com outros movimentos sociais. Ainda o fato de o MLA agregar usuários, familiares e técnicos, ou seja, segmentos mistos, também sinaliza para a complexidade de interesses e de identidades a serem geridas sinergicamente, explicitadas na concentração diferenciada de cada segmento em articular poder, mobilizar e manejar recursos e interesses, haja vista, inclusive, a explicitação de interesses e necessidades distintas de cada uma das partes, que ocupam lugares, têm olhares e necessidades específicas, com tendência de predomínio dos técnicos.

As necessidades configuram o estado de um indivíduo ou grupo com relação aos meios indispensáveis ou úteis à sua existência ou a seu desenvolvimento (BETTELHEIM, 1992). Nesse horizonte, é possível falar de necessidades materiais (como alimentação, moradia) e imateriais (subjetivas, como as de emancipação humana). A necessidade identifica-se com o “desejo consciente, aspiração, intenção dirigida a um certo objeto e que motiva a ação” como tal (HELLER, 1986, p. 170). Esse objeto é

um produto social, seja ele uma mercadoria, um modo de vida ou outra pessoa. Aqui será tratado acerca das necessidades sociais, desde que seu objeto e sua forma de expressão são determinados pela sociedade, pelo grau de desenvolvimento técnico e do avanço sociocultural. São necessidades conjunturais, que existem aqui e ali, porém, evidentemente, são criadas e modificadas pela sociedade, na relação de forças a cada época.

Com relação às famílias e aos familiares cuidadores, Waldir Souza (2001) registra, em 1978, no Rio de Janeiro, a criação da Sociedade de Serviços Gerais para a Integração Social pelo Trabalho (SOSINTRA), voltada explicitamente para a reinserção social da pessoa com transtorno mental pelo trabalho. Observa-se que essa primeira associação de familiares tem como ponto central as necessidades das pessoas com transtorno mental, atuando em torno de alterações na identidade desse grupo quanto a ser capaz de trabalhar, de criar. Claro que, ao lutar pelo direito social ao trabalho para a pessoa com transtorno mental, a família, na figura da/o familiar cuidador/a, também é contemplada em sua necessidade, posto que a pessoa com transtorno mental severo e persistente, ao se engajar em uma atividade de trabalho, por exemplo, em uma cooperativa de trabalho, dispensa a provedora doméstica de parte do tempo que dedicaria ao cuidado, sendo, conseqüentemente, “beneficiada”.

Como visto, há uma tendência inicial no processo de reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, no estabelecimento de uma hierarquia das necessidades e de segmento a ser priorizado, que giram, inicialmente, em torno da pessoa com transtorno mental institucionalizada há longo tempo, que teve seus direitos em geral violados, a partir da segregação/isolamento social em manicômios, que mortificaram seu eu (GOFFMAN, 1992). Logo, produziu desabilitação para a vida social e reforçou estigmas relacionados à incapacidade e à periculosidade, dada como *a priori* e vinculada a esse grupo. Tal quadro sofre inflexões, no decorrer do processo, ao ampliar a lente para outros segmentos, como crianças e adolescentes e consumidores de substâncias psicoativas, o que ocorre sobretudo

em 2001, a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2002), de seu relatório final e de outras ações. Em 2004, as famílias e os/as familiares cuidadores/as são reconhecidos/as como parceiros/as nesse processo (BRASIL, 2004). Parte de algumas de suas necessidades são contempladas, a exemplo do/a familiar cuidador/a ser assistido/a pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), poder ser incluído/a em projetos de geração de emprego e renda, participar de reuniões e grupos de familiares, além de ser reforçada a participação em instâncias de controle social.

Esses avanços em relação às necessidades das/os familiares cuidadoras/es, ocorrem muito paulatinamente, de forma quase imperceptível, o que pode ser associado a três aspectos principais, imbricados entre si. Primeiro, porque as necessidades desse segmento ficaram secundarizadas, submersas na priorização e atendimento das demandas da pessoa com transtorno mental, devido à intensa e sistemática violação de direitos, que ocorria com esse grupo, o que com certeza era, no mínimo, gerador de desconforto para as famílias e os/as familiares. Afinal, em nome da loucura e da produção de “tratamento” a ela dispensado e seu personagem principal, o louco, muita atrocidade é registrada pela história, incluindo torturas, maus-tratos, tratamentos desumanos e degradantes (ARBEX, 2013), incluindo o uso dela como cobaia no ensino e nas pesquisas médicas.

Nesse quadro, a família tende a se sentir, de alguma maneira, o que é reforçado na literatura, parte do processo, o que, no mínimo, é gerador de sentimentos tais como de: culpa, vergonha, impotência, raiva, revolta, o que também podia voltar contra si, por se sentir conivente/cúmplice. Derivada dessa primeira dimensão, aventa-se a possibilidade/hipótese da família e das/os familiares cuidadoras/es não se sentirem merecedoras/es ou não acharem legítimo, dada a dimensão de violação de direitos em relação à pessoa com transtorno mental, de reivindicar algo para si, até mesmo diante da loucura, posta no outro, no maior estranho da sociedade moderna, pois o oposto da razão, símbolo máximo da desrazão, do não governo de si, mas com reverberações em todo o grupo

familiar, afinal “ele é meu sangue” ou “parte de minha família”, não há como negar! Como afirmou um familiar: “Aprumado ou avariado, todo doido tem seu dono! Ou seja, a família”. Logo, a família, nos valores que assimila da sociedade em geral, reproduz os postulados do familismo (MIOTO, 2010), isto é, compreende o cuidado como algo, se não exclusivo, mas predominante da família, o que é bem acentuado na realidade brasileira, na qual se erigiu um sistema de proteção social meritocrático-particularista (DRAIBE, 1989) muito restrito, e com serviços de baixa qualidade, o que fez com que a produção de cuidado não se desfamiliarizasse, persistindo concentrada na unidade doméstica. Decorrente disso, ainda, como também os “sintomas” do transtorno mental não têm uma base orgânica, é comum observar-se que a família acredita que pode ter feito ou falado algo que pode ter desencadeado uma “crise psiquiátrica”, por exemplo.

Então, um terceiro elemento é que a família e os/as familiares cuidadores/as tinham como uma das formas de aplacar sentimentos desconfortantes gerados da péssima assistência oferecida, o discurso e a resposta da ciência, que “sabia” o que era o “melhor destino” para a pessoa com transtorno mental. Então, a resposta oferecida era naturalizada, até como parte da própria loucura. Logo, a associação entre a assistência oferecida e a loucura, a sujeira, a violência, os maus-tratos era vista como parte constitutiva do processo, portanto, da loucura. Assim, a ideologia dominante impunha-se, colocando, inclusive, a família e os/as provedores/as de cuidado no grupo, no geral uma mulher, apenas com deveres diante do “louco”, com poucas margens de contestação e negociação. Tal construção histórica está inscrita na própria divisão sexual do trabalho, pois o trabalho de cuidar doméstico/familiar foi descaracterizado como tal, transmutado em ato de amor (ROSA, 2003), o que entra nas lutas políticas, sobretudo do movimento de mulheres e feminista, para ser ressignificado, sendo o cuidado concebido como:

Uma atividade feminina geralmente não remunerada, sem reconhecimento nem valoração social. Compreende tanto o cuidado material como o imaterial que implica um vínculo afetivo e emocional. Supõe um vínculo entre quem presta e quem recebe o cuidado. Baseia-se no relacional e não somente em uma obrigação jurídica estabelecida por lei, mas também emoções que se expressam nas relações familiares, ao mesmo tempo em que contribuem para construí-las e mantê-las. (...) está marcado pela relação de serviço com um caráter de proximidade” (ROSA, 2003, p. 47).

Todavia, é uma relação atravessada, de um lado, por disputas sutis, inclusive em torno de direitos e deveres/obrigações, que ocorre no cotidiano da produção do cuidado entre a pessoa cuidada e quem lhe presta o cuidado, os serviços de saúde/saúde mental e a sociedade em geral. O/A provedor/a de cuidados, no geral, torna-se o/a único/a e principal representante da família diante dos serviços de saúde, a vocalizar inclusive a necessidade dos dois segmentos: pessoa com transtorno mental e família. De outro lado, tal relação é controlada pelo Estado, através do aparato jurídico, haja vista que normativamente, se a família, por exemplo, negar-se a prover cuidado ao considerado “louco”, pode ser instada por abandono de incapaz ou negligência (VASCONCELOS, 2015).

Nesse contexto, principalmente quando há interdição, falar em direitos da família parece algo despropositado, pelo imperativo de produzir cuidado para alguém reconhecido/a como incapaz de autocuidado e tutelado/a ou curatelado/a. Da mesma forma que a pessoa com transtorno mental é silenciada, apagada no processo, o/a familiar e seus direitos também tendem a ser, ressaltando-se e ganhando força apenas os seus deveres, no geral, com seu próprio endosso, até porque há uma fusão entre as diferentes necessidades, com dificuldade de haver clara distinção.

Como esclarece Vasconcelos (2015) há dificuldades em se falar de deveres da família e dos familiares cuidadores. Todavia, todo processo de produção de cuidado doméstico/familiar é eivado, contraditoriamente, de direitos e também de deveres, figurando os primeiros como opacos. A família e suas relações se constroem

nesse espaço contraditório, de proteção, mas também pode figurar como esfera de desproteção. Amor, mas também pode conter outros sentimentos, inclusive danosos. Esfera das primeiras relações de direitos, mas também de deveres, de parte a parte.

Contudo, entre direitos e deveres, os segundos serão os primeiros a se expressarem em relação à família e aos/às familiares cuidadores/as, inclusive com o beneplácito deles/as, como pode ser visto ao longo da trajetória do protagonismo da/s família/s na luta antimanicomial e no processo de reforma psiquiátrica.

Silvio Yasui (2006) informa a realização do I Encontro Nacional de Usuários e Familiares da Saúde Mental, em São Paulo, em 1991. O II Encontro, no Rio de Janeiro, em 1992, e o III Encontro, em Santos-SP, em 1993. Esse último tem como produto a Carta de direitos e deveres dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental, em que são destacados os direitos da pessoa com transtorno mental. Com relação à família e às/aos familiares cuidadores/as, são enfatizados sobretudo os deveres, em torno de “prestar-lhe toda a assistência necessária” (VASCONCELOS, 2003, p. 347) e de “colaborar com o serviço que presta atendimento a seu parente” (*OP. CIT.*, p. 347), num suposto generalizante de que a família potencialmente abandona, negligencia ou não é colaborativa. Evidentemente, há famílias e familiares que, inclusive, abandonam, negligenciam, configuram-se como espaço de violência e violação de direitos em geral de seus membros. Porém, tende a ser um grupo minoritário e, também, alguns/mas assim se comportam devido a determinadas circunstâncias dadas, que precisam ser consideradas, tais como: pobreza extrema; pessoa idosa como principal provedora de cuidado; predomínio de família monoparental, situações muitas vezes entrelaçadas. Apesar disso, em certos cenários, torna-se a referência principal para a organização da leitura de realidade familiar e organização de processos de trabalho de alguns trabalhadores e serviços. Então, há que se manter a vigilância epistemológica, para os/as trabalhadores/as e processos de trabalho não serem capturados pela exceção. O processo é complexo, até porque a família e o/a familiar cuidador/a têm na experiência com a loucura

em seu seio, algo inusitado, pois culturalmente não foi incorporado no *script* do grupo. É um longo e sinuoso itinerário que pode ter início com intensos investimentos familiares, comumente mediados pela divisão de cuidado com serviços de saúde/saúde mental, mas que pode culminar na busca por transferir a produção do cuidado para instituições, sobretudo quando o/a produtor/a de cuidado direto se sente incapaz de controlar comportamentos agressivos, está exausto/a e comprometido/a na sua saúde física ou mental e conta com baixos suportes da rede de serviços, pois como mostra Rosa (2003), no geral, o conhecimento adquirido advém muito mais do “ensaio e erro”, apreendidos solitariamente no dia a dia da provisão de cuidado. Nesse percurso, o sentimento de desamparo é intenso, como bem mostra Delgado (2014). Erotildes Leal (2002), por sua vez, aponta a tendência de os serviços de saúde darem pouca atenção às “queixas” dos familiares, que podem incidir no/a provedor/a de cuidados, desde sofrimento psíquico, perdas materiais, violência física, comprometimentos de projetos de vida, abarcando dimensões simbólicas e subjetivas importantes, como a qualidade do sono e a paz interior.

A família e os/as familiares cuidadores/as promovem um balanço em sua trajetória com a pessoa com transtorno mental, e, como discute Claudia Fonseca (2005), quando projetos coletivos/grupais ficam ameaçados e até inviabilizados, há tendência de excluir o elemento que obsta ou compromete o desenvolvimento grupal. Rita Cavalcante Lima (2012) traz reflexões importantes sobre a cisão que tende a ser promovida nas análises entre a pessoa com transtorno mental e a família. Afinal, como explicita a autora, o primeiro é parte integrante da família, ocupa um lugar/posição em seu meio e influencia suas relações. Mas como espaço contraditório, às vezes as necessidades grupais e do indivíduo são incompatíveis. Evidentemente, em muitos aspectos, a necessidade de ambos pode convergir, bem como também serem tensionadas, levando a impasses, que podem ser resolvidos com respostas segregadoras e até ruptura do laço, que nem sempre é possível reconstruir.

Vale lembrar que, no geral, apesar da universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS), predominam nos serviços de saúde/saúde mental, entre 70% a 80% de segmentos de baixa renda, o que tende a associar o SUS como um serviço para pobres, geralmente, de raça negra, até pela marca histórica que tais serviços revestiram-se no Brasil, pela cisão entre o/a trabalhador/a e o/a pobre, a partir da cidadania ocupacional (TELLES, 1999) e pela pobreza no País ter uma dimensão racializada. Nesse cenário, a possibilidade e existência real de um benefício socioassistencial, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), entra no balanço familiar e na interação com a pessoa com transtorno mental, podendo figurar até como única fonte de renda do grupo, minorando a pobreza e a avaliação dos aspectos inconvenientes do comportamento da pessoa com transtorno mental.

O processo de reforma psiquiátrica vai requerer intensos deslocamentos nos lugares e atitudes dos familiares, exigindo protagonismo e trazendo novas necessidades. Os lugares ocupados pelas famílias os/as familiares cuidadores/as podem ser condensados em 6 funções/condições, de acordo com a visão de Rosa (2018), inter-relacionadas entre si: um **recurso**, sobretudo instrumental para os serviços de saúde; um **lugar** de possível **convivência** com a pessoa com transtorno mental, com as marcas da obrigatoriedade legal negociadas; **sobrecarregada**, pelas novas demandas postas, inclusive impostas pelas alterações sociodemográficas; **ator político**, que se organiza, vocaliza necessidades e cria estratégias de luta; **avaliadora** de serviços, inserindo-se inclusive em pesquisas; **gestora de serviços**, principalmente, de saúde, educação, geração de emprego e renda, suprimindo lacunas do Estado e, **provedora de cuidados**, condição cada vez mais intensificada, sobretudo com as políticas de orientação neoliberal, ao mesmo tempo, postas como fundamentais, em razão desse grupo suprir dimensões que o Estado e suas políticas sociais não alcançam.

No entanto, socialmente, como admite Cirlene Ornelas (2004), representante de familiares no contexto mineiro, a família é constrangida quando expõe publicamente suas relações internas

com a pessoa com transtorno mental, pois com a sociedade moderna, houve cisão entre o espaço público e o privado. Embora o movimento feminista tenha politizado essa separação, mostrando que o “pessoal é político”, tal perspectiva ainda não foi incorporada na sociedade em geral, e ocorre de maneira paulatina no movimento da luta antimanicomial, a partir do fomento às narrativas da vida com a convivência e experiência com o transtorno mental, por usuários e familiares, o que pode ser visualizado no livro “Reinventando a vida” (VASCONCELOS, 2005).

Alterações substantivas na explicitação das necessidades das famílias e, sobretudo, dos/as familiares cuidadores/as, passam a serem visualizadas 16 anos após a Carta de Santos.

Em 2009, em São Bernardo do Campo-SP, no IX Encontro Nacional de Usuários e Familiares do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, que ocorre concomitante ao VII Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, com lema: “A revolução na comunidade - É hora de afirmar”, em que propostas em relação às necessidades das famílias são sistematizadas. A partir de discussão no Grupo 02 – “Como cuidar do cuidador familiar: quem cuida quer cuidado”, são condensadas necessidades elencadas por famílias/familiares cuidadoras/es encaminhadas a variadas direções:

- Fortalecer e ampliar a rede substitutiva existente;
- Os serviços devem assumir os usuários de uma forma mais abrangente;
- Criação de grupos de apoio de familiares;
- Estimular o envolvimento da comunidade;
- Tecer redes para além dos serviços públicos e outros recursos;
- Utilizar estratégias para além de temas específicos, visando ampliar a participação dos familiares na organização dos CAPS;
- Ampliar a discussão com todos os setores da sociedade;
- Compartilhar com a atenção básica e equipes do PSF o acompanhamento dos familiares da saúde mental, considerando a intersetorialidade;
- Ampliar as visitas domiciliares de toda a equipe do CAPS;
- Parcerias com setor privado;

- Ampliar as concepções e conceitos do acompanhamento em CAPS;
- Pensar em projetos de geração de renda para a família;
- Realizar cursos de participação política com os familiares;
- Estimular a criação de Associações de Familiares e Usuários da Saúde Mental (MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 2009, p. 8).

Como visto, as necessidades vocalizadas pelos representantes dos familiares sinalizam para a ampliação na oferta de serviços em relação à pessoa com transtorno mental, tanto no sentido de alguns serviços assumirem de forma mais abrangente, integral, os cuidados da pessoa com transtorno mental, quanto no sentido de intensificação no fomento ao envolvimento da comunidade, outros serviços intra e intersetoriais, como as Equipes Saúde da Família. Tal fato incide na qualidade de vida dos/as cuidadores/as leigos/as familiares, pois tende a gerar maior divisão de cuidados com os serviços públicos e aliviar sobrecargas dos/as provedores/as de cuidado. Em relação à/ao familiar cuidador/a *per si*, observam-se demandas que ampliam suas possibilidades de participação no dia a dia dos serviços; requisição de mais visitas domiciliares das equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ou seja, mais presença, proximidade desse serviço com a família, inserção em projetos de geração de emprego e renda e cursos relacionados à formação política.

São apontados aspectos já incorporados nos processos de trabalho e fomento à organização dos familiares. Entretanto, há uma pluralidade na organização dos processos de trabalho dos diferentes CAPS, que tem uma relativa autonomia na gestão do lugar da família em seu interior, embora a Portaria Ministerial nº 336/2002 (BRASIL, 2002a) indique as ações que devem ser orientadas para esse segmento. Antonio Lancetti (2008) informa ainda que há vários tipos de CAPS, uns burocráticos, isto é, que reproduzem o modelo manicomial, e outros que o autor nomeia de turbinados, ou seja, investem e se organizam em torno do preconizado pelos princípios da reforma psiquiátrica.

Um outro aspecto que chama atenção nas discussões do IX Encontro Nacional de Usuários e Familiares do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, soando como grave denúncia, é que as reuniões de familiares dos serviços, além de repetitivas, tendem a focar na doença, e não na vida, “existência-sofrimento”, nos sonhos e na esperança. Discutir a doença, os medicamentos, é uma demanda muito presente entre os/as familiares cuidadores/as, o que pode ser confirmado no fato de que muitas associações de usuários e familiares trazem em seu nome oficial alguma enfermidade, tais como associações do espectro autista, de esquizofrenia, transtorno obsessivo compulsivo, dentre outros; sobretudo aquelas vinculadas a alguma instituição de ensino, vinculada à medicina. Tal fato denuncia a lacuna dos serviços em investir nesse aspecto fundamental para preparar e melhor qualificar o trabalho de cuidar de uma pessoa leiga. Todavia, com o advento e a consolidação do SUS e seu conceito ampliado de saúde, como parte dos determinantes sociais do processo saúde-doença, é também requerida uma atenção integral, que exige a extrapolação do foco exclusivo na enfermidade, englobando inclusive o processo de cuidar, o que é ratificado nas manifestações das/os familiares cuidadoras/es.

Ações, conquistas e desafios em torno das famílias e dos/as familiares cuidadores/as no processo de reforma psiquiátrica brasileira

No processo de reforma psiquiátrica brasileira, como visto, a família e, principalmente, os/as familiares cuidadores/as foram intensamente deslocados de lugares, que foram significativamente multiplicados. Uma parcela ficou, sobretudo, como consumidora de serviços, condição que é dinâmica, podendo ser alterada. Outra parte significativa desse segmento passa a protagonizar a construção da política de saúde mental, através de suas diversas instâncias de controle/participação social, através de representantes de familiares, que assumem, por exemplo, assento na Comissão de Reforma Psiquiátrica, criada em 1993, e vinculada ao Conselho

Nacional de Saúde, como Geraldo Peixoto, de São Paulo, e Iracema Polidoro, do Rio de Janeiro, o que figura intenso avanço.

A Portaria Ministerial nº 336 (BRASIL, 2002) prevê um rol de ações relacionado às famílias no processo de trabalho dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviço de referência na mudança assistencial no cerne da Reforma Psiquiátrica. Entre as ações previstas são citadas: visitas domiciliares, atendimento à família, “atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social” (BRASIL, 2002, p. 127). Isto é, o serviço de saúde mental, no caso o CAPS, torna-se capilar e territorial no seu vínculo com a família, seu meio social e relacional. Essa proximidade permite influências mútuas, inclusive para alterar processos de trabalho e incidir sobre conformações socioculturais e relações sociais, pois o cuidado postulado abrange o familiar, mas é comunitário.

Como analisam Souza e Bagnola (2007, p. 274): “As famílias começam a optar pelos serviços substitutivos públicos com mais segurança. Percebem-se amparados. Sabem que muito depende deles para a manutenção e o alcance dos resultados.” Complementarmente, a Portaria SAS/MS nº 854, de 22 de agosto de 2012 (BRASIL, 2012), que cria novos procedimentos para os CAPS, ampliando o rol instituído pela Portaria nº 276/2012, prevê, como ações voltadas aos familiares: atendimento domiciliar às pessoas com transtorno mental e a seus familiares, detalhadas em práticas expressivas e comunicativas; ações de reabilitação psicossocial, tais como geração de emprego e renda, empreendimentos econômicos e sociais em geral, inclusão em ações de alfabetização; fortalecimento do protagonismo de usuários e seus familiares.

O fomento ao protagonismo familiar acontece pelo estímulo à participação direta em: reuniões de familiares, que envolve, no geral, ações socioeducativas, na direção dos direitos, sua compreensão, gestão e possível expansão; participação em assembleias, que acontecem, via de regra, semanal ou quinzenalmente, momento em que é avaliada a assistência cotidianamente prestada. De maneira

indireta, a participação ocorre através de representantes: em conselhos gestores dos serviços, conselhos e conferências de saúde.

Logo, as atividades e ações práticas dos CAPS, através de seus trabalhadores, envolvem uma dimensão de poder que pode materializar-se em contribuições para a transformação social, quando ações concretas são conduzidas no sentido de mudar a direção ou de permitir que outros mudem a realidade. Ou podem contribuir na reprodução do *status quo*, impedindo ou reprimindo os que querem mudar, forjando situações que mantenham a preservação do instituído.

De ambas as maneiras, o raio de ação da influência dos CAPS se irradia, podendo interferir positivamente nas condições de sustentabilidade econômica do grupo familiar, na melhoria de sua qualidade de vida e, ainda, na sua formação e comportamento político, em face da política pública em saúde/saúde mental. Entretanto, pode também influenciar negativamente, o que obsta processos de mudança, até pela ausência de criticidade acerca dos processos em curso.

Na trajetória da reforma psiquiátrica, um processo inacabado e em construção constante, as ações podem ser permeadas por alguns **equívocos**, que precisam ser melhor analisados, equacionados e se constituem como desafios. Como avalia Vasconcelos (2009), há o risco de captura e dependência das associações de usuários e familiares em relação aos CAPS e a seus profissionais, o que reproduz a tutela e requer cautela. Nesse horizonte, inclusive o ciberativismo, ou a participação pelo meio virtual, construção de associações de usuários e familiares nas redes sociais, pode ter preponderância técnica, por exigir domínio de tecnologias de informação e comunicação e pelo nível de pobreza do grupo familiar.

O direito à participação também implica em deveres, sobretudo de se preparar para assumir os lugares de representação, que requerem entendimento dos meandros da política social, do controle social e da intervenção pública. Envolve intensa energia temporal, até para fazer face à relação de forças internas aos movimentos

sociais, diante dos adversários do processo de reforma psiquiátrica e da tradição política tradicional, burocrática, clientelista e tendente a cooptar o espírito crítico e inovador dos movimentos sociais. Tal requisição também demanda dos profissionais, que são lançados para outras esferas de atuação, pois precisam fomentar o processo de formação política de usuários e familiares e contribuir na luta pelo financiamento de tais aprendizagens ou articular ações nesse sentido, com centros formadores e outras instâncias de ensino.

Com isso, os CAPS podem amenizar sobrecargas, sobretudo subjetivas, das e nas famílias, podendo também intensificá-las. O apoio das famílias aos processos mudancistas, em direção ao cuidado em liberdade da pessoa com transtorno mental, depende do suporte/retaguarda que elas contam dos serviços e dos trabalhadores em saúde mental. Isto é, de ações e políticas protetivas (MIOTO, 2010), que reduzam a carga de pressões que mediatizam as responsabilidades das/os familiares cuidadoras/es (ABRAÃO; MIOTO, 2017).

Como mostram Souza (2001) e Vasconcelos (2009) há associações explicitamente contrárias ao processo da reforma psiquiátrica, muitas apelando para o risco de desassistência, e até se articulando, sendo articuladas ou instrumentalizadas por lógicas privatistas e manicomializantes. A família e os/as familiares cuidadores/as, em um contexto de intensas mudanças sociodemográficas no grupo, com *déficit* na produção do cuidado, podem apoiar processos remanicomializantes, até como forma de aliviar sobrecargas, melhor dividir o ônus do complexo cuidado da pessoa com transtorno mental severo e persistente, com o Estado, e pela função que esses serviços têm no imaginário social, de que são “eficientes”, permitindo, de maneira mais rápida e intensa, que os cuidadores domésticos leigos tenham uma pausa mais longa no cotidiano de cuidado, via internação ou segregação.

A reforma psiquiátrica ocorreu de maneira desigual no território nacional, apresentando particularidades nos diferentes Estados. Neste espaço, será explorada, em parte, a experiência piauiense/nordestina. Na maioria dos territórios, tem-se como

indicador da efetividade da reforma psiquiátrica e do poder interventivo dos CAPS, o menor número de internações integrais. Um bom indicador, sem dúvida. Mas como mostrado por Rosa (2003), a internação integral entra no rol das lutas sociais e estratégias de sobrevivência, inclusive das/os familiares cuidadoras/es, tendo variados significados e funções. Alguns significados e funções giram em torno da estratégia para convencer peritos acerca da necessidade de benefícios sociais/previdenciários; do momento em que o provedor de cuidado doméstico pode ter mais tempo para descansar, cuidar da própria saúde ou outras dimensões da vida; da modalidade de punição, correção moral; bem como do refúgio à condenação da justiça, entre outros.

Alguns serviços criaram uma Enfermaria de Tratamento e Atenção à Crise (ETAC), a fim de desestimular uma internação integral, como foi o caso do Hospital Psiquiátrico do Piauí, Hospital Areolino de Abreu, manicômio de gestão estadual, com 160 leitos, que segue como a principal porta de urgência e emergência psiquiátrica no Estado, mesmo com a Rede de Atenção Psicossocial instalada, no processo de desinstitucionalização, para fazer face ao risco de desassistência, com o fechamento do Sanatório Meduna, em 2010, que acarretou na perda de 200 leitos psiquiátricos. Tal serviço visou à internação de curta permanência, que objetiva fazer com que a pessoa que chega ao manicômio, em crise psiquiátrica, permaneça o menor tempo possível internada. Para isso, passou a exigir um acompanhante familiar 24 horas, ou seja, gerou uma penalização da e para o/a familiar cuidador/a, a maioria de baixa renda. Tal fato levou muitos familiares, por impossibilidade de permanecer no hospital 24 horas, a remunerar outros cuidadores, o que produziu sobrecarga econômica, e, em muitos casos, desestímulo à internação, por não poder recorrer ao mercado. Se por um lado, a ETAC mostrou-se como um bom dispositivo para a pessoa com transtorno mental, que é mantida o menor tempo possível distante de seu território de origem, por outro, não pareceu ser boa para os/as familiares cuidadores/as, pois fechou a possibilidade de reapropriações desse momento pelos/as familiares.

Então, algumas vezes, para atingir os objetivos da reforma psiquiátrica, por exemplo, de evitar ou diminuir o tempo de internação integral, sobretudo em manicômios, a família é penalizada, em função de sobrecargas de variadas dimensões. Alguns gestores chegaram a reforçar a importância da manutenção da exigência do acompanhamento familiar como estratégia explícita de desestímulo à internação integral, o que tende a levar ao familismo. Ademais, como analisou Lemos (2014), as condições de hotelaria oferecidas aos acompanhantes são desconfortáveis, levando-os a pernoitar em cadeiras, o que penaliza sobretudo os/as idosos/as, que muitas vezes se configuram como únicos/as cuidadores/as. Nesse sentido, ainda, Rosa (2015), ao analisar a realidade dos/as familiares de um CAPS III, um serviço de internação integral, no Estado de São Paulo, constatou queixas semelhantes dos/as familiares. Como no caso, por exemplo, de uma família muito reduzida, com apenas 3 pessoas, os pais e a pessoa com transtorno mental, do sexo masculino (também com idade avançada e com uma deficiência cognitiva), em que os pais estavam enfermos, e a pessoa com transtorno mental entrou em crise. Nesse caso, o CAPS apenas medicou a pessoa com transtorno mental e a encaminhou para retorno doméstico. Apesar de a mãe informar que ele estava em crise e que ela não tinha condições, por estarem, ela e o marido, ambos enfermos, de permanecer com essa pessoa em casa; o serviço não se abriu para negociação.

Sob outro ângulo, observa-se, no cotidiano de alguns serviços, a queixa, por parte de alguns profissionais, quanto à representação da família no cotidiano dos CAPS estar reduzida, no geral, a momentos de festividades do serviço ou ao acompanhamento da pessoa com transtorno mental na consulta médica, que em alguns serviços, é posto como uma exigência. Cabe enfatizar que o acompanhamento na consulta médica, para além da exigência de algum profissional médico, que requer o olhar do/a familiar cuidador/a sobre formas de ser e de se comportar da pessoa com transtorno mental, para dar-lhe maior segurança na tomada de decisão, o que coloca a família como um recurso técnico instrumental, uma estratégia de trabalho, contraditoriamente, também constitui um momento ímpar ao/à

familiar cuidador/a, que pode se apropriar desse momento de diversas maneiras, inclusive para esclarecer dúvidas e ter acesso ao médico.

Outra questão remete à participação de pessoa com transtorno mental em festas, que além de um direito social, no cerne dos determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado, constitui, no geral, momento diferenciado, ímpar, haja vista que no espaço da família e da comunidade, são raras as pessoas com transtorno mental que são convidadas para confraternizações, por temor de que elas as estraguem, com algum comportamento inconveniente. Para o/a familiar cuidador/a, é um momento singular para seu próprio lazer, sair de sua solidão e do sofrimento que, via de regra, tende a contornar o processo de trabalho de prover cuidados, até como estratégia para evitar o estigma. Configura uma circunstância inserida em um contexto em que a pessoa com transtorno mental, com seu modo de ser singular, é aceito por todos os presentes, o que libera o/a provedor/a de cuidado, para estar com os outros, de maneira mais leve. É preciso compreender as múltiplas e complexas facetas desses momentos para a relação de produção de cuidado doméstico, assim como seus impactos.

A legislação em saúde mental ainda é muito focada nos deveres dos familiares. Por exemplo, a Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001) foca nos direitos da pessoa com transtorno mental, sendo o marco do seu reconhecimento como cidadão, sujeito de direitos. A família é citada, diretamente, 6 vezes, entre os 13 artigos da lei. Na maioria das vezes, seus deveres ou lugar de agente ativo, com responsabilidades explícitas, torna-se imperativo. Destarte, é convocada para: inserir a pessoa com transtorno mental na sociedade (Art. 2º); participar, como responsável, em solidariedade com o Estado e a sociedade, das ações de assistência e promoção de saúde desse segmento (Art. 3º); ser um dos agentes a solicitar por escrito a transformação da internação involuntária (Art. 8º, Parágrafo 2º); receber comunicação de evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento (Art. 10º).

Ainda com relação à Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001), observa-se, igualmente, o reconhecimento indireto de alguns direitos dos/as familiares, tais como o de ser cientificado/a dos direitos que constam na lei, muitos dos quais podem ser extensíveis a ambos: pessoa com transtorno mental e familiares; mas, tal fato não é bem evidenciado. Por exemplo, o inciso VII – do Art. 2º, que prevê “receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento” (BRASIL, 2001, [n. p.]). O que também é reforçado na Portaria nº 251 (BRASIL, 2002a), que estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria e reclassifica os hospitais psiquiátricos. A letra i, do item 2.3, prevê abordagem à família, com orientação acerca do diagnóstico, programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento. Como visto, ainda há lacunas em relação a tal preceito, haja vista a quantidade de associações de familiares em que o próprio nome gira em torno de determinada enfermidade.

Contraditoriamente, vale registrar que as cartilhas veiculadas por associações de usuários e familiares em saúde mental tendem a focar em orientações do manejo sintomatológico de algumas enfermidades, coordenadas para a convivência com o transtorno mental e com a pessoa diagnosticada, o que é algo importante para a família; contudo, deveria ser um trabalho efetivado no cerne do serviço. Tais temas, como o abordado, despolitizam o cotidiano da produção do cuidado, sobretudo doméstico, ressaltando a enfermidade e as necessidades de seu manejo, tornando opacas outras necessidades dos/as familiares cuidadores/as.

Para se falar em necessidades das famílias e dos/as familiares cuidadores/as em saúde mental, é fundamental conhecer o perfil desse segmento, pouco apreendido nas pesquisas e no cotidiano assistencial: Quem são? Em que condições produzem os cuidados na esfera doméstica e comunitária? O que demandam dos serviços? Com que recursos contam? A quem recorrem? Que aspectos são determinantes na sua relação com a pessoa com transtorno mental? Com quais dificuldades se deparam? Todavia, é necessário

pensar-se nos principais marcadores das desigualdades sociais que atravessam esse segmento: classe social, gênero e raça.

Em termos de origem de classe social, vários estudos mostram a predominância dos segmentos de baixa renda como principais usuários do SUS (ROSA, 2003), o que enseja um repensar acerca do que seja serviço público e como o princípio da equidade é acionado nesse contexto. Como a classe média usa e é recebida no SUS/ Rede de Atenção Psicossocial, também deve ser tematizado (ROSA, 2015).

A literatura no campo da saúde mental investe com maior ênfase nas dimensões de gênero (PEREIRA; PASSOS, 2017; ROSA; CAMPOS, 2012; ROSA, 2003), mostrando o predomínio das mulheres como cuidadoras. Homens cuidadores ainda são pouco visibilizados, e o investimento no compartilhamento doméstico do cuidado parece diluído no cotidiano das abordagens dos processos de trabalho dos CAPS.

Os marcadores raciais encontravam-se invisibilizados, mas nos últimos 5 anos, têm ganhado maior investimento e visibilidade. Apesar dos avanços na literatura, marcadores de classe social, gênero e etnia/raça são raramente convocados no cotidiano de trabalho dos CAPS. Apesar de persistir e ser confirmado que os CAPS são utilizados predominantemente pela população de baixa renda, as questões de práticas orientadas pela equidade ficam invisíveis.

As reuniões de família, no geral, figuram mais como reuniões de mulheres, até pelo horário que, no geral, acontecem, horário comercial, de trabalho do homem provedor. Logo, na própria organização do processo de trabalho, tal fato não é sequer questionado, o que naturaliza a feminização do trabalho de cuidar. E a sobrecarga sobre as mulheres, na produção e provisão do cuidado, acaba sendo reforçada. O compartilhamento do cuidado e as habilidades masculinas nessa produção são pouco investidas. As dimensões raciais se diluem (ROSA, 2015).

Observa-se que alguns trabalhadores de CAPS têm colocado que as famílias usam o serviço como “creche”, o que reatualiza a culpabilização da família, reforçando o familismo, sem compreender

o significado de divisão de trabalho entre a família e o serviço/Estado. Assim, também, observa-se que os objetivos institucionais ganham relevância, frente às necessidades dos/as familiares, requerendo outros investimentos e olhares.

No contexto da pandemia de SARS-COV-2, causada pelo novo coronavírus, que se expandiu em escala internacional a partir do mês de março de 2020, infectando rapidamente milhões de pessoas com a COVID-19 e causando milhares de mortes em todo o mundo, conforme analisam Garrido e Rodrigues (2020), estudos de organismos nacionais e internacionais publicados durante a situação emergencial de saúde pública reportam-se ao agravamento de doenças ou transtornos mentais comuns.

Dentre as razões para esse agravamento, certamente, pode-se confirmar o fato da severa crise sanitária causada pela COVID-19 não se caracterizar apenas como um problema de saúde, por afetar a vida das pessoas, as relações e as atividades, para o que se exige respostas das pessoas em geral, do governo e das instituições, conforme asseveram Henrique e Vasconcelos (2000). O distanciamento/isolamento social, posto como principal medida de contenção da propagação do coronavírus, não só afastou pessoas, mas potencializou a distância preexistente para aqueles mais vulneráveis, agravando as condicionantes sociais de saúde, o que muito nos diz sobre a natureza nada democrática do coronavírus, que infecta, especialmente, mulheres e pretos, pobres e desempregados (GARRIDO; RODRIGUES, 2020).

Dimensão essa, que pode ser tomada para análise do perfil das famílias e dos/as familiares cuidadores/as em saúde mental, e dos principais marcadores das desigualdades sociais acima mencionados. A discussão dos autores citados sinaliza uma questão relevante nesse sentido, ao chamarem atenção para a necessidade de se considerar, nos estudos sobre a incidência da COVID-19 e seus efeitos sobre camadas cada vez maiores da população, a histórica desigualdade social no país pré-pandemia, o que pode contribuir para o entendimento das dificuldades de adesão de segmentos

populacionais mais carentes às orientações sanitárias, como a formalmente inscrita: **“Fique em Casa!”**.

Para Garrido e Rodrigues (2020), a flagrante desigualdade brasileira, fruto da estrutura social perversa, não só dificulta a adequação da população às normas preventivas da COVID-19, como também age de forma sinérgica sob a saúde mental, em condições de restrição de contato interpessoal. Para mais, observa-se que tais medidas de controle e mitigação da doença, se por um lado são essenciais como medidas de saúde coletiva, podem, também, trazer prejuízos à saúde individual e o agravamento da saúde mental durante a pandemia. Acerca dos desdobramentos de tais recomendações sanitárias sob o convívio familiar da pessoa com transtorno mental, constata-se que trouxe a intensificação do familismo, pois os CAPS tiveram suas atividades limitadas ao essencial, circunscritas mais ao teletrabalho e atendimento individual, sem ação grupal presencial, para evitar aglomerações, apesar de alguns CAPS terem mantido trabalho grupal virtual.

“Ficar em Casa” como medida de prevenção da COVID-19, por conseguinte, resulta à pessoa com transtorno mental, as famílias e aos familiares cuidadores/as, alteração das vivências em relação à rotina e estilo de vida provocadas pela pandemia, o que, se por um lado, pode contribuir para o cuidado familiar mais efetivo, próximo e atencioso, também pode colaborar para o aumento do sofrimento psíquico advindo das mudanças, do stress e da tensão exercida pela situação de confinamento.

Assim sendo, no cenário vivenciado, a família e o/a familiar cuidador/a tiveram maiores limitações na divisão da produção do cuidado cotidiano com os serviços de saúde mental; nesse sentido, reforça-se a necessidade de compreensão das múltiplas determinações do processo saúde-doença, sob pena de se compreender o transtorno mental unicamente pelo prisma biomédico, sendo, dessa forma, patologizado e medicalizado, desconsiderando-se os condicionantes sociais do adoecimento, sobretudo em tempos de pandemia.

Em Teresina, capital do Piauí, com os ambulatórios de saúde mental fechados, os CAPS tiveram seus processos de trabalho sobrecarregados com demandas ambulatoriais. Também, os familiares passaram a demandar mais ações e orientações, via trabalho remoto, como explicitaram os profissionais que participaram do Seminário *on-line*, promovido em setembro de 2020, intitulado: Família no processo de desinstitucionalização em saúde mental no Brasil e no Piauí. De forma surpreendente, foi informado que houve diminuição da procura, no CAPS III, de atenção à crise. Será que a intensificação de problemas de saúde mental anunciados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) ainda não se manifestou, até outubro de 2020, em Teresina? Outra informação importante foi posta por Emerson Merhy, em uma *live* do Encontro Nacional RedEscola 2020, no dia 7 outubro de 2020 (REDESCOLA, 2020), de que o teletrabalho estreitou vínculos entre profissionais de saúde e famílias, o que era mais esperado no encontro presencial. Então, diante do que foi aqui discutido, há muitos aspectos a serem balizados, postos pelo novo cenário, inusitado, de confinamento e restrição da liberdade individual e familiar ante as diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira de favorecimento da produção de saúde, da autonomia e do exercício da cidadania.

Considerações finais

As famílias e os/as familiares cuidadores/as tiveram seus lugares muito alterados na saúde mental, com os processos de desinstitucionalização. Nesse contexto, consequência do processo de redemocratização da sociedade brasileira, há o reconhecimento da cidadania da pessoa com transtorno mental e da participação da família na construção da política social pública, processo fundamental, pois incide na organização dos processos de trabalho dos serviços de saúde de mental, e ativa a potência dos usuários do Sistema Único de Saúde, na direção da emancipação. No entanto, a direção dos processos de desinstitucionalização, embora claros inicialmente, não estão dados *a priori*, podendo ser reapropriados

por outras forças sociais, como tem ocorrido desde 2010, com o advento da suposta epidemia do crack, imposto no debate político por forças conservadoras, com tendências/remanicomializantes, que tende a silenciar a voz dos/as usuários/as e dos/as familiares.

O que é postulado pelas forças progressistas é que o processo seja comandado pela preservação do Estado na regulação das políticas sociais na direção de políticas familiares que aliviem as sobrecargas dos familiares cuidadores. Mas também é necessário investir no conhecimento do perfil majoritário das famílias que utilizam os CAPS, bem como nas condições em que se gesta o cuidado doméstico e como esse se articula com o cuidado comunitário e ações intersetoriais das políticas do seu território.

Avanços são observados nos processos de trabalho, incluindo a/s família/s, embora de maneira lenta. O contexto pandêmico trouxe novos desafios, inclusive o risco de intensificação de processos remanicomializantes e de precarização dos serviços de saúde/saúde mental/Rede de Atenção Psicossocial, o que estava em curso bem antes, agravado após a Emenda Constitucional 95 (BRASIL, 2016).

A chamada para o confinamento, como principal medida de contenção da propagação do coronavírus, a restrição de liberdade, valor principal da sociedade moderna, fez com que as famílias experienciassem uma vida restrita e sem, ou com menor divisão do cuidado à pessoa com transtorno mental com os serviços de saúde mental, realizado, sobretudo, via teleatendimento/trabalho remoto. Processos novos, que instigam melhor investigação e que ainda não permitem a visualização dos reais impactos.

Entre as inovações e desafios anteriores ao contexto pandêmico, ressalta-se a necessidade de maior investimento nos perfis das famílias e dos/as familiares cuidadores/as em saúde mental, sobretudo relacionados a marcadores das desigualdades sociais como classe social, gênero e étnico-raciais; as condições em que produzem os cuidados e as necessidades e os desafios trazidos pela vida comunitária e familiar com a pessoa com transtorno mental e os serviços de saúde mental.

Alguns equívocos postos no processo de desinstitucionalização também merecem maiores investimentos, a fim de que não sejam reforçadas tendências manicomializantes no processo do que se quer desconstruir. Acima de tudo, é importante reforçar os lugares ocupados pelos/as familiares cuidadores/as e investir em outras frentes, como o ciberativismo, contribuindo para a ativação de outras tecnologias junto aos familiares, mas que se associem com as lutas políticas de outros movimentos sociais, como o movimento de mulheres/feministas, para enriquecer e reinventar o próprio movimento da luta antimanicomial e o processo desinstitucionalizante.

Referências

ABRAÃO, K. C. L.; MIOTO, R. C. T. Políticas familiares: uma introdução ao debate contemporâneo. **Rev. Katálysis**. v. 20, n. 3, Florianópolis, set./dez. 2017.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**: genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BETTELHEIM, C. Necessidad social. *In*: TOBON, M. C. *et al.* **La práctica profesional del trabajador social**. Buenos Aires: Humanitas/Celats, 1992.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Casa Civil. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental:** 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília, DF, 2002a.

BRASIL. **Portaria GM nº 251**, de 31 de janeiro de 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Brasília, DF, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS:** os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Portaria nº 854**, de 22 de agosto de 2012. Altera Tabela de Procedimentos dos Centros de Atenção Psicossocial – RAAS. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 95**, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF, 2016.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica:** a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

DELGADO, P. G. Sobrecarga do cuidado, solidariedade e estratégia de lida na experiência de familiares de Centros de Atenção Psicossocial. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1103-1126, 2014.

DRAIBE, S. M. O “welfare state” no Brasil: características e perspectivas. **Ciências sociais Hoje**, São Paulo: Vertice; Ed. Revista dos Tribunais, ANPOCs, 1989.

FONSECA, C. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 2, p. 50-59, maio/ago. 2005.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 18. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003.

FOUCAULT, M89. **História da loucura**: na idade clássica. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2007.

GARRIDO, R. G., & Rodrigues, R. C. (2020). **Restrição de contato social e saúde mental na pandemia**: Possíveis impactos das condicionantes sociais. *Health and Biological Sciences*, 8(1), 1-9. <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v8i1.3325.p1-9.2020>

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 4. ed. São Paulo: Perspectiva, 1992.

HELLER, A. **Teoria de las necesidades en Marx**. Barcelona: Peninsula, 1986.

HENRIQUES, C. M. P., & Vasconcelos, W. (2020). **Crises dentro da crise: respostas, incertezas e desencontros no combate à pandemia da Covid-19 no Brasil**. *Estudos Avançados*, 34(99), 25-44. <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.003>

LANCETTI, A. **Clinica peripatética**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

LEAL, E. M. A experiência da violência na rede de assistência à saúde mental – notas. *In*: RAUTER, C.; PASSOS, E.; BENEVIDES,

R. (Org.). **Clínica e política:** subjetividade e violação de direitos humanos. Rio de Janeiro: IFB/Te-Corá, 2002, p. 141-50.

LEMOS, I. L. C. C. **Caracterização do perfil sociodemográfico dos acompanhantes de pessoas com transtorno mental da Enfermaria de Atenção à Crise – ETAC do Hospital Areolino de Abreu.**

Monografia (Bacharelado em Serviço Social). Universidade Federal do Piauí. Teresina, 2014.

LIMA, R. C. C. Políticas sociais públicas e a centralidade da família: implicações para a assistência na área de álcool e outras drogas. *In:* ALARCON, S.; JORGE, M. A. S. (Org.). **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 171-190.

LUCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 399-407, 2007.

MIOTO, R. C. T. A família como referência nas políticas públicas: dilemas e tendências. *In:* TRAD, L. **Família contemporânea e saúde:** significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. p.51-66.

MOVIMENTO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL.

Propostas IX Encontro Nacional de Usuários e familiares do MLA

VII Encontro Nacional da Luta Antimanicomial: a revolução na comunidade! É hora de afirmar. São Bernardo do Campo, 2009.

Disponível em: https://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2018/07/8_SBernardoCampo_2009_RelatorioFinal.pdf.

Acesso em: 4 maio 2020.

ORNELAS, C. Da família ao espaço público, em defesa da vida.

Minas sem manicômios. Belo Horizonte: Fórum Mineiro de Saúde Mental, 2004, p. 79-87.

PEREIRA, M. O.; PASSOS, R. G. (Org.) **Luta antimanicomial e feminismos**: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Autografia, 2017.

PIAUÍ. **A Rede de Atenção Psicossocial no Piauí**: orientações para o cuidado em saúde mental. Teresina: SESAPI, 2018.

REDE ESCOLA. **Educação na saúde**: experiências e desafios no contexto da Covid-19 e pós-pandemia. Encontro Nacional RedEscola 2020. Vídeo. 7 de outubro de 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=xNmm64sdlC8>. Acesso em:

ROSA, L. C. S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROSA, L. C. S. Etnia e gênero como variáveis sombra em saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 36, p. 648-656, 2012.

ROSA, L. C. S. **Classes sociais, gênero e etnias na saúde mental**. Teresina: EDUFPI, 2015.

ROSA, L. C. S. Trabalho social com famílias na perspectiva da política de saúde mental brasileira. In: TEIXEIRA, S. M. **Trabalho com família no âmbito das políticas públicas**. Campinas: Papel Social, 2018. p. 213-236.

ROSA, L. C. S.; CAMPOS, R. T. O. Etnia e gênero como variáveis sombra em saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 36, p. 648-656, 2012.

ROSA, L. C. S.; FEITOSA, L. G. G. C. Processo de reestruturação da reforma da atenção em saúde mental no Brasil: avanços e desafios. **Sociedade em Debate (UCPel)**, v. 14, p. 135-152, jul./dez. 2008.

SOUZA, W. S. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 933-939, jul./ago. 2001.

SOUZA, S. F. M.; BAGNOLA, E. P. P. O sujeito na sua família. *In*: MERHY, E. E.; AMARAL, H. (Org.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 267-275.

TELLES, V. S. **Direitos sociais**: afinal do que se trata? Belo Horizonte: UFMG, 1999.

VASCONCELOS, E. M. **O poder que brota da dor e da opressão**: empowerment, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus, 2003.

VASCONCELOS, E. M. **Reinventando a vida**: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental. São Paulo: EncantArte/Hucitec, 2005.

VASCONCELOS, E. M. Perfil das organizações de usuários e familiares no Brasil, seus desafios e propósitos. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v.1, n. 1, jan./abr. 2009 (CD Rom).

VASCONCELOS, E. M. **Manual de direitos e deveres dos usuários e familiares em saúde mental e drogas**. 2. ed. Brasília/Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; UFRJ, 2015.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. 2007. 208f. Tese (Doutorado em Ciência de Saúde). FIOCRUZ/Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2007.

DIREITOS DOS FAMILIARES CUIDADORES DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS: DIREITOS INCONTÁVEIS?

Anne Piauilino Leopoldo¹

Lucia Cristina dos Santos Rosa²

Introdução

Este ensaio é subproduto do projeto de mestrado com o mesmo título e condensa o que foi apresentado no Seminário *online*: Família no processo de desinstitucionalização em saúde mental no Brasil e no Piauí, na mesa redonda “Famílias/familiares cuidadores em contexto de (des)proteção: entre vulnerabilidades e direitos”, e aprimorado, em seguida, com a orientadora.

- 1 Advogada. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí.
- 2 Assistente Social pela Faculdade de Serviço Social de Piracicaba. Pós-doutora em Saúde Coletiva/ Universidade Estadual de Campinas. Doutora em Sociologia / Universidade Federal de Pernambuco. Doutora em Serviço Social/ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Mestre em Serviço Social/ Universidade Federal de Pernambuco. Professora Titular do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí. E-mail: luciacsrosa@gmail.com

O texto está estruturado em três partes. Inicialmente, procura-se recuperar parte da história da reforma psiquiátrica brasileira e da família no processo desinstitucionalizante, apresentando as principais fases desse processo e a retomada da família como uma das estratégias dos cuidados territoriais/comunitários. Constatase que há ainda uma naturalização do cuidado como algo inerente ao grupo familiar, principalmente relacionada à função das mulheres. Em seguida, são apresentados e discutidos os principais marcos jurídicos na ampliação dos direitos sociais e a carta de direitos e deveres dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental como um dos marcos da inclusão da família na política de saúde mental. Por fim, destaca-se alguns desafios para os serviços de atenção à saúde mental.

A reforma psiquiátrica é apresentada como um processo histórico de questionamento, denúncia, desconstrução paradigmática e de reelaboração de estratégias para a transformação do modelo clássico da psiquiatria (AMARANTE, 1996). Na sua construção processual, houve denúncias de violação dos direitos humanos das pessoas com transtorno mental e de toda a edificação do estatuto da cidadania desse segmento, alçado à condição de sujeito de direitos, na lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001), com a consequente alteração no modelo assistencial, pautado no cuidar em liberdade, ou seja, preservando direitos civis. Entretanto, ainda pairam lacunas em relação aos direitos das famílias nesse processo, sobretudo dos familiares cuidadores, o que é propósito deste ensaio, trazer à baila e contribuir com o debate.

A família no processo desinstitucionalizante

Desde a criação das primeiras instituições psiquiátricas no país, em meados do século XIX, o tratamento ofertado às pessoas com transtornos mentais era realizado em instituições totais, caracterizadas pelo “fechamento” em relação às temporalidades e às espacialidades da sociedade moderna. O seu caráter total é simbolizado pela barreira da relação social de seus internos com o

mundo externo (GOFFMAN, 1992). Este modelo hospitalocêntrico era marcado por isolar o indivíduo dos familiares e da sociedade, o que culminava com a mortificação do eu do interno, totalmente subjugado à lógica organizacional e ao poder manicomial/asilar (GOFFMAN, 1992), o qual demonstra que tais instituições congelam a vida, sendo pouco produtoras de saúde em geral e fomentadoras de agravos à saúde mental.

No Brasil, o movimento da reforma psiquiátrica emerge por volta da década de 70, num contexto marcado por diversas lutas sociais, as quais almejavam a mudança na relação entre Estado e sociedade civil, e também na relação entre sociedade e a loucura/louco, o que redundou na inserção de outros paradigmas no âmbito da saúde mental, hegemônica por formas de cuidar segregadoras e violadoras de direitos humanos.

Em 1978, iniciou-se, no Rio de Janeiro, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o qual denunciava as precárias condições de trabalho, reivindicava salários e criticava o modelo médico-assistencial predominante. A 'Crise da Divisão Nacional de Saúde Mental' (DINSAM) era órgão do Ministério da Saúde cuja responsabilidade pela gestão dos serviços de saúde mental estava sob seu comando. Por causa das péssimas condições de trabalho, cercadas por violação de direitos humanos, levaram à explicitação pública da realidade da atenção em saúde mental, a partir da demissão do grupo de trabalhadores organizados.

Nesse contexto, emerge o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental – MTSM, que em 1987, no Encontro em Bauru - SP, é transformado no Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, que incorpora, além dos trabalhadores em saúde mental, os usuários dos serviços e os seus familiares no processo de construção de um novo projeto de cuidado, que entra nas disputas políticas em torno de outros paradigmas e formas de produzir cuidado a esses segmentos (AMARANTE, 1998). Este movimento tinha a finalidade de construir um espaço de debate e de proposição de um novo modelo de assistência psiquiátrica, sendo construído de forma plural, com a participação de profissionais de várias categorias,

por simpatizantes não técnicos da saúde e por outros movimentos organizados.

Diante disso, a reforma psiquiátrica brasileira emerge com a pauta de substituição das instituições fechadas e violadoras dos direitos humanos por uma assistência psicossocial interdisciplinar, pautada no reconhecimento dos direitos humanos e da cidadania (VASCONCELOS, 2016). Além da substituição dos serviços, a reforma psiquiátrica também busca reconstruir os saberes padronizados que corroboraram a segregação, a hostilidade e a violência para com as pessoas que possuem transtorno mental (VASCONCELOS, 2016).

Vasconcelos (2016) identifica, até o presente momento, quatro fases principais no processo da reforma psiquiatria no Brasil, sendo a primeira identificada no período de 1978 – 1992, marcada por um movimento de denúncia, e caracterizada pelos seguintes eventos: realização da I Conferência Nacional em Saúde Mental (1987); surgimento do movimento antimanicomial (1987) e início das novas estratégias de produzir cuidado, em liberdade/em serviços de portas abertas, tendo por base a criação do Centro de Atenção Psicossocial Luiz Cerqueira, em São Paulo, em 1986. A segunda fase corresponde aos anos de 1992 – 2001, com a II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992); bem como a conquista política do modelo de desinstitucionalização e o início da inserção dos novos serviços substitutivos. Nos anos 2001 a 2010, há a terceira fase, que é sinalizada pela III Conferência Nacional (2001), aprovação da Lei nº 10.216, e início de ações voltadas para crianças e adolescentes, bem como para pessoas com consumo prejudicial de álcool e outras drogas. A quarta fase tem como marco temporal o ano de 2010, por ter sido um período demarcado pela intensificação da recessão econômica, crise política e social, somada a várias questões, inclusive midiáticas, mediadas pela suposta epidemia de crack, acrescida da inaptidão da rede de atenção psicossocial em desenvolver uma assistência eficaz neste campo. Isso facilitou o crescimento de comunidades terapêuticas e de internações forçadas. Por outro lado, em 2011, é instituída a Rede de Atenção Psicossocial –

RAPS, em um aparente processo de consolidação dos princípios da reforma psiquiátrica, sobretudo no plano intrasetorial, mas com extensão para o fortalecimento de ações intersetoriais.

Apesar da insegurança jurídica, política, econômica e social, destacam-se naquelas fases a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional do MTSM (Bauru/SP), realizadas no ano de 1987, em que o último contém a presença de novos atores sociais, advindos de associações de usuários e familiares, como a “Loucos pela Vida”, de São Paulo, a Sociedade de Serviços Gerais para a Integração Social pelo Trabalho (SOSINTRA), do Rio de Janeiro, a associação de problematizados mentais e seus familiares, que se integraram ao movimento e passaram a construir uma ação com mais força, visando a transformação da política, da prática e dos cuidados em saúde mental (AMARANTE, 1998).

A importante aproximação dos usuários e dos familiares no II Congresso originou um documento de formação do movimento antimanicomial que simboliza a consolidação do compromisso social entre os profissionais da saúde mental com a sociedade em relação às questões de saúde mental e suas formas de produzir cuidado (SILVA, 2003). Nesse contexto, o movimento de desinstitucionalização ganhou destaque nas discussões públicas, impulsionado pela implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, no mesmo ano de 1987, em São Paulo - SP (BARROSO; SILVA, 2011).

Em 1980, após a criação de serviços de atenção psicossocial, começou o processo da desinstitucionalização de moradores dos hospitais psiquiátricos para a reinserção em seus territórios e para a busca do vínculo familiar e social. A abertura de serviços substitutivos provocou a organização de uma rede de atenção psicossocial, com a participação ativa dos usuários e reformulação da política de saúde mental (BRASIL, 2013).

Neste cenário de transição do modelo manicomial e desinstitucionalização para a assistência comunitária, houve a construção de outros lugares sociais para os familiares das pessoas com transtornos mentais. Rosa (2018) relembra que o papel da

família no cuidado à pessoa com transtorno mental passou por transformações de acordo com as mudanças da sociedade.

As transições podem ser identificadas em três etapas. A primeira, localizada no período que antecede a Segunda Guerra Mundial, foi marcada pelo advento do modelo hospitalocêntrico, no qual a família se ajustou ao papel de mera visitadora. Nesse período, é presente a culpabilização da família em relação ao adoecimento psíquico, ao mesmo tempo em que essa entidade é apreendida como agente em situação de risco, pela presunção da periculosidade desse personagem. Com isso, o saber psiquiátrico distanciou a pessoa com transtorno mental do ambiente familiar e fortaleceu as instituições psiquiátricas totais e fechadas. Além da família ser considerada um agente causador de enfermidades e em situação de risco pelo transtorno mental em seu seio, Melman (2008) aponta que o isolamento social das pessoas com transtorno mental se justificava duplamente, por proteger a família da loucura e prevenir a contaminação dos demais membros.

A segunda etapa remete ao período posterior à Segunda Guerra Mundial e se estende até a década de 1970, momento em que há a hegemonia do capitalismo monopolista e a psiquiatria se volta para os consultórios particulares e para as terapias familiares, tendo como público-alvo as classes que podem pagar por estes serviços.

O terceiro período acompanha a década de 1970 até o presente momento, a relação entre a família e o sujeito com transtorno mental passa a ser complexificada. Começa-se um movimento de desinstitucionalização intensificado pelos debates em torno do Projeto de Lei nº 3657, de 1989, apresentado pelo Deputado Paulo Delgado. Esse projeto tinha como finalidade o estabelecimento da cidadania da pessoa com transtorno mental e a extinção gradativa dos manicômios pela substituição do cuidado com um modelo assistencial em saúde mental.

Na década de 1990, deu-se início ao processo de desinstitucionalização com a criação de serviços de atenção psicossocial para realização da reinserção dos moradores dos

hospitais psiquiátricos em seus territórios, com a tentativa de se criar vínculos familiares e sociais. Isso ocasionou a organização de serviços de saúde mental de base comunitária, com a participação ativa dos usuários, e a reformulação da política de Saúde Mental (BRASIL, 2013), sob comando da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, gerida por representante do movimento da reforma psiquiátrica.

Neste cenário de substituição do modelo manicomial para o atendimento comunitário, houve a aproximação dos familiares à pessoa com transtorno mental. Sendo, neste novo momento, os familiares novamente responsabilizados pelo tratamento e cuidado deste indivíduo.

A retomada da família como cuidadora, há conseqüentemente uma naturalização do cuidado como algo inerente ao grupo familiar, sobretudo uma função das mulheres e remetido aos vínculos consanguíneos/parentais. Predomina nesse enquadre uma leitura simplificadora, que retirou a complexidade de que contorna as relações entre os familiares com a pessoa com transtorno mental e com a comunidade/sociedade em geral, até mesmo pelo predomínio da resposta histórica do Estado pela via das internações em instituições segregadoras/instituições totais (ROSA, 2018, p. 217).

Diante da nova responsabilização da família, muitas dúvidas foram surgindo no decorrer da experiência cotidiana do cuidado à pessoa com transtorno mental, uma vez que no início e no decorrer do processo, há dificuldade em compreender a doença, os sintomas e a abordagem da pessoa em crise.

No início dos anos 90, o provimento do cuidado em saúde mental progrediu na perspectiva da atenção psicossocial, e a família começa a ser considerada no cuidado. Como um dos marcos da inclusão da família na política de saúde mental, há o III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, em dezembro de 1993, em Santos, SP, onde teve como fruto a Carta de Direitos e Deveres dos Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental, a qual estabeleceu somente os

deveres dos familiares, enfatizando o dever de cuidar do seu parente enfermo e prestar-lhe toda a assistência necessária, e de colaborar com o serviço que presta atendimento a seu parente. A portaria nº 1.820, de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, faz menção à família somente em dois artigos, sendo eles:

Art. 2º Toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde. § 1º O acesso será preferencialmente nos serviços de Atenção Básica integrados por centros de saúde, postos de saúde, unidades de saúde da família e unidades básicas de saúde ou similares mais próximos de sua casa. Art. 3º Toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde. Parágrafo único. É direito da pessoa ter atendimento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento, para isso deve ser assegurado: [...] III - toda pessoa tem o direito de decidir se seus familiares e acompanhantes deverão ser informados sobre seu estado de saúde (BRASIL, 2009).

Diante do texto da carta, da legislação e das práticas de desinstitucionalização psiquiátrica, tem-se que a família passa a ser foco matricial das políticas de saúde e de assistência, o que significa que boa parte das funções e responsabilidades, antes assumidas pelo Estado, passam a ser atribuídas a essa instituição.

Se num primeiro momento, no contexto hospitalocêntrico, a família era excluída do processo de tratamento de pessoas com transtornos mentais; no contexto da reforma psiquiátrica, a família é incluída no provimento do cuidado e passa a ser entendida como parte fundamental na estratégia de intervenção e, sobretudo, desospitalização na saúde mental e como objeto de estudo importante, ganhando uma multiplicidade de sentidos que podem ser enquadrados como uma estratégia de intervenção (SANT'ANA; FONTOURA, 1996 *apud* ROSA, 2003).

Nesse sentido, a família é tida como um lugar de possível convivência da pessoa com transtorno mental, mas não o único e nem obrigatório (MIRANDA, 1999 *apud* ROSA, 2003); também é

vista como sofredora, necessitando de assistência e suporte social (MOTTA, 1997 *apud* ROSA, 2003); bem como um sujeito de ação política e coletiva, construtor de cidadania e avaliador dos serviços de saúde.

Rosa (2003) amplia a diversificação de lugares postos e construídos em torno da família, sendo compreendida também como: 1) um recurso tanto econômico como simbólico na efetivação do cuidado comunitário para otimizar a escassez orçamentária das políticas sociais, numa concepção de divisão de cuidados com os serviços públicos; 2) um lugar de possível convivência, lugar de construção identitária, de vínculos, baseada no suporte mútuo material e emocional; 3) um ator político que influencia a construção de políticas públicas, denunciando violações de direitos, reivindicando novos direitos, politizando o cuidado doméstico e problematizando a relação público-privada para garantir o compartilhamento de cuidados entre Estado e famílias; 4) avaliadora de serviços e 5) gestora de serviços de saúde mental por meio de organizações não governamentais; 6) como provedora de cuidados e agentes da proteção, em razão da pouca responsabilidade do Estado; e, 7) como um segmento sobrecarregado, devido às diversas demandas e implicações materiais e emocionais. Desse modo,

A família passa a ser mais que um receptor de intervenções por parte dos profissionais, torna-se um agente ativo no próprio processo de apoio psicossocial, no desenvolvimento de projetos e no planejamento e avaliação dos próprios serviços, vindo a interferir, inclusive, na própria política de assistência psiquiátrica (PEREIRA, 2006, p. 259).

Assim, com a ressignificação de lugares, a família passa a ser considerada parceira das políticas públicas. A condição parceira pode ter vários significados, estando no processo de disputa política entre os direitos da pessoa com transtorno mental, no entendimento de que em uma divisão de trabalho, ou ação colaborativa entre Estado e família, a família pode oferecer dimensões que estão longe do alcance das ações públicas, como o afeto. Nesse sentido,

No Brasil, a desinstitucionalização veio a consistir num termo atribuído aos reformadores, mas utilizado com diferentes propósitos: representar a negação do asilo como tratamento, e a substituição por novas práticas que realçam a participação efetiva das famílias e dispositivos comunitários na assistência; símbolo da perspectiva da abolição de todas as instituições de controle social...”. (LUIZ, 2000, p. 29).

Entretanto, no contexto neoliberal, no qual se defende que o bem-estar social deve ser proporcionado pelo âmbito privado, a família passa a ser um “amortecedor” de crise, sendo exigida a assumir novas funções, as quais a sobrecarregam, sobretudo as mulheres do grupo, historicamente, com a atribuição da produção de cuidado. Com isso, a responsabilização das famílias é acompanhada pela desresponsabilização do Estado e tal fato coloca os provedores de cuidado em novas posições na luta política, que são atravessadas por dimensões históricas, emocionais, simbólicas, mas, também, por relações jurídicas, que materializam direitos e deveres, os quais entram no jogo de disputas de interesses e negociações em dadas condições sociais.

Destaca-se que, no projeto inicial da reforma psiquiátrica, voltado para a desconstrução (AMARANTE, 1996) de paradigmas e práticas manicomiais e manicomializantes, o Estado era central na regulação e na provisão de bem-estar, mas o processo pode ser apropriado por outras vertentes ético-políticas.

Em relação às políticas de saúde mental no Brasil, a realidade econômica das famílias que acessam majoritariamente o Sistema Único de Saúde é de baixa renda (BARATA, 2009) e se depara com uma realidade de sobrecargas, tendo que dividir seu tempo entre gerar renda e prover cuidado, uma vez que não conseguem dividir o provimento do cuidado pela via do mercado e, muitas vezes, é culpabilizada por um mau provimento do cuidado.

Essa culpabilização ocorre sem ser ponderado que, na promoção do cuidado familiar à pessoa com transtorno mental, há um conjunto de necessidades que devem ser consideradas, como a dificuldade de compreender o diagnóstico e o tratamento, bem

como a falta de preparo para o cuidado doméstico, que, como reconhecido na literatura, é um cuidado complexo, principalmente em se tratando de pessoas adultas, situadas em contexto de intensa estigmatização.

Na produção acadêmica dos últimos anos, está explícita a presença feminina no papel de cuidadora principal (ANDRADE, 2018; MAGALHÃES, 2018; OLIVEIRA, 2017; SANTOS, 2015), o que reitera a histórica divisão sexual do cuidado estabelecido pela sociedade moderna, a qual atribui ao universo feminino a responsabilidade do cuidado, em razão da maternidade e da associação que naturaliza o feminino ao “instinto” materno. Ademais, à mulher é destinada o ambiente reprodutivo - doméstico, em que o trabalho vai além da reprodução do que se entende por vida, como também sobre toda a estrutura de cuidados de uma sociedade que muitas vezes não é compreendida como cuidado, visto que, para além das necessidades materiais e técnicas, o trabalho do cuidado abrange as relações de afetos, serviços e atenção. Enquanto isso, aos homens é apontado um trabalho socialmente reconhecido num espaço produtivo e remunerado.

A partir desses elementos, o senso comum pautado nas estruturas do patriarcado e do capital, impôs a responsabilidade pelo cuidado que dá sustento à vida em sua totalidade (material e emocional) às mulheres, por meio de uma justificativa de atribuição natural.

O trabalho doméstico é muito mais que limpar a casa. É servir aos assalariados física, emocionalmente e sexualmente, preparando-os para o trabalho dia após dia. É cuidar das nossas crianças – os trabalhadores do futuro –, amparando-as desde o nascimento e ao longo da vida escolar, garantindo que o seu desempenho esteja de acordo com o que é esperado pelo capitalismo. Isso significa que, por trás de toda a fábrica, de toda escola, de todo escritório, de toda mina, há o trabalho oculto de milhões de mulheres que consomem sua vida e sua força em prol da produção da força de trabalho que move essas fábricas, escolas, escritórios ou minas (FEDERICI, 2019, p. 68).

Desse modo, reconhece-se o trabalho doméstico como trabalho, isto é, um trabalho que incide sobre a produção capitalista, uma vez que favorece as demais formas de produção, contribuindo para a força de trabalho e para a produção do capital (FEDERICI, 2019). Por não ser visto como tal, não é pago, e quando o é, é mal remunerado, apesar do reconhecimento formal pelo Estado, a exemplo da Lei Complementar nº 150, de 1º de junho de 2015 que dispõe sobre o contrato de trabalho doméstico.

Nesse contexto, ao recentralizar o cuidado em saúde mental na família, o Estado reatualiza as funções costumeiras da família e “culpabiliza aquelas que não conseguem desempenhar os papéis esperados, pela condição de sobrevivência, ciclo de vida, tamanho da família, modelo de estruturação, falta de acesso aos serviços públicos, dentre outros” (TEIXEIRA, 2013, p. 123), além de sobrecarregar as mulheres da família. Dessa forma, “as famílias, especialmente as mais pobres, para manter-se enquanto unidades familiares, precisam não de novas responsabilizações e contrapartidas implícitas ou explícitas, mas de serviços dirigidos a elas, alternativos e substitutos parciais das suas funções” (TEIXEIRA, 2013, p. 123). Ou seja, pressupõe mais presença do Estado em seu cotidiano, e não a transferência de responsabilidades.

Direito social à saúde e os direitos dos familiares cuidadores de pessoas com transtornos mentais

A Constituição Federal de 1988 é um marco político e jurídico na ampliação dos direitos sociais, em que estabeleceu no artigo 6º a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, proteção à maternidade e à infância, assistência aos desamparados, área social e, em especial, a previdência social. Diversos direitos previstos neste artigo são retomados ao longo da Constituição, principalmente no Título VIII – “Da Ordem Social”. São sistematizados como direitos da seguridade social (arts. 194 a 195), que assegura os direitos relativos à saúde, da previdência e da assistência social; educação (arts. 205 a 214); cultura (arts. 215 a

216-A) – Sistema Nacional de Cultura; desporto (art. 217); ciência e tecnologia (arts. 218 e 219); comunicação social (arts. 220 a 224); meio ambiente (art. 225); família, criança, adolescente, jovem e idoso (arts. 226 a 230); índios (arts. 231 e 232). Agregaram-se, posteriormente, a declaração do artigo 6º, os direitos à moradia (EC n. 26/2000), alimentação (EC nº 64/2010) e ao transporte (EC nº 90/2015) (BRASIL, 1989).

Após a Constituição de 1988, houve uma nova interpretação e revisão de toda a legislação, principalmente nos dispositivos voltados às pessoas com transtornos mentais, visto que tanto o Código Civil como outras leis e normas sociais possuíam citações negativas em relação às essas pessoas, o que representava entrave ao exercício da cidadania. Neste novo marco jurídico, a questão dos direitos humanos assume uma nova expressão e importância, o que propiciou a inclusão de novos sujeitos de direito e de novos direitos para as pessoas com transtornos mentais.

No entanto, a promulgação de leis garantistas não é o suficiente para assegurar a cidadania, pois não são as leis que determinam que as são pessoas são cidadãs e sujeitos de direitos, mas o processo social de conquista e efetivação desses direitos. Na área da saúde, é a mudança nas relações sociais, nas políticas públicas e no acesso e usufruto do direito à saúde que indicaram a garantia da cidadania.

Desse modo, é a dimensão sociocultural, o entendimento de que os atores sociais são sujeitos de direitos e a participação política que provocarão as mudanças de entendimento sobre saúde, doença, loucura, cuidado, assistência. Esta participação social foi fundamental para a introdução do capítulo da saúde na Constituição de 1988 e a edição da lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica da Saúde, que regulamenta o SUS, seguida da lei n. 8142, 1990, que trata da participação dos usuários na saúde.

Apesar dos avanços, como visto, no III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, em dezembro de 1993, em Santos- SP, o conteúdo da Carta de direitos e deveres dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental só

investe nos deveres dos familiares cuidadores, reforçando a ideia de centralidade da família e uma certa concepção de família negligente. Esta Carta nada diz sobre os direitos dos familiares cuidadores, porém, destaca os seus deveres no sentido de que “o familiar deverá cuidar do paciente enfermo e prestar-lhe toda a assistência necessária. O familiar deverá colaborar com o serviço que presta atendimento a seu parente”, o que demonstra a recentralização do cuidado na família. O que gera estranheza, exatamente porque pressupõe que os familiares presentes subscrevem uma perspectiva reforçadora apenas de deveres. Pressupõe-se que, como era um período embrionário da organização dos familiares, houve um reforço apenas dos direitos dos usuários, intensamente violados e invisibilizados no período.

Essa perspectiva e todo arcabouço normativo e institucional orientou, nas décadas de 1990 e 2000, a formulação e implementação das novas estratégias, não só para a saúde como também para as famílias, o que a garantiu certos direitos ou concessões vinculadas à família, como o acesso a benefícios, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e a serviços, especialmente nos Centros de Atenção Psicossociais, para as famílias incluídas como assistidas, não somente nos cuidados em saúde mental, mas também em processos de geração de emprego e renda.

Apesar das conquistas sociais oriundas dos programas sociais, percebe-se que boa parte das políticas estão centradas na família, o que coloca a família num lugar intrínseco de proteção e cuidado, sendo atribuído a este grupo a principal responsabilidade pelo bem-estar de seus membros, o que expressa uma menor responsabilidade e provisão do cuidado por parte do Estado (MIOTO, 2010). Desta maneira, o centro do cuidado fica focalizado na família, e somente quando não pode suprir as necessidades do cuidado é que o Estado é chamado para atuar.

Nessa perspectiva é que se retoma o campo dos direitos sociais como elemento para problematizar a conjuntura social e a política de saúde e assistência social, para que possamos formular as perguntas e propor as saídas para as urgências que a realidade

vem colocando. Para tanto, é importante reativar o sentido político inscrito nos direitos sociais. O sentido político é dado no tempo dos conflitos pelos quais os atores sociais reconhecem seus direitos, a partir das diferenças de classe, de gênero, etnia, raça ou origem, que interferem nos seus modos de estar na sociedade (TELLES, 1998). Desse modo, os direitos como uma linguagem pública correspondem, pelo menos em tese, às exigências de equidade e de igualdade material no campo complexo e conflituoso da vida social, que visam o reconhecimento de garantias e a reinvenção das regras da sociabilidade democrática.

No campo do cuidado em saúde mental, os familiares devem comparecer à cena política como sujeitos falantes, que se pronunciam sobre questões que lhes dizem respeito, que exigem a partilha na deliberação de políticas que afetam suas vidas e que trazem para a cena pública o que antes estava silenciado, ou, então, fixado na ordem do não pertinente para a deliberação política (TELLES, 1998, p.39). A reivindicação dos direitos dos familiares cuidadores não está relacionada somente às necessidades das famílias, mas, como uma forma de visibilizar as formas de existência, aos seus valores, as suas questões culturais relevantes à vida.

Além da evidente sobrecarga e fragilização das condições de vida desses cuidadores, o não reconhecimento de direitos - ou a sua recusa - significa a privatização ou individualização de questões sociais, o que nos leva a acreditar que o cuidado é particular e não comunitário, e não há nada a fazer a não ser se ajustar às saídas do mercado ou fora dele. Nessa conjuntura, aqueles que foram historicamente excluídos da cidadania, mais uma vez, não tem lugar de proteção. A destituição de direitos significa a incapacidade de se adequar à modernização e, conseqüentemente, ao registro da cidadania.

Considerações finais

O grande marco histórico e jurídico no Brasil, na conquista de direitos, foi a promulgação da Constituição Federal de 1988. No

entanto, ainda há uma fragilidade do acesso e usufruto dos direitos em geral, que decorre das desigualdades sociais, associada ao processo histórico da construção da cidadania e das dificuldades do Estado brasileiro em, efetivamente, se constituir em agente redistributivo de bens e serviços.

Nos processos de desinstitucionalização, a temática do cuidado e as questões familiares apresentam vários desafios à promoção do direito à saúde de todo o grupo envolvido no contexto de cuidado à pessoa com transtorno mental. Se o cuidado em saúde mental a partir da reforma psiquiátrica é partilhado entre família e serviços de saúde, os direitos e as responsabilidades de cada grupo devem ser revisitados. A estratégia de atribuir à família grande parte da responsabilidade do cuidado dos seus membros dificulta a divisão do cuidado e das responsabilidades com o Estado, assim como a desconstrução de estigmas que, historicamente, incidiu sobre esse segmento, sendo de responsabilidade de toda sociedade.

As possibilidades de superação das várias formas de desigualdades e agravos no cuidado de pessoas com transtornos mental necessitam do usufruto mais amplo aos direitos sociais dispostos na Constituição Federal e a uma rede de serviços públicos intersetoriais. Por isso, os serviços de saúde mental devem escutar as reivindicações dos familiares cuidadores, considerando as vivências inerentes ao convívio da pessoa com transtorno mental, promovendo o acesso a outros direitos fundamentais, de modo abrangente, para que estas relações parentais não sejam sobrecarregadas.

Desse modo, ao se falar dos direitos dos familiares cuidadores não se trata de um rol taxativo e previamente estabelecido, mas de uma enumeração e construção conjunta, que pode ser incontável, considerando que são muitos e que dependerão de cada caso concreto e de como usuários e familiares vivenciam as questões relacionadas ao cuidado. Assim, há a necessidade das políticas de saúde mental e atenção psicossocial se organizarem em ‘rede’, para construírem trajetórias de cooperação e produção sinérgica.

Nesta perspectiva, reforça-se que compete ao Estado o asseguramento do efetivo exercício dos direitos da cidadania, por

meio de uma legislação mais inclusiva; na proposição de políticas públicas, com o intuito de melhor distribuir as responsabilidades do cuidado; com o desenvolvimento de instituições de cuidado e de assistência. É de responsabilidade do Estado a oferta de serviços de cuidado, com o apoio da família e da sociedade. Para contar direitos, é preciso contar com a escuta e fomento ao protagonismo das famílias e, sobretudo, dos familiares cuidadores.

Referências

ANDRADE, O. M.; BATISTA, E.C.; CEDRADO, J.J. A família e o cuidado em saúde mental no contexto da religião pentecostal na região Amazônia. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 52, p.<1-21>, jul/dez, 2018.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil [online]. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

BARATA, R.B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

BARROSO, S. M.; SILVA, A. M. Reforma Psiquiátrica Brasileira: O caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. **Revista da SPAGESP**, v. 12, n. 1, p. 66-78, 2011.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição Federal de 1989**. Brasília: Senado Federal, 1989.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental** – 1990-2004. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Brasil 2009.

_____. **Cadernos de Atenção Básica. Saúde Mental**. n. 34. Brasília, 2013.

FEDERICI, Silva. **O ponto zero da revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista.** Tradução do coletivo Sycorax – São Paulo: Elefante, 2019.

GOFFMAN. E. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo: Perspectiva. 1992.

LUIZ, M. A.U. A respeito da exclusão: instituição asilar e desinstitucionalização. In JORGE, M. S. B. *et al.*, (orgs.). **Saúde mental. Da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio.** São Paulo: Lemos Editorial, 2000.

MAGALHÃES, J. J.; LOPES, R.E. et al. Estratégias de Enfrentamento de Mulheres Cuidadoras de Pessoas com Esquizofrenia. **Revista online de pesquisa cuidado é fundamental online** 2018. jul./set.

MELMAN, J. **Família e Doença Mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares.** 3ª ed. São Paulo: Escrituras, 2008.

MIOTO, R.C.T. A família como referência nas políticas públicas: dilemas e tendências. In.: TRAD, L. A. Bomfim (Org.). **Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010, p. 51-60.

OLIVEIRA, E. N.; ELOIA, S. M. C. et al. A família não é de ferro: ela cuida de pessoas com transtorno mental. **Revista online de pesquisa cuidado é fundamental.** 2017. jan./mar. 9(1): 71-78.

PEREIRA, I. C. G. Do ajustamento à invenção da cidadania: serviço social, saúde mental e intervenção na família no Brasil. In: VASCONCELOS, E. M. (Org). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** 3ªed. São Paulo: Cortez, 2006.

ROSA, L. C. S. **Transtorno mental e cuidado na família**. 2^a.ed. São Paulo, Cortez, 2003.

_____. Trabalho social com famílias na perspectiva da política de saúde mental brasileira. In: TEIXEIRA, S.M. (Org.). **Trabalho social com família no âmbito das políticas públicas**. Campinas: Papel Social. p. 213-236. 2018.

SANTOS, C. F.; EULÁLIO, M. do C.; BARROS, P. M. O sentido do cuidar para familiares de pessoas com transtorno mental: um estudo descritivo. **Mudanças** – Psicologia da saúde; 23(2): 27-35, jul.-dez. 2015.

SILVA, I. G. **Democracia e participação na “reforma” do Estado**. São Paulo: Cortez, 2003

TEIXEIRA, S.M. **A família na política de assistência social: concepções e as tendências do trabalho social com família nos CRAS de Teresina-PI**. Teresina: EDUFPI, 2013.

TELLES, V. S. Direitos Sociais: afinal, do que se trata? **Revista USP**. São Paulo (37): 34-45, março/maio 1998.

VASCONCELOS, E.M. **Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social**. Campinas: Papel Social, 2016.

AS ESTRATÉGIAS DE (DES) INSTITUCIONALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL DO PIAUÍ E O CASO DAS EAPS: CONTEXTO E PERSPECTIVAS

Sâmia Luiza Coêlho da Silva¹

Lucia Cristina dos Santos Rosa²

Introdução

As alterações na política de saúde mental brasileira, em curso desde a década de 1990, englobam a reestruturação da assistência em saúde mental e são circunscritas ao movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, concebido pelo Ministério da Saúde como o “[...] conjunto de

- 1 Assistente Social pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Doutoranda e mestra em Políticas Públicas pela UFPI. Especialista em Gestão Social pela Faculdade Ademar Rosado (FAR). Professora da Faculdade Maranhense São José dos Coais (FMSJC/MA). Assistente Social do Centro de Estimulação Sensorial (CES). E-mail: samialuiza@hotmail.com.
- 2 Assistente Social pela Faculdade de Serviço Social de Piracicaba. Pós-doutora em Saúde Coletiva/ Universidade Estadual de Campinas. Doutora em Sociologia / Universidade Federal de Pernambuco. Doutora em Serviço Social/ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Mestre em Serviço Social/ Universidade Federal de Pernambuco. Professora Titular do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí. E-mail: luciacsrosa@gmail.com.

transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais em torno do ‘louco’ e da ‘loucura’, mas especialmente em torno das políticas públicas para lidar com a questão” (BRASIL, 2007, p. 58). Esse conjunto de alterações resultou em processos de desinstitucionalização, que se dão pela desconstrução de aparatos legislativos, ideológicos, tecno-assistenciais e políticos (AMARANTE, 1996), que segregavam a pessoa com transtorno mental (PcTM) do convívio social e do direito de viver na cidade.

Amarante (1997) aponta que a desinstitucionalização consiste em um processo contínuo, observada como estratégia permanente no que diz respeito aos entendimentos culturais, sociais e técnicos no lidar com o sofrimento, com as situações de diferenças e diversidades. Dessa forma, tomada como paradigma na Reforma Psiquiátrica, a desinstitucionalização tem uma concepção muito mais ampla, ao permear todos os componentes oferecidos pela política de saúde mental sob a égide antimanicomial, indo além, pois demanda uma mudança sociocultural.

No Piauí o processo de desinstitucionalização em saúde mental, ainda se encontra em construção, e foi figurado de forma tardia, tendo seu início em meados de 2004, quando surgiu o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Estado como um dos primeiros serviços de natureza substitutiva (um atraso de cerca de 17 anos em relação à criação do primeiro serviço no Brasil).

Dentre os prospectos que marcam o cenário desinstitucionalizante do Estado encontram-se os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e o Programa de Volta para Casa, ambos previstos na portaria nº 3.088/2011 que lança a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Todavia, para além dessas estratégias, observadas como eixo de atenção da RAPS, o Piauí foi marcado por um panorama diferenciado que se revelou por meio do trabalho das Equipes de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno mental em conflito com a lei (EAPs), que, na pesquisa realizada foi observada, por sua peculiaridade, como mecanismo desinstitucionalizante para as PcTMs em conflito com a lei.

As EAPs foram estabelecidas pela portaria nº. 94 de 14/01/14 e se caracterizam como um dispositivo de mediação entre a esfera da justiça e os órgãos responsáveis pela atenção psicossocial, no âmbito do Sistema Único de Saúde, tendo como objetivo subsidiar a aplicação da medida terapêutica aos “pacientes” judiciários e garantir o acompanhamento integral e contínuo no contexto familiar e social, por meio da RAPS (BRASIL, 2014).

No Piauí, as EAPs foram cadastradas, no Ministério da Saúde, em duas equipes no final de 2014, buscando redirecionar as ações e o tratamento destinado as PcTMs em conflito com a lei que foram transinstitucionalizadas para o Hospital Areolino de Abreu (HAA), após interdição do Hospital Valter Alencar (HPVA) que até meados de 2012 funcionava como “referência” enquanto Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) para esse segmento, embora sem cadastramento junto ao Sistema Único de Saúde.

Desta feita, o texto em tela busca apresentar o cenário de desinstitucionalização piauiense focando nas estratégias estabelecidas, em especial nas EAPs, que, apesar de não necessariamente serem observadas, inclusive legalmente, como mecanismo desinstitucionalizante, têm se conjecturado com uma missão singular que se voltou a garantia da individualização das medidas terapêuticas aplicáveis à PcTM em conflito com a lei para viabilizar o acesso e a qualidade do tratamento e acompanhar a execução das medidas terapêuticas em todas as fases do processo criminal.

Originalmente, este estudo é fruto e se consolida como recorte da tese de doutorado, construída junto ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí, que teve por campo empírico as estratégias desinstitucionalizantes bem como duas EAPs do Estado do Piauí. Adotou-se a pesquisa qualitativa, caracterizando-se por ser estudo de caso, tendo por principais técnicas a observação, entrevistas semiestruturadas e a pesquisa documental. Além disso, foi empregada também a triangulação metodológica, objetivando uma combinação de perspectivas e de métodos de pesquisa adequados. A investigação

foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí, sob a aprovação CAEE 15688619.0.0000.5214, e parecer substanciado nº 3.429.155, datado de 01 de julho de 2019.

A desinstitucionalização como produto do Movimento de Reforma Psiquiátrica: Caminhos e configuração no Brasil

A desinstitucionalização, enquanto um dos produtos do processo de reorientação do modelo assistencial em saúde mental é apontada como um dos pressupostos elementares do Movimento de Reforma Psiquiátrica, consolidado como fundamental para a política de saúde mental.

No Brasil, o Movimento de Reforma Psiquiátrica ocorreu fundamentado no contexto da Psiquiatria Democrática Italiana que apregoava que os hospitais psiquiátricos eram espaços de violência e deveriam ser fechados e automaticamente substituídos por serviços territoriais de atenção diária (AMARANTE, 1995). Embora baseado marcadamente nesse modelo, o processo brasileiro de Reforma Psiquiátrica possui uma trajetória própria, marcada por forte movimentação política e pelos desafios de um país constitucionalmente desigual, da periferia do capitalismo, em desenvolvimento (DELGADO *et al.*, 2007).

Desta feita, o Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, conceituada como “[...] conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais em torno do ‘louco’ e da ‘loucura’, mas especialmente em torno das políticas públicas para lidar com a questão” (BRASIL, 2007, p. 58), inicialmente persistiu subsumido ao Movimento Sanitário, mas ganhou uma identidade própria, haja vista que as primeiras tiveram como bandeira de luta a universalidade do direito à saúde, tendo por foco os direitos sociais (ROSA, 2013). Destarte, o movimento se consolidou ainda na busca de politizar a questão da saúde mental, especialmente na luta contra as instituições psiquiátricas, produzindo reflexões críticas que provocaram uma ruptura epistemológica. Além disso, criou experiências e estratégias de cuidado contra hegemônicas,

conquistou mudanças em normas legais e buscou produzir efeitos no campo sociocultural (YASUI, 2006).

De acordo com Amarante (2012), historicamente, o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil teve sua origem no final da década de 1970, no contexto da redemocratização nacional, ou seja, na luta contra a ditadura militar. Rosa (2013) expõe que o movimento reformista orientou-se prioritariamente em torno da luta pelos direitos civis das pessoas com transtornos mentais, isto é, inseriu-se na luta das minorias sociais pelo reconhecimento social e pelas liberdades básicas, tais como vocalizar suas próprias necessidades, circular pela cidade, tendo garantido o convívio social/ comunitário por meio da inserção de serviços substitutivos, mas não abdicando dos direitos sociais. Ao contrário, exigindo-os de maneira conjugada. Ademais, tal movimento contribuiu significativamente para mudança na hegemonia do modelo hospitalocêntrico, levando a um repensar nas formas de cuidado e relações sociais das pessoas com transtornos mentais (PcTMs).

Mas o caminho da Reforma Psiquiátrica não avançou sem percalços. Ao longo de toda a década de 1980 e 1990, os gestores da psiquiatria privada pressionaram politicamente pela manutenção do convênio com o Governo e o não fechamento dos manicômios (SOARES, 1997). Todavia, apesar dessa pressão, a implantação dos serviços substitutivos intensificou-se e imperou a partir de 1992 (VIDAL *et al.*, 2008), ano em que foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) com o tema “A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil: modelo assistencial o direito à cidadania”, determinando uma rede de atenção integral à saúde mental, respeitando a PcTM em sua individualidade e direito.

Ressalta-se que nessa Conferência, foram aprovados os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica na linha da desinstitucionalização³ e de luta antimanicomial (AMARANTE,

3 Amarante (1996) distingue 3 vertentes de desinstitucionalização: como desospitalização, tal como ocorreu nos Estados Unidos, implementada como medida administrativa, de contenção de gastos; como desassistência, decorrente da ausência de suporte estatal para a continuidade de cuidados e desconstrução, na visão basagliana, que produziu alterações paradigmáticas,

1995), destacando-se entre 1991 e 1992, a aprovação das portarias 189/91 e 224/92 do Ministério da Saúde, que criaram uma possibilidade até então inexistente para o Sistema Único de Saúde: a de financiar programas de assistência extramuros para as PcTMs e seus familiares, tais como programas de orientação, lares abrigados, Núcleos de Atenção Psicossociais (NAPS), entre outros (WAIMAN, 2004; AMARANTE, 1995). A portaria 224/92 oficializou, ainda, as normas de funcionamento dos CAPS, especificando suas atribuições e diferenciando os tipos de CAPS por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional (BRASIL, 1992).

Amarante (2012) também aponta que, nesse mesmo período (em meados da década de 1990), teve início, na cidade de Santos em São Paulo, a primeira experiência de uma cidade brasileira a adotar uma política municipal orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, com a construção de uma rede de serviços, estratégias e dispositivos que passaram a ser denominados serviços substitutivos. Criaram-se serviços de emergência psiquiátrica no hospital geral; um vigoroso e criativo projeto cultural, o Projeto TAM TAM, com rádio e TV comunitária; uma residência para ex-internos do hospital Anchieta e uma cooperativa de trabalho, para geração de renda para os usuários.

Para Amarante (2012, p. 643)

O forte impacto e a repercussão da experiência santista estão na base das condições de possibilidade do aparecimento, em outubro de 1989, do projeto de lei (PL n. 3.657/89), de autoria do deputado Paulo Delgado, que propunha a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros serviços de saúde mental. Apesar da rápida aprovação na Câmara dos Deputados, um ano depois, o projeto ficou em tramitação por quase 12 anos e acabou sendo rejeitado no Senado. Contudo, deu origem ao surgimento de um substitutivo, aprovado com a lei n. 10.216/01, que, apesar de abandonar algumas das propostas mais importantes do projeto – tais como extinção progressiva dos manicômios

assistenciais e legais, produzindo uma outra relação entre a sociedade e a loucura.

–, possibilitou muitas inovações no campo do modelo assistencial e dos direitos humanos e da cidadania das pessoas em sofrimento mental.

A lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001, trata fundamentalmente dos direitos e da proteção das PcTMs, além de estimular o tratamento em regime comunitário e não hospitalar. Como aborda Amarante (2007), a lei instituiu a reforma no modelo assistencial em saúde mental. Se antes havia um modelo denominado hospitalocêntrico, centrado na internação das PcTMs em hospitais psiquiátricos, a partir de então institui-se um modelo de atenção psicossocial (também conhecido como modelo comunitário) que privilegia o cuidar em liberdade e objetiva oferecer atendimento multiprofissional na comunidade e reinserir as PcTMs na sociedade.

Pinto e Ferreira (2010) destacam que, após a promulgação da Lei 10.216, outras oito leis estaduais e diversas portarias e programas foram criados para regulamentação do atendimento psiquiátrico comunitário. Merece destaque o Programa De Volta Para Casa criado pela Lei Federal n. 10.708/2003 (BRASIL, 2003), os Serviços Residenciais Terapêuticos⁴ oficializados a partir da portaria nº 106, de fevereiro de 2000 e a portaria 336/GM, que atribui aos CAPS o papel central na psiquiatria comunitária brasileira (DELGADO *et al.*, 2007).

Ademais, a Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira tem como eixos: 1) a descentralização da atenção na internação hospitalar em manicômios para o cuidado comunitário, preservando o cuidar em liberdade, ou seja, os direitos civis, anteriormente suprimidos; 2) a diversificação da rede de Atenção à Saúde Mental, implicando a reconstituição da complexidade das necessidades sociais subjacentes à experiência e vida com a enfermidade, ativando a intersetorialidade e 3) o processo de desinstitucionalização como desconstrução dos aparatos manicomial, legislativos e culturais.

4 Ressalta-se que o Programa de Volta para Casa e os Serviços Residenciais Terapêuticos serão abordados mais adiante como Estratégias de Desinstitucionalização.

Destarte, acerca da desinstitucionalização como eixo da Reforma Psiquiátrica destaca-se a abordagem de Rotelli (1990, p. 33) que considera a desinstitucionalização

[...] sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. [...] Depois de ter descartado a ‘solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (ROTELLI, 1990, p.33).

Em sua origem, os pressupostos da desinstitucionalização encaminham-se no sentido da restituição da subjetividade do indivíduo, possibilitando-lhes a recuperação de sua contratualidade, isto é, da posse de recursos para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social. Contudo, alguns estudos sobre as mudanças operadas na assistência no âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira apontam para a compreensão da desinstitucionalização como desospitalização, ou seja, apenas retirar o sujeito do complexo hospitalar e enviá-lo para casa.

Segundo Spricigo (2002), a desinstitucionalização, não correlata da desospitalização, torna-se a um só tempo, processo de desconstrução que traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com a PcTM, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação em que exista reciprocidade entre a PcTM e a sociedade. Isso gera a necessidade de invenção de novas modalidades de mediação, não somente médicas, mas principalmente políticas, sociais e culturais.

Sobre esta questão, Amarante (1995) enfatiza que a mudança desejada na assistência em saúde mental, pelo campo progressista, não corresponde simplesmente ao fechamento de hospitais psiquiátricos e o conseqüente abandono das pessoas em suas famílias ou nas ruas, nem no fechamento de leitos para reduzir

custos, no sentido do neoliberalismo ou no sentido do enxugamento do Estado. Segundo o autor,

[...] desinstitucionalização não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social (AMARANTE, 1995, p. 491-494).

Neste sentido, a proposta da desinstitucionalização está centrada em uma mudança completa do paradigma de saber em saúde mental e, do ponto de vista assistencial, na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional é antiterapêutico. Assim, a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição do hospital psiquiátrico por um amplo rol de serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário desde a crise aguda até às necessidades mais amplas de caráter social, de forma a garantir cidadania (SCALZAVARA, 2006).

Desta feita, destacam-se algumas ações que foram desenvolvidas para colocar em prática a política de saúde mental, tendo por base o prospecto da desinstitucionalização, segundo Ministério da Saúde (2002):

Redução progressiva dos leitos psiquiátricos de hospitais em hospital psiquiátrico: o processo de mudança do modelo assistencial que vem sendo conduzido visa à redução dos leitos de hospitais psiquiátricos acompanhada da construção de alternativas de atenção no modelo comunitário, pautado no cuidar em liberdade.

Qualificação, expansão e fortalecimento da rede extra hospitalar: os serviços de saúde como, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas em saúde, Clube de Convivência, entre outros.

Programa permanente de formação de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica: o avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil requer ampliar as instâncias de capacitação dos diferentes agentes do cuidado no campo da saúde mental, para além das universidades. Requer o estabelecimento de bases para criar programas estratégicos interdisciplinares e permanentes de formação em saúde mental para o SUS, por meio de capacitação/educação continuada, monitoramento dos trabalhadores e atores envolvidos no processo da Reforma.

Implantação do Programa de Volta para Casa: este programa atende ao disposto na Lei nº 10.216 de 06/04/2001 e faz parte do processo de Reforma Psiquiátrica, que visa reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, qualificar, expandir e fortalecer a rede extra hospitalar. Como estratégia principal para a implementação do Programa foi instituído o auxílio-reabilitação psicossocial para pessoas acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

Implementação da Política de Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas: a Lei nº 10.216 de 06/04/2001 ratificou as diretrizes básicas que constituem o Sistema Único de Saúde: garante aos usuários dos serviços de saúde mental e, conseqüentemente, aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, a universalidade de acesso e direito à assistência.

Desde 2003, a questão do consumo prejudicial é trazida como um problema de saúde pública. No cerne do Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, são destacadas: unidades de atenção básica, CAPS ad, hospitais gerais de referência, a rede de suporte social (associações de ajuda mútua) e, como características principais, estar implicada a rede de cuidados em DST/AIDS e adoção da lógica de redução de danos, que é estratégica para o êxito das ações desenvolvidas por essas unidades.

Inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: a atenção básica em saúde se constitui como um espaço propício aos serviços com bases territoriais que visam buscar modificações sociais, superar o viés da simples assistência e incorporar uma nova forma de cuidar que ultrapasse os muros institucionais e se consolide como comunitário.

Com base na necessidade de se colocar em prática as ações previstas na política de saúde mental foram criados serviços de saúde e programas enquanto estratégias de desinstitucionalização voltados para a qualificação, expansão e fortalecimento da rede extra hospitalar, com o objetivo de inserir a PcTM em atividades diárias, no convívio familiar e na sociedade. Como exemplo se pontua serviços capazes de ser uma referência institucional permanente de cuidados (os CAPS), serviços residenciais terapêuticos (SRTs) e outros serviços ambulatoriais de referência. Igualmente foram incorporados ao campo da saúde cuidados e procedimentos tais como renda (Programa de volta para Casa), trabalho protegido (Programa geração de renda e trabalho), lazer assistido (Centros de Convivência e Cultura) e outras formas de intervenção intersetorial ampliada.

Dessa forma, é composta uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) embasada na desinstitucionalização. A RAPS é lançada pela portaria de nº 3.088 do Ministério da Saúde em 2011, conformando uma rede de serviços no âmbito do SUS para além do CAPS e sendo vista enquanto fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, pois “a articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é crucial para a constituição

de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental” (BRASIL, 2005, p.35).

Ressalta-se que a RAPS possui como um dos seus componentes⁵ as “Estratégias de Desinstitucionalização” que estão voltadas à garantia do cuidado integral, da promoção de autonomia, do exercício da cidadania e da progressiva inclusão social às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência. No Estado do **Piauí**, tais estratégias tem se caracterizado principalmente pela adoção dos SRTs que emergem ainda no ano de 2006, do Programa de Volta pra Casa⁶ e das Equipes de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), esta última observada como uma particularidade do cenário piauiense, haja vista ser um serviço recente (consolidado no ano de 2015) e pioneiro a nível nacional, como veremos no item de discussão e análise desse trabalho, onde será debatido o panorama e as particularidades locais no tocante à desinstitucionalização.

As estratégias de (des)institucionalização do Piauí e o caso das EAPs: apontamentos de um cenário singular

O processo de reforma psiquiátrica, apesar de se constituir enquanto política nacional se conformou de forma singular em cada Estado da federação, a partir da história e correlação de forças locais. No Piauí, o processo de (des)institucionalização ainda encontra-se em construção, haja vista o próprio começo ter sido

5 De acordo com Brasil (2011) a Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes: I- Atenção Básica em Saúde; II- Atenção Psicossocial Especializada; III- Atenção de Urgência e Emergência; IV- Atenção Residencial de Caráter Transitório; V- Atenção Hospitalar; VI- Estratégias de Desinstitucionalização; VII- Reabilitação Psicossocial.

6 Instituído pela Lei Federal nº 10.708, de 31 de julho de 2003, integra a Rede de Atenção Psicossocial no componente Estratégias de Desinstitucionalização por meio do pagamento de um benefício R\$ 412,00 reais mensais por pessoa para pessoas egressas de hospitais psiquiátrico e/ou custódia. O Estado possui 23 beneficiários.

tardio na realidade local, pois se iniciou a partir de meados dos anos 2000 quando se instituiu o estabelecimento dos CAPS. Rosa (2011) relata que o surgimento dos CAPS data de 2004, retratando um atraso de 17 anos em relação à criação do primeiro serviço substitutivo dessa natureza no Brasil.

Vários acontecimentos convergiram, para o alavancamento do processo de desinstitucionalização em saúde mental no cenário piauiense. As políticas indutoras do Ministério da Saúde, para reduzir o número de leitos em hospitais psiquiátricos e os recursos migrarem para a criação de serviços substitutivos, com a possibilidade de expansão da rede, com CAPS e SRT. O próprio papel assumido pelo Hospital Areolino de Abreu, que historicamente ocupou o epicentro da assistência e dos embates políticos em saúde mental e também, contraditoriamente, assume a vanguarda do processo de desinstitucionalização do segmento considerado “morador” do manicômio, tendo como acelerador do processo, a crise financeira do Sanatório Meduna, que culmina com seu fechamento, encerrando 200 leitos de saúde mental, o que forçou a construção da rede de atenção psicossocial, sobretudo em Teresina, requerendo do gestor municipal ação conjugada com o gestor estadual, para tanto.

Em Teresina, de acordo com Pereira (2018), a RAPS encontra-se organizada a partir dos seguintes pontos de atenção:

Quadro 1. Sistematização da RAPS em Teresina.

| Componentes da RAPS (eixos) | Pontos de atenção (previstos na Portaria nº 3088/2011) | Serviços existentes em Teresina |
|------------------------------------|---|---|
| I – Atenção Básica em Saúde | Unidades Básicas de Saúde (UBS) | 90 UBS, com 258 equipes de Saúde da Família |
| | Núcleo de Apoio a Saúde da Família | 3 NASFs |
| | Consultório na Rua | 1 equipe de Consultório na Rua |
| | Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório | Sem informações |
| | Centros de Convivência e Cultura | Inexistente |

| | | |
|---|---|---|
| II – Atenção Psicossocial Especializada | Centros de Atenção Psicossocial (nas diferentes modalidades: I, II, III, ad, infanto-juvenil, ad III) | 1 CAPS AD 2 CAPSi 4 CAPS II 1 CAPS III |
| III – Atenção de Urgência e Emergência | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) | SAMU |
| | Sala de Estabilização | Hospital Areolino de Abreu |
| | Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas | |
| | Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro | |
| IV – Atenção Residencial em caráter transitório | Unidades de Acolhimento Serviços de Atenção em Regime Residencial | Inexistente |
| V – Atenção Hospitalar | Enfermarias especializadas em Hospital Geral | 06 leitos na Maternidade Evangelina Rosa |
| | Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas | 10 leitos no Hospital do Mocambinho |
| VI – Estratégias de Desinstitucionalização | Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) | 5 SRTs |
| | Programa de Volta para Casa (PVC) | 19 Beneficiários do PVC |
| VII – Reabilitação Psicossocial | Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda e Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais | Sem informações |

Fonte: PEREIRA (2018, p. 124), com base em informações fornecidas pela FMS e SESAPI.

Neste trabalho, a pesquisadora priorizou o debate de um dos pontos de atenção da RAPS no Estado, sendo ele o correspondente às “Estratégias de Desinstitucionalização”. Pontua-se que a desinstitucionalização foi estabelecida como estratégia por meio da portaria n. 2.840, de 29 de dezembro de 2014, do Ministério da Saúde, em que foi criado o Programa de Desinstitucionalização.

No cenário municipal, como nota-se pelo quadro acima, os eixos de atenção referentes a esse componente da rede contam com os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e o Programa de

Volta para Casa (PVC). Todavia, há que se destacar que no contexto estadual um elemento se particularizou, como mencionado no decorrer desse texto, elemento este visualizado como estratégia pioneira a nível nacional, caracterizado pelas Equipes de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAPs), nascente no Piauí no ano de 2015.

Em relação aos SRTs e ao PVC destaca-se que ambas são estratégias distintas de desinstitucionalização, porém associadas como diretrizes políticas de construção do processo de reinserção social de pessoas egressas de instituições psiquiátricas.

No Piauí, os SRTs – compreendidos e regulamentados a partir da portaria 106/2000 como espaços que surgem para acolher e acompanhar PcTMs egressas de longas internações em hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico com 2 ou mais anos em vida institucional e que não apresentam condições de garantia de um ambiente adequado de moradia e objetivam viabilizar os cuidados com o segmento de PcTMs que se encontravam desvinculados da sociedade (FURTADO, 2006) – foram implantados e consolidados efetivando a (des) institucionalização de (18) dezoito PcTMs que viviam internadas em hospitais psiquiátricos do Estado. Três residências de âmbito estadual foram materializadas em três zonas da cidade: centro, zona norte e zona sul e recentemente, no ano de 2015, foi implantada uma residência na zona leste para PcTMs “em conflito com a lei”. Em cada residência moram no máximo oito (08) pessoas, alguns moradores são egressos do Hospital Areolino de Abreu, enquanto outros são advindos do extinto Hospital Penitenciário Valter Alencar⁷. É importante ressaltar que no âmbito municipal também

7 Registra-se que o HPVA, que vinha recolhendo as pessoas com transtorno mental do Sistema Prisional do Piauí desde o ano de 1996, foi extinto da estrutura administrativa da Secretaria de Estado da Justiça do Piauí no ano de 2016 em cumprimento aos direitos e garantias fundamentais previstos na Constituição Federal e nos termos da Lei 10.216/2001 e em consonância com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP).

se registram estratégias de desinstitucionalização com, atualmente, duas residências: uma na cidade de Teresina na zona sul e a outra na cidade de União.

No tocante ao PVC – estabelecido pela Lei Federal nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o pagamento de um benefício mensal no valor de R\$ 412,00 durante o período de 1 ano, podendo ser renovado, a pessoas com longo processo de institucionalização em hospitais psiquiátricos, tendo como objetivo contribuir efetivamente para o processo de inserção social, favorecendo o convívio social, de forma a assegurar o exercício pleno de seus direitos (PEREIRA, 2018) – registra-se que se constitui como auxílio aos moradores dos SRTs e no Piauí foi observado que este vem permitindo a esse segmento a reconstrução de suas identidades e da cidadania.

Gosto de morar aqui, adoro as meninas, adoro todos daqui, tenho meu dinheirinho e sou independente [...] (MORADORA 1 SRT 2).

[...] quando a gente assim quer comprar alguma coisa a gente entra numa conversa e decide e aí **cada um contribui**, um dá um tanto outro dá outro tanto, é assim. Sempre existe decisão em conjunto pra tudo [...] (CUIDADORA 2 SRT 2).

Assim, observou-se que na perspectiva jurídico-política, as PcTMs já têm a possibilidade de envolverem-se nas relações sociais, participando da vida econômica e administrando o próprio dinheiro, o que permite também intensificar as trocas sociais, afirmando-as em relações mais igualitárias e empoderadas, o que é visível pelas negociações envolvendo dinheiro entre os próprios moradores e estes e as cuidadoras.

Destarte, compreendendo os SRTs e o PVC enquanto estratégias no seio atual que envolvem a política de saúde mental, observa-se a necessidade ainda, em relação aos SRTs, de estender a cobertura desses dispositivos residenciais, de qualifica-los e financiá-los adequadamente. Além disso, Ribeiro (2006) aponta que

os moradores dos SRTs que recebem o PVC demonstram melhoria no nível de interesse em adquirir e poder trocar objetos, o que lhes proporciona maior autonomia. Contudo, a importância dada a esse programa pelos profissionais ainda é baixa. Lima (2008) identifica que os profissionais conhecem pouco o programa e não conseguem enxergar seu potencial para ações de desinstitucionalização.

Mediante o cenário de desafios vivenciados no contexto que envolve o panorama da política de saúde mental no que tange à desinstitucionalização referente aos SRTs e ao PVC, mas também de implementação de diferentes perspectivas que tem promovido novos olhares em torno do modelo de atenção instituído para a PcTM, pontua-se uma realidade particular que o Piauí estabeleceu desde o ano de 2015 como estratégia desinstitucionalizante⁸. Tal realidade apresenta-se por meio da institucionalização das EAPs.

As EAPs foram estabelecidas por meio da Portaria nº 94/2014 com o redirecionamento da atenção por meio de Portaria nº 1/2014 que instituiu a PNAISP (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade). Se caracteriza por ser um dispositivo de mediação entre a esfera da justiça e os órgãos responsáveis pela atenção psicossocial, no âmbito do SUS e tem o objetivo de garantir o acompanhamento integral e contínuo dos “pacientes” judiciários (PcTMs em conflito com a lei) no contexto familiar e social, por meio da rede de atenção (BRASIL, 2014).

As EAPs se formaram por conta de um contexto histórico que influenciou seu surgimento, que se deu principalmente devido ao cenário de transformação que envolvia o tratamento destinado as PcTMs em conflito com a lei. Esse contexto se inicia a partir de um decreto oficializado em 1903, mas que só vigora em 1921 com a criação do primeiro manicômio judiciário no Brasil, na cidade do

8 Registra-se que o estabelecimento e criação das EAPs no Estado não prefigura em seu objetivo central a proposta de desinstitucionalização, além de não estarem inclusas na portaria que instituiu a RAPS e determina as estratégias de desinstitucionalização de acordo com a política de saúde mental. Todavia, destaca-se que sua implementação foi singularizada nesse contexto devido à realidade local que demandou necessidades peculiares para o cenário piauiense.

Rio de Janeiro, que mais tarde passa a ser chamado e conhecido por Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico com funções, teoricamente, terapêuticas e preventivas para cumprimento da medida de segurança que tem como pressuposto a questão da periculosidade e da inimputabilidade, onde a periculosidade é o fundamento da aplicação da medida de segurança para inimputável que é aquele que não tem discernimento ou perdeu a capacidade dos atos ilícitos que praticou (CARRARA, 2010).

O processo de aplicação da medida de segurança tem envolvido alta complexidade devido à naturalização do vínculo entre doença mental e periculosidade, onde o julgamento é feito tendo por base a natureza perigosa da PcTM, que historicamente carrega esse estigma de perigo, o que tem gerado justificativa para clausura por tempo indeterminado de várias PcTMs muitas vezes por pequenos furtos, danos ao patrimônio, desacato a autoridade, o que teoricamente não devia acontecer, já que o artigo 97 do código penal aponta claramente que o cumprimento da medida de segurança na modalidade de privação de liberdade só se justifica em casos em que o crime for realmente passível de reclusão, sendo que em todas as outras espécies de delito, a medida de segurança deveria ser ambulatorial (VENTURINI *et. al.*, 2016).

Ademais, a partir disso, constata-se que o código não é aplicado e que, independente do tipo de crime, a questão da periculosidade funciona como base principal do sistema penal brasileiro, priorizando o tratamento asilar, o que acaba inclusive por ir na contramão da lei 10.216/01, que direciona as práticas de saúde mental em meio aberto, fora os agravos que são provocados nesse contexto de asilamento, que desconecta e fragiliza a PcTM.

Na verdade, com a lei 10.216/01 observou-se essa ineficiência da internação em Hospital de Custódia, entendendo que a atenção à saúde mental das PcTMs em conflito com a lei deveria ser ajustada, como aponta Venturini *et. al.*, (2016), às diretrizes do SUS e que o tema exigiria uma abordagem intersetorial, onde os Ministérios da Saúde e da Justiça deveriam atuar em conjunto. Nessa perspectiva, algumas políticas vão sendo implementadas para a reorientação do

modelo de atenção a PcTM em conflito com a lei através do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade e, a partir daí, são criadas as EAPs.

No Piauí, o histórico das EAPs e de reorientação da atenção as PcTMs em conflito com a lei se dá inicialmente com a interdição do HPVA, localizado no município de Altos, próximo à capital Teresina. O HPVA foi equivalente, embora não legalmente, pois sem vínculo com o SUS, ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) do Estado do Piauí (PIAUÍ, 2017).

No cenário piauiense, o HPVA se caracterizou como um serviço híbrido, um misto de saúde e segurança que teve início como um anexo à Penitenciária Major César, em meados de 2004, ou seja, na contramão da reforma psiquiátrica. Quando o hospital foi vinculado à Secretaria de Justiça do Estado, foi solicitada a realização de inspeção e graves irregularidades foram constatadas (quanto a estrutura física e a própria violação de direitos humanos). Mediante essa inspeção foram gerados relatórios que deram base para o Ministério Público fazer requerimento, especificamente no ano de 2012, para interdição desse local (NASCIMENTO *et. al.*, 2017).

Desde então foram sendo feitos tensionamentos pela justiça do Estado do Piauí para que fosse realizada a transinstitucionalização, ou seja, retirada das PcTMs para outras instituições similares, onde a tramitação ocorreu para o Hospital Areolino de Abreu (HAA) considerando a grave situação no HPVA.

O processo desse redirecionamento se deu com o encaminhamento inicial de 23 pacientes internados no HPVA para o HAA, no ano de 2014, o que gerou colapso devido ao quantitativo de leitos destinados à internação integral, além da resistência, estigma, medo e preconceito por parte dos profissionais e conselhos de classe como o Conselho Regional de Medicina (CRM) que não aceitaram tais direcionamentos (NASCIMENTO *et. al.*, 2017).

Mediante o cenário caótico, no final do ano de 2014 a Secretaria de Estado da Saúde (SESAPI), fomentada pela situação

instalada, estabeleceu parceria técnica com a Secretaria de Estado da Justiça (SEJUS), Tribunal de Justiça, Ministério Público, onde foram traçadas ações e metas com a finalidade de redirecionar o modelo de atenção a saúde mental destas PcTMs em conflito com a lei.

No seio dessa realidade é que foi se figurando e se constituindo as EAPs. Em relação a esse histórico formativo das EAPs, sua função e caracterização registra-se a fala das entrevistadas que acompanharam o processo de inserção das equipes no Estado

[...] eu acompanhei o processo de composição, eu não fazia parte da equipe, né? Fazia parte só da gerência, trabalhava aqui pela manhã. E aí a gente acompanhou todo o processo de construção. A EAP é um pedaço de uma colcha maior, né? Então a gente acompanhou o processo de formação e quando essas equipes começaram a trabalhar eu já entrei já no quase que no finalzinho do primeiro ano de atividade da EAP [...]. Foi um serviço que assim, foi implantado e começou a funcionar, né? Ele foi incentivado pelo Ministério da Saúde em 2014, né? Que foi quando o Estado resolveu aderir à política e também a questão de implantação do serviço, né? Que são duas equipes, mas é conhecida como serviço de avaliação e monitoramento da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. E aí o Estado foi habilitado com duas equipes, mas essas duas equipes só vieram a funcionar de fato e de direito em maio de 2015 (PROFISSIONAL 4).

Na realidade a EAP é um braço da política, né, da PNAISP só que assim, o próprio Ministério desenhou a EAP, mas não sabe, ele não tinha como imaginar que como isso ia ser operacionalizado e como isso e iria ter uma continuidade, até porque era o início de uma política, né? A política é de 2014 é uma coisa muito recente né? E a **EAP ela trabalhou com as especificidades do Piauí**, né? Que a gente sabe que no Maranhão, por exemplo, a especificidade é outra, né? Aqui é uma equipe a nível de secretaria de Estado, então ela é referência para 224 municípios, faz atendimento dos pacientes de qualquer município, né? E por isso que ela é uma equipe difusa e nessa perspectiva de que ela também não faz assistência, não faz a perícia, **mas ela conecta todas**

as políticas públicas que aquela pessoa com transtorno mental em conflito com a lei necessita independente do tipo de medida de segurança que essa pessoa vá ter, né? Então é uma EAP que é muito difusa, é muito volante [...] (PROFISSIONAL 4).

[...] essa equipe, **ela é da saúde**, ela não é do Ministério da Justiça, mas a gente trabalha em parceria porque os detentos estão lá, né? E a minha visão é que é extremamente necessária porque o louco infrator, o crime é concebido muitas vezes do surto psicótico dessas pessoas que não recebem tratamento. E elas chegam como criminosos nas cadeias e lá elas não podem ficar. Foi importante e ainda hoje é (PROFISSIONAL 2).

EAPs são equipes ligadas à Frente Nacional da Pessoa Privada de Liberdade que é um traço nessa política, um ramo específico. E as EAPs são equipes de saúde mental ligadas à política da pessoa privada de liberdade (PROFISSIONAL 5).

Tendo por base os relatos acima, percebe-se que o trabalho das EAPs no Estado visava romper com a lógica dominante de apartação social e abandono, deslocando a atenção do regime hospitalar para o comunitário, buscando promover, dessa forma, atenção integral das pessoas com transtorno mentais submetidas à medida de segurança pela lógica do sistema público de saúde, afastando-os, portanto, de um olhar isolado da justiça e possibilitando a construção de um novo olhar, o da cidadania (PIAUÍ, 2017), com intensa intersectorialidade, mas, abarcando todos os municípios e constituindo-se com uma equipe com um formato bem flexível, volante, o que permitia trânsito e dinamicidade, com várias frentes simultâneas, inclusive a de conectar várias políticas para atender diversas necessidades, no horizonte da integralidade.

Efetivamente, as EAPs iniciaram seu trabalho no ano de 2015 com a realização de avaliações biopsicossociais (censo psicossocial) das PcTMs que foram internadas no antigo HPVA e no HAA, sendo um processo complexo, pois não se tinha dados fidedignos sobre a demanda existente no sistema penitenciário do Estado, no que

diz respeito a quantidade de pacientes com transtornos mentais provisórios judicialmente, em medida de segurança, com guia de internação, procedência, etc. Após este levantamento foi gerado relatório com Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), discutidos e encaminhados ao Secretário Estadual de Saúde, Secretário de Justiça e Juiz do Tribunal de Justiça através da Vara de Execução Penal, sendo induzido a criação de mais 03 SRTs no Estado, instituídos pela portaria nº 3090 de 23 de dezembro de 2011 no âmbito do SUS, em que de imediato um SRT foi criado e há a previsão da implantação de mais um quantitativo de dois (NASCIMENTO *et. al.*, 2017).

Alguns desafios se consolidaram para a engrenagem do trabalho das EAPs no Estado, dentre eles destaca-se a implantação de SRTs, pois embora fossem considerados como elementos e estratégias necessárias a desinstitucionalização das PcTMs em conflito com a lei, barreiras como a contratação de pessoal e temores dos profissionais foram encontradas

[...] teve “n” questões administrativas na Sesapi, principalmente com **recursos humanos** que o **Estado entrou naquele período que não podia contratar mais ninguém** [...]... a gente chegou até a alugar o imóvel e tudo, mas não teve como contratar o pessoal porque eles entraram naquele negócio administrativo de improbidade administrativa [...] limite prudencial que eles chamam de contratação (PROFISSIONAL 5).

[...] **num primeiro momento teve muita resistência**, ninguém quer fazer esse acolhimento, mas deu certo. Depois as coisas foram, os medos sendo minimizados, eu acho que era mais medo mesmo da equipe (PROFISSIONAL 4).

Além do fato do SRT ser um serviço que é para ser implantado a nível de gestão municipal e que o Estado acabou assumindo, haja vista a gestão municipal ter resistido historicamente a processos desinstitucionalizantes, o que ocorreu por força dos Termos de Ajustamentos de Conduta imposto pelo Ministério Público. Na pesquisa realizada foi detectado que cerca de 27% de PcTMs em

conflito com a lei tem avaliação de perfil para inserção em SRT, mas o percentual apontado de efetiva inserção é de 5%, o que demonstra a necessidade de investimento do poder público em novos dispositivos.

Ademais, o próprio estigma e o preconceito também foram observados, porque se desinstitucionalizar a PcTM em geral já é complicado, fazer isso com o PcTM em conflito com a lei configura um processo ainda mais complexo.

E aí é um tema difícil pra se dialogar que é o paciente em conflito com a lei, mas de início a gente vem trabalhando, essa equipe EAP ela é fantástica quanto a isso porque, **se o paciente com transtorno mental é difícil de desinstitucionalizar, o paciente em conflito com a lei é o cubo** [...] a partir de então, **não tinha mais esse negócio de dizer que a residência não ia receber em conflito com a lei.** Toda e qualquer residência vai receber todo e qualquer paciente. E isso foi um tumulto também... E ainda teve caso, por exemplo, agora no final de 2018 um morador que é de uma pessoa importante da gestão de Teresina, que foi reclamar ao Secretário de Saúde que não queria aquela casa ali daqueles drogados ali não, daquelas pessoas que eram da Major Cesar, perto da casa da mãe dele. É assim bárbaro uma situação dessas (PROFISSIONAL 5).

Percebeu-se que o estigma que ronda o segmento é uma constante, inclusive da vizinhança, que quando toma conhecimento do processo em curso, tende a resistir.

Dessa forma, o processo de desinstitucionalização, na verdade, desde a sua parte inicial, foi cercado por muitas incertezas, com uma equipe composta pelo ente federal, sem respaldo legal local, em que o coletivo que a integrava, tomou para si a responsabilidade de fazer acontecer o processo. Claro que tinham respaldo na Secretaria de Saúde, da Justiça e no Juiz, e também o contexto era favorável. Mas, o que se destaca é que, embora representasse uma política pública consolidada, ainda era circundada de incertezas, e muitos aspectos acabavam ficando sob responsabilidade dos profissionais, ou seja, o peso do processo pairava sob eles, embora com apoio da gestão maior desse processo.

Ademais, foi perceptível outros desafios presentes no processo de trabalho das EAPs, como a questão da rede que ainda se encontra fragmentada e precarizada, ocasionando um processo complexo para a divisão e articulação do cuidado, bem como do que foi notado pelos dados da pesquisa, em que foi verificado que 16,67% das PcTMs retornaram para casa e ainda uma média de 33,50% se encontram em transição para o convívio familiar por motivos inúmeros, seja pelas condicionalidades da família que, muitas vezes, tem dificuldade de retomar a vivência com essa PcTM, seja pelos entraves na dinâmica com o judiciário, que muitas vezes apresenta morosidade em sentenciar e avaliar a situação da PcTM em conflito com a lei, provocando muitas vezes até o óbito desse paciente.

Quanto à questão da rede como desafio das EAPs, destaca-se que a RAPS ficou isolada e ao mesmo tempo parece ter se isolado, permitindo concluir como os gestores e profissionais se apropriaram do ideário da reforma e como o colocaram em ação, por isso a importância de investir em qualificação e preparo profissional e também de buscar efetivá-los no serviço para que seja possível dar continuidade e avançar na proposta de desinstitucionalização.

Quanto aos avanços desse trabalho das EAPs foi possível observar como produto o baixo índice de (re)internação, mostrando que pode ser possível a reinserção de um público que cometeu um ilícito, mas nem por isso deve reincidir. Além disso, o Piauí, por meio dessas equipes, foi se consolidando como parâmetro e estratégia, no que tange ao processo de trabalho com as PcTMs em conflito com a lei, despontando no rol das boas práticas em saúde mental, como inovador/modelo também de processos desinstitucionalizantes devido a realidade posta pelo próprio Estado.

[...] logo depois que o paciente está inserido na família ainda **continua o monitoramento**, porque a equipe tem essa finalidade de fazer o monitoramento e avaliação constante. A gente só teve, se não me engano foi um ou dois casos de reinternação (PROFISSIONAL 5).

O processo é feito com muita sutileza, conquistando paulatinamente a adesão familiar, tecendo a rede sócio assistencial, do território de cada família, com ênfase no Centro de Referência e Assistência Social (CRAS) e CAPS, e garantia de retaguarda da equipe da Eap, no monitoramento do processo.

Desta feita, é possível afirmar que o trabalho das EAPs no Piauí foi importante, haja vista que propiciou um novo olhar as PcTMs em conflito com a lei, buscando avançar e superar os desafios impostos, muito embora seja válido mencionar que ainda há muito o que ser percorrido em prol da efetividade da rede de saúde mental que considere as premissas da política de saúde mental no contexto da desinstitucionalização, principalmente levando em conta as várias mudanças no cenário de saúde mental, tendo por principal marco, o estabelecimento da portaria nº 3.588/2017, que prevê o retorno do papel dos hospitais psiquiátricos, passando a serem financiados pelo poder público e, agora, fazendo parte da RAPS (BRASIL, 2017).

Tal questão acarreta em barreiras para a plena consolidação e avanços das estratégias desinstitucionalizantes, inclusive no Piauí, que, no caso das EAPs, tem se deparado recentemente com um panorama de inconsistências, haja vista ter sido extinto enquanto serviço por meio da Portaria GM/MS n. 1325, de 18 de maio de 2020 e ter sido revogado em julho do mesmo ano pelo Ministério da Saúde em virtude dos questionamentos advindos de diversas instituições, organizações e especialistas, incluindo o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) que solicitou esclarecimentos à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde sobre a extinção do serviço e sobre a existência de ações e estratégias capazes de substituí-lo, especialmente nas unidades da federação que já haviam habilitado as EAPs, como no caso piauiense (CONJUR, 2020).

Segundo a mesma fonte acima, o CNJ pontuou que o serviço das EAPs desempenha importante papel, afirmando, ainda, que a complexidade que envolve o tratamento adequado a esse segmento populacional ultrapassa o âmbito da justiça e impõe uma atuação intersetorial, que ficaria prejudicada com a extinção dessa política

pública. De acordo com o CNJ, as PcTMs em conflito com a lei mantidas em HCTPs ou outros espaços com essa finalidade passariam a sobreviver em situação de vulnerabilidade ainda maior com o fim do serviço.

Assim, na esteira do processo desinstitucionalizante prefigura-se que o cenário piauiense consolidou avanços, verificados por meio das estratégias de desinstitucionalização adotadas como os SRTs e PVC, porém, pondera-se que os desafios precisam ser superados, haja vista que, por exemplo, quando se trata da EAP, o que se percebe é que o trabalho, apesar de ser realizado pelas equipes (muito embora com algumas inconsistências e incertezas) considerando a concepção da desinstitucionalização como (des) construção, ainda estabelece-se com resistências: seja pela rede intersetorial que se apresenta de forma precarizada e fragmentada, o que torna a divisão de cuidados comprometida, sobrecarregando a EAP que teve realmente que negociar e pactuar o acontecimento do processo; seja pela própria comunidade, pois essa política visa o cuidado comunitário e se observa que as PcTMs ainda sofrem com o estigma e o preconceito social.

Considerações Finais

Para expor a formação do desenho de desinstitucionalização no Estado do Piauí e como este foi configurado, a pesquisadora apontou suas nuances e particularidades, elencando tal contexto no que concerne aos aspectos contributivos para o processo (des) institucionalizante, dando destaque as estratégias adotadas, principalmente o cenário a partir das EAPs.

Desta feita, foi possível verificar que a desinstitucionalização enquanto produto advindo do Movimento de Reforma Psiquiátrica pode ser entendida, de acordo com Amarante (1997), não como um método ou dogma, mas como uma estratégia que não se alcança de forma completa e perfeita, pois se trata de um processo permanente no que diz respeito aos entendimentos culturais, sociais e técnicos no lidar com o sofrimento, com as situações de diferenças

e diversidades, ou seja, é a ideia mesmo de desconstrução e de um processo contínuo que reinventa novas formas sociais no lidar com a loucura, a diferença e o sofrimento humano.

No Piauí o processo de (des) institucionalização encontra-se ainda em construção, haja vista o próprio início ter sido tardio e configurado a partir de estratégias previstas como eixos da RAPS, a saber: os SRTs, o PVC e, num panorama singular, as EAPs que foram instituídas e habilitadas recentemente, em 2015, por meio da Portaria nº 94/2014.

Apesar de não ser localizada como estratégia prevista legalmente, as EAPs no Estado, pelas circunstâncias apresentadas em virtude da interdição do HPVA e do próprio redirecionamento de atenção que passava a ser construído em torno da PcTM em conflito com a lei, configurou-se como relevante mecanismo à medida que, considerando os ideais e preceitos de reforma psiquiátrica, buscaram consolidar, desde o momento de sua implantação, um processo de (des)institucionalização característico e à luz da perspectiva de (des)construção. Contudo, há que se mencionar que ainda existe um longo caminho para consolidação desse processo, pois na perspectiva imposta pelo panorama de desinstitucionalização é necessário, sobretudo, refletir acerca do cuidado em saúde mental e na relação estabelecida entre as interfaces que permeiam esse cenário.

Referências

AMARANTE, P. D. C. (Org.) *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

AMARANTE, P. D. C. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

AMARANTE, P. D. C. *Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira*.

In: Fleury, S. (org.). *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 163-185.

AMARANTE, P. D. C. *Saúde Mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P. D. C. Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado. In: GIOVANELLA, L. et. al (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, p. 635-655.

ARCOVERDE, A. C. B. *Metodologias qualitativas de pesquisa em Serviço Social*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017*. Brasília, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.94, de 14 de janeiro de 2014*. Brasília, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/ DAB. *Legislação sobre Rede de Atenção Psicossocial* – Portaria nº 3.088/ 2011, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde “Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil”. In: *Conferência Regional da Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.708/2003. *Manual do programa “De Volta Para Casa”*. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Portaria 336/GM de 19 de fevereiro de 2002*. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 224 de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 29 jan. 1992. Seção 1.

CARRARA, S. L. A história esquecida: os manicômios judiciais no Brasil. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v.20, n.1, p.16-29. 2010.

CONJUR. *Revista Consultor Jurídico*. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2020-jul-16/extincao-apoio-presos-transtornos-mentais-revertida>. Acesso em 21/09/2020 às 10:47.

DELGADO, P. G. et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Org.). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 39-83.

FURTADO, J. P. *Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS*. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2006, 785-95.

GIL, A. C. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 6ª ed. Editora: Atlas, 2008.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: 2 ed, Editora Atlas. 2002.

LIMA, S.C. *O Programa de Volta para Casa em Fortaleza: o que mudou na vida de seus beneficiários*. 2008. 129p. Dissertação (Mestrado

em Políticas Públicas e Sociedade) – Centro de Humanidades, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2008.

MINAYO, M. C. S. (Org.). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa. In: MINAYO, M. C. S (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 21ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. p. 18- 29.

NASCIMENTO, G. M. N. et. al. Considerações sobre o redirecionamento do modelo de atenção à saúde mental das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei no Estado do Piauí no ano de 2014 a 2016. In: PEREIRA, S. L. B et. al. *A política de saúde mental no Piauí sob a égide da RAPS*. Teresina : EDUFPI, 2017.

PEREIRA, S. L. B. *Intersetorialidade na política de saúde mental: uma análise a partir das articulações tecidas pelos/as assistentes sociais nas redes intersetoriais*. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) – UFPI, Teresina, 2018, 292 p.

PIAÚÍ. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Atenção à Saúde Mental. *Uma porta, várias saídas: Resgatando a cidadania*. Cartilha, Gerência de Atenção à Saúde Mental, Teresina-PI, 2017.

PINTO, A. T. M.; FERREIRA, A. A. L. Problematizando a reforma psiquiátrica brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 15, n. 1, p. 27-34, 2010.

RIBEIRO, I. P. *De Volta para Casa: estudo com egressos de hospitais psiquiátricos*. 2006. 97p. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2006.

ROSA, L. C. S. *Classes sociais, gênero e etnias na saúde mental*. Teresina: EDUFPI, 2013, 412p.

ROSA, L. C. S. A Política e as ações em saúde mental do Piauí: as dimensões transformadoras da década 2000 a 2010. In: ROSA, L. C. S; BONA, M. E. C; MACEDO, J. P. *Política e ações de saúde mental no Piauí: 2000 a 2010*. Teresina: EDUFPI, 2011, 244 p.

ROTELLI, E et al. Desinstitucionalização: uma outra via. In: NICÁCIO, E (Org.). *Desinstitucionalização*. 2. ed. Sao Paulo: HUCITEc, 1990.

SCALZAVARA, F. *A operacionalização da Reforma Psiquiátrica Brasileira* - um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de Florianópolis. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, 2006, 136 p.

SOARES, J. M. A. S. *Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental*. Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública para obtenção do grau de Mestre. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997, 111 p.

SPRICIGO, J.S. *Desinstitucionalização ou desospitalização: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis*. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. - (Teses em Enfermagem, 42).

VENTURINI, E. et. al. *Louco Infrator e o Estigma da Periculosidade*. Brasília: CFP, 2016. 356p.

VIDAL, C. E. L. et. al. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro , v. 57, n. 1, p. 70-79, 2008 .

VIEIRA, G. T. S. *A família e o provimento de cuidados à pessoa com transtorno mental no contexto da desinstitucionalização*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. UFPE. Recife, 2009, 108 p.

WAIDMAN, M. A. P. *O trabalho de cuidados às famílias de portadores de transtornos mentais no paradigma da desinstitucionalização*. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2004, 277 p.

YASUI, Silvio. *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Tese de Doutorado em Ciências na área de Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006, 208p.

SEGUNDA PARTE

OS DESAFIOS E AS POTENCIALIDADES NA PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NO CAPS

Ana Luísa Arrais Ribeiro¹

Lucia Cristina dos Santos Rosa²

Introdução

O interesse pelo objeto desse estudo surgiu a partir da experiência de estágio obrigatório no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II Sul de Teresina, no período de agosto de 2017 a junho de 2018, onde foi observado que o Serviço Social estava priorizando as atividades de matriciamento com as equipes dos equipamentos da rede socioassistencial e a participação da família no serviço ficava centrada na consulta médica, nas festividades, sendo a mesma requisitada apenas como

- 1 Assistente social graduada pela Universidade Federal do Piauí. Trabalha na Política de Assistência Social como técnica de referência no Programa de Atenção Integral a Família.
- 2 Assistente Social pela Faculdade de Serviço Social de Piracicaba. Pós-doutora em Saúde Coletiva/ Universidade Estadual de Campinas. Doutora em Sociologia / Universidade Federal de Pernambuco. Doutora em Serviço Social/ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Mestre em Serviço Social/ Universidade Federal de Pernambuco. Professora Titular do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí. E-mail: luciacsrosa@gmail.com.

um recurso episódico, ou seja, sua presença somente era solicitada quando o seu familiar, usuário do CAPS, se encontrava em crise, sendo necessária a sua presença para viabilizar seu encaminhamento ao hospital psiquiátrico ou para trazer os objetos pessoais do usuário para que o mesmo fosse transferido para o pernoite no CAPS III. Dessa forma, a participação da família ficava restrita a tais momentos, sendo possível afirmar que as ações da instituição ainda estavam centradas, em sua maior parte, dentro dos muros do próprio CAPS, com poucas incursões no território de vida dos usuários e da sua família.

De acordo com Rosa (2008) com a ascensão da burguesia e seus princípios a loucura foi medicalizada e trouxe consigo um novo *status* sociojurídico e civil ao louco, o de alienado/doente, atrelando a esse conceito a ideia de que o mesmo se constitui como alguém perigoso e incapaz, e essa condição vai se expressar na internação em asilos, que são dispositivos de cunho repressivo e segregador/excludente, destinados aos loucos e pobres.

Com os estudos de Phillippe Pinel a psiquiatria ganha *status* de especialidade médica com aptidão para interferir nas manifestações da questão social postas pela loucura (ROSA, 2008).

O louco passa a ser uma questão do Estado e de seus agentes, figurando a família como coadjuvante no processo de produção de seu cuidado, desde então, um encargo dos hospitais psiquiátricos. Rosa (2008) afirma que as instituições psiquiátricas embasadas pelo saber alienista, vão se utilizar de uma abordagem pedagógica para com a família, trazendo essa relação entre a família com o louco, também, como uma questão teórica, abordada pelos estudos de Esquirol que defende cientificamente o “isolamento terapêutico”. No desenho estabelecido por Esquirol a família será abordada em duas perspectivas: a primeira entende a família como vítima, ou seja, a mesma corre risco de ser “vítima” da situação em que se encontra, portanto, precisava ser poupada do convívio com a pessoa com transtorno mental; a segunda identifica a família como agente etiológico, atribuindo à condição do louco como derivada da incapacidade da instituição familiar em impor limite.

Melman (2006) afirma que é necessário fugir dessa dualidade atribuída à família, desse maniqueísmo de rotular a mesma e coloca-la hora como vilã, hora como mocinha, por se tratar de uma instituição muito complexa, não é possível limitá-la a esses dois papéis.

Com o advento da Reforma Psiquiátrica, a partir da Segunda Guerra Mundial, a pessoa com transtorno mental passa, paulatinamente, a ser tratada como sujeito de direitos, cidadã, havendo a perspectiva de extinção dos hospitais psiquiátricos, do acompanhamento baseado no isolamento, sobretudo a partir dos anos 1960, passando a ser um cuidado fortalecido na rede de apoio: instituições, família e comunidade. Há um redimensionamento do lugar e papel da família nesse contexto de cuidado e convívio com o ente com transtorno mental. No entanto, é algo que ainda está em processo de construção, sobretudo no Brasil.

A nova forma de gerir o cuidado da pessoa com transtorno mental passa a ser de maneira compartilhada, com isso a família se sente incapaz de lidar com a situação, sobretudo nas crises, sendo demandada a produzir um cuidado complexo e para o qual não tinha competência específica e nem foi preparada. Melman (2001) afirma que nenhuma família está preparada para ter e para lidar com uma pessoa com transtorno mental, que, emerge como um evento, no geral, inesperado no meio familiar. A família aprende a cuidar no ensaio e erro, com base em alguns fragmentos que emerge da interação com os serviços e profissionais de saúde e com o lidar cotidiano. Muito do tempo da família é dedicado em pensar formas para agir com esse indivíduo. Nesse cenário os dispositivos psicossociais extra hospitalares, que funcionam de “portas abertas” tem sua intervenção voltada para assistir tanto o usuário com transtorno mental, como sua família, de maneira que proporcione um suporte para que a mesma possa lidar com as sobrecargas advindas do processo de cuidado e atuando no combate do estigma cultural construído em torno dos mesmos, algo que ainda não foi alcançado pela Reforma Psiquiátrica. Dessa forma, a família ainda

lida e sofre diariamente com essas questões e várias outras. (ROSA, 2008)

A partir do discutido, o estudo guiou-se pelas seguintes questões norteadoras: Quais as produções existentes que tratam da participação da família no CAPS? O que informam? E quais os desafios e as potencialidades na participação da família? O principal objetivo da pesquisa foi “mapear a produção bibliográfica voltada para a participação da família no CAPS. Teve como objetivos específicos: Classificar os sentidos da participação descritos na produção bibliográfica disponível e apreender os desafios e as potencialidades contidos na participação da família em CAPS. Tratou-se de uma pesquisa bibliográfica, com o levantamento das obras existentes baseado no Estado da Arte, situação do conhecimento disponibilizado, mapeando suas principais tendências.

Com essa pesquisa espera-se contribuir para o debate em torno da participação da família e dos familiares cuidadores no cotidiano do CAPS, destacando os desafios e potencialidades que permeiam esse processo.

Metodologia

Tratou-se de uma pesquisa bibliográfica que, de acordo com Lima e Miotto (2007, p. 38) diz respeito a “um conjunto ordenado de procedimentos de busca por soluções, atento ao objeto de estudo, e que, por isso não pode ser aleatório.” Esteve baseado em levantamento orientado pelo Estado da Arte que vai:

mapear e discutir uma certa produção acadêmica em diferentes campos do conhecimento, tentando responder que aspectos e dimensões vêm sendo destacados e privilegiados em diferentes épocas e lugares, de que formas e em que condições têm sido produzidas certas dissertações de mestrado, teses de doutorado, publicações em periódicos e comunicações em anais de congressos e de seminários. Também são reconhecidas por realizarem uma metodologia de caráter inventariante e descritivo da produção acadêmica e científica sobre o tema que busca investigar, à luz de

categorias e facetas que se caracterizam enquanto tais em cada trabalho e no conjunto deles, sob os quais o fenômeno passa a ser analisado (FERREIRA, 2002, p.258).

A escolha dos autores e obras foram feitas a partir da leitura dos títulos e resumos dos trabalhos e dos textos completos que versam sobre a temática. A busca dos mesmos foi realizada nas bases de dados eletrônicas: *Scielo* (Scientific Electronic Library Online), Google Acadêmico, Biblioteca Digital de Teses e Dissertações, Observatório de Saúde Mental, e no acervo físico da Biblioteca da Universidade Federal do Piauí. Os descritores utilizados para acessar as obras foram: reforma psiquiátrica, CAPS, atenção psicossocial, participação, família, desafios e potencialidades. Os critérios de inclusão dos artigos e textos completos foram:

- A) Ser escrito em português;
- B) Ser publicado entre os anos de 2001 a 2018;
- C) Abordar as questões que envolve a participação da família no CAPS;
- D) Concordar com os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica;
- E) Focalizar o público adulto;

O ano 2001 foi tomado como marco, em função da promulgação da Lei nº 10.216 exatamente nesse ano, o que consolida o processo da reforma psiquiátrica, até então em curso, mas, politicamente, na conjuntura pós 2016, sem uma sustentação mais geral.

Entre os critérios de exclusão estão:

- A) Trabalhos que abordem a participação da família nos outros dispositivos psicossociais que não sejam os CAPS;
- B) Trabalhos que tratem da saúde mental e a participação da família na Atenção Básica;
- C) Trabalhos que versem sobre a participação com foco apenas nos usuários em sofrimento psíquico, em crianças e idosos;

Através dos critérios citados anteriormente foram selecionados um total de 28 artigos, 2 trabalhos de conclusão de curso, 3 dissertações e 2 livros. Para o manejo do material foi escolhida a análise de conteúdo que diz respeito a algo “referente ao estudo tanto dos conteúdos nas figuras de linguagem, reticências, entrelinhas, quanto dos manifestos” (CAMPOS, 2004, p. 612)

A maioria das obras encontradas era das áreas de enfermagem e psicologia. As produções no âmbito do Serviço Social ainda são poucas, o que sinaliza para a relevância desse estudo, em responder a necessidade do profissional do Serviço Social em se fazer presente no campo científico da saúde mental por atuar diretamente na viabilização da garantia de direitos, assim como na participação social e protagonismo e como uma forma de valorizar a sua atuação e perfil investigativo.

Discutir sobre os desafios e potencialidades na participação da família no CAPS é algo de extrema importância e necessidade para a partir disso poder observar em que ponto as diretrizes da Reforma Psiquiátrica foram consolidadas em tempos de desmonte não só da Política de Saúde Mental, mas de todas as políticas sociais até então sob regência da Constituição Federal de 1988. Sob uma perspectiva neoliberal crescentemente instalada, torna-se importante refletir a partir dessa conjuntura sobre a assistência prestada às famílias de pessoas com transtorno mental, se a mesma tem sido norteadada pelo fortalecimento da cidadania e do direito de fazerem parte de todos os âmbitos, sejam eles institucional, político ou social.

A Política de Saúde Mental e a participação da família

A forma como o fenômeno da “loucura” é tratada diz respeito ao constante processo de transformação em que a sociedade vive, em cada época é desenvolvido uma estratégia para lidar com tal fenômeno (ROSA, 2008).

De acordo com Britto (2004) com a Revolução Francesa e com o marco do início da industrialização ocorre uma remodelagem dos

hospitais e da prática médica. O hospital deixa de ser um lugar de hospedagem para ser um lugar em que as doenças seriam contidas e tratadas, a presença médica se tornou mais frequente, com o ensino médico sendo realizado em seu interior, com foco no estudo e na classificação das doenças.

Nesse contexto, a loucura passa do *status* de “des-razão” para o de enfermidade mental, tornando-se objeto do saber médico, e foi criado um lugar específico para os loucos, onde os mesmos eram tratados a partir do modelo epistêmico da época, que consistia em isolar, separar, classificar e agrupar, de acordo com as suas particularidades. A loucura vai ser interpretada como sendo uma alienação mental, ou seja, a perda da razão e da noção da realidade (BRITTO, 2004).

No modelo hospitalocêntrico a forma de prover cuidado tinha o fundamento de que a pessoa com transtorno mental era alguém perigosa, que precisava ser afastada no convívio social e familiar, pois além do risco que passa a representar é considerada incapaz, inclusive de compreender a dinâmica social, o que é reforçado juridicamente. O louco era cuidado a partir da proposta de asilamento, que era o “principal princípio terapêutico” (BRITTO, 2004, p.24) apropriado pelo “modelo médico”. No contexto do saber alienista ocorre uma ruptura do louco com a sua família. Para a mesma fica reservado um lugar que a limita apenas a “identificar, encaminhar, informar e visitar” o seu ente, e aguardar de forma passiva que o mesmo retorne reabilitado da sua condição (ROSA, 2008).

O percurso da saúde mental no modelo hospitalocêntrico revela-se, paulatinamente, como uma forma de cuidado adoecedora, que rouba a subjetividade e a cidadania da pessoa com transtorno mental, através do enclausuramento social, reduzindo a perspectiva de vida e ampliando a desabilitação para a vida social, pois fora da dinâmica social, isolado no espaço tempo organizacional.

Com o final da Segunda Guerra Mundial ocorre um redimensionamento das estruturas sociais e econômicas, com

isso há mudanças também na psiquiatria, que passa a ser um conhecimento sobre a saúde mental (ROSA, 2008)

Segundo Amarante citado por Silva (2017) no século XX o médico psiquiátrica, Franco Basaglia, faz uma grande crítica ao campo teórico e prático da psiquiatria, influenciando as várias perspectivas teóricas sobre a Reforma Psiquiátrica no Ocidente, a partir da Itália, ao contribuir para a formação de um conceito muito importante para a reforma que é o da desinstitucionalização, entendida como a desconstrução de todo o aparato legal, institucional e assistencial que deu sustentação à segregação e violência a esse segmento (AMARANTE, 1996). Essa corrente da psiquiatria democrática foi utilizada por vários países, inclusive, pelo Brasil.

Com o advento da Reforma Psiquiátrica, que aparece com a proposta inicial de humanizar os hospitais psiquiátricos e, depois erradicar a exclusão da pessoa com transtorno mental e fazer face à precarização da assistência a essas pessoas (JORGE *et al.*, 2007), é enfatizado um conceito importante e fator de mudanças essenciais no provimento de cuidado a esse segmento da população, que é o conceito da desinstitucionalização que de acordo com Bielemann *et al* (2009) isso implica na ampliação da cidadania e no reconhecimento dos cidadãos como algo plural, para além do vínculo com o domínio da razão, o que amplia a visão do direito ao cuidado e apoio ao sofrimento. O então “louco” passa a ser reconhecido como ser social com potencialidades e possibilidades, sujeitos de direitos, inscritos na condição de cidadãos.

Em 1978, no Brasil, no bojo do processo de redemocratização dá-se início de forma mais concreta e organizada os movimentos sociais em defesa da pessoa com transtorno mental e seus direitos, isso vai se expressar através do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que era formado, inicialmente por trabalhadores em luta contra as condições precárias de trabalho. Se metamorfoseia como Movimento Nacional da Luta Antimanicomial - MNLA, passando a ser integrado por diversos segmentos da sociedade civil, sobretudo familiares e pessoas com o histórico com

várias internações psiquiátricas. É através desse movimento que foi construído uma frente de luta que denuncia a forma desumana com a qual as pessoas com transtornos mentais eram tratadas nos manicômios e reivindicava que a saúde mental deixasse de ser um produto para o mercado privado (BRASIL, 2005).

Nos anos 1980, as lutas sociais giram em torno da mudança de estatuto do louco para a de cidadão, sujeito de direitos, havendo intenso investimento nas alterações legislativas e paulatinamente, os trabalhadores passam a defender outras formas de produzir o cuidado, preservadores da cidadania, sob o lema, cuidar em liberdade. Neste período é criado o primeiro CAPS do Brasil, em São Paulo, totalmente financiado pelo governo estadual. Em seguida surge a primeira cidade com uma política de saúde mental orientada pelos princípios da reforma psiquiátrica, Santos-S.P, demonstrando que o ideário da Reforma Psiquiátrica não se tratava de uma utopia, mas algo que poderia ser executado (BRASIL, 2005).

Em 1988 é promulgada a Constituição Federal de 1988 que formaliza a saúde como um direito de todos e dever do Estado, assegurando cobertura universal e de forma igualitária nos serviços de promoção, prevenção e recuperação a saúde. Em 1989 começa a tramitar no Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 3.657, de autoria do deputado Paulo Delgado, que postula a regularização dos direitos da pessoa com transtorno mental e a reorientação do modelo assistencial. A partir de 1992, inspirados por esse Projeto de Lei, é regulamentado em vários estados as primeiras normativas que determinam a substituição dos leitos psiquiátricos por serviços comunitários.

Apenas no ano de 2001, depois de passar 12 anos em trâmite é que o Projeto de Lei Paulo Delgado, após sofrer alterações, é aprovado, através da Lei Federal nº 10.216 que dispõe sobre os direitos da pessoa com transtorno mental, e reorienta o modelo assistencial, colocando a internação como último recurso e não o primeiro (BRASIL, 2001).

Nesse mesmo contexto ocorre a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que vai consolidar mais ainda os ideários da Reforma

Psiquiátrica. No Brasil a Reforma Psiquiátrica sofre influência da corrente italiana que tinha a intenção de romper com o modelo asilar como forma de tratamento e com a monopolização do saber e prática psiquiátrica, negando, dessa forma, a naturalização da loucura. Baseia-se em análise crítica de como as relações sociais impactam o sofrimento psíquico, inclusive ao tolher a expressão da diferença e do diferente. A partir disso foi possível vislumbrar novas possibilidades de se construir uma rede capaz de promover o cuidado, sem desconsiderar a subjetividade e a cidadania do sujeito (BRITTO, 2004).

A desinstitucionalização proposta pela Reforma Psiquiátrica brasileira vai se expressar através dos serviços substitutivos, sendo o carro chefe dos processos de alteração assistencial, os Centros de Atenção Psicossocial que são:

[...] voltados para o atendimento continuado de usuários portadores de transtornos mentais graves e persistentes (TMGP), e foram implantados no sistema público de saúde brasileiro, de forma mais sistemática, a partir de 2002, após a aprovação da Lei nº 10.216. Tais serviços substituem a configuração anteriormente dominante, estruturada através da tríade ambulatório-emergência-hospital psiquiátrico. Por serem abertos e próximos da moradia dos usuários, praticando a atenção psicossocial, os CAPS convocam os familiares a uma nova forma de participação no cuidado, mais presente e cotidiana (DELGADO, 2014, p.1104).

Os CAPS começaram a ser implantados no Brasil na década de 1980, representando uma nova forma de organizar a assistência em saúde mental, que substitui o hospital psiquiátrico/manicômio, constituindo assim em uma estratégia da Reforma Psiquiátrica para abolir o modelo asilar. (BRASIL, 2005)

Importante enfatizar que os CAPS são substitutivos aos hospitais psiquiátricos e não complementares. A forma de assistência produzida pelo CAPS tem como objetivo prestar cuidado no território do indivíduo, fortalecer os laços sociais e familiares, produzir o empoderamento dos mesmos e torná-los sujeitos na

sua trajetória de cuidado, ou seja, totalmente o contrário do que propunha a assistência hospitalocêntrica (BRASIL, 2005).

O usuário predominantemente acolhido pelos CAPS são aquelas pessoas que estão em sofrimento mental e social, “com transtornos mentais severos e/ou persistentes” incluindo os transtornos resultantes do uso de substâncias psicoativas, que estejam com suas capacidades comprometidas, o que obsta o relacionamento social e a realização de atividades cotidianas (BRASIL, 2004). Cabe a esses dispositivos, articular a rede socioassistencial em torno das necessidades da pessoa com transtorno mental e de seus familiares, para além da saúde mental, pois o eixo da ação se desloca para a relação com o morar, trocar identidades e ações de geração de emprego e renda, como estratégias de reinserção social, em uma sociedade capitalista.

Dessa forma, os CAPS assumem um papel central no cuidado compartilhado com outros serviços e políticas sociais e suas atividades podem ser executadas tanto na instituição quanto no território, no bairro ou na cidade em que está localizado (BRASIL, 2004).

As mudanças vão exigir um redimensionamento e um deslocamento do papel e lugar da família no cuidado da pessoa com transtorno mental.

O paradigma psicossocial e a participação da família

Família é um grupo histórico, que influencia e é influenciada por seu contexto histórico, sofrendo alterações permanentemente. O modelo de família estabelecido pela classe dominante, burguesa, branca, europeia, heterossexual, a partir do advento da sociedade capitalista foi a família nuclear, baseada na tríade, pai-mãe e filhos e em uma divisão sexual do trabalho em que o homem era o provedor econômico do grupo e a mãe, a organizadora do lar e dos cuidados com a prole. Mas tal arquitetura sofreu alterações, a partir do momento em que as mulheres iniciaram a construção de um novo lugar para si, através do movimento feminista, que luta

pela igualdade de direitos. Lutando para ter igualdade de direitos, as mulheres começam a se inserir no mercado de trabalho, sobretudo a partir dos anos 1950/60, sendo construtora da sua própria existência, desconstruindo a ideia de ter como único espaço a ser ocupado o do lar, levando problematização do modelo nuclear de família e da concepção universal da família, baseada no modelo dominante (SOARES, 2016). A família passa a ser vista como plural, família(s) sendo complexificada sua estrutura, dinâmica e sua relação com a sociedade.

Família é concebida como

[...] um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consanguíneos. Ela tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros, e se encontra dialeticamente articulado com a estrutura social na qual está inserido (MIOTO, 1996, p.36).

O artigo 02 da Lei nº 10.216/2001 define como sendo direito da pessoa com transtorno mental: “ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar a sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade” (BRASIL, 2001, p.15)

No artigo seguinte da mesma Lei, é assegurado que: “é responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações e serviços de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da comunidade e da família” (BRASIL, 2001, p.15-16).

Para Vieira (2009) essa participação da família e da comunidade se trata de uma forma de democratizar a gestão da política, mas problematiza que mesmo sendo algo assegurado em lei não significa que os dispositivos psicossociais estejam colocando em prática, criando possibilidades e dando o devido suporte para que essa ressignificação do papel e do lugar da família aconteça.

Nesse paradigma psicossocial estão implicadas três dimensões: a dimensão teórica assistencial que tem se encarregado de construir

um novo conceito de saúde mental, vinculado às condições de reprodução social, sintetizado no binômio: existência-sofrimento, questionando o lugar do sujeito e o colocando como centro das intervenções, que por sua vez são balizadas na ideia do acolhimento e do cuidado. Os resultados da intervenção são na direção de produzir a autonomia e a emancipação da pessoa com transtorno mental. Os ganhos postos na dimensão jurídico-político pela Lei nº 10.216/2001, ao reconhecer os direitos da pessoa com transtorno mental e a participação da família na produção do cuidado, enseja o controle/participação social garantido constitucionalmente e assegurado pela Lei nº 8.142/1990. Como visto, na dimensão técnico-assistencial há redimensionamentos dos serviços que agora são fundamentados na construção de espaços democráticos, inclusive com gestão compartilhada, por meio das equipes multidisciplinares de saúde, o que deve resultar em serviços acolhedores que valorizam o indivíduo enquanto sujeito detentor de cidadania e fomentam o diálogo e intervenções no território vivido dos mesmos. (BORBA *et al*, 2012)

A família é uma aliada indispensável no cuidado da pessoa com transtorno mental, cuja ação para a equipe de profissionais dos CAPS, na lógica psicossocial/territorial, não se resume apenas à participação na consulta médica e manejo da medicação, mas diz respeito também a desenvolver ações que tenham como objetivo a reinserção familiar, social e profissional do usuário e de seu familiar, configurando recurso estratégico, quando existente, para que o usuário não fique institucionalizado (SCHRANK, KANTORSKI, 2003). Entretanto, mesmo com marcos legais que estabeleçam remodelagens entre a Política de Saúde Mental e o lugar da família, não significa que na prática das instituições isso esteja sendo exercido (VIEIRA, 2009).

Para que isso ocorra é necessário viabilizar espaços de fala para que as mesmas possam ser inseridas nos espaços participativos dos CAPS, colocando suas necessidades, no que diz respeito ao processo de cuidado e reabilitação. As equipes precisam trabalhar na perspectiva de acolher a família, instrumentaliza-la e co-

responsabiliza-lá, dando visibilidade à sua “ação de cuidadora” (MIELKE *et al*, 2010), mas, também sujeito de direitos, com direito a co-construir o cuidado, em parceria real.

A participação como categoria teórica e sua apreensão no cotidiano do CAPS

A palavra participação é polissêmica, tendo variados sentidos e apropriações, dependendo do contexto no qual é empregada. É um conceito que está em constante construção, e que foi objeto de tratamento conceitual por vários teóricos.

De acordo com Simões (2015) a participação pode ter diferentes nomenclaturas, que podem ser sinônimos ou representar práticas distintas. A participação também é um conceito trabalhado a partir de uma bifurcação, ela pode ser ativa ou passiva. Na participação ativa os cidadãos participam ativamente de forma deliberativa nos processos institucionais. Já na participação passiva o mesmo apenas usufrui dos bens e serviços, sem nenhum poder decisório.

O Brasil é um país que tem na sua história marcas do autoritarismo e da exclusão, tendo poucos períodos democráticos, em que a população se fez ouvir ou pode participar. Desde a sua gênese como Estado nação houve a concepção e divisão entre aqueles considerados “cidadãos” e os “não cidadãos”, que foi majoritário na população brasileira, destituídos da participação.

Com a CF88 e com as leis nº 8.080 e nº 8.142 de 1990 é regulamentado o Sistema Único de Saúde – o SUS, que vai marcar e trazer como diretriz a participação da comunidade:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (BRASIL, 2004).

A participação e o controle social na saúde se expressam através das instâncias colegiadas, como disposto na lei nº 8.142/1990, que em seu artigo 1º constitui como instâncias colegiadas as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde.

A Lei nº 10.216/2001 que trata sobre os direitos da pessoa com transtorno mental, em seu Art. 3º assegura o direito de participação da família e da sociedade nas ações e no cuidado compartilhado em saúde mental.

A participação das famílias nos CAPS pode ser entendida de várias formas, como por exemplo, o fato do familiar acompanhar o usuário com transtorno mental nas consultas. Pode ser considerado uma forma de participar, ou até mesmo estar presente em reuniões e grupos sem manifestar suas inquietações ou partilhar alguma experiência, estando presente apenas como um ouvinte, o que pode ser considerado uma forma de participação passiva.

Cada familiar vai participar das atividades do CAPS, seja enquanto cuidador ou enquanto usuário direto do serviço, de acordo com as suas possibilidades pessoais e de acordo com as possibilidades que o serviço dispõe para que a mesma se efetive, ou seja, até que ponto a instituição e seus profissionais atuam de forma a reduzir ou ampliar a participação? Logo, a participação para que se concretize, se torne um fato, requer condições objetivas para tanto, em variadas dimensões, inclusive institucionais.

Como a Reforma Psiquiátrica não é algo acabado, mas que está em constante processo, a participação enquanto conceito e possibilidade de produção social de outro lugar para a família encontra-se na dinâmica social, cultural, política e econômica, em contínua construção, nas condições dadas para reinventar outras formas de produzir o cuidado e a própria participação.

Além das Conferências e dos Conselhos, estabelecidos como principais instâncias de participação pela Lei nº 8.142/1990, a criação de outros espaços de participação na saúde mental é vislumbrada, como os conselhos gestores locais, assim como formas institucionais menos normatizadas, como as assembleias, que fazem parte do

processo de trabalho dos CAPS. Esses espaços de fala e engajamento podem ser fomentados através dos gestores e dos profissionais, para que os usuários e seus familiares exerçam o controle social e sua cidadania, havendo inclusive outras possibilidades como: grupos e reuniões no espaços dos CAPS para ouvir, discutir e levantar propostas com os familiares e os usuários acerca das questões que envolvem a relação de cuidado, avaliação dos impactos das ações do serviço, para que os mesmos se percebam em um coletivo, produzindo dessa forma um cuidado compartilhado. É prevista a realização periódica de assembleias e fóruns, com o objetivo de discutir e problematizar assuntos que cercam a vida do familiar que possui um ente com transtorno mental, e a própria pessoa com transtorno mental, o que permite a explicitação da destituição de direitos; criação de frentes de resistências contra esse processo de desmonte e o incentivo para a criação de associações políticas, de forma que as ações não se reduzam ao espaço da instituição, mas que cada sujeito seja instrumentalizado para reivindicar e exercer seus direitos em todos os espaços sociais, para que seja possível construir em conjunto um Sistema Único de Saúde-SUS e políticas sociais de qualidade.

Os sentidos da participação na produção bibliográfica

Rosa (2008) em seu livro “Transtorno mental e o cuidado na família” vislumbra a participação da família no cerne da reforma psiquiátrica em torno de 5 tendências. Entretanto, o levantamento do estado da arte, permitiu caracterizar duas tendências majoritárias, a família apreendida como recurso e como sobrecarregada.

Dos 35 textos explorados, que orientaram o mapeamento do “estado da arte”, 21 deles abordam a família como um recurso, caracterizando um total de 60% da produção. A perspectiva da sobrecarga se caracteriza em algo transversal, que perpassa por todos os estudos, entretanto, foram localizados 14 estudos que focam nesse viés, caracterizando os 40% restantes das produções.

Por coerência aos estudos localizados, deliberou-se por abordar a participação da família no CAPS sob essas duas perspectivas.

A participação da família como um recurso

De acordo com Camatta e Schneider (2009) historicamente a relação dos profissionais e das instituições de saúde mental com a família são de distanciamento. Entretanto, a Reforma Psiquiátrica vem com a proposta de superar esse hiato.

A atenção psicossocial vai além do trato da enfermidade e da administração de medicamentos. Se pauta, acima de tudo, nos determinantes sociais do processo saúde/doença/cuidado, e nisso, a família é importantíssima, até pelo horizonte de (re) inserção da pessoa com transtorno mental no seu âmbito familiar e comunitário. O meio familiar é considerado, no âmbito da política pública, sobretudo como um espaço de proteção social e de promoção de cuidado (BIELEMANN, 2009), o que passa a ser enfatizado por políticas que tem a centralidade na família, como a política de assistência social brasileira e o Programa/Estratégia Saúde da Família (LIMA, 2012).

Corroboram com essa visão os autores Camatta e Schneider (2009) quando citam que “a família é uma parceira imprescindível ao trabalho dos profissionais de saúde mental, destacando-se como um elemento importante para a consolidação de políticas públicas em saúde mental” (p. 200), quando existe e é viável sua incorporação no processo.

No contexto da Reforma Psiquiátrica, em que se luta para abolir o estigma e quebrar as barreiras existentes entre a pessoa com transtorno mental e o mundo à sua volta, a família se torna “peça chave” nesse processo, pois a mesma é considerada o elo de fortalecimento e principal canal de reinserção da pessoa com transtorno mental a sociedade. A partir da coparticipação da família é que se constroem novos caminhos para a reabilitação psicossocial que resultam na autonomia da pessoa com transtorno mental e no fortalecimento da cidadania. (BARROS; ARAUJO, 2014)

Para alcançar a desinstitucionalização proposta pela Reforma Psiquiátrica é necessário que haja a participação efetiva da família. Essa participação e inclusão familiar no cuidado compartilhado da pessoa com transtorno mental representa um novo contexto de práticas e saberes, reconhecidamente merecedores de estudos e reflexões, por se tratar de algo imprescindível para o fortalecimento das redes de cuidados à pessoa com transtorno mental e seu familiar, que vai desde a atenção primária até os serviços especializados. (OLIVEIRA *et al.*, 2016)

Rodrigues e Palma (2015) em seu texto “A influência da inclusão da família no processo terapêutico de pacientes com transtornos mentais atendidos pelo Centro Atenção Psicossocial em uma cidade do meio oeste catarinense” vai tratar em linhas amplas, em que aspectos a inclusão da família vai influenciar no cuidado dos usuários com transtorno mental inseridos no cotidiano do Centro de Atenção Psicossocial. Os autores relatam que a família é um suporte paratodasas pessoas, inclusive para aquelas com transtornos mentais, como unidade cuidadora que convive com o sofrimento e percebe todos os riscos que perpassam essa realidade, também precisam de atenção e cuidado. Através desse estudo os autores constataram que: [...] o acompanhamento e inclusão da família no processo terapêutico dos pacientes com transtorno mental, proporcionam melhora e facilidade na remissão dos sintomas dos usuários. Inicialmente a família recebe apoio nos grupos familiares, o que alivia as dúvidas e angustias que sente ao identificar transtorno mental em um familiar (RODRIQUES; PALMAS, 2015, p.01)

Conforme Camatta *et al.*, (2011) o paradigma psicossocial só será efetivado se ocorrerem de fato a participação e parceria com a família, a partir da acolhida das mesmas pelos profissionais de saúde mental integrando-as no cuidado compartilhado em todos os espaços.

A literatura é clara sobre a valorização da participação da família no processo de desinstitucionalização proposto pela Reforma Psiquiátrica, como uma instituição provedora de cuidado, parceira indispensável para os serviços de saúde

e como sujeito que também precisa ser cuidada. Entretanto, para ser um recurso ela também precisa de suporte, já que os princípios da Reforma Psiquiátrica não visam apenas a participação da mesma no auxílio do cuidado, mas, também, como uma instituição que precisa ser cuidada. No estudo, que serviu de principal referência ilustrativa da perspectiva da família como um recurso, intitulado “A inserção da família nos Centros de Atenção Psicossocial sob a ótica dos seus atores sociais” BIELEMANN *et al.*, (2009) vão sinalizar que a participação da família ainda não foi concretizada a partir do processo de trabalho dos profissionais dos serviços de saúde mental, pois a prática dos mesmos ainda está focada na pessoa com transtorno mental. De acordo com os esses autores, a participação da família e seus encontros com os técnicos precisa se estabelecer de forma livre, sem dia ou hora marcada, pois se a comunicação entre os dois ocorre de forma pré-determinada pelos profissionais que planejam, organizam e coordenam os espaços a participação familiar não ocorre de forma efetiva, pois a mesma vai apenas se moldar ao que foi definido para ela (BIELEMANN *et al.*, 2009, p. 138).

É necessário construir serviços que proporcione espaços de fala para colocar questionamentos e construir críticas que melhorem seu funcionamento e a assistência que presta. Os profissionais precisam organizar suas ações considerando válidas todas as formas de crenças e organizações familiares, sem julgar (SCHRANK; KANTORSKI, 2003)

A família é responsável por promover o contato entre a pessoa com transtorno mental e os serviços de saúde existentes. Além disso, cabe a esta elaborar e redimensionar valores e expectativas relacionadas ao cotidiano e ao futuro de seu familiar com sofrimento psíquico. No entanto, existe a necessidade dos profissionais da área de saúde mental em não se centrar apenas na pessoa com transtorno, mas em toda a estrutura da sociedade na qual está inserida. Destaca-se neste contexto, especialmente a família, pois esta constitui o sistema social dentro do qual evoluem as fases de crescimento e de desenvolvimento do ser humano (BIELEMANN *et al.*, 2009, p.132).

É explícito que a família para cumprir suas funções sociais e estar engajada com os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica precisa de orientações e de ser acolhida. A participação da mesma ainda está em construção, dessa forma precisa de suporte, que deve ser oferecido a partir das equipes multidisciplinares dos CAPS. As equipes e os profissionais devem se despir de todo e qualquer discurso de culpabilização, entendendo que cada família possui uma história e que vem de um processo histórico de segregação dentro da Política Nacional de Saúde Mental, antes sendo requisitada esporadicamente, atualmente a maior responsabilidade do cuidado está centrada na mesma, no geral, em um só indivíduo, o familiar cuidador, no geral uma mulher.

Bielemann *et al.*, (2009) concordam com essa idéia quando dizem que “A família não é só uma instituição de suporte e de apoio ao seu integrante, mas também precisa fazer parte da atenção dos profissionais de saúde, para que se desenvolva” (p.138)

Dessa forma, é necessário e indispensável que os profissionais sejam criativos e inovem as formas de acolher essa família e desenvolvam estratégias para que esse suporte seja algo mutuo. Como estratégias de inserir a família enquanto objeto do cuidado na atenção psicossocial, as tecnologias relacionais tornam-se importantes, pois envolvem co-responsabilização, acolhimento, escuta, vínculo, autonomização, relação interpessoal, reconstrução da organização do trabalho das equipes, entre outros. (MIELKE, 2010, p.763)

A família é o primeiro suporte da pessoa com transtorno mental, por isso, é necessário que os serviços também cuidem dela (SILVA, 2006), pois é envolvida em um processo de cuidado complexo, para o qual tem pouca qualificação para o manejo, que tem toda uma dimensão técnico-profissional que historicamente esteve associado ao pessoal da enfermagem, principalmente, ou seja, era um trabalho com todo reconhecimento e preparo técnico profissional, que passa a ser transferido para as famílias, sem tais requisições e com baixo investimento em termos de preparo mínimo.

Nesse contexto, a família aparece como um recurso instrumental, para viabilizar o cuidado comunitário, mas, em uma perspectiva de adesão aos rumos impressos pela política, sem que a participação ganhe conotações emancipadoras.

As sobrecargas no cotidiano da família cuidadora

A mudança do modo manicomial e início do paradigma psicossocial que trouxe para o centro do cuidado a cidadania da pessoa com transtorno mental, através do cuidar em liberdade, preservando os direitos civis, trouxe também consigo alguns tipos de sobrecargas com as quais essas famílias lidam no seu cotidiano.

De acordo com Pegoraro e Caldana (2006) a sobrecarga familiar: fundamenta-se “no impacto provocado pela presença da pessoa com transtorno mental no convívio cotidiano do grupo familiar e envolve aspectos econômicos, práticos e emocionais a que se encontram submetidos aqueles familiares que se encarregam do cuidado necessário e exigido pelo usuário” (PEGORARO; CALDANA, 2006, p.570). Essas autoras caracterizam e dividem as sobrecargas em 4 categorias: a sobrecarga de **ordem prática**, que diz respeito ao cuidado realizado de forma direta ou indireta pelo familiar ao seu ente com transtorno mental, sendo eles desde a administração da medicação, ao acompanhamento e monitoramento da pessoa com transtorno mental para evitar tentativas de fuga ou suicídio; a sobrecarga de **cunho financeiro**, que está associada ao fato da maioria das famílias cuidadoras de seus entes com transtorno mental ter baixo poder aquisitivo, contando, muitas vezes, como única fonte de renda os programas sociais. Tal situação se agrava, principalmente quando o cuidado está focado em um único membro que, se exercia alguma atividade laboral, teve que deixá-la para exercer a função de cuidador em tempo integral; a **sobrecarga emocional** está condicionada ao familiar cuidador ter que investir quase todo seu tempo no cuidado da pessoa com transtorno mental, não tendo condições de ter momentos de lazer, de cuidar de si ou de estabelecer outros relacionamentos. E, por fim a **sobrecarga após**

a crise, que está relacionada ao fato dos CAPS prestarem atenção imediata e suporte ao familiar quando o usuário se encontra em crise, mas estabilizada a mesma, diminuem ou acabam sua atenção e suporte, deixando a família novamente desamparada (PEGORARO; CALDANA, 2006).

De acordo com Silva (2006) é preciso deixar claro que a parceria proposta pela Reforma Psiquiátrica não é sinônimo de transferência da responsabilidade de cuidado de forma integral para a família. Não significa isentar o Estado das suas obrigações, em razão da convivência diária e do cotidiano da família com a pessoa com transtorno mental. Em alguma medida, tal fato gera sobrecargas e pode deixar a instituição familiar em situação de fragilização e agravos à saúde, seja ela de cunho financeiro ou emocional.

Transformada em ponto central do cuidado e responsabilizada para responder todas as demandas do seu ente com transtorno mental, a família acaba ficando vulnerável às sobrecargas que possuem determinantes de cunho físico, emocional e social. Essas sobrecargas produzem um estado de resignificação no dia-a-dia das mesmas, tanto no aspecto objetivo quanto no subjetivo, para tentar responder às necessidades causadas pelo transtorno mental, sejam elas a curto, médio e longo prazo (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010)

Essas sobrecargas podem advir de diferentes fatores, sendo eles: o tempo que a família passa se dedicando para a pessoa com transtorno mental; o grau de comprometimento do sujeito com transtorno mental, a frequência em que entra em crise; a relação da pessoa a ser cuidada e do próprio cuidador, bem como a personalidade de cada um e o sentido conferido ao processo de cuidado; o nível suporte da rede social e estatal que dispõe. Todos esses elementos são requisitos para aliviar ou aumentar a intensidade dessas sobrecargas (ALMEIDA *et al.*, 2010)

Os textos são mais objetivos ao caracterizar as sobrecargas sofridas pelos familiares cuidadores, organizadas em dois grupos: a sobrecarga objetiva e a sobrecarga subjetiva. De acordo com os mesmos, as sobrecargas objetivas dizem respeito “às consequências

da alteração da rotina e dos projetos de vida, da diminuição da vida social, da supervisão de comportamentos problemáticos, dentre outros.” (ALMEIDA *et al.*, 2010, p.03)

As sobrecargas subjetivas, por sua vez, se referem ao misto, ao conflito de sentimentos negativos e incômodos que passam a fazer parte da vida do familiar que cuida da pessoa com transtorno mental. O cuidado para alguns cuidadores passa a ter um viés moral de obrigatoriedade, como se fosse algo intransferível e inevitável, uma espécie de destino que não pode ser alterado, o que é fator de agravo da sensação de sobrecarga. Outra característica dessa sobrecarga é a preocupação constante, por parte dos familiares cuidadores, seja por medo de que a pessoa com transtorno mental entre em crise, fuja, cometa suicídio ou agrida alguém, muito relacionadas à tarefa de supervisionar as atividades diárias. Existe o medo que também assola esses cuidadores, de que em algum momento os mesmos não consigam prover o cuidado, seja por motivos de adoecimento físico, mental ou por razão das sobrecargas objetivas (ALMEIDA *et al.*, 2010).

O que fica claro é que quanto mais os CAPS investem em acolher a família, em desenvolver de fato um trabalho de coresponsabilização com a mesma e não de transferência de cuidado ou de culpabilização, mais essas famílias terão a sensação de sobrecargas amenizadas e conseguirão efetivar o cuidado próprio e da pessoa com transtorno mental.

Os desafios e as potencialidades na participação da família no CAPS

Toda a discussão feita até aqui mostra que o redimensionamento do lugar da família no paradigma psicossocial, acarreta muitas mudanças no cotidiano da família e, sobretudo do familiar cuidador. A família é requisitada a participar diretamente do cuidado do seu ente com transtorno mental. Essa participação para ser efetivada perpassa por desafios e quando efetivada possui potencialidades na direção da atenção psicossocial.

O desafio posto como provocação (HOUAISS, 2015) à guisa de superação para a família e, sobretudo para os familiares cuidadores, remete às barreiras pessoais, financeiras, institucionais e social que impede a família de participar desse processo, seja enquanto cuidadora ou como sujeito a ser cuidado. As próprias sobrecargas abordadas anteriormente são consideradas desafios a serem enfrentados pelas famílias, para concretizar sua participação nos CAPS. Mas, também são desafios a serem incorporados pelo CAPS, haja vista a premissa da inclusão da família como parceira do cuidado.

Vieira (2009) em sua dissertação de mestrado denominada “A família e o provimento de cuidados à pessoa com transtorno mental no contexto da desinstitucionalização” aborda como desafio para a família concretizar sua participação o fato de no paradigma psicossocial a mesma ser requisitada para ser fonte complementar privada do cuidado, em contexto de extrema desigualdade social, em que sua própria reprodução social se encontra em situação de risco.

Famílias inteiras, principalmente as da classe trabalhadora, vêm sendo desafiadas a suprir as necessidades materiais e financeiras de seus membros, sem, contudo, em contrapartida, obter da esfera pública um amplo sistema de proteção social (VIEIRA, 2009, p. 50). Outro desafio citado pela autora é o fato de as pessoas egressas de hospitais psiquiátricos apresentarem um grau de comprometimento maior, o que exige da família maior dispêndio no cuidado e atenção quase integral.

O fato de o cuidado prestado pela família a seu ente com transtorno mental não ser remunerado, também se constitui em um desafio, pois o mesmo é invisibilizado pelos demais e pela sociedade em geral (VIEIRA, 2009).

Schrank e Kantorski (2003) também consideram como um desafio o fato, comumente negligenciado, de que o cuidador familiar também adoce, até pela exaustão da tarefa de prover cuidado. Nessas condições há dificuldade de inclui-los enquanto partícipes da política de saúde mental, que fica comprometida,

muitas vezes, pelo estabelecimento de relações conflituosas com os profissionais. Tal fato ocorre em função do desconhecimento de quem é essa família e das condições em que produz o cuidado, ou de uma visão idealizada de como deveria prover cuidado, baseado apenas nas obrigações parentais.

Outros desafios que podem ser citados remetem ao fato de que a maioria dos cuidadores tem baixa escolaridade, tem baixa renda e muitas vezes tem dificuldade de se locomover até o CAPS, por não terem sequer o dinheiro da condução. E, se trabalha no mercado formal, o mesmo também se constitui em um desafio para participar do cotidiano do CAPS. Além disso, há uma questão de gênero, pois a maioria dos cuidadores são mulheres, que além de prestar cuidado ao seu ente com transtorno mental, ainda precisa realizar os afazeres domésticos. Ademais, os familiares ainda têm que enfrentar o grande desafio do estigma, pois tudo aquilo que foge daquilo que é considerado um padrão de normalidade pela sociedade é excluído e segregado (SILVA, 2006).

Entretanto, essa não é uma relação perpassada apenas por desafios, a perspectiva não é demonizar a participação da família no CAPS, nem a assistência prestada pelo serviço. É preciso problematizar tais questões, mas, também, perceber que essa parceria é dotada de potencialidades, pois é composta por sujeitos que possuem capacidades de melhorar e avançar nas propostas da Reforma Psiquiátrica.

A maior potencialidade advindo dessa relação é uma atenção psicossocial com maior participação, que ouça a(s) família(s), as conheça, incorpore suas necessidades no seu processo de trabalho e reinvente o cotidiano, na perspectiva de minimizar danos, inclusive para os familiares cuidadores.

Dimenstein *et al.*, (2010) em seu estudo denominado “Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental” aborda que a participação da família no CAPS e a adaptação do serviço às suas necessidades traz consigo aspectos relevantes, tais como: uma maior segurança da família e tranquilidade para prover o cuidado ao seu ente com transtorno

mental; cria laços de solidariedade; permite discutir problemas em comum e enfrentar situações difíceis em conjunto e dissipam o sentimento de culpa. Os autores relatam que na avaliação dos familiares, a participação nas ações do CAPS traz benefícios enormes, traduzido em: maior conhecimento sobre o transtorno mental do seu ente, como ele se manifesta e qual a melhor maneira de lidar com situações extremas. Com o acolhimento da equipe os familiares conseguem condicionar um diálogo mais aberto com o serviço e com a pessoa com transtorno mental, o que vai reforçar esses vínculos e produzir auto-estima nos sujeitos (DIMENSTEIN *et al.*, 2010).

Nesse contexto, a principal potencialidade localiza-se em outro tipo de vínculo e vinculação entre profissional, família e serviços de saúde mental, orientado por relações de empatia, uma abordagem compreensiva e acolhedora em relação às necessidades da família e, principalmente dos cuidadores familiares, que necessitam de determinadas pré-condições, inclusive retaguardas, para desejarem se configurar como parceiros do processo de mudança assistencial, o que na atualidade, com as múltiplas mudanças sociodemográficas no meio familiar, se constitui também em um desafio.

Considerações finais

A sociedade produz em sua dinamicidade processos que podem ser de segregação ou inclusão. A Política de Saúde Mental vivenciou em sua execução um modelo asilar/manicomial que segregava tantos os seus usuários com transtorno mental do convívio social e familiar quanto os seus familiares, de estarem intimamente implicados no processo. Os hospitais psiquiátricos eram reprodutores de uma violência institucional, que roubava a subjetividade e a cidadania dessas pessoas.

A partir da Reforma Psiquiátrica e suas diretrizes, passa-se a vivenciar uma nova forma de cuidado em saúde mental que redimensionou tanto o lugar da pessoa com transtorno mental,

como o da família que passa a ser chamada para participar diretamente do cuidado, como uma forma de fortalecer os vínculos sociais e familiares da pessoa com transtorno mental, promovendo, dessa forma, uma atenção psicossocial e a reinserção da mesma na sociedade.

Nesse contexto, no Brasil, o CAPS passa ser o serviço substitutivo de referência nesse novo paradigma, através de seus espaços e atividades terapêuticas, busca consolidar o cuidado compartilhado e incluir as famílias nesse processo. Apesar de passados alguns anos desde que foi iniciado esse processo, não é possível encontrar na produção bibliográfica existente um conceito claro e operacional de participação, o mesmo circunscrito ao termo parceria, tão vago quanto, figurando em construção.

Esse redimensionamento traz desafios aos trabalhadores e, sobretudo à família, pois a mesma passou muito tempo excluída do cuidado do seu ente com transtorno mental e agora passa a ser o maior suporte para a sua atenção psicossocial, isso gera sobrecargas objetivas e subjetivas, pois, a família como um núcleo de cuidado e de proteção cria seus filhos para serem bem sucedidos em todos os âmbitos, o transtorno mental acaba frustrando essas expectativas.

No meio de todas essas transformações, a família tem ainda que lidar com o estigma social associado à pessoa com transtorno mental e seus familiares, que persiste como um dado cultural que pouco se alterou.

Foi possível constatar, pelo estado da arte, que os profissionais dos CAPS conseguiram de fato estabelecer uma relação de parceria com a família, predominantemente sob duas tendências. De um lado, uma parceria ainda incipiente, muito próxima do modelo manicomial, quando a família e seus representantes são reduzidos a um recurso, de apoio ao serviço. De outro lado, uma parceria, mais ampla que situa a família como um sujeito de cuidado, tanto podendo ser usuária do serviço, sendo assistida, como se incluindo em ações, como os de geração de emprego e renda ou outros. Os textos pouco focalizam nas ações desenvolvidas com

foco para cuidar e instrumentalizar a família, sendo, nesse sentido insuficientes, o que limita o alcance da análise.

É necessário que os profissionais conheçam a realidade das famílias e atuem com as mesmas a partir das suas histórias, condições e necessidades. Dentre os objetivos do estudo, observou-se que os desafios e as potencialidades estão imbricados, envolvendo a qualificação dos profissionais e do CAPS para acolher a familiar e os familiares cuidadores, sem os culpabilizar ou sobrecarregar; conceituar e tornar operativo o conceito de participação das famílias nos CAPS; atuar em sintonia com as necessidades dos familiares, para que dessa forma seja construído um vínculo, pautado em uma relação horizontal, para prevenir discursos culpabilizadores e que coloquem a família no papel de vilã no contexto da Reforma Psiquiátrica.

Como todos os sujeitos dotados de protagonismo, a família no paradigma psicossocial pode potencializar a atenção social do usuário, promover saúde mental para si e para a comunidade, contribuir na construção de tecnologias de enfrentamento ao estigma e ter uma relação de cidadania efetiva no cotidiano. Mas, para tanto, necessita de algumas pré condições, e sobretudo proteção do Estado e do CAPS, pois tem limites bem demarcados para produzir cuidado, que se coloca como comunitário, mas, ainda intermediado por muitas sobrecargas em relação à família, que encontra-se muito exaurida com a crise econômica em geral, agravada pelo fato de ter que prover cuidado doméstico, sobretudo no contexto posto pela COVID-19, de isolamento/distanciamento físico, e sem ações grupais.

Por fim, é necessário registrar que o estado da arte se mostrou limitado para o entendimento das variadas formas e possibilidades de participação da família no CAPS, pois foi constatada a participação como limitada a duas tendências. Em sua maioria, os textos tratam a participação da família limitada como um recurso, uma parceira que viabiliza a desinstitucionalização, base do cuidado compartilhado e acelera os resultados da reabilitação psicossocial, indispensável para consolidar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

De outra forma, mas complementar, a participação da família, até como parceira e recurso, redundou em sobrecargas, no geral, resultantes da precária assistência prestada pelas políticas públicas e despreparo dos profissionais em instrumentalizar e acolher as necessidades das famílias. O cuidado postulado na reforma psiquiátrica como comunitário, na prática, reverteu-se em sobrecargas para os familiares cuidadores. É necessário que os profissionais e os estudiosos ampliem seus olhares para essa instituição tão complexa e plural que é a família e a aborde considerando a sua realidade, as condições objetivas e subjetivas para produzir cuidado e mediar o cuidado comunitário, o que exige intensa presença das políticas públicas, para além de qualquer dualismo. Entretanto, é preciso reconhecer os avanços conquistados a partir da Reforma Psiquiátrica. O que é imprescindível que ocorra é, uma maior qualificação por parte dos profissionais para acolher os familiares cuidadores e produzir conhecimentos e estratégias de ação para além dos CAPS, para produzir um cuidado efetivamente comunitário, que acolha a diferença e o diferente e reinvente a vida e sua potência.

Nesse sentido, destaca-se a importância dos processos de trabalho dos equipamentos da Política de Saúde e Assistência Social, que se encontram no mesmo território e tem a família como centralidade, intensificar ações socioeducativas, para fomentar a participação da família como sujeito de direitos e cidadã, considerando os marcadores de classe social, gênero e etnia/raça.

Referências

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

ALMEIDA, MARCELO. **A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia**. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. Barro Preto, 2010.

BARROS, Alberto. **O que é participação**. SCRIBD. Florianópolis, 2012, p. 1- 11. Disponível em:<<https://pt.scribd.com/doc/113119629/AULA-6-O-que-e-participacao>>. Acesso em: 6 dez. 2018.

BARROS, Suelen Batista de; ARAÚJO, Maria Antonieta Nascimento. **Família e Saúde Mental: A Inclusão da Família no Cuidado em Saúde Mental**. 2012. 15 f. Monografia (Especialização) - Curso de Medicina, Escola de Medicina e Saúde Pública, Salvador, 2012.

BIELEMANN, et al. **A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. Texto contexto - enferm.** [online]. 2009, vol.18, n.1, pp.131-139. ISSN 0104-0707

BRITTO, R. C. **A internação psiquiátrica involuntária e a lei 10.216/01. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental**. Rio de Janeiro, 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei n. 10.216. **Diário Oficial da União**. Brasília 06 de abril de 2001.

BRASIL. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, 2005.

BRASIL. **SAÚDE MENTAL NO SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, 2004.

BRASIL. Constituição. República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm.

BORBA, *et al.* **Assistência em saúde mental sustentada no modelo psicossocial: narrativas de familiares e pessoas com transtorno mental**. www.ee.usp.br/reeusp/. 2012, p. 1406-1413.

CAMATTA, Marcio; SCHNEIDER, Jacó. **A visão da família sobre o trabalho de Profissionais de saúde mental de um centro de atenção psicossocial.** Revista de Enfermagem. Rio Grande do Sul, 2009, p. 1-8.

CAMATTA, *et al.* **A avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial:** o olhar da família. Revista de Enfermagem. Curitiba, 2011, p. 4405-4414.

CAMPOS, Claudinei Jose Gomes. **Método de Análise de Conteúdo:** ferramenta para análise de dados qualitativos na área da saúde. Brasília, 2004, p 611-614. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5>>.

DELGADO, Pedro Gabriel; ROCHA, Maria Salete Bessa; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira. **Sobrecarga do cuidado, solidariedade e estratégia de lida na experiência de familiares de Centros de Atenção Psicossocia.** Rio de Janeiro, Physis, 2014, p. 1103-1126.

DIMENSTEIN, *et al.* **Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental,** 2010.

FERREIRA, N. S. A. **As pesquisas denominadas “Estado da Arte”.** *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 23, n. 79, ago. 2002

JORGE, *et al.* **Representações sociais das famílias e dos usuários sobre participação de pessoas com transtorno mental.** Fortaleza, 2007, p. 135-142.

HOUAISS, A. **Pequeno dicionário Houaiss da língua portuguesa.** São Paulo: Moderna, 2015.

LIMA, Telma Cristiano Sasso; MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico:** a pesquisa bibliográfica. Florianópolis, 2007. Revista Katálysis, p. 37-45.

LIMA, R. C.C. Políticas sociais públicas e a centralidade da família: implicações para a assistência na área de álcool e outras drogas. P. 171-190. In: ALARCON, S.; JORGE, M.A.S. Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

MIELKE, *et al.* **A inclusão da família na atenção psicossocial:** uma reflexão. Porto Alegre, 2010. Revista de Enfermagem. p. 1-6.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. **Família e saúde mental: contribuição para reflexões sobre processos familiares.** *Katálysis*, Florianópolis, v. 9, n. 3, p.21-26, fev. 1996.

MELMAN, Jonas. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares /** Jonas Melman. 3^a ed. São Paulo: Escrituras Editora, 2006.- (coleção Ensaios Transversais.).

OLIVEIRA, *et al.* **Aspectos contextuais da participação da família nos centros de atenção psicossocial.** Recife, Revista de Enfermagem UFPE, 2016, p. 81-3676.

PEGORARO, Renata. **Sobrecarga de familiares de usuários de um centro de atenção psicossocial.** Maringá, Revista Saúde Coletiva, v. 3, n. 11, p. 569- 577, 2006.

PINHO, L.B.; HERNÁNDEZ, A.M.B.; KANTORSKI, L.P. Psychiatric reform, mental health workers and the family's "partnership": the discourse of distancing. **Interface Comunic, Saude, Educ.**, v.14, n.32, p.103-13, jan./mar. 2010.

RODRIGUES, Aline; PALMAS, Domingos Luiz. **A influência da inclusão da família no processo terapêutico de pacientes com transtorno mental atendidos pelo centro de atenção psicossocial em uma cidade no meiooeste catarinense.** 2015.

ROSA, L. C. S. **Transtorno mental e o cuidado na família.** 2ed. São Paulo, Cortez, 2008.

SILVA, Sonia Maria da Costa da. **Participação da Família na Assistência ao Portador de Transtorno Mental no CAPS.** 2006. 124 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006

SILVA, Verônica Keylane Rodrigues da. **Contribuição do Serviço Social para a Participação de Usuários nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS no Controle Social.** 2017. 66 f. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2017.

SIMÕES, Gabriel Lima. **A PARTICIPAÇÃO EM PROJETOS APOIADOS PELA FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ:** uma análise sobre a participação sobre a agência de comunicação comunitária de manguinhos. 2015. 119 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Gestão e Estratégia, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica 2015, 2015.

SCHRANK, Guisela; KANTORSKI, Luciane Prado. **Ações de saúde mental desenvolvidas nos Centros de Atenção Psicossocial voltadas a família do portador de transtorno psíquico.** Curitiba, 2003, p. 203-202.

VIEIRA, G. T. S. **A família e o provimento de cuidados a pessoa com transtorno mental no contexto da desinstitucionalização.** Recife, 2009.

PROJETO VINCULAR – A PARTIR DO CAPS III DE TERESINA

Edmilson Ribeiro da Silva¹

Fabíola Kelly da S. Ribeiro²

Marta Evelin de Carvalho³

Introdução

A relação da pessoa em sofrimento mental com a família foi, historicamente, marcada pelo isolamento, em virtude de vários fatores. Um deles era reforçado pela localização geográfica dos hospitais psiquiátricos, que eram construídos longe das metrópoles, o que dificultava o acesso dos familiares a essas instituições. Segundo Borba et al.(2011), outro motivo que permeava a relação da família com a pessoa com

- 1 Psicólogo do CAPS III de Teresina. Especialista em Saúde Pública; Saúde da Família; e Saúde Mental pelo Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e Extensão-IBPEX, e Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS, pela Universidade Federal do Piauí-UFPI. Educação Especial, Educação Inclusiva, pela universidade Estadual do Maranhão – UEMA. Email: edyribeiro1@yahoo.com.br
- 2 Enfermeira do CAPS-III de Teresina. Especialista em Saúde da família e em Enfermagem do Trabalho (UNINOVAFAPI). Email: f.ksilva@yahoo.com.br
- 3 Terapeuta Ocupacional do CAPS III. Mestre em Saúde da Família (FIOCRUZ). Especialista em Saúde Mental (UFRJ) e Gestão de Serviços de Saúde (UFRN). Email: martaevelin-PI@hotmail.com

transtorno mental era a culpabilização da família pelo adoecimento do seu ente.

Como consequência, durante anos, foi se formando a ideia da impossibilidade de que a família pudesse conviver e cuidar da pessoa com sofrimento psíquico e a certeza de que a instituição psiquiátrica reunia todos os atributos necessários para o tratamento. Nesse sentido, segundo Conejo e Colvero (2005), a longa permanência dos doentes mentais nos hospitais tornou os vínculos afetivos mais frágeis e a possibilidade de aproximação com a família mais conflituosa e difícil.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil veio como um processo contemporâneo ao movimento sanitário, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva e fortalecimento do protagonismo dos trabalhadores, usuários e familiares dos serviços de saúde nos processos de cuidado (BRASIL, 2005). Esse movimento é definido por Amarante (1995) como o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria.

A desinstitucionalização surge rompendo com o modelo psiquiátrico tradicional e inaugura um novo modo de assistência com ênfase na atenção psicossocial. A desconstrução das relações viciadas e institucionalizadas abriu espaço para construção de novas relações, em que os usuários e familiares se tornaram protagonistas desse novo saber-fazer na saúde mental. O sujeito que no passado, durante seu tratamento psiquiátrico, era afastado das suas relações externas, entre elas, as relações familiares, com o novo modelo, foi convidado e motivado cada vez mais a exercer a convivência social e a sua cidadania. Neste sentido, a desinstitucionalização passa a ser entendida como um processo que vai além das mudanças de espaços físicos e institucionais, se configurando principalmente no âmbito das relações interpessoais e, dessa forma, a família, que antes era excluída do tratamento, com essas transformações, torna-se parceira do cuidado e é incluída no Projeto Terapêutico Singular

(PTS) do CAPS, por entender que essa relação entre o usuário e a família impacta diretamente a reabilitação psicossocial.

Os CAPS se configuram como serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, circunscritos ao espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja etc.) daqueles usuários que os frequentam, com o objetivo de oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2015). Diante desse panorama, se faz necessário refletir sobre como a família está sendo cuidada pelos serviços de atenção à saúde mental, visto que a Portaria IGM n.º 336//02 que regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial em CAPS I, CAPS II e CAPS III, inclui em suas atividades o atendimento familiar (BRASIL, 2002). Destarte, surge algumas perguntas: De que forma os familiares estão sendo incluídos nos CAPS? Que espaços estão sendo ofertados aos familiares para a expressão dos seus sentimentos e para o seu cuidado? Os profissionais estão tendo disposição para ouvir e acolher as necessidades da família?

A unidade familiar, em toda sua complexidade, não pode ser esquecida pelos profissionais de saúde mental, ao contrário, deve ser considerada como essencial ao cuidado do usuário, pois a eficácia do seu tratamento depende das relações estabelecidas com seus familiares.

Atualmente o modelo de clínica vem sendo reformulado e ampliado. Campos e Amaral (2007) inaugurou o conceito de uma nova prática, a clínica ampliada, a qual possui como centro o sujeito e seu contexto, uma prática mais ampla do que o foco na patologia, ou seja, uma prática que busca a integralidade na saúde ou clínica do sujeito. A clínica ampliada visa à produção de saúde, reabilitação e ampliação da autonomia do sujeito, através da construção de vínculos, integração da equipe multiprofissional, ampliação dos recursos de intervenção no processo saúde-doença e elaboração de projetos terapêuticos, de acordo com a vulnerabilidade de cada caso. O Projeto Terapêutico Singular (PTS)

pressupõe um aprofundamento da discussão do problema, das ações e do envolvimento das diversas partes do processo como a implicação da família e os recursos da equipe e do território, assim como do próprio usuário.

De acordo com Furtado e Miranda (2006), o PTS é construído a partir de diversas perspectivas, incluindo a interação entre o usuário e seu profissional de referência. O sucesso do PTS está ligado à ampliação da clínica, garantindo que os planos subjetivos, sociais, familiares e laborais sejam sempre articulados pelo Técnico de Referência (TR). Conforme estes autores, o dispositivo TR apoia-se na concepção de que um profissional aproxime-se de certo número de usuários para assisti-los de modo singular, acompanhando e reavaliando seu PTS. Nesta perspectiva, é um arranjo baseado na interdisciplinaridade e no vínculo entre profissionais e usuários, fundamentados na proposta da clínica ampliada, através do compromisso com o sujeito e sua singularidade, na articulação com a família, trabalho e cultura.

O vínculo como tecnologia relacional

A compreensão de que a família, muitas vezes, é o único ou o mais forte vínculo existente na vida do usuário e que a forma de vínculo estabelecida interfere diretamente na reabilitação psicossocial nos leva a aprofundar um pouco mais essa discussão, tendo em vista que a palavra vínculo se inscreve no campo das relações humanas e no âmbito da saúde adquire diversas conotações. Para Barbosa e Bossi (2017), o uso do termo “vínculo” é conotado, ora como um dispositivo, seja de atenção integral à saúde, seja do cuidado; ora como tecnologia relacional, ferramenta relacional, instrumento de trabalho relacional, e/ou, ainda, como tecnologia leve.

A palavra vínculo é conceituada como “o desenvolvimento de circularidade de afetos entre trabalhador e usuários, construindo a interação entre duas pessoas, criando uma maneira particular de se relacionarem, a cada caso e a cada momento” (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2004, p. 248). Esses autores descrevem três

dimensões existentes no vínculo estabelecido: afetividade; relação terapêutica e continuidade. A dimensão da afetividade se refere aqui a relação entre o profissional e a sua profissão. A relação do profissional com o usuário é decorrente dos afetos que ele tem com a sua profissão. A dimensão terapêutica se refere ao cuidado nutrido pela atenção, interação e convivência do profissional com o usuário, que desencadeia uma compreensão mais precisa da demanda trazida e cujas medidas preventivas e/ou curativas, dependendo do vínculo estabelecido entre estes, terá uma boa ou nenhuma adesão. A dimensão continuidade refere-se a responsabilização que o profissional deve assumir em relação à vida e morte do paciente, salvaguardadas as devidas possibilidades de intervenção (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2004).

Analisando estas três dimensões temos claramente uma sequência interligada: gostar da sua profissão e do que faz desencadeia uma postura de cuidado empática e compreensiva que faz com que o profissional se responsabilize pelo outro. De outra forma, mais resumidamente podemos dizer que a afetividade gera cuidado e este gera vínculo.

Os estudos de Merhy (2003) sobre as tecnologias de cuidado classificam-se em duras (instrumentos), leve-duras (saber técnico estruturado) e leves (relações). Limitaremos-nos a discorrer mais precisamente sobre as tecnologias leves, que são as tecnologias das relações, no que se refere à produção de vínculo, fazendo a relação com o campo da saúde mental e com a relação entre os profissionais e familiares.

No campo da atenção psicossocial é por meio da produção do cuidado ao usuário que atingimos os objetivos de promoção da saúde e da qualidade de vida, mas, se esse cuidado não for estendido aos familiares, dificilmente será atingido. O ato de cuidar pode se apresentar de modo individual e coletivo, sendo mais comum encontrarmos ações individuais e voltadas somente para o usuário. Estabelecer vínculo com os familiares é um desafio, pois o entendimento de que “o doente não é ele” por parte dos familiares ou “o cuidado deve ser ao usuário”, por parte dos profissionais,

dificulta a efetivação da tecnologia leve que só são produzidas quando há relações intercessoras. Por relações intercessoras, segundo Merhy (2003), designa-se o que se produz nas relações entre os sujeitos e não como o somatório de um com o outro.

Sabemos que o cuidado voltado ao usuário requer muito tempo do trabalho dos profissionais, mas não podemos esquecer que ele traz consigo suas relações sociais e familiares que precisam ser incluídas dentro dos processos de trabalho do serviço, pois, quando não há disponibilidade da equipe técnica para criar espaços de expressão da subjetividade dos familiares que proporcione trocas e aproximação entre estes, não haverá a produção de vínculos, as tecnologias leves não serão potencializadas e, dessa forma, a produção do cuidado não será efetivada.

Assim como o encontro entre técnico e usuário é produtor de saúde, o olhar deve ser ampliado para importância do encontro entre o técnico e a família de modo a produzir acolhimento, escutas e, dessa forma, promover a construção de relações de confiança e afetos.

Ampliando o olhar e os espaços de encontros, podemos possibilitar um melhor entendimento da complexidade da vida dos usuários e uma maior efetividade do projeto terapêutico singular, legitimando esse “fazer” verdadeiramente como antimanicomial, no qual os profissionais se colocam disponíveis para criar e intensificar os vínculos com os usuários e familiares, pois somente assim as tecnologias leves serão estabelecidas e o cuidado priorizado.

Contextualizando o Projeto Vincular

O Projeto Vincular foi desenvolvido pela equipe do CAPS III de Teresina PI, dispositivo inserido na Rede de Atenção Psicossocial do município a qual abrange, além deste, outros serviços distribuídos ao longo do território, entre eles, Unidades Básicas de Saúde, CAPS II, CAPS infantil, CAPS ad, Serviços Residenciais Terapêuticos, Consultório na Rua, Serviços de Urgência, NASF, ambulatórios e leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais.

O CAPS III de Teresina é o único serviço de atenção psicossocial da capital que funciona 24 horas, assistindo usuários em crise e dando suporte aos demais CAPS da cidade. Durante o dia, funciona atendendo, prioritariamente, pessoas com intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistente, de parte da zona sul de Teresina, que compreende 44 bairros e 1 zona rural.

A equipe deste serviço é constituída de psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, profissionais de educação física, nutricionistas, assistentes sociais que realizam as seguintes atividades terapêuticas: atendimento individual; atendimento em grupo; atendimento para a família; atividades comunitárias; assembleias e reuniões de organização do serviço.

O CAPS III de Teresina foi inaugurado no dia 31 de março de 2010 e credenciado no Ministério da Saúde pela portaria nº 648, do dia 19/11/2010. Funciona em espaço alugado, com área física adequada para o desenvolvimento das atividades, atendendo as exigências da portaria nº 336 de 19/02/02.

Em março de 2020, o CAPS III apresentava 1.375 usuários cadastrados, sendo que desse total, 588 usuários encontram-se ativamente em tratamento, enquanto que o restante compreende o grupo inativo, formado por usuários falecidos, desistentes do tratamento, ou encaminhados para atenção básica e ambulatório.

Concepção do Projeto

Em uma das reuniões da equipe técnica, para avaliação das atividades realizadas durante o ano de 2017, foi levantada por todos os profissionais da equipe da tarde a necessidade de se pensar em uma estratégia que motivasse a família a se aproximar do CAPS e que aumentasse a sua participação no tratamento, pois diversas vezes já tinha sido tentado fazer reuniões com a família e a adesão era sempre muito baixa. A inexistência de um cuidado direcionado exclusivamente às famílias e o afastamento dos familiares do tratamento era notório para toda equipe que percebia tal fato

como contraproducente ao tratamento dos usuários e entendia que a atenção psicossocial a estes sem a inclusão dos familiares era pouco efetiva. Precisávamos pensar em algo novo e diferente que atraísse a participação desse público e para tal pretensão os objetivos levantados foram a construção de um espaço para a oferta de cuidados, trocas de experiências, suporte e ajuda mútua e afago para as dores e os sofrimentos, facilitando assim o fortalecimento de vínculos mais fortes e afetuosos entre os familiares e os profissionais.

A ideia de pensar numa estratégia, não só como mais uma atividade proposta dentro da grade de atividades do CAPS, mas como uma maneira para resolver a necessidade avaliada pela equipe de aproximar os familiares dos profissionais e do serviço, fez toda uma diferença na motivação dos profissionais, pois tínhamos uma meta a alcançar, que era conseguir melhorar o vínculo com os familiares e conseqüentemente promover um melhor tratamento aos usuários, tornando-se um grande desafio, porque várias reuniões com familiares tinham sido tentadas, sem sucesso no CAPS III. Vale salientar que, até o início do Projeto Vincular, a participação e presença da maioria dos familiares no CAPS se davam apenas como acompanhante do usuário nos dias de consulta com o psiquiatra, por exigência desse profissional, ou nas atividades festivas como: dia das mães, festa junina e natal.

A criação e experimentação de um novo fazer, de forma coletiva, fortaleceram e aguçaram a criatividade de toda a equipe, iniciando-se pela escolha do nome que se daria para esse projeto piloto. Fizemos um levantamento com várias sugestões de nomes para intitular o projeto e através de votação entre os profissionais foi escolhido o nome “Projeto Vincular”, pois sintetizava o foco principal a ser alcançado. Após o nome, veio a escolha de uma logomarca para ilustrar a ideia do projeto. A empolgação foi tanto que até camisas com a logo foram confeccionadas e, assim, nasceu o projeto com a forte intenção de fortalecer os vínculos entre os familiares e a equipe técnica.

Este artigo consiste num estudo descritivo, do tipo relato de experiência, no qual se buscou descrever as percepções dos

profissionais durante as atividades realizadas no grupo terapêutico desenvolvido para familiares/cuidadores dos usuários assistidos pelo CAPS III, no período de fevereiro de 2018 a fevereiro de 2020, quando foram realizados 23 encontros com a participação de 239 familiares.

Inicialmente, foi pensado em seis encontros, que aconteceriam uma vez por mês. Foi realizada uma pesquisa prévia com os familiares para averiguar quais motivos dificultavam a participação destes nas reuniões de família, antes tentadas sem adesão. O fator de maior obstáculo citado foi à conciliação entre o horário das reuniões e o horário do trabalho dos familiares, pois as reuniões eram realizadas durante a semana e no horário de trabalho. Diante disso, os dias de encontro para o desenvolvimento do Projeto Vincular foi programado para o último sábado de cada mês, no turno da manhã, aceito sem ressalvas por todos os profissionais que não mediram esforços para fazer acontecer, mesmo não sendo dia e nem horário de trabalho dos mesmos.

A metodologia usada para os encontros foi construída pela equipe e decidido que a duração de cada encontro seria de duas horas. De início seria feito uma atividade de acolhimento (30 min), seguido da discussão de um tema específico (40 min), um lanche (20min) e por último, uma atividade integrativa (30 min). O calendário dos seis encontros foi estabelecido previamente, ficando decidido que iniciaria em fevereiro de 2018. Os temas a serem discutidos também deveriam ser sugeridos e escolhidos pelos familiares.

A divulgação do Projeto Vincular também foi cuidadosamente pensada pela equipe que durante todo o mês que antecedeu o primeiro encontro se dedicou a esta tarefa. Entre as formas de divulgação que foram usadas, destacamos: elaboração de folder informativo sobre a proposta do Projeto Vincular; salas de espera; sensibilização dos psiquiatras para reforçar o convite em cada consulta com a entrega do calendário com a data dos seis encontros e convite por telefone. O convite realizado por telefone, ficou sob a

responsabilidade de cada técnico de referência, pois se entendeu já haver certa aproximação entre este profissional e o familiar.

O primeiro encontro aconteceu no dia 24/02/18, por ser o primeiro, estava toda equipe técnica presente, pois a proposta foi neste encontro apresentar toda equipe responsável pelo projeto e explanar como seria o desenvolvimento de suas atividades, e ainda coletar sugestões de temas e atividades propostas pelos familiares. Como a equipe responsável era formada de seis profissionais, ficou acordado que os encontros seguintes seriam conduzidos sempre por três profissionais, modificando os trios para permitir maior interação entre estes. Dentre os três profissionais sempre seria escolhido um para ser o relator e redigir sobre as suas percepções do encontro, o que não impedia dos demais fazerem anotações, caso assim quisessem.

Após o sexto encontro, foi realizada uma avaliação pelos profissionais e em outro momento com os familiares. Diante dos bons resultados e do desejo de todos, o Projeto Vincular continuou e foi incluído nas atividades do CAPS.

Ao longo dos dois anos de desenvolvimento, os encontros foram marcados por uma diversidade nas atividades para evitar a monotonia e a desmotivação. Entre as atividades mais integrativas e de fortalecimento dos vínculos destacamos: tenda do conto, grupos de ajuda mútua, terapia comunitária e biodança. Em relação as atividades relacionadas a discussão de temas, destacaram-se: direitos da pessoa com transtorno mental, alimentação saudável e o impacto na qualidade de vida, empregabilidade e inclusão no mercado de trabalho, técnicas de controle da ansiedade, o papel do técnico de referência no CAPS, projeto terapêutico singular. Foram também trabalhadas atividades que objetivaram escutar o familiar na sua singularidade, com estratégias que buscavam aliviar a sobrecarga emocional, possibilitando aos familiares a expressão das vivências do cotidiano, associadas aos sentimentos de isolamento, de problemas de relacionamento e sobrecarga de trabalho.

Resultados

A análise dos encontros realizados com familiares e/ou cuidadores possibilitou a subdivisão dos resultados, sendo essas agrupadas para melhor compreensão.

Identificação dos familiares cuidadores participantes

A análise das frequências dos encontros mostra que 74% dos familiares presentes eram do sexo feminino, enquanto 26% do sexo masculino. Foram identificados 18 segmentos diferentes de familiares e parentes ao longo do desenvolvimento do projeto, sendo 10 do gênero feminino, entre eles: mãe, filha, irmã, esposa, tia, sobrinha, prima, avó, cunhada e nora. Apenas 8 segmentos do gênero masculino, entre eles: pai, filho, irmão, esposo, sobrinho, primo, cunhado e genro.

O familiar mais presente nos encontros foram as mães, representando 28,5% e seguido de irmã (22%), filha (10%), irmão (7%), esposa (6,5%), esposo (6%), pai (5%), filho (5%), tia (3%), sobrinha (2%) e outros (5%), o que confirma a presença majoritária de mulheres, que na divisão sexual do trabalho foram encarregadas do provimento de cuidado (ROSA, 2003). Quanto ao grau de parentesco ou vínculo, foi observado que: 48,5% dos presentes representavam os parentes consanguíneos de 1º grau (pai, mãe, filhos) 29% parentes consanguíneos de 2º grau (irmã, irmão e avó), 12,5% com vínculo conjugal, 5% parentes consanguíneos de 3º grau (sobrinha, sobrinho e tia) e 5% parentes consanguíneos de 4º grau e parentes por afinidade (primo, prima, cunhado, cunhada, genro e nora).

Como o projeto foi desenvolvido pelos profissionais do turno da tarde do CAPS III, observou-se que houve um maior engajamento destes no convite feito aos familiares. Como resultado foi identificado a baixa adesão dos familiares, cujo técnico de referência eram do turno da manhã, representando somente 10%, enquanto que, 90% tinham técnicos de referência no turno da tarde.

Caracterização dos grupos familiares

Quatro tipos de familiares foram identificados nos encontros, entre eles: os *familiares com usuários novatos*, que devido ao pouco tempo de início do tratamento no CAPS vinham em busca de mais informações sobre o funcionamento do serviço e dos direitos do usuário; os *familiares com usuários instáveis e/ou crônicos*, que, devido às crises frequentes, buscavam maior aproximação com a equipe e o serviço, mas também indagavam sobre informações sobre o cuidado e o manejo nas horas de crises; os *familiares com mais de um usuário na família*, estes, por incrível que pareça, vinham para trocar experiências e também utilizavam o momento como forma de sair de casa e se afastar um pouco do cuidado, chegando a comparar os encontros com o seu lazer, como podemos observar o seguinte relato:

Eu quase não saio, porque quem tem pessoas com esse problema na família, fica impedido de tudo, mas quando é esses encontros, a gente dar um jeito e tudo se ajusta. Eu gosto muito, porque só sair de casa já fico feliz e as reuniões me deixa mais leve. (I.D)

Ou seja, tal fato denota a ausência de investimento temporal em lazer e até o suposto lazer, acaba sendo potencializado em prol do cuidado, mesmo que, como visto, gere leveza.

Por fim, identificamos os *familiares únicos no cuidado*, que vinham à procura de um momento terapêutico, que, muitas vezes, pela inexistência de outro espaço ou outro membro familiar, não podiam compartilhar seus problemas pessoais, suas angústias, medos e sensação de impotência. Esses familiares também mencionaram mudanças feitas no seu cotidiano para garantir a sua presença nos encontros que, de certa forma, também contribuíram para o exercício da autonomia dos usuários, como veremos nos relatos abaixo:

Eu moro só com meus dois filhos. Os dois têm problema mental. Eles são muito dependentes de mim, mas hoje para mim vir para o encontro tive que ensinar um deles a abrir a porta para o rapaz que ficou de ir consertar minha máquina de lavar. Foi o único jeito, eles não ajudam em nada, são muito dependentes, mas fiz isso para estar aqui” (M.J.)

Moro só com minha mãe. Ela é muito preocupada comigo, mas não tenho como contar pra ela os meus problemas porque tenho medo dela entrar em crise de novo. Nunca faltei um encontro porque aqui sinto que posso contar tudo, desabafo e saio melhor. (I.A.)

Como visto no primeiro depoimento, a participação da cuidadora no projeto possibilitou, inclusive, atribuir tarefas para um dos filhos cuidados, pois a via apenas como “dependentes”.

Os familiares únicos no cuidado foram os que mais vezes compareceram aos encontros e quando perguntado o motivo, quase todos associavam ao desejo de obter mais informações sobre o tratamento, mas também da sensação de não se sentir só no cuidado, conforme os relatos:

Quando meus pais morreram, como só era eu e ele (usuário), tive que assumir esse cuidado. Não foi fácil, não sabia nem a medicação que ele tomava. Essas reuniões fez eu aprender muitas coisas, tinha muitas dúvidas, mas com o tempo a gente vai se aproximando mais dos profissionais e perdendo a vergonha de perguntar. (C. S.)

Minha motivação maior para vir aos encontros gira em torno de obter mais informações e dessa forma entender melhor minha esposa e também repassar algumas informações para ela. Nas reuniões a gente sente que não estar só e que pode sempre contar com os profissionais (P.C.)

Observa-se, assim, a dimensão pedagógica do encontro, a perda da vergonha para perguntar, o que não se sabe ou tirar as dúvidas, obter informações. Também tem a dimensão de se sentir parte, “não estar só”, o que sinaliza para a potência da grupalidade.

Durante o desenvolvimento do projeto, por duas vezes, substituímos os encontros com o formato inicialmente estruturado para oferecer uma atividade mais integrativa e relacionada a uma data comemorativa, permitindo nessas atividades a presença dos familiares e dos usuários. As atividades comemorativas escolhidas foram a festa junina e o natal. O intuito de oferecer as atividades festivas nos permitiu observar as relações afetivas e a convivência familiar. Foram atividades bem aceitas que motivavam a participação e diversão de todos e que nos proporcionou conhecer outros membros das famílias e suas relações interpessoais.

No final do ano de 2019, visando a continuidade do Projeto Vincular, durante a semana de atualização dos dados dos prontuários, a equipe técnica esteve presente explicando aos usuários e familiares sobre a importância do Projeto Vincular, o que repercutiu imediatamente na maior adesão de novos familiares nos encontros de janeiro e fevereiro de 2020.

Considerações Finais

Avaliar o “fazer técnico” e admitir a insuficiência de ações diante da demanda da família, fez com que os profissionais do CAPS III, desenvolvessem essa experiência, modificando os modos de operar, potencializando a integração, articulação e troca de saberes, proporcionando um aprendizado maior da construção coletiva de novas práticas e a reforma nos processos de trabalho, que passaram a ser mais discutidos e melhor planejados.

O vínculo com os familiares se deu proporcionalmente à quantidade de encontros que os familiares participaram, dessa forma, quanto maior a frequência dos familiares nos encontros, maior era a vinculação com os profissionais, com o serviço e com o tratamento da pessoa com sofrimento psíquico, pois o vínculo é uma conquista que não acontece imediatamente. Quanto maior a vinculação dos familiares com os profissionais, maior a implicação destes com o serviço e com as estratégias de promoção

da reabilitação psicossocial dos usuários. Ressalta-se também que, quanto melhor o vínculo, melhor será o resultado do tratamento.

O profissional médico (psiquiatra) não participou diretamente dos encontros, porém, é preciso destacar que o entendimento da importância terapêutica do projeto fez com que seu papel na divulgação e encaminhamento dos familiares para os encontros fosse imprescindível para a boa adesão.

A ampliação do conhecimento dos familiares sobre vários temas ligados à saúde mental, sobre o funcionamento e processo de trabalho do CAPS III foi outro indicador que propiciou uma melhor compreensão da família acerca do transtorno mental e do tratamento.

Os encontros foram identificados como espaços de fortalecimento do empoderamento dos familiares que passaram a interferir e decidir com os profissionais sobre os temas, dias, horários e formas de construção desse espaço, que além de ser democrático e deliberativo, também agregava o viés terapêutico, no que tange ao cuidado e alívio para suas dores, angústias e sofrimentos. Evidenciou-se que as ações cuidadoras extrapolaram o domínio dos trabalhadores e deixaram de ser exclusiva destes, sendo assumidas com muita competência pelos familiares.

As reuniões de equipe técnica foram enriquecidas com o compartilhamento das vivências concretas dos profissionais com a família, agregando informações antes desconhecidas e permitindo assim, um maior entrelaçamento das informações identificadas e vividas dos familiares.

O tipo de vínculo estabelecido entre os profissionais e os familiares participantes tornou-se mais forte com o Projeto Vincular, permitindo, dessa forma, um melhor entendimento do contexto e das relações familiares, reverberando diretamente na construção de um projeto terapêutico singular mais próximo das reais necessidades.

Referências

- AMARANTE, Paulo. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. 143 p.
- BARBOSA, M.I.S.; BOSI, M.L.M. (2017). Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. ISSN 1809-4481. vol.27nº 4 Rio de Janeiro. Oct. / Dec.2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000401003 Acesso em: 16 jul. 2020.
- BORBA, L. O.; et al. A família e o portador de transtorno mental: Dinâmica e sua relação familiar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2011. vol.45, n.2, pp.442-449. ISSN 008 Acesso em: 16 jul. 2020.0-6234. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000200020&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 16 jul. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Orientações para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossociais. In: *Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Legislação em Saúde Mental: 1990 - 2002*. 3. ed. Brasília; 2002. Acesso em 23 jul. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Centros de

Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios : orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 44p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf> Acesso em: 23 jul. 2020.

CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referência teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (4):849-859,2007. vol.12, n.4, pp.849-859. ISSN 1678-4561. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232007000400007&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 22 jul. 2020.

CONEJO, S.H. ; COLVERO L.A. O cuidado à família de portadores de sofrimento mental: visão dos trabalhadores. *REME Rev Min Enferm.* 2005 jul./set; 9(3):206-11. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/462>. Acesso em: 16 jul. 2020.

FURTADO, J.P.; MIRANDA, L.O. Dispositivo “técnicos de referência” nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental.* 2006, vol.9,n.3, p. 508-524. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1415-47142006003010>>. Acesso em: 10 ago. 2020.

MERHY, E.E. & FRANCO, T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. *Saúde em Debate*, Ano XXVII, v.27, n. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.

ROSA, L. C. S. *Transtorno mental e o cuidado na família.* São Paulo: Cortez, 2003

SILVA JÚNIOR, A. G.; & MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: Aspectos conceituais e metodológicos. (2004). In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: As fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2004 p. 241-257. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=407754&indexSearch=ID>. Acesso em: 10 ago. 2020.

GRUPO DE FAMÍLIA COMO MEIO DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM CAPS AD

*Elizandra Ferreira Pires de Carvalho*¹

Introdução

O trabalho em Saúde Mental com pessoas que usam drogas foi por muito tempo baseado no modelo hospitalocêntrico seguindo uma lógica punitiva, criminalizante. Este modelo isolava e segregava os usuários, eles ficavam afastados até mesmo de seus familiares, onde o contato com os mesmos se dava através de visitas, quando permitidas. Essas internações aconteciam em manicômios e tinham como único objetivo, a abstinência, e em sua maioria eram instituições particulares, pois o Estado não investia em instituições voltadas para tratamento dessas pessoas. Essas instituições não passavam por nenhuma fiscalização e em sua maioria aplicavam ações com violações de Direitos Humanos (ALVES, 2009).

1 Psicóloga. Coordenadora do Capsad Clidenor de Freitas Santos da Fundação Municipal de Saúde de Teresina. Especialista em atenção Integral ao consumo e aos consumidores de substâncias psicoativas do Estado do Piauí pela Universidade Federal da Bahia - UFBA

Foi com a Reforma Psiquiátrica que o tratamento às pessoas usuárias de drogas teve um avanço, passando a ser em meio aberto e pautado na redução de danos. Essa reforma só foi possível devido a organização dos usuários, familiares e profissionais de saúde no intuito de denunciar os danos causados pelo isolamento e violações de direitos que o tratamento em manicômios proporcionava. O movimento se espalhou pelo mundo inteiro dando origem à Reforma Psiquiátrica, e com ela, as ações como o fechamento dos manicômios e a criação de dispositivos substitutivos de cuidado (FIGUEIRO; DIMENSTEIN, 2020).

A Reforma Psiquiátrica no Brasil ao adotar o modelo de cuidado ao paciente psiquiátrico e/ou com problemas de uso de drogas em meio aberto ressalta a necessidade de incluir a família nesse processo, seja para dar suporte ao usuário ou para o seu próprio tratamento (BRASIL, 2004). Esses avanços começaram a tomar forma com a aprovação da lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, a mesma trata sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais, e ainda estabelece um novo modelo de assistência em saúde mental, priorizando a garantia do cuidado integral no território, garantia de direitos e reinserção social. Outro avanço no processo da Reforma Psiquiátrica é a Portaria nº 3.088

/2011 que regulamenta a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), discorre sobre como deve acontecer o atendimento em Saúde Mental às pessoas dentro dos dispositivos de saúde disponíveis no território, de forma articulada e com compartilhamento de cuidado (BRASIL, 2011). O atendimento psicossocial prioriza o cuidado em liberdade e a autonomia das pessoas, além disso valoriza a participação da família e da comunidade no cuidado e na reinserção social das pessoas com transtornos mentais ou problemas relacionados ao uso de drogas

O atendimento psicossocial em saúde mental nos faz repensar o papel da família dentro desse processo, sendo que essa abordagem se torna imprescindível para desenvolver uma linha de cuidado com maior resolutividade. As famílias das pessoas que fazem uso de drogas é uma preocupação dentro das políticas públicas,

pois sabe-se dos inúmeros problemas vivenciados por elas que vai além dos efeitos causados pelo uso das substâncias, abrangendo questões de vulnerabilidades sociais, necessitando em muitos casos da abordagem dos dispositivos de diferentes políticas públicas (FIGUEIRO; DIMENSTEIN, 2020).

O interesse por essa demanda surgiu ao aceitar o convite para coordenar o Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas – CAPS ad de Teresina, instituição que realiza tratamento em saúde mental para as pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas. No cotidiano do serviço percebeu-se o quão é importante a abordagem familiar, até mesmo quando o usuário não frequenta o serviço.

Pleiteia-se com essa composição uma discussão sobre o atendimento familiar dentro do CAPS ad, tendo como categoria os grupos de família e seus desdobramentos dentro do atendimento psicossocial em saúde mental, a partir do relato de experiência e revisão de literatura sobre o tema. Essa temática tem relevância devido a família ser um dos atores dentro do processo de tratamento e reinserção social do usuário como preconiza a lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001.

O cuidado com as famílias dos usuários de drogas tem como uma das ações o trabalho em grupo, este é um instrumento que pode ser usado como estratégia de prevenção, acompanhamento e tratamento. No grupo, os familiares têm a oportunidade de compartilharem suas experiências, dificuldades e criarem estratégias de enfrentamento para os problemas que perpassam o uso de drogas.

O contexto do uso problemático de álcool e outras drogas e o cuidado com a família

O debate sobre as drogas ainda é um tabu em nossa sociedade. De acordo com Figueiro e Dimenstein (2020) ao abordar esse tema tocamos em questões complexas e copiosas, assim como as formas

de acolhimento e tratamento viáveis que rebatem na dinâmica familiar e de forma diferente entre os seus membros.

A complexidade que envolve o uso abusivo de drogas mobiliza o sistema de saúde e ganha visibilidade na busca pela solução desse problema. O III Levantamento Nacional sobre Uso de Drogas realizado pela Fundação Oswaldo Cruz, publicado em 2017 revela em seus resultados que no ano anterior ao estudo, 3,2 % dos brasileiros usaram algum tipo de droga ilícita nos últimos 12 meses, tendo um percentual maior entre os homens e também entre os jovens (BASTOS *et al.*, 2017).

Quando observamos o número crescente de usuários de drogas, pensamos em como ofertar tratamento para os mesmos e muitas vezes esquecemos que suas famílias também necessitam de cuidados, pois elas também são afetadas por essa problemática. O uso problemático de álcool e outras drogas ou a dependência química, é uma doença que gera um grave problema de saúde pública e exige uma atuação que desenvolva estratégias de prevenção, promoção, acompanhamento e tratamento dos usuários e suas famílias (ALVAREZ *et al.*, 2012).

No momento anterior à implementação da Reforma Psiquiátrica as pessoas que faziam uso problemático de álcool e outras drogas eram isoladas em manicômios, como único meio de tratamento, ficando isoladas também do convívio familiar, ou seja as famílias não participavam do processo de tratamento. Em resposta a esse tipo de tratamento surgiu com a reforma psiquiátrica os serviços que incluíam o cuidado com a família como parte do tratamento (FIGUEIRO; DIMENSTEIN, 2020).

De acordo com Santin e Klafke (2011) após a modificação do cuidado em saúde mental preconizado pela reforma psiquiátrica, o sujeito passa a ser compreendido como um todo, como um ser que sofre, sente e vivencia os acontecimentos cotidianos da vida humana e se afeta por eles, fazendo com que o indivíduo busque por ajuda. Nessa perspectiva, o sujeito necessita de cuidado que vise a sua reintegração social, mantendo o seu contexto familiar e

comunitário, servindo como suporte fundamental para a criação de vínculos e desconstruir o modelo manicomial.

O modelo manicomial trabalha o usuário na perspectiva doença-cura, medicalizante, e o serviço é organizado de forma estratificada e hierarquizada, visando a remissão dos sintomas. A reforma psiquiátrica e o modelo psicossocial se baseia na perspectiva saúde-doença como sendo processos sociais complexos e que necessitam de uma abordagem interdisciplinar (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

O consumo problemático de álcool e outras drogas como sendo uma condição de saúde mental perpassa por essas discussões de modelo de tratamento. Vale ressaltar que o consumo de drogas passa a ser controlado no século XX, a partir da política norte-americana como sendo uma questão de Segurança Pública. Essa política norteou o modelo brasileiro orientado para o proibicionismo. O Ministério da Saúde preocupado com o controle da AIDS no Brasil aplica a redução de danos como estratégia de controle para a doença, via distribuição de seringas. Em 2003 a Coordenação de Saúde Mental assume a pasta do consumo de substâncias psicoativas (SPA) como uma questão de saúde pública passando a orientar sua política no viés da redução de danos (TRAD, 2009).

Atualmente o uso problemático de álcool e outras drogas tem se apresentado como um sintoma social devido ao grande número de pessoas que estão fazendo o consumo exacerbado. Esse problema acaba envolvendo outras temáticas complexas como o tráfico, as fragilidades do sistema público de saúde, a segurança e a assistência (SAYÃO, 2009). Nesse contexto, na visão de Rodrigues (2016) a família se vê em desespero e na tentativa em solucionar o problema toma medidas drásticas, como acorrentar os filhos para que os mesmos não saiam em busca da substância psicoativa.

No debate sobre a complexidade que envolve o uso problemático de álcool e outras drogas e a repercussão desse uso, a III Conferência Nacional de Saúde Mental sugeriu que o atendimento em saúde mental deve ser ofertado de forma a trabalhar

a integralidade dos sujeitos. Nessa lógica, o Ministério da Saúde criou a Política de Atenção integral em álcool e outras drogas, que reconhece o uso de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública e com isso estabelece que o usuário deve ser tratado de modo integral e articulado com o desafio de prevenir, tratar e reabilitá-los (BRASIL, 2003).

O trabalho com os usuários de álcool e outras drogas ao utilizar a perspectiva de tratamento de forma integral e articulada inclui a família nesse processo, diferente do que acontecia no modelo manicomial. De acordo com Rêgo (2012) a família é um subconjunto da clínica que envolve o uso problemático de álcool e outras drogas e seu atendimento é como um terreno abundante de novos modos de prazer nos tempos atuais.

Entender o funcionamento familiar é importante dentro do contexto do uso problemático de álcool e outras drogas, visto que a mesma é parte integrante do processo de prevenção, tratamento e recuperação do usuário, assim como também ela pode usufruir do serviço para realizar seu próprio tratamento por ser uma principal parte afetada diante dessa demanda.

A família como cuidadora: desdobramentos do cuidado

Nas Políticas Públicas, o cuidado com a família que lida com usuários de álcool e outras drogas vem sendo cada vez mais discutido, pois elas enfrentam incontáveis problemas que vão além dos efeitos que as substâncias causam em seus entes. De acordo com Figueiro e Dimenstein (2020), as famílias enfrentam graves problemas como a falta de suporte para suas reais necessidades, os serviços não conseguem atingir essa demanda e assim, a família sente-se ou pode vir a sentir-se desamparada.

Deve-se compreender a importância do trabalho com as famílias a partir do entendimento do seu conceito que, segundo Dessen e Braz (2005), a família é um dos principais contextos de socialização dos indivíduos, possuindo um papel fundamental para a compreensão do desenvolvimento humano, este sendo um

processo multifatorial que parte de peculiaridades do indivíduo, englobando o contexto social em que está inserido.

De acordo com Minuchin (1985) o sistema familiar sofre mudanças de acordo com as transformações sociais e os seus membros poderão ser afetados direta ou indiretamente, fazendo com que essas modificações assegurem a continuidade e o crescimento psicossocial de seus diferentes membros. Dentro desse contexto de relações deve ser observado os afetos que constituem as relações familiares. Bruschini (1989) relata que as famílias se organizam em arenas de afeto com negociações e conflitos permeado por questões de gênero/sexo, intergeracionalidade e hierarquias, sendo uma instituição que passa por transformações em que ao mesmo tempo influencia e é influenciada pelo o que acontece ao seu redor.

Através dos laços afetivos o indivíduo vivencia sentimentos de ordem positiva, amor, ou de ordem negativa, agressividade, possibilitando ao mesmo viver experiências positivas e negativas importantes para a sua formação enquanto pessoa dotada de direitos e deveres (GOEDERT; CARDIN, 2011). O estudo sobre a família nos faz refletir sobre a problemática do uso de substâncias psicoativas dentro desse contexto de relações de afetos, sendo que esse uso pode afetar todo o sistema familiar, assim como também essa relação de afetos, propiciando um desequilíbrio dentro da família.

Hodiernamente se percebe um aumento no abuso de substâncias psicoativas ou uso problemático. Segundo Paula (2013) as famílias que são poupadas desse encontro com as drogas são raras, sendo que o sofrimento mental de um de seus membros afeta todos ao seu redor, trazendo consequências que vão além do sujeito. O sofrimento atinge a todos os membros da família e as estratégias de manejo da situação devem incluir planos individuais, relacionais e culturais.

Ao falarmos em família devemos levar em consideração a família moderna. Na perspectiva de Beltrame e Bottoli (2010), a família moderna forma-se com o progresso da vida privada, ou seja, a família assume um espaço maior em prejuízo da sociedade,

devendo considerar a relação da família com a pessoa com transtorno mental como sendo construída historicamente. Corroborando com o pensamento exposto, Rosa (2003) relata que essa relação entre familiar e a pessoa com transtorno mental ao ser historicamente construída, nem sempre a família foi vista como uma instituição capaz de acolher e cuidar de um familiar com transtorno mental.

No século XX a família era percebida negativamente, sendo culpada pela existência de transtorno mental em um de seus membros (ROSA, 2003). Devido a isso, o saber psiquiátrico passa a afastar a pessoa com transtorno mental do convívio familiar, isso faz com que o modelo hospitalocêntrico ganhe força nesse período. Contra esse movimento manicomial surgiram várias manifestações para a mudança do modelo no tratamento das pessoas com transtorno mental, dando origem a Reforma Psiquiátrica. Neste modelo a família passa a fazer parte do tratamento se tornando uma estratégia de intervenção no cuidado em saúde mental (SANT'ANA; FONTOURA, 1996 apud ROSA, 2003 pág. 81).

Com a Reforma Psiquiátrica os serviços substitutivos ao modelo manicomial foram os Centros de Atenção Psicossocial-CAPS, criados através da Portaria nº 336 de 2002 e que define como serão organizados os CAPS, que é por ordem crescente de complexidade e abrangência populacional, tais instituições devem estar capacitadas para o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes seguindo a lógica do território e só podem funcionar com área física específica, independentemente de qualquer estrutura hospitalar. Apresenta as modalidades de CAPS, dentre eles temos o CAPS ad que é um serviço em saúde mental “para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas” (BRASIL, 2004). Nessa mesma portaria pode-se observar que o CAPS ad deve ofertar como atividade, o atendimento familiar, ou seja, a família como parte do processo de tratamento (BRASIL, 2004).

Em 2011 o Ministério da Saúde cria a Rede de Atenção Psicossocial-RAPS, instituída pela portaria nº 3.088/2011 que preconiza o atendimento da pessoa com sofrimento ou transtorno

mental e com necessidades decorrentes ao uso de álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde – SUS. Nesse modelo a pessoa é atendida de forma integral e em um sistema articulado entre os diferentes dispositivos no âmbito do SUS. Esse modelo faz com que as pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e seus familiares tenham acesso aos pontos de atenção do SUS, pois se entende que elas têm necessidades de saúde que não se restringem à saúde mental, assim como qualquer cidadão brasileiro dotado de direitos e deveres.

As regulamentações que asseguram o cuidado da pessoa com transtorno mental ou com necessidades em decorrência do uso de álcool e outras drogas foram elaboradas para garantir um cuidado integral, incluindo a participação familiar. Visto isso, Paula (2013), no que diz respeito ao uso problemático de álcool e outras drogas, afirma que esse consumo afeta o sujeito porque pode afetar as demais relações do mesmo, aqui incluímos a família, e sobre a qual recai a maior parte da responsabilidade do cuidado. No Brasil, a família junto com o Estado é a principal provedora de proteção social, por esta razão torna-se também alvo dos cuidados e intervenções na área da saúde.

Nesse processo de participação familiar observamos que existe um familiar que é o cuidador principal da pessoa com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Segundo Silva e Rosa (2017) as famílias ou familiares responsáveis por estimular a adesão do usuário ao projeto terapêutico singular, também necessitam de cuidados, pois os mesmos se responsabilizam em mediar as relações do usuário com os serviços de saúde, com os profissionais e ainda, fornece o suporte e apoio no convívio social.

Silva e Rosa (2017) enfatizam que quando uma pessoa tem transtorno mental não somente ela sofre com o adoecimento, mas também as famílias, necessitando ambos de suporte e cuidado. O convívio contínuo e prolongado com a pessoa com transtorno mental sobrecarrega o familiar e pode ocasionar desgastes em algumas áreas da vida como: emocional, físico e econômico.

Observar essas peculiaridades que envolvem as famílias das pessoas com transtorno mental requer dos serviços de saúde um olhar sensível e disponível para essa demanda, não somente para garantir os direitos, mas no intuito de trabalhar as reais necessidades dos sujeitos envolvidos, na tentativa de minimizar o sofrimento e com isso melhorar a qualidade de vida e a qualidade no cuidado.

Grupo de famílias: uma proposta de cuidado

O Grupo de famílias é uma estratégia oferecida a familiares de pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas, essa estratégia acontece em um CAPS ad tipo II, na capital do Piauí. O tema é tratado através de um relato de experiência, que descreve como aconteceu a formação dos grupos de família no CAPS ad, assim como é atualmente realizado esse modelo de atendimento.

O objetivo principal desse relato é apresentar a prática dos grupos de família no CAPS ad como sendo uma estratégia no cuidado aos usuários e familiares envolvidos no processo de tratamento.

Os Centros de atenção psicossocial a usuários de álcool e outras drogas (CAPS ad) atuam em toda a sua área territorial no intuito de descentralizar a assistência, promovendo a articulação intersetorial e social favorecendo os laços entre as instituições de saúde e a comunidade (BRASIL, 2001). De acordo com Scheibel e Ferreira (2011) os CAPS são serviços disponíveis à comunidade pertencente ao Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de acolher e tratar pessoas com transtornos mentais ou decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em um determinado território, nesse espaço são ofertados cuidados clínicos, ressocialização e valorização da cidadania e promoção da inclusão social das pessoas e de suas famílias.

O Centro de atenção psicossocial a usuários de álcool e outras drogas (CAPS ad) de Teresina foi inaugurado no dia 11 de setembro de 2003, sendo o primeiro CAPS ad do estado do Piauí. Este dispositivo se propõe a cuidar da saúde mental das pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas, assim como de

seus familiares, seguindo as diretrizes determinadas pelo Ministério da Saúde, com tratamento ofertado em meio aberto.

No CAPS ad de Teresina a atenção ao usuário é realizada por uma equipe multiprofissional que acolhe, avalia e constrói junto com o usuário um projeto terapêutico singular (PTS) de cuidados contínuos em saúde mental, visando sempre o bem-estar e a qualidade de vida dos usuários e seus familiares. O público atendido envolve ambos os sexos e com idade a partir de 18 anos completos, esses podem chegar à unidade por demanda espontânea ou encaminhados pela rede de saúde ou assistência social do município de Teresina. A unidade funciona de segunda a sexta, nos horários das 8 às 12 horas e das 14 às 18 horas.

A assistência prestada ao usuário pelo CAPS ad de Teresina inclui atividades tais como: acolhimento, triagem, atendimento individual, atendimento em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias, atividades de geração de renda e reinserção no mercado de trabalho. Essas atividades são orientadas por profissionais da equipe multiprofissional e o usuário participa de acordo com o seu PTS.

Das atividades citadas acima vamos relatar sobre as do grupo de família, pois as famílias dos usuários também são acompanhadas de acordo com suas necessidades, no intuito de trabalhar a saúde mental dos mesmos, e ainda ajudá-los no cuidado com o usuário, fortalecimento de vínculos e reinserção ao convívio familiar.

Dentro da perspectiva da RAPS o novo modelo de atenção em saúde mental prioriza o acesso e a promoção de direitos, assim como o convívio social destacando a importância do envolvimento familiar. O cuidado aos familiares vai além do manejo dos efeitos causados pelas substâncias, se estendendo ao trabalho com as reais necessidades dos familiares. Os CAPS por serem porta de entrada para o cuidado em saúde mental, além do cuidado ao usuário de álcool e outras drogas trabalham a família de forma integral com inclusão de ações dentro do PTS.

Cesarino (1989) relata que a família ao ser escutada o profissional de saúde pode saber qual as reais necessidades e ajudar

no cuidado, e ainda percebe que o sofrimento não é exclusivo daquele que se encontra doente. Isso nos faz perceber que trabalhar no cuidado aos familiares permite à equipe de saúde instrumentos de cuidados que contribuem para a eficácia do tratamento.

O trabalho com famílias que vivenciam o uso de álcool e outras drogas é tão complexo quanto a temática. Paula (2013) diz que a discussão no universo das substâncias psicoativas vai além do que é lícito ou ilícito e os esforços são grandes para compreender essa temática.

Observa-se que dentro desse universo complexo, o mais importante é resgatar o olhar aos usuários e seus familiares. Se para os profissionais, estudiosos da área é complexo o campo de entendimento, imaginem para as famílias que tem que conviver com os prejuízos causados pelo consumo de drogas e com o cuidado aos usuários.

O CAPS ad de Teresina utiliza como estratégia de intervenção junto às famílias o trabalho em grupo, apresentados como estratégias assistenciais utilizados por profissionais de saúde dentro de uma equipe multiprofissional com o objetivo terapêutico de cuidado aos familiares dos usuários. Oliveira *et al.* (2010) relata que a tecnologia de grupo de apoio vem sendo utilizada por profissionais de saúde, pois permite que as pessoas aliviem sentimentos de solidão e isolamento social, possibilitando troca de experiências e reflexão, sendo um ambiente de compartilhamento de experiências e sentimentos no intuito de serem compreendidos pelos outros participantes.

O trabalho com grupo de família no CAPS ad de Teresina teve início quando a instituição nem ainda era um CAPS. Foi em 1995, atendendo aos pedidos das mães e esposas dos usuários do serviço para tratamento do uso de álcool e outras drogas, que na época era um ambulatório de psiquiatria e com a necessidade do trabalho de grupo com familiares criou-se o Núcleo de atenção psicossocial (NAPS). Com esses pedidos dos familiares e a criação do NAPS, iniciou-se os grupos de família, que era conduzido por um psicólogo. Aqui percebe-se que o familiar mais envolvido no tratamento são as

mulheres. Rosa (2003) aborda que cabe a mulher, muito comum a mãe, a responsabilidade familiar pela produção do cuidado das pessoas enfermas na família. Historicamente, a mulher, constitui-se como a principal responsável pela socialização dos filhos, passando a assumir culturalmente pelo “desvio” dos filhos e todos os encargos relativos à produção de cuidado.

Vale ressaltar que as esposas dos usuários de álcool foram as primeiras a frequentarem o NAPS, com as queixas de dificuldades financeiras em decorrência do descontrole impulsivo dos maridos. No início da criação, os grupos de família tinham como objetivo primeiro a orientação de como lidar com o tratamento do membro familiar, assim como também era realizado o atendimento individual, visto que o NAPS coexistia com o atendimento psiquiátrico, em outros dias da semana.

Ainda é presente a existência do grupo de família no CAPS ad. Estes grupos acontecem nas terças-feiras à tarde e nas quartas-feiras no turno manhã. Tem o objetivo de cuidar das famílias dos usuários de álcool e outras drogas através de atividades psicoeducativas, educativas, terapêuticas, informativas, assim como também trabalhar o fortalecimento dos vínculos familiares. Esses grupos podem ser frequentados por familiares de usuários que estão em tratamento ou até mesmo aquelas famílias em que a pessoa com problemas com álcool e outras drogas não conseguem ainda fazê-lo, pois mesmo que o usuário não esteja em acompanhamento, a família dele necessita de auxílio para aprender e trocar informações sobre as especificidades do uso de drogas ou até mesmo aprender a lidar com a situação e poder ajudar o seu familiar.

Vale ressaltar que as famílias além de participarem dos grupos podem receber cuidados individuais tais como: acompanhamento psiquiátrico, psicológico, participação nas oficinas de artesanato, participação nos grupos de geração de emprego e renda, encaminhamentos para outros dispositivos de saúde, assistência ou previdência social. Diante disso, percebe-se que o familiar tem acesso ao serviço e é atendido de forma integral, de acordo com suas necessidades.

Os grupos de família são de extrema importância dentro do contexto de tratamento para pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. Segundo Moraes, Lopes e Braga (2006) os grupos de apoio é uma forma de cuidar que favorece a integração e a interação de seus participantes, contribuindo para o seu desenvolvimento pessoal e aprendizagens. Corroborando com essa ideia, para Klein e Guedes (2008) a participação em grupos em que as pessoas vivenciam a mesma situação facilita a identificação, a troca de experiências, particularidades e intimidades, além disso possibilita a equipe de saúde conhecer as reais necessidades e anseios desses familiares.

Conforme Alvarez *et al.*, (2012) a família ao perceber o uso de drogas por seu familiar passa a conviver com esta realidade e sofre por não saber enfrentar o problema com a drogadição, com isso a participação em atividade grupal se faz necessário por trabalhar questões como o desamparo e passa a compreender o que é dependência química, melhorando o manejo com o familiar dependente.

Ao trabalhar com famílias que tem um membro usuário de drogas, os profissionais de saúde devem observar as crenças que as famílias trazem nas discussões, tais como: culpa pelo uso de drogas do familiar, crenças sobre predestinação ou o uso se justifica porque o amigo ofereceu ou influenciou. Nesse pensamento Rosa (2014) discute que é importante perceber a multiplicidade de fatores que levam ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, devendo ser observado individualmente os fatores de risco e os de proteção de cada usuário.

Na pesquisa realizada por Alvarez *et al.*, (2012) os familiares que participam dos grupos de apoio no CAPS ad expuseram que aprenderam a lidar com os usuários de drogas, fortaleceram-se para realizar o cuidado, abordaram ainda que sem o apoio e o conhecimento adquiridos nos grupos não conseguiriam auxiliar o seu familiar na recuperação.

Dentro dessa discussão, os grupos com famílias no CAPS ad é um importante instrumento de intervenção para inclusão e cuidado

dos familiares das pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, pois o trabalho desenvolvido nos grupos permite a garantia de direito de familiares e usuários, assim como o resgate ao convívio sociofamiliar e seu fortalecimento, contribuindo para a saúde mental dos envolvidos.

Considerações finais

A partir da vivência com os grupos de família que acontecem no CAPS ad foi possível perceber a importância dessa intervenção, para a garantia de direitos dos usuários e seus familiares, assim como para aprimorar o cuidado aos mesmos, visto que eles também precisam de acompanhamento para lidar com a situação de uso de álcool e outras drogas por um de seus membros, e ainda necessitam cuidar da sua saúde mental para melhorar a sua relação com o usuário e com a sua qualidade de vida.

Através dos estudos e da vivência podemos dizer que houve sim um avanço na política de saúde mental, e que só tende a melhorar com a inclusão da família no processo interventivo. Muito ainda temos a percorrer no intuito de aprimorar a intervenção, assim como também a articulação em rede, pois muitas vezes o processo pode ficar estático devido a necessidade de envolvimento de outros dispositivos articulatórios e necessários para a eficácia do acompanhamento familiar.

Percebe-se que cada vez mais as famílias estão engajadas em participar do tratamento de seu familiar que tem problemas com o uso de álcool e outras drogas, isso é percebido pela procura em saber e participar dos grupos e os demais atendimentos disponíveis no CAPS ad, isso nos faz acreditar que estamos trilhando o caminho certo para um acompanhamento cada vez mais integral.

Observa-se que a atenção psicossocial é uma linha de cuidado que considera o indivíduo com transtorno mental ou necessidades em decorrência do uso de álcool e outras drogas como alguém que necessite de um olhar integral para as suas demandas e que a convivência familiar é um dos dispositivos essenciais para uma boa

adesão ao tratamento. Recomenda-se que ao realizar ações com o público que faz uso problemático de álcool e outras drogas, que as famílias sejam incluídas em todas as etapas do processo e que as suas peculiaridades sejam consideradas para um bom desenvolvimento de um projeto terapêutico.

A capacitação permanente dos profissionais envolvidos para o trabalho com as famílias se faz necessária, e que as mesmas tenham como objetivo o aprimoramento das intervenções práticas. Nesse contexto, espera-se que esse texto contribua para uma maior visibilidade da importância do trabalho com as famílias em saúde mental.

Referências

ALVAREZ, S. Q. et al. **Grupo de apoio/suporte como estratégia de cuidado:** importância para familiares de usuários de drogas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 33, n. 2, p. 102-108, 2012.

ALVES, V. S. **Modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no contexto do centro de atenção psicossocial – CAPS ad.** 2009. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Bahia.

BASTOS, F. I. P. M. et al. (Org.). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. 528 p.

BELTRAME, G. R.; BOTTOLI, C. **Retratos do envolvimento paterno na atualidade.** *Barbarói*, v. 32, n. 2002, p. 205–226, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001.** Brasília, DF, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002**. In: Legislação em saúde mental: 1990-2004. Brasília, DF, p.125-36, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília, DF, 2011.

BRUSCHINI, M. C. **Uma abordagem sociológica de família**. *Rev. Bras. Est. Pop.*, v. 06, n. 1, p. 1-23, jan./jul. 1989.

CESARINO, A. C. **Hospital-dia ‘A Casa’**: conversando sobre dez anos de experiência. In: LANCETTI, A. (Org.): *Saúdeloucura*, 1. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 33-45.

DESSEN, M. A.; BRAZ, M. P. **A família e suas inter-relações com o desenvolvimento humano**. In: DESSEN, M. A.; COSTA Jr., Á. L. (Orgs.). *A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras*. Porto Alegre: Artmed, 2005, p.113-131.

FIGUEIRO, M.; DIMENSTEIN, M. **Rede de saúde mental e acolhimento para as famílias que sofrem com problemas decorrentes do uso de drogas no município do Natal, Rio Grande do Norte**. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, v. 10, n. 1, p. 81-100, 2020.

GOEDERT, D. M. R., CARDIN, V. S. G. **Da importância do afeto nas relações familiares**. In: VII EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar, 2011, Maringá. Anais eletrônico. Maringá: CESUMAR, 2011. p. 2-5.

KLEIN, M. M. DE S.; GUEDES, C. R. **Intervenção psicológica a gestantes**: contribuições do grupo de suporte para a promoção da saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 28, n. 4, p. 862-871, 2008.

MINUCHIN, P. **Families and individual development**: provocations from the field of family therapy. *Child Development*, v. 56, p.289-302, 1985.

MORAES, L. M. P.; LOPES, M. V. DE O.; BRAGA, V. A. B. **Componentes funcionais da teoria de Peplau e sua confluência com o referencial de grupo.** *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 19, n. 2, p. 228–233, 2006.

OLIVEIRA, L. M. D. A. C. et al. **Acolhimento De Familiares De Pacientes.** *Rev Esc Enferm USP*, v. 44, n. 2, p. 429–436, 2010.

PAULA, R. A. **A experiência de familiares cuidadores de pessoas usuárias de pasta base de cocaína atendidas em um CAPS-ad de Mato Grosso.** 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá.

RÊGO, M. **Espaço família:** intervenção em uma instituição para usuários de drogas. In: FILHO, A. N. et al. (Orgs.). *As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais.* Salvador: EDUFBA: CETAD, 2012. p. 438.

RODRIGUES, E. B. **Família e uso de drogas:** visões possíveis. *Perspectiva*, v. 40, n. 152, p. 77–87, 2016.

ROSA, L. C. S. **Transtorno mental e o cuidado com a família.** *Serviço Social e Saúde*, v. 1, n. 15, p. 119-124, 2003.

ROSA, P. O. **Outra história do consumo de drogas na modernidade.** *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 22, n. Suplemento Especial, p. 161-172, 2014.

SANTIN, G.; KLAFKE, T. E. **A família e o cuidado em saúde mental.** *Barbarói*, n. 34, p. 146-160, 2011.

SAYÃO, Y. **Psicologia:** Ferramenta na educação sobre drogas. *Diálogos*, Brasília, n. 6, p. 49-51, 2009.

SCHEIBEL, A.; FERREIRA, L. A. **Acolhimento no CAPS:** reflexões acerca da assistência em saúde mental. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.35. n.4, p. 966-983, out./dez. 2011.

SILVA, E. K. B.; ROSA, L. C. S. **Consumo nocivo de SPA:** da naturalização à problematização da produção e provisão de cuidados nas famílias. In: PEREIRA, S. L. B. et al. (Orgs.). *A política de saúde mental no Piauí sob a égide da RAPS*. Teresina: EDUFPI, 2017.

TRAD, S. **Controle do uso de drogas e prevenção no Brasil:** revisitando sua trajetória para entender os desafios atuais. In: NERY FILHO, A., et al. (Orgs.). *Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas*. Salvador: EDUFBA, 2009, pp. 97-112.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. **A Estratégia Atenção Psicossocial:** desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 32, p. 27-37, 2008.

CAPSi - CUIDADOS E FAMÍLIAS: CENÁRIOS PARA O DEBATE EM MEIO A PANDEMIA

*Izabel Herika Gomes Matias Cronemberger¹
Adrieli de Sousa Lima²*

Introdução

As pessoas com sofrimentos psíquicos eram tratadas de maneira desrespeitosa, sendo, inclusive, isoladas do convívio social e familiar em manicômios, o que as motivou a aglutinar forças pela luta por direitos e uma maior participação na sociedade. Esse espaço foi construído com muita luta, resultando em conquistas importantes, como a Reforma Psiquiátrica.

A substituição dos manicômios exigiu uma nova postura dos Serviços da Atenção à Saúde Mental, por essa razão eles passaram

- 1 Assistente social. Doutora e mestra em Políticas Públicas e especialista em Administração em Recursos Humanos, todas as formações pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Professora e coordenadora dos cursos de pós-graduação do Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA/PI). Assistente social do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil Dr. Alexandre Nogueira. E-mail: izabel_herika@hotmail.com
- 2 Assistente social. Residente multiprofissional em saúde da família e comunidade. E-mail: adrieli.ma@outlook.com

a eleger a família como parceira no cuidado da pessoa com transtorno mental. Tendo em vista que esses indivíduos necessitam de proteção e cuidados especiais, sendo responsabilidade conjunta do Estado, da sociedade e da família, como conquista protetiva garantida, tem-se a criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Portanto, a maior parte dos instrumentos legais de proteção a pessoas com sofrimentos psíquicos traz, entre seus princípios, a família como unidade fundamental mantenedora e protetora dos seus membros e parceira das instituições na lógica do cuidado, o que tem implicado a manutenção da lógica de cuidados, sobretudo nos espaços familiares, tendo como suporte institucional os CAPS, o que pode limitar o acesso e usufruto dos direitos.

Em 2019, de acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2020), foi detectada uma síndrome respiratória causada pelo novo coronavírus na cidade de Wuhan, capital da província da China Central, a Covid-19. Essa doença atingiu e ainda atinge praticamente todo o planeta, em diversos níveis de complexidade. Em setembro de 2020, segundo Brasil (2020b), haviam sido contabilizados cerca de 4.315.687 milhões de casos confirmados e quase 132 mil mortos em território brasileiro.

Um dos fatores que tornam esse vírus perigoso para a saúde mundial é a sua velocidade de propagação. Então, para o melhor controle, a Organização Mundial de Saúde (OMS) orienta a população por meio de intensas campanhas sobre higienização das mãos e dos ambientes e também por meio da adoção de medidas de isolamento social.

Entretanto, de acordo com o Ministério da Saúde (MS), é possível identificar que os problemas relativos à saúde mental das pessoas aumentaram bastante durante a pandemia da Covid-19, tendo em vista que essas medidas têm perturbado a rotina de modo geral, adicionando novos focos de tensionamento e estresse, sendo também responsável pelo aumento das taxas de tentativas de suicídio, em que os fatores de risco são: dificuldade no acesso a serviços de saúde mental, diminuição do acesso às redes

socioafetivas, estresse econômico, desemprego, redução salarial, restrição da rotina e ao acesso de atividades de lazer e esportes (BRASIL, 2020a).

As pessoas que passam por sofrimento psíquico – em especial, aquelas pertencentes ao público destas reflexões: crianças e adolescentes – são afastadas dos serviços psicossociais e a família passa a assumir sozinha todas as funções de cuidado, sendo esta psicologicamente afetada devido às medidas de isolamento e distanciamento social, quarentena, *lockdown*, paralisação de atividades econômicas, além de repleta de incertezas provocadas pela doença.

Assim, o presente artigo tem como objetivo discutir sobre cuidados com o público infantojuvenil com transtorno mental grave e persistente no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), ambiente comunitário e familiar, com destaque ao período da pandemia de coronavírus. Inicialmente será abordada uma contextualização sobre Reforma Psiquiátrica, com destaque à família como principal cuidadora; posteriormente serão abordadas características sobre o CAPS, a participação da família no serviço, as redes de apoio formais, as dificuldades encontradas pelas famílias e alguns apontamentos sobre o impacto dos transtornos na família, entre outros, à luz de revisão de literatura, bem como de relato de experiência que subsidia a discussão, o que poderá contribuir também para a alimentação das discussões científicas e políticas que envolvem esse público. Por sua vez, tais discussões podem contribuir com a elaboração e organização de medidas assistenciais e suporte voltados para essa população.

A trajetória da saúde mental: avanços e retrocessos

Para compreender a atuação das famílias e dos CAPS, especialmente os infantojuvenis, no processo de cuidado e tratamento, é de suma importância (re)conhecer a trajetória histórica no campo da saúde mental, levando em consideração que

a relação das instituições e das famílias no provimento dos cuidados passou por diferentes etapas, alterando-se no decorrer do tempo.

Segundo Miranda (1994), na Grécia antiga, “os loucos” eram pessoas valorizadas pela sociedade e seus comportamentos diferentes eram considerados pelos médicos e filósofos da época uma qualidade que permitia sua comunicação com as divindades, e isso lhes conferiu a oportunidade de ocupar um lugar no Olímpio.

Entretanto, com o passar dos anos, o louco perde sua posição privilegiada. Na Idade Média, de acordo com Foucault (2002), passaram a ser vistos como pessoas pobres de espírito e doentes da alma, ou seja, as pessoas com transtornos mentais começaram a perder sua autonomia e seus direitos. Grande parte dessas mudanças a respeito deles foi influenciada pela igreja católica, submetendo-os a rituais religiosos e até mesmo exorcismos.

Nessas sociedades, o cuidado desse indivíduo com transtornos era transferido à família; apenas nos casos da sua inexistência, o louco tornava-se uma questão pública, de justiça ou de deliberação do rei (CASTEL, 1978 *apud* ROSA, 2003).

Com o surgimento e a expansão do capitalismo, as pessoas com transtornos mentais perderam ainda mais o seu espaço na sociedade, tendo em vista que, de acordo com Marx (2013), todo o valor advém do trabalho, conseqüentemente, apenas têm valor para o sistema os indivíduos que conseguem produzir/trabalhar; os demais são considerados marginais e improdutivos.

Conforme Castel (1978), o sofrimento psíquico tornou-se alvo, na idade contemporânea, da ciência médica e da psiquiatria. A partir desse momento, os indivíduos com transtornos passaram a ser vistos como seres incapazes, nos aspectos jurídicos, sociais e civis. Além disso, de acordo com Rosa (2003), ocorreram transformações na psicanálise e no movimento de higiene mental; a família da pessoa com transtorno mental passou a ser vista de modo negativo, sendo culpabilizada pelo adoecimento psíquico, por isso, para o saber psiquiátrico, a melhor alternativa para o tratamento seria o afastamento do paciente do ambiente familiar.

Em razão disso, as instituições psiquiátricas ganharam forças em conjunto com a cultura do isolamento social da pessoa com sofrimento psíquico. Outra razão desse isolamento, segundo Melman (2008), seria para proteger a família, almejando, portanto, evitar uma possível contaminação dos demais membros.

As pessoas diagnosticadas como “loucas” eram afastadas dos seus lares e colocadas em manicômios. Nesses ambientes, consoante Arbex (2013), eram suprimidas da sociedade e tratadas de maneiras desumanas, passando por situações de fome, frio, superlotação e violências física, patrimonial, sexual e psicológica, o que agravava ainda mais sua condição psíquica.

Após as guerras, surgiu a necessidade de um ambiente adequado para tratamento dos ex-combatentes, que voltavam chocados com os horrores dessa experiência. Por essa razão, surgiram as comunidades terapêuticas, sendo lugares não opressivos que visavam à integração (MARINHO, 2009). Por causa disso, o tratamento concedido para as pessoas que passavam por sofrimento psíquico começou, pouco a pouco, a sofrer alterações tanto no ambiente como no tratamento dos hospitais psiquiátricos pela “terapêutica ativa” ou terapia ocupacional (AMARANTE, 1998).

No Brasil também existiu um movimento que permitiu a alteração dos padrões de tratamento/cuidado concedido às pessoas com transtornos mentais. Esse movimento foi denominado de Reforma Psiquiátrica, de caráter histórico, social econômico e político, concebido pelo Ministério da Saúde como o “[...] conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais em torno do ‘louco’ e da ‘loucura’, mas especialmente em torno das políticas públicas para lidar com a questão” (BRASIL, 2007, p. 58).

A reforma, que tinha como lema “Por uma sociedade sem manicômios”, visava proporcionar avanços nos processos de cuidado das pessoas com sofrimento psíquico depois de uma era marcada por mitos, maus-tratos e muitas mortes. Nesse contexto, a Reforma Psiquiátrica emerge com a pauta de substituição das instituições fechadas e violadoras de direitos

humanos por uma assistência psicossocial interdisciplinar pautada no reconhecimento dos direitos humanos e da cidadania (VASCONCELOS *et al.*, 2016).

Esse processo de reforma, segundo Vasconcelos (2016), pôde ser identificado, até agora, em quatro fases. Primeira fase: 1978-1992: denúncia, primeiras tentativas de controle e humanização da rede hospitalar, I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987) e primeiras experiências inspiradoras de novas estratégias e serviços (notadamente em Santos e cidade de São Paulo com início das novas estratégias nos serviços da rede e serviços tipo CAPS). Segunda fase: 1992-2001: II Conferência Nacional (1992), mobilização e conquista da hegemonia política do modelo da desinstitucionalização de inspiração italiana e início do financiamento e implantação dos novos serviços substitutivos. Terceira fase: 2001-2010: III Conferência Nacional (2001), aprovação da Lei 10.216 (2001), e ampliação inicial da agenda política para novos problemas a serem enfrentados (crianças e adolescentes, abuso de drogas, etc.). Por fim, a quarta fase teve como marco temporal a partir do ano de 2010, por ter sido um período demarcado por uma recessão econômica, política e social, mas onde foi verificado alguns ganhos para a política de saúde mental, como por exemplo, a expansão e consolidação da rede de atenção psicossocial (RAPS), instituída em 2011 pela portaria nº 3088.

Todas essas fases estiveram atreladas aos movimentos sociais de trabalhadores do campo da Saúde Mental, de associações comunitárias, de famílias e usuários dos serviços. E é justamente por meio desses movimentos e das mudanças de concepção em relação ao louco, à loucura e ao tratamento, que a família foi reconstruindo seu lugar no processo de cuidado em saúde mental, pois, com o processo de desinstitucionalização, as pessoas com transtorno mental estarão mais em seus lares, e a família começa a ser considerada também uma parte importantíssima no cuidado, por isso é preciso refletir sobre a desinstitucionalização:

Não como um método ou dogma, mas como uma estratégia [...] não se alcança a completa e perfeita desinstitucionalização, pois se trata de um processo permanente no que diz respeito aos entendimentos culturais, sociais e técnicos no lidar com o sofrimento, com as situações de diferenças e diversidades [...] (AMARANTE, 1997, p. 184).

Por essa razão, a família, até então repelida do processo, irá novamente ter a responsabilidade de dividir com as instituições o cuidado dos seus entes, sobrepujando mais para essa última. Desta feita, surge a necessidade de compreender melhor essa nova realidade, e a família passa a ser objeto de estudos, surgindo diferentes visões sobre ela.

Entre essas visões, de acordo Rosa (2003), podemos destacar que a família pode ser vista como mais um recurso, tendo em vista que pode funcionar como um sujeito de ação política e coletiva, construtora de cidadania e avaliadora dos serviços de saúde, um lugar de possível convivência, mas também pode ser sofredora, necessitando de assistência e suporte social.

Percebe-se que, com a retomada da família como cuidadora, há conseqüentemente uma naturalização do cuidado como algo inerente ao grupo familiar, sobretudo uma função das mulheres, que remete aos vínculos consanguíneos/parentais, o que é desafiador em especial aos familiares de crianças e adolescentes com transtorno mental grave e persistente (ROSA, 2018).

Frisa-se que os manicômios existentes no Brasil, após um longo processo de luta, começaram a ser fechados e foram dando espaços para uma rede de serviços e dispositivos de saúde mental em todo o território nacional, de modo a substituir o modelo “hospitalocêntrico”, com destaque especial para os CAPS demarcando um novo contexto histórico da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2004). A desinstitucionalização estabelecida como estratégia por meio da Portaria nº 2.840/2014 visa: “[...] promover o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania (BRASIL, 2014, p. 7).

No próximo tópico, serão abordadas de forma mais abrangente a criação e a evolução desse importante mecanismo de cuidado/tratamento para as pessoas que passam por situações de sofrimento psíquico, detalhando o seu surgimento, suas funções, as populações atendidas, os tipos de CAPS, entre outros.

Aspectos conceituais dos CAPS

O primeiro CAPS do Brasil, batizado de Professor Luís da Rocha Cerqueira, surgiu em 1986, na cidade de São Paulo. Esse local almejava evitar internações e acolher os egressos dos hospitais psiquiátricos através de um atendimento intensivo, de acordo com a nova filosofia da Reforma Psiquiátrica.

Quanto à natureza dos CAPS, cabe pontuar que são instituições aptas:

[...] a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu 'território', o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. (BRASIL, 2004).

Apesar de todas as dificuldades, de acordo com Ribeiro (2004), esses Centros foram maneiras encontradas para cuidar, com responsabilidade, de pessoas acometidas com processos de adoecimentos psiquiátricos. Esses cuidados são realizados por equipes interdisciplinares e têm como pilar essa prevenção e o tratamento, tendo como compromisso ético garantir uma vida digna para as pessoas com transtornos mentais.

Os Centros prestam serviços diários para os usuários; também oferecem uma variedade de atividades, prestadas por uma equipe interdisciplinar (BRASIL, 2004). A ideia de os CAPS funcionarem diariamente parte-se do entendimento de que, no processo de

cuidado, é necessário muito mais do que uma consulta mensal ou semanal.

As funções desse serviço são: prestar atendimento em regime de atenção diária; gerenciar os projetos terapêuticos individuais, oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; e promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas (GOLDBERG, 1972).

Ao CAPS segundo o art 1º da portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, estão organizados nas seguintes modalidades: CAPSi, CAPS II e CAPS III, CAPSad, CAPSi constituídos de acordo com o porte / complexidade e abrangência populacional.

As três primeiras modalidades supracitadas, de acordo com o inciso primeiro da portaria nº 336, cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no artigo 3º que afirma que estas só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar. Além disso, devem estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo, ou seja, os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatoriais de atenção diária que funcionem segundo a lógica do território.

Os CAPSs I serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com o funcionamento no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana. O CAPS II é o serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com o funcionamento de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas (BRASIL, 2002).

O CAPS III é o serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, se constitui em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana e deve estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/ emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica.

Existem também os CAPS ad, eles são serviços de atenção psicossocial para atendimento às pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, se constitui em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local. Seu horário de funcionamento 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas. Ademais, eles devem manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.

Por fim, os CAPSi são os serviços de atenção psicossocial para atendimentos as crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, além dos parâmetros populacionais a serem definido pelo gestor local, também devem ser considerados os critérios epidemiológicos. O funcionamento pode ser de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21:00 horas.

Os primeiros Centros de Atenção Psicossocial específicos para crianças e adolescentes, denominados Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), foram implantados a partir de 2002 com a função de disponibilizar a atenção comunitária em saúde mental de forma integral além de organizar uma rede de cuidados existentes no seu território de abrangência, tornando-se elementos estratégicos no cuidado de crianças e adolescentes com transtornos mentais (HOFFMAN; SANTOS; MOTA, 2008, p. 634).

Atualmente existem no Brasil 2.341 CAPS, distribuídos em 1.139 unidades de CAPS I, 493 unidades de CAPS II, 94 unidades de CAPS III, 406 unidades de CAPSad, que dispõe de serviço especializado para usuários de álcool e drogas, e 209 unidades de CAPSi (BRASIL, 2020a). Indubitavelmente os CAPS são fundamentais para o acompanhamento, cuidado, tratamento e evolução clínica das pessoas com transtornos mentais, porém esses cuidados não dependem apenas dos Centros, mas de uma rede de cuidados, da qual a família faz parte.

A atenção voltada à saúde mental de crianças e adolescentes e seu reconhecimento como uma questão de saúde pública integrante das ações do Sistema Único de Saúde (SUS) é recente e tem sido considerada como um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. O movimento da Reforma Sanitária, sedimentada com a construção do SUS, e o reconhecimento da criança e do adolescente como sujeitos de direitos e responsabilidades pela promulgação do *Estatuto da Criança e do Adolescente* (ECA), de 1990, redefiniram a posição do Estado em relação à assistência e à elaboração de políticas públicas voltadas a tal população. [...] O CAPSi, serviço de atenção diária voltado a crianças e adolescentes com grave comprometimento psíquico, constitui a principal estratégia vigente na atualidade do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira (DELFINI; REIS, 2012, p.357).

No entanto, com a pandemia do novo coronavírus, algumas instituições tiveram parte de seus serviços suspensos como é o caso das atividades em grupo, a fim de evitar a propagação e a contaminação da doença, ficando a família mais sobrecarregada ao assumir todas as responsabilidades, o que está permeado de desafios não só para as famílias, mas para os profissionais do Serviço, que precisam (re)inventar estratégias de cuidado e proteção aos usuários e às famílias deles. No próximo tópico, serão identificadas as formas de cuidado da RAPS e as estratégias que podem ser guias orientativos às famílias para minimizar tamanho impacto em suas rotinas.

É preciso, nesse percurso de cuidado, que os profissionais dos CAPS construam com as famílias conhecimentos estratégicos, proporcionem acolhimento, uma vez que os vínculos e a saúde mental dos familiares também são afetados. A participação da família é fundamental para a troca de conhecimento, a troca de experiências com/entre famílias nos CAPS. A interatividade é necessária, por ser potencializadora de saúde mental.

CAPSi e famílias no processo de cuidados

A descoberta da chegada de um novo membro na família geralmente é marcada por muitos planos. Quando os membros da família descobrem que o bebê não se enquadra naqueles moldes idealizados, existe nesse momento uma destruição de todas aquelas expectativas, entrando em uma fase de luto pela criança idealizada, que termina quando o arranjo aceita ou não a nova realidade.

Esse diagnóstico, segundo Sólcia (2004), resulta num processo de luto pelo filho idealizado, pois há uma grande expectativa dos pais em relação aos filhos, supervalorizando-os até mesmo antes de tê-los. A reação dos pais e familiares tende à descrença num primeiro momento, seguida nos primeiros meses por confusão, incerteza e até hostilidade contra o mundo e a situação emergente.

No contexto que assevera a realidade da saúde mental, pontua-se que o nascimento de uma criança que enfrenta sofrimentos psíquicos altera a rotina familiar; cada uma terá uma maneira particular de vivenciar esse momento, podendo adiar projetos familiares e/ou pessoais e perspectivas de estudo ou de trabalho, em que no seio dessa realidade se registra a figura da mulher, que ganha destaque no processo de cuidar.

Diante disso, é preciso repensar o rol assumido pela mulher cuidadora, visto que, na divisão sexual do trabalho, a questão dos cuidados está ligada à mulher. As ideologias que apontam a mulher como aquela que sabe cuidar, fazem, às vezes, que o próprio homem saia desse lugar de cuidado por julgar que não sabe cuidar, por isso é muito importante repensar e lançar o olhar sobre as possibilidades

desconstrução dos homens como cuidadores. Estudos mostram que as mulheres estão muito sobrecarregadas na pandemia de coronavírus, seja pela ampliação da jornada de trabalho que se multiplicou pela exigência em home office, seja pela intensidade do papel de cuidar que foi acrescido na dinâmica domiciliar. Então, faz-se mister que se volte a atenção para os cuidados com a cuidadora também, além de trazer os homens para a cena, os quais também têm habilidades e competências como cuidadores. À frente, será delineado mais sobre essa relação.

Reiterando a questão do cuidado e do olhar que deve ser desenvolvido sob as necessidades de quem exerce esse papel, assevera-se tal fato pela própria necessidade apresentada pela (s) família (s), que necessitam de constantes proteções, o que é garantia constitucional, que declara que “[...] a família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado” (BRASIL, 1988). Esse reconhecimento se reafirma nos Estatutos e na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Porém, apesar do reconhecimento explícito sobre a importância dos arranjos, o que ocorre no atual contexto é um processo de penalização e desproteção das famílias.

Stamm e Miotto (2003) assinalam que a discussão no âmbito das políticas sociais, *grosso modo*, tem se encaminhado a partir de duas perspectivas distintas. Na primeira, denominada familista, as ações públicas devem acontecer somente quando o arranjo estiver em ruínas, não sendo capaz de prover condições de sobrevivência digna. Na segunda, totalmente oposta à primeira, acredita-se que, a partir da centralidade da família no âmbito da política social e da superação de políticas focalizadas, seria possível garantir as condições de sustentabilidade e proteção.

A concepção predominante no Brasil é a primeira. Isso indica que a família brasileira conta com um apoio pontual, precário e escasso do Estado, resultando em uma sobrecarga. Devido ao atual contexto neoliberal, o Estado passou a reduzir seus custos com políticas sociais e passou as responsabilidades que antes eram suas para as famílias. Portanto, as políticas públicas, além de insuficientes ao longo do tempo, passam por um processo de reorientação e

encolhimento quanto aos níveis de cobertura. Draibee Riesco (2006, p.16) afirmam que “[...] o alto valor conferido à família e o baixo grau de individuação de seus membros” expressam as características do familismo.

Conforme Pereira-Pereira (2010), os recursos familiares têm sido utilizados nos últimos anos para suprir o déficit de proteção social na sociedade atual. Adota-se, pois, uma “[...] ‘solução familiar’ para a proteção social” (MIOTO; SILVA, M.; SILVA, S., 2007, p. 198).

De um lado, é recolocada como base da sociedade, portanto, deve ser protegida pelo Estado, como alvo de políticas públicas, como portadora de direitos, logo sujeito de direitos. De outro lado, também é portadora de responsabilidades, é responsabilizada ao lado da sociedade e do Estado, pela proteção à infância e à adolescência e ao idoso (TEIXEIRA, 2010, p. 543-544).

Em consonância com as políticas sociais, os novos serviços de saúde mental, como os CAPS, têm exigido também a presença familiar, diferentemente do que acontecia antes nos hospitais psiquiátricos, onde os pacientes eram deixados e as famílias compareciam poucas vezes.

Os CAPS exigem a participação dos familiares no dia a dia da instituição. O acompanhamento e a participação da família proporcionam evoluções nos quadros clínicos e as internações psiquiátricas se tornam menos frequentes, posto que as situações de crise são comunicadas e discutidas rapidamente entre a equipe técnica e os familiares. Isso é possível graças ao fortalecimento da família e da construção do projeto terapêutico, mas é preciso constante atenção na construção de estratégias de cuidado.

Diante disso, percebe-se que a participação da família gera bons resultados, mas essa concepção familista pode contribuir para sobrecarregar os arranjos, em especial, a mulher, pois, na maioria das vezes, cabe a elas a reprodução, o trabalho não remunerado,

isto é, a dedicação exclusiva aos cuidados do lar, dos filhos, dos doentes, dos idosos e dos maridos, além do sucesso das políticas.

Como afirma Saffioti (1987), a identidade social da mulher, assim como a do homem, foi construída através da atribuição de diferentes funções. Com isso, percebe-se que é passada a ideia de incapacidade do homem de exercer tais tarefas. Gera-se um cansaço oriundo da sobrecarga que essas mulheres sofrem. Isso ocorre porque as responsabilidades da esfera privada, como cuidado dos filhos, da casa, etc., estiveram predominantemente restritas ao gênero feminino. Essas responsabilidades foram atribuídas às mulheres como um aspecto natural do ser feminino. Ou seja, socialmente foram construídas diferenças entre homens e mulheres, sendo justificadas pelo biologicamente dado, pela suposta capacidade natural que um ou outro tem para realizar determinadas atividades.

Ao analisar as relações de gênero, pode-se questionar esses pensamentos. Scott (1994) rejeita a ideia de que essas características são de ordem natural ou biológica, para a autora isso faz parte de um longo processo de construções sociais; nele as funções dos indivíduos são formadas por um sistema de aprendizado. O trabalho remunerado poderia dar um fim a essa situação, visto que a mulher não estaria mais restrita apenas às tarefas de casa. Porém, não foi isso o que ocorreu e hoje o que se observa é a duplicação do trabalho da mulher, uma vez que, além de trabalhar fora, os afazeres domésticos permaneceram sob sua responsabilidade.

Consoante Nogueira (2006, p.27-28), esse trabalho é desvalorizado porque está ligado às relações hierárquicas de gênero, segundo as quais o trabalho feminino aparece estritamente vinculado à esfera doméstica, isto é, ao trabalho reprodutivo. Ou seja, nessa forma de divisão do trabalho existe a separação entre os trabalhos femininos e masculinos, em que o trabalho do homem “vale” mais do que o da mulher.

Como vimos, o trabalho doméstico submete a mulher ao interior da casa e legitima a baixa remuneração e a desqualificação da força de trabalho feminina. Dentro desse contexto, percebemos

que a mulher entra no mercado de trabalho remunerado apenas para complementar a renda familiar. Segundo Sarti (2005, p. 101):

Diante do fato histórico de que a mulher pobre sempre trabalhou remuneradamente, o trabalho feminino inscreve-se na lógica de obrigações familiares, e é motivado por ela, não necessariamente rompendo seus preceitos e não obrigatoriamente configurando um meio de afirmação individual para a mulher. O trabalho da mulher pobre não constitui uma situação nova que forçosamente abale os fundamentos patriarcais da família pobre, porque não desestrutura o lugar de autoridade do homem.

Isso ocorre porque o pensamento que ainda está enraizado na sociedade é o de que a mulher está restrita ao espaço privado, ao cuidado. Mesmo com todas as mudanças que existiram advindas da inserção maciça da mulher no mercado profissional, quando um membro da família necessita de cuidados, a mulher deve assumir automaticamente o seu “posto”; quando se tem o transtorno mental grave e persistente de crianças e adolescentes, por exemplo, o cuidado fica preferencialmente sendo da mulher-mãe; mulher-avó (materna e/ou paterna), e a figura masculina é subtraída, como já foi dito, assim como de outros familiares presentes no arranjo familiar.

Dessa maneira, tem-se a naturalização do âmbito doméstico como se fosse uma particularidade feminina. Assim sendo, as mulheres conquistam o mercado de trabalho, porém não recebem a “alforria” da esfera privada. Em síntese, o que acontece, de acordo com Santana (2006), é uma espécie de materialização do poder concreto e um desvanecimento desse poder conquistado.

Importante registrar que quando se trata de cuidado inegavelmente a família tem um papel importante, porém, ainda é perceptível a sobrecarga, principalmente das mulheres nesse processo, o que traz a baila a relevância, após as discussões aqui aventadas, de os CAPS estimularem a participação dos seus membros no dia a dia da instituição, evitando, possivelmente assim, esse contexto de sobrecarga. É necessário alinhar a compreensão

de que a família precisa ter conhecimento (ela já tem), por isso precisa reconhecer seus saberes e apreender outros como forma de contribuir com ela mesma, para que se sinta segura e qualificada. Somente o amor não basta, são necessários conhecimento e estratégia para ter realmente o cuidado complexo, principalmente para esse público tratado na discussão – crianças e adolescentes. A construção de conhecimentos para o preparo da família advém sobre maneira do Serviço de Saúde Mental (CAPSi), que precisa ser interativo com a família.

O aprendizado do cuidado é constante; a família pode aprender a cuidar no ensaio e erro. Mas, quando a família, em geral as mulheres, aprendem a cuidar sozinha da lida diária, daquilo que funciona no cotidiano, podem ocorrer momentos de desespero, adoecimento e solidão, porque, não raro, o manejo do cuidado no cotidiano é imediato. Por isso é importante a presença viva do CAPSi para realizar trocas com as famílias, impulsionar e articular a presença da Rede, dos serviços públicos e comunitários. Reconhecer o conhecimento que a família aglutina por cuidar de cada criança e adolescente com transtorno mental grave e persistente é importante, mas só isso não basta, é preciso que se construam mais formas interativas e criativas para que as famílias possam realmente ser sujeitos nesse processo.

A respeito das consequências decorrentes da pandemia, os fatores estressores já existentes e citados acima se alargaram. Além disso, observou-se na rotina do trabalho no Capsi Dr. Alexandre Nogueira, tanto nos familiares quanto nas crianças e adolescentes acometidos por algum sofrimento psíquico o aumento dos sentimentos de tédio, desamparo, irritabilidade, solidão, tristeza, medo de adoecer, de morrer, de perder entes queridos e de ser excluído se contrair a doença.

Algumas famílias conseguiram se manter em suas residências, mas isso não foi possível para outras, por essa razão os membros continuavam tendo que sair de casa para trabalhar, tendo que conviver com dois medos: de perder o emprego e de poder ser o vetor da doença.

Quanto à dinâmica familiar, os genitores percebem mudanças de comportamento nas crianças e adolescentes, por permanecerem durante a maior parte do dia apenas em suas casas; com reduzidas formas de socialização pelo fechamento das escolas, creches e dos serviços que as crianças e adolescentes participavam em suas rotinas semanais como é o caso do CAPSi, por isso eles têm se mostrado mais ansiosos e agitados. Outra questão que é importante de ser mencionada é o impacto na renda das famílias em decorrência das restrições de funcionamento de estabelecimentos e do desemprego, por exemplo, que desencadearam outras vulnerabilidades sociais.

Entende-se que grande parte da população usuária do CAPSi encontrava-se em situação de vulnerabilidade econômica antes da pandemia do novo coronavírus, havendo um agravamento em razão das questões citadas acima, tendo ocorrido uma elevação da insegurança alimentar e habitacional por falta de recursos.

Essas impressões perpassam pela experiência de trabalho no CAPSi Dr. Alexandre Nogueira, na cidade de Teresina, Piauí, com famílias, que, em nesse cenário de pandemia, têm ido além do percurso até então apontado. O CAPSi Dr. Alexandre Nogueira está localizado em Teresina, capital do Piauí, e oferece um serviço multidisciplinar para crianças e adolescentes de 2 a 18 anos incompletos com transtornos mentais graves, severos e persistentes, e para aqueles com histórico de uso abusivo e prejudicial de substâncias psicoativas (álcool e/ou outras drogas), além de seus familiares de referência. Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) através da Fundação Municipal de Saúde (FMS)/Gerência de Saúde Mental (GSM) de Teresina, mantém horário de funcionamento das 8h às 18h³, de segunda-feira a sexta-feira, e caracteriza-se como o primeiro CAPSi de gestão municipal na capital piauiense.

Em termos genéricos, o CAPSi Dr. Alexandre Nogueira acolhe e possibilita ações emancipatórias, enfrenta estigmas e determinismos, sempre visando melhorar a qualidade de vida

3 No momento da pandemia o horário foi reduzido ficando de 8 às 11h o funcionamento no turno matutino e de 14h às 17h no turno vespertino.

das crianças e adolescentes atendidos e de suas famílias. Para os usuários, há intervenções interdisciplinares e transdisciplinares, quais sejam:

1. Atendimentos individuais.
2. Grupos terapêuticos.
3. Trabalho social com as famílias mediante ações socioeducativas.
4. Atendimento individualizado às famílias.
5. Oficinas de produção que fomentem habilidades, como: artesanato, desenho e pintura.
6. Práticas de expressão e de comunicação.
7. Visitas domiciliares.
8. Tratamento medicamentoso e/ou orientação medicamentosa.
9. Atividades comunitárias.
10. Práticas corporais.
11. Busca ativa.
12. Matriciamento.
13. Educação permanente sobre saúde mental para a equipe profissional.
14. Triagem.
15. Planejamento dietético / alimentação saudável.
16. Ações de articulação de Rede intrasetorial e intersetoriais.
17. Atenção às situações de crise, sempre que necessário.
18. Integralização, mormente, em datas comemorativas.

Para a consecução do proposto, o CAPSi dispõe de equipe técnica. No momento, são: três psicólogos, três assistentes sociais, uma artesã, três enfermeiras, três técnicas de enfermagem, uma nutricionista, dois psiquiatras, uma fonoaudióloga, uma terapeuta ocupacional, uma gestora e os técnico-administrativos. Em 2018, a referida instituição possuía 376 prontuários registrados: 301 ativos e 75 arquivados; em junho de 2020, já havia 872m prontuários registrados: 373 arquivados e 499 ativos. Entre março e julho de 2020 (advento da pandemia), foram realizadas 82 novas triagens, das quais 45 usuários tinham perfil grave e persistente e 37 tinham perfil para atendimento na atenção básica e ambulatorial.

Entre os transtornos cuidados no CAPSi, destacam-se: Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH); Transtorno Opositivo Desafiador (TOD); Transtorno do Espectro Autista (TEA); esquizofrenia; depressão; transtorno bipolar, todos entrecruzados com a potencialização de caráter grave e/ou persistente.

Em tempos de pandemia, o CAPSi buscou adaptar o atendimento às demandas urgentes de seu público, atendendo às

orientações da Fundação Municipal de Saúde (FMS) do MS e da OMS. Em linhas gerais, a equipe delineou um rodízio profissional, considerando as *expertises* e agregações profissionais, com o intuito de evitar aglomerações, direcionando para a realização das seguintes atividades: consultas psiquiátricas; triagens; orientação individual; atendimento individualizado às famílias; tratamento medicamentoso e/ou orientação medicamentosa; busca ativa; matriciamento; ações de articulação de rede intrasetorial e intersetorial; e atenção às situações de crise.

Devido à exigência de insumos essenciais no CAPSi, em meio à pandemia a equipe aderiu às orientações das autoridades em saúde pública, tais como: uso correto dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) durante o atendimento; adoção rigorosa de medidas de higienização, a exemplo de lavagem cuidadosa das mãos, entre outras, como distanciamento físico, atendimento com janelas e portas abertas, mas atentando para as questões éticas. Para impedir agrupamentos, as atividades coletivas foram suspensas temporariamente por conta do risco de contágio em grupos.

No momento dos atendimentos presenciais o uso da máscara tem sido essencial. Por vezes, esta dificulta o entendimento das partes, emissor e receptor. Então, ao longo dos atendimentos, a solução é reproduzir o que se ouve e pedir a repetição da orientação concedida. Ademais, é formalizado o encontro e a orientação em documento institucional.

Diante deste momento de vírus, recorreu-se, ainda à sensibilização e à busca de informações quanto a questões potencializadas face ao estreito convívio por dias a fio, a exemplo do aumento de violência doméstica; ideação do suicídio; sobrecarga de trabalho para trabalhadoras, mães, mulheres chefes de famílias; cuidadoras de pessoas idosas e de pessoas com deficiência; pauperização e fome. Compete aos profissionais de Serviço Social prover informações qualificadas sobre alternativas e serviços existentes, ou seja, colocar-se à disposição das famílias, na condição de profissionais assistentes sociais. Devem-se oferecer dados claros e objetivos acerca das possibilidades, como: documentação básica;

formas de acesso; horários e formas de funcionamento; seja por meio de aplicativos de mensagens, seja por telefonemas, seja por outras formas.

Por isso, o direcionamento dos profissionais assistentes sociais, no âmbito do CAPSi, *a priori*, esteve alinhado em (re)apropriar-se dos valores ético-políticos, teórico-metodológicos e técnico-operativos da profissão. Assim, de imediato, foi realizada apropriação sobre os serviços existentes na capital, bem como intensa articulação com a Rede intra e intersetorial para a apropriação do funcionamento operativo dos serviços, de modo a poder garantir cuidado informativo qualificado às famílias. Isso tem sido feito no CAPSi através de contatos telefônicos, grupos de whatsapp e informativos da Prefeitura Municipal de Teresina. Nesse ínterim, acredita-se que:

[...]serviços de atenção psicossocial devem sair da sede dos serviços e buscar na sociedade vínculos que complementem e ampliem os recursos existentes. Deve articular-se com todos os recursos existentes no campo da saúde mental, isto é, com Rede de Atenção à Saúde Mental (outros serviços de atenção psicossocial, cooperativas, residências de egressos ou outras pessoas em situação de precariedade social, ambulatórios, hospitais-dia, unidades psiquiátricas em hospitais gerais), e no campo da saúde em geral (Estratégia Saúde da Família, centros de saúde, Rede básica, ambulatório, hospitais gerais e especializados etc.) ou no âmbito das políticas públicas em geral (Ministério Público, previdências sociais, delegacias, instituição para crianças, idosos, desassistidos em geral, Igrejas, políticas educacionais, de esporte, lazer, cultura e arte, turismo, transporte, ação e bem-estar social etc.), e, finalmente, no âmbito dos recursos criados pela sociedade civil para organizar-se, defender-se, solidarizar-se (SCHEFFER; SILVA, 2014, p.373).

Também as profissionais assistentes sociais têm realizado busca ativa diária dos usuários na condição de técnicos de referência, realizando atendimento individual e familiar. Nos contatos telefônicos com as famílias, as assistentes sociais tomam cuidado para não o fazer de forma impessoal. É relevante e essencial

que, a cada atendimento, as famílias se sintam acompanhadas e percebam que a equipe está à sua disposição para fornecer esclarecimentos, orientações e medidas de acolhida, uma vez que a presença no CAPSi está impedida ou dificultada em virtude das medidas de restrição de circulação impostas pela prefeitura de Teresina e pelo governo do estado.

Desta feita, menciona-se que têm-se utilizado metodologias de trabalho ágeis e simples, com linguagem oral e escrita acessíveis, concretas e adaptáveis às características culturais de cada família acompanhada. A título de ilustração, a cada contato telefônico, os profissionais assistentes sociais fazem avaliação rápida das necessidades psicossociais e das situações de maior vulnerabilidade, procurando captar e acolher receios e medos das famílias.

Entre os aconselhamentos sociais, por exemplo, quanto ao número exorbitante de informações veiculadas, orienta-se que as famílias busquem acessar fontes confiáveis, como as próprias organizações, em que para tanto são disponibilizados contatos e formas de acesso de maneira segura e ética. Ademais, em todos os momentos, é reforçada a ideia do CAPSi como espaço ao qual família e familiares podem recorrer, como um Serviço de portas abertas. Por isso mesmo, para melhor atendê-los, a FMS e a GSM de Teresina disponibilizam um número e aparelho de celular para facilitar e fomentar o acompanhamento dos atendimentos. A existência antes da pandemia de somente um telefone fixo poderia ocasionar congestionamento na linha.

Destarte, pontua-se que o trabalho do/a assistente social tem sido voltado para minimizar a responsabilização da família, pois têm-se claro o entendimento de que é preciso assegurar e prover serviços na perspectiva “protetiva” em que a família é uma instância a ser cuidada e protegida.

Além de tais estratégias de cuidados, as assistentes sociais vêm procurando, em sua seara de atuação, orientar quanto às atividades educativas. Envolvendo criatividade e ludicidade no brincar/desenhar, na escuta, na musicalização, no empregados recursos disponíveis na comunidade, etc., aproveitamos para

garantir informações educacionais sobre o funcionamento da Rede de Saúde e Socioassistencial. Procuramos construir junto às famílias, entrecruzando áreas próximas ao Serviço Social, o conhecimento de elementos básicos à sua qualidade de vida, como: direitos, cidadania, participação e controle social.

Rede é sempre algo que une, que entrelaça, que apanha, que amortece, que interconecta, que comunica, que vincula por meio de sua ligação, de seus nós, e que por isso, quando bem instrumentalizada na saúde, possibilita a melhor visão do sistema, seja do indivíduo, de sua família ou de sua comunidade, melhorando a resolubilidade da atenção (CHIAVERINI *et al.*, 2011, p.199).

Alguns atendimentos têm sido indispensáveis em sua forma presencial. Nesses casos, atenta-separa as orientações de prevenção, com atendimento em espaço aberto, mas sem desprezar o sigilo. A esse respeito, acrescentamos que um fator interveniente na consulta presencial é o uso essencial da máscara. Por vezes, pode dificultar a troca de entendimento. Então, ao longo dos atendimentos, a solução é reproduzir o que ouvimos e solicitar repetição da orientação apreendida.

Diante desse momento de pandemia do novo coronavírus, recorreu-se ainda à sensibilização e à busca de informações quanto a questões potencializadas em face do estreito convívio por dias a fio, a exemplo do aumento de violência doméstica; ideação suicida; sobrecarga de trabalho para trabalhadoras, mães, mulheres chefes de famílias; cuidadoras de pessoas idosas e de pessoas com deficiência; pauperização e fome. Por isso mesmo, estrategicamente oferecemos dados claros e objetivos acerca das possibilidades reais de acesso aos Serviços, como: documentação básica; horários e formas de funcionamento, seja por aplicativos de mensagens, seja por telefonemas, seja por outras formas.

Afinal, o entendimento de cuidados em saúde mental no CAPSi é construído e é decorrente de uma intrínseca relação entre os serviços de saúde, seus profissionais, os usuários e sua família,

considerando as particularidades de cada contexto cultural, social, histórico, comunitário e econômico.

Considerações Finais

As famílias das pessoas com transtornos mentais por longos anos foram afastadas do cuidado e agora necessitam ser reinseridas nessa função, tendo em vista que a sua participação é primordial nesse processo de cuidados. Porém, deve-se coexistir a participação fundante do Estado, da comunidade e da família nesse cuidado, a fim de evitar a sobrecarga dos membros familiares.

Com a pandemia do novo coronavírus e o jargão “fique em casa”, gerou-se uma experiência de quase pavor. Em meio a isso, deparamo-nos com medos bem reais, como o da crise financeira, de adoecer, de contaminar os parentes e de morrer. A grande incerteza que o mundo está vivendo na atualidade é geradora de problemas psicológicos, os mais comuns são a ansiedade e a depressão, o que acaba reverberando e ampliando os transtornos já existentes em crianças e adolescentes acompanhadas em CAPSi.

O não saber lidar com esse cenário desconhecido e o panorama duvidoso que envolve a saúde das pessoas, somados ao fechamento presencial temporário da rede de apoio, como é o caso do CAPSi, colocaram a família como o único lugar de cuidado para as pessoas que passam por sofrimento psíquico, o que acabou por sobrecarregar esses membros e potencializar os adoecimentos.

Por isso mesmo, urge a necessidade de reconhecer os papéis que as famílias desempenham no cuidado, sendo preciso traçar estratégias para que elas engrem seus conhecimentos a outros conhecimentos, de modo que se sintam seguras e amparadas e tenham acesso a novas estratégias de cuidado de forma ampla e participativa. A (re) invenção da família e o (re)encontro com a família no CAPSi fazem parte da defesa da vida.

Mesmo dito isso, é preciso entender que as inovações geradas pela mudança de paradigmas no âmbito da saúde mental demandam mais estudos e (re)invenções dos profissionais e serviços de saúde

para que possam compreender e atender às demandas dos usuários e familiares, que também fazem parte dos cuidados.

Referências

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração, 2013.

BEZERRA JÚNIOR, B. Cidadania e loucura: um paradoxo?.*In*: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatriasem hospício**: contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.p. 71-90.

BRASIL. Constituição de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 out. 1988.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 dez. 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002**. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

BRASIL. **Lista de CAPS**. 2020a. Disponível em: http://dados.gov.br/dataset/mspainelsage_27. Acesso em: 29 ago. 2020.

BRASIL. **Painel coronavírus**. 2020b. Disponível em: covid.saude.gov.br. Acesso em: 12 set. 2020.

BRASIL. Portaria nº 2.840, de 29 de dezembro de 2014. Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 dez. 2014.

BRASIL. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CHIAVERINI, D. H. *et al.* (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

DELFINI, P. S. S.; REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infanto-juvenil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 357-366, 2012.

DRAIBE, S. M.; RIESCO, M. **Estado de bienestar, desarrollo económico y ciudadanía: algunas lecciones de la literatura contemporánea**. Ciudad de México, DF: Cepal, 2006.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2002.

GOLDBERG, D. P. **The detection of psychiatric illness by questionnaire: a technique for the identification and assessment of non psychotic psychiatric illness**. London: Oxford University, 1972.

HIRDES, A.; KANTORSKI, L. P. A família como um recurso central no processo de reabilitação. **Revista Enfermagem UERJ**, Maracanã, v. 13, p. 160-166, 2005.

HOFFMAN, M. C. C. L.; SANTOS, D. N.; MOTA, E. L. A. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 633-642, 2008.

MARINHO, D. M. **Acompanhamento terapêutico**: caminhos clínicos, políticos e sociais para a consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira. 2009. 140 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. I. O processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo, 2013.

MELMAN, J. **Família e doença mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. 3. ed. São Paulo: Escrituras, 2008.

MIOTO, R. C. T.; SILVA, M. J.; SILVA, S. M. M. M. A relevância da família no atual contexto das políticas públicas brasileiras: a Política de Assistência Social e a Política Antidrogas. **Revista Políticas Públicas**, São Luís, v. 11, n. 2, p. 197-220, 2007.

MIRANDA, C. L. **O parentesco imaginário**: história e representação social da loucura nas relações do espaço asilar. São Paulo: Cortez, 1994.

NOGUEIRA, C. M. **O trabalho duplicado**: a divisão sexual no trabalho e na produção: um estudo das trabalhadoras do *telemarketing*. São Paulo: Expressão Popular, 2006.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. **Folha informativa COVID-19**: escritório da OPAS e da OMS no Brasil. 2020. Disponível em: paho.org/pt/covid19. Acesso em: 12 set. 2020.

PEREIRA-PEREIRA, P. A. Política social do segundo pós-guerra: ascensão e declínio. **Serviço Social & Saúde**, Campinas, v. 9, n. 10, p. 1-21, 2010.

RIBEIRO, S. L. A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 23, n. 3, p. 92-99, 2004.

ROSA, L. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

SAFFIOTI, H. **O poder do macho**. São Paulo: Moderna, 1987.

SANTANA, M. C. S. Muito trabalho, pouco poder: participação feminina mitigada nos assentamentos rurais do estado de Sergipe. *In*: GROSSI, M. P.; SCHWADE, E. (Org.). **Política e cotidiano**: estudos antropológicos sobre gênero, família e sexualidade. Florianópolis: Nova Letra, 2006. p. 47-70.

SARTI, C. A. **A família como espelho**. Campinas: Autores Associados, 2005.

SCHEFFER, G.; SILVA, L. Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 118, p. 366-393, 2014.

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995.

SÓLCIA, I. V. Âmbito familiar: a reação da família frente à notícia da deficiência dos filhos. 2004. Monografia (Graduação em

Serviço Social) – Programa de Graduação em Serviço Social, Universidade Estadual do Norte do Paraná, Paraná, 2004.

STAMM, M.; MIOTO, R. C. T. Família e cuidado: uma leitura para além do óbvio. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 2, n. 2, p. 161-168, 2003.

TEIXEIRA, S. M. A família na trajetória do sistema de proteção social brasileiro: do enfoque difuso à centralidade na Política de Assistência Social. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 10, n. 2, p. 535-549, 2010.

VASCONCELOS, M. *et al.* Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 313-323, 2016.

WAIMAN, M. A. P.; JOUCLAS, V. M. G.; STEFANELLI, M. C. Família e doença mental. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.1, n.1/2, p.27-32, 1999.

TERCEIRA PARTE

ASSOCIAÇÕES DE USUÁRIOS E FAMILIARES DA SAÚDE MENTAL DAS REGIÕES NORTE E NORDESTE

*Lara Danuta da Silva Amaral Gomes*¹

*Lucia Cristina dos Santos Rosa*²

Introdução

Este texto, está situado como subproduto da pesquisa “A família no processo de desinstitucionalização em saúde mental”, no cerne de bolsa produtividade do CNPq e do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação científica- PIBIC/CNPq/UFPI, que é coordenada pela tutora Lucia Cristina dos Santos Rosa. Tem por objetivo geral: analisar as características da participação e das necessidades das famílias e dos familiares cuidadores veiculadas pelas redes sociais virtuais. E, por objetivos específicos: caracterizar a participação das famílias/familiares cuidadores nas associações virtuais; Mapear as necessidades sociais relacionadas à classe social, gênero e etnias explicitadas nas

1 Graduanda do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí. Estudante do Programa de Iniciação Científica Voluntária - PIBIC - ICV UFPI.

2 Assistente social. Docente titular do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí. Doutora em Serviço Social pela UFRJ.

associações virtuais de usuários e familiares; tipificar as ações em torno das famílias/familiares cuidadores. O recorte privilegiado remete ao “Protagonismo familiar nas redes sociais virtuais”, tendo por foco: caracterizar a participação as famílias/familiares cuidadores, bem como mapear suas necessidades sociais veiculadas através das associações virtuais, priorizando as regiões norte e nordeste.

A família é compreendida como parceira, a partir da dimensão posta pelo processo de reforma psiquiátrica, que altera o paradigma da psiquiatria clássica, na direção da desconstrução do paradigma biomédico/hospitalocêntrico, para o processo de produção do cuidado comunitário (BRASIL, 2004). O usuário também é compreendido como um membro da família (LIMA, 2012), uma pessoa que ocupa diferentes lugares nessa instituição, mas, como o processo de desinstitucionalização, já tem um considerável número de pesquisas sobre o protagonismo desse ator, o foco se centraliza nos familiares/familiares cuidadores, aquelas pessoas que respondem diante dos serviços de saúde mental pela pessoa com transtorno mental e se reuniram em associações para dar visibilidade às suas necessidades. Responde ainda, diante do grupo familiar pela produção do cuidado doméstico, no geral, figurando como único cuidador.

Historicamente, a família figurou na assistência tradicional em saúde mental, no cerne dos hospitais psiquiátricos como visita, coadjuvante secundária no processo de cuidado. Não era visualizada como parte do processo social de produção de cuidado. Contudo, a família e principalmente o familiar-cuidador, são sujeitos políticos (ROSA, 2009), presentes e atuantes no processo do cuidado, e importantes atores sociais, que, crescentemente ganham a atenção, sobretudo com as políticas públicas orientadas por perspectivas neoliberais, de crescente desinvestimento no social.

Com o processo de desinstitucionalização em saúde mental, iniciado como política pública brasileira em saúde mental, a partir de 1990, a família é colocada como parceria na produção do cuidado comunitário, em duas direções principais (ROSA, 2017):

como colaboradora para a adesão das pessoas com transtorno mental ao projeto terapêutico singular - PTS dos centros e atenção psicossocial - CAPS, sobretudo para que aceite o cuidado proposto. Como também é passível de se constituir como usuária do serviço, se constituindo como usuária, tanto participando de ações de geração de emprego e renda, quanto igualmente sendo cuidada ou participando de ações de cuidar dos cuidadores.

A Lei 8.142/1990 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS, fortalece a perspectiva dos familiares participarem da construção da política de saúde mental, o que tem ocorrido de variadas maneiras: fora dos equipamentos prestadores de serviços de saúde mental, pelos mecanismos de controle social, nos diferentes níveis de governo, tais como, conselhos e conferências de saúde mental, comissão de reforma psiquiátrica. Assim como dentro dos serviços de saúde mental, em conselhos gestores, assembleias, reuniões de famílias. Nas instâncias oficiais de controle/participação social, essa ocorre pela via da representação, o que requer a filiação a uma associação, no geral, composta por familiares, usuários e técnicos. Por sua vez, no cotidiano dos serviços de saúde mental, a participação, no geral, ocorre de maneira direta, sem a mediação de associações, embora essa não seja descartada. Uma terceira forma de participação ocorre pela mediação do universo virtual, pelo ativismo digital e o engajamento nas redes sociais, no geral, também mediado por uma associação formalmente instituída, muito embora também se observe a criação de blogs ou outros canais individuais, tanto de usuários da saúde mental quanto de familiares.

Destarte, um meio importante para dar maior projeção às mesmas, é pelas redes sociais, assim o estudo debruçou-se sobre as associações de usuários e familiares que possui perfil em rede social, movimentado até o segundo semestre de 2019, e referenciadas às regiões Norte e Nordeste do Brasil. Viana (2012) analisa que a internet vem se tornando parte efetiva da vida do cidadão, que por intermédio da mesma executa suas obrigações públicas como declarar e pagar impostos, e solicitar serviços e benefícios. A rede se

converteu em um espaço público fundamental para o fortalecimento das demandas dos atores sociais para ampliar o alcance de suas ações e desenvolver estratégias de luta mais eficazes (MACHADO, 2007). Nesse contexto, as redes on-line têm se tornado cada vez mais expressivas, e o território virtual tornou-se também, um ambiente de difusão de informações, mobilização, fomento à participação e à expressão.

Metodologia

Baseado em pesquisa exploratória (GIL, 1999), busca-se a familiarização de um tema, sob um ângulo pouco explorado na saúde mental, o “ciberativismo digital ou ativismo online”/ digital (RIGITANO, 2003, p. 3), e orientado pela lógica da descoberta. Apoiou-se em metodologia qualitativa, ao se enfatizar os processos e as relações sociais, mas dimensões quantitativas também foram contempladas, posto que a triangulação de formas de captar e analisar a realidade enriquecem os vários ângulos de materialização do objeto de estudo.

Para caracterizar a participação das famílias/familiares cuidadores no processo de desinstitucionalização, pela via do ativismo digital, partiu-se inicialmente, de uma revisão de literatura, com vistas a compreender a participação da família e dos familiares cuidadores no processo de desinstitucionalização em saúde mental. Em seguida, processou-se o mapeamento das associações de usuários e familiares que tem *site* ou espaço nas redes sociais virtuais (internet/google; facebook; youtube; instagram e lindedkn), priorizando o foco nos familiares cuidadores que produzem cuidados para pessoas adultas, ou seja, maiores de 18 anos e referenciadas às regiões Norte e Nordeste do Brasil, pouco visualizadas numérica e politicamente, posto a maioria se concentrar na região Sudeste do País. Simultaneamente, foi levantado, organizado e categorizado o material disponibilizado que trata das necessidades circunscritas às famílias e aos familiares cuidadores, tais como pesquisas, folders, cartilhas, que tratem do perfil, necessidades, demandas desse

segmento. Também foi tipificado esse material a partir de recorte de classe social, gênero ou etnias, haja vista o público usuário do Sistema Único de Saúde ser majoritariamente de segmentos de baixa renda. Também foi qualificado o tipo de ações desenvolvidas pelas associações de usuários e familiares em torno das necessidades das pessoas com transtorno mentais e dos familiares cuidadores, tais como: cursos; guias; orientações. Vislumbrou-se as necessidades de famílias/familiares cuidadores explicitados e a quem são endereçadas.

A participação da família no processo de desinstitucionalização em saúde mental brasileira via ciberativismo

Para analisar a relação entre a pessoa com transtorno mental, família, Estado e sociedade, é necessário levar em conta a realidade de cada época e sociedade, tendo em vista que o modo pelo qual o louco é tratado, o que repercute nas relações familiares, faz parte de uma construção social, situada em cada formação social e conjuntura histórica. Como afirma ROSA (2011), nas sociedades pré-capitalistas, o louco e a loucura eram questões remetidas à competência quase exclusiva da família.

Na sociedade capitalista-burguesa, sobretudo na Europa, a loucura, o louco e a família adquirem outra configuração. “ Segundo a leitura jusnaturalista, o louco ficava à margem do contrato por não partilhar da mesma racionalidade burguesa. Com esse paradigma, fundam-se os pilares ideológicos que legitimam a exclusão e a segregação do louco pelo Estado. ” (ROSA, 2011). Ao serem apropriados pelo saber médico, a loucura e o louco, são retirados do cenário social, e isolados em instituições fechadas, os manicômios, na presunção da incapacidade e periculosidade, homogeneizando-se um segmento muito diverso. Sendo assim, à família restaria, então, aguardar pacientemente a devolução do louco recuperado ou curado, promessa implícita nessa pedagogia (ROSA, 2011).

O Brasil seguiu o modelo europeu, mas passa por um processo de desinstitucionalização, que altera a forma de cuidar, para o cuidar em liberdade, ou seja, produzindo a cidadania da pessoa com transtorno mental, o que reverbera no lugar até então ocupado pela família.

“Nos anos 1990, cresce o número de pesquisas sobre a relação da família com o PMT orientadas pelos debates e pelas preocupações suscitados pelo movimento de reforma psiquiátrica” (ROSA, 2011). Dessa forma, também surgem novas formas de ver a família e o seu papel, uma das destacadas por ROSA (2011) é a família como “[...] sujeito da ação: sujeito coletivo, ator político que se organiza em associações específicas, na opinião de Sant’Anna & Fontoura (1996); e, ainda, sujeito avaliador dos serviços, conforme Pereira” (1997), e construtor da cidadania do portador de transtorno mental” (p. xx). Sendo assim, a família assume um papel político, para além de ser suporte à pessoa com transtorno mental, e passa a ser vista com mais autonomia e em seu local de protagonismos, em saúde mental. Outro marco que resignifica o lugar da família, mesmo dentro do modelo manicomial, ocorre através da Portaria nº 251/GM, de 31 de janeiro de 2002, pois,

[...] é com a Portaria nº 251/GM, de 31 de janeiro de 2002, que se estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria e reclassifica os hospitais psiquiátricos, que passa a ser vislumbrado oficialmente um dispositivo na mudança das relações entre os serviços psiquiátricos e a família [...] A citada portaria prevê, no desenvolvimento dos projetos terapêuticos, o preparo para o retorno à residência /inserção domiciliar e uma abordagem dirigida à família com o propósito de garantir orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento. (ROSA, 2009 p. 161)

Dessa forma, identifica-se os familiares como sujeito para uma ação de educação em saúde, assim igualmente recurso para os serviços de saúde mental, ao dar continuidade aos cuidados no plano doméstico. Ao mesmo tempo as famílias se organizam enquanto

sujeitos políticos e de ação, através de Associações de Usuários e Familiares da Saúde Mental, as quais representam uma forma de organização e mobilização política . Identificados no rol dos movimentos sociais e de associações de defesa de direitos de usuários e familiares em saúde mental, não obstante sua heterogeneidade, têm uma raiz histórica comum: nascem da organização de pessoas em torno de uma causa, a partir de demandas como reconhecimento e legitimação, inclusão e participação social, e em oposição a práticas discriminatórias ou de exclusão (VILLARES; PIMENTEL; ORSI; ASSIS, 2013).

As associações possuem características próprias, e estão espalhadas por várias regiões do país e do mundo, levando em conta a cultura territorial, contudo,

[...] de maneira geral, têm se organizado em resposta aos danos decorrentes de organizações sociais e psiquiátricas segregadoras e desmoralizadoras. Esses movimentos têm também em comum a construção de uma identidade e um discurso orientados por pressupostos de liberdade, empoderamento, participação social, cidadania e auto-organização (VILLARES; PIMENTEL; ORSI; ASSIS, 2013, p.76).

Posto isto, podemos observar que as associações passam a ocupar o espaço virtual, campo amplamente utilizado para a mobilização e de amplo alcance, tendo em vista que

[...] a organização em redes, tão cara aos movimentos sociais, toma impulso qualitativo com o advento do ciberespaço, tornando-se uma abstração-concreta capaz de representar um novo espaço de sociabilidade humana. A concepção de “rede” torna-se, assim, “a representação de um novo arcabouço midiático técnico-material de comunicação (e de fluxo de informações), reticular e complexo”, que abandona a simples “ideia formal-abstrata de cooperação social”, geralmente associado a essa categoria. (VIANA, 2012. p.62)

Dessa forma, entende-se a utilização das redes como parte do processo de globalização. O ciberespaço passa a ser ocupados seja por pessoas ou entidades e organizações, revelando a rapidez e praticidade da sociedade moderna, onde pessoas com pautas em comum se unem através das redes. Isto é, na verdade, o uso, pelos movimentos sociais, da virtualização em rede acompanha o processo real de mudanças do desenvolvimento da técnica, com amplas implicações nos modos de vida humanos (VIANA, 2012).

Constituindo-se um espaço aberto e plural, a Rede Mundial de Computadores se oferece amplamente às mais distintas organizações, ativistas e movimentos sociais [...] que nela difundem ideias e buscam ampliar seu escopo de atuação (VIANA, 2012). Sendo assim, entende-se que, as redes sociais, representam uma forma de organização das associações, onde as mesmas podem se articular virtualmente, e mobilizar-se politicamente, somando forças a outras entidades e simpatizantes da causa, além de divulgar o trabalho das mesmas. Além disso, visibilizam o protagonismo das famílias, e os lugares que vêm ocupando nas associações e nas lutas sociais, sobretudo na saúde mental, favoráveis ou contrárias às mudanças postas pela desinstitucionalização.

Para tanto, Vasconcelos (2009) trata dos limites da participação da família *on-line*, a partir de pesquisa realizada para traçar o perfil das organizações de usuários e familiares da saúde mental no Brasil. Acerca das lideranças de usuários e familiares, o autor destaca que, poucos têm acesso aos meios informacionais modernos, não só pela dificuldade de ter um computador com acesso à Internet, como também de obter os conhecimentos básicos necessários para a sua utilização. Este fator pode demonstrar um indicativo das dificuldades encontradas no campo virtual. Na era da globalização a tecnologia de informação, por mais comum que tenha se tornado ainda é preciso entendê-la dentro das realidades sócio econômicas dos indivíduos e do contexto social em geral. A desigualdade social impera e desvela que o acesso aos equipamentos e à tecnologia de informações e comunicações é diferenciado para cada indivíduo e família. Assim, ao mesmo tempo que a Internet

facilita a propagação de informações e é instrumento de articulação e participação, seu acesso ou não desnuda as desigualdades sociais subjacentes às formas de produzir cuidado, também no plano doméstico.

Realidade veiculada virtualmente de famílias e familiares cuidadores das Regiões Norte e Nordeste do Brasil

Historicamente, os serviços de saúde/saúde mental organizaram seus processos de trabalho em torno de procedimentos para “curar” enfermidades, focando a ação dos profissionais no “paciente identificado”, ou seja na pessoa enferma. Nesse contexto, a família e os familiares cuidadores figuraram secundariamente, como apêndice dos processos profissionais e organizacionais, e sobretudo, como recurso para os serviços. Com as lutas sociais e com o consignado na Constituição Federal de 1988, em torno da saúde como dever de Estado, direito universal e expressão dos determinantes sociais do processo saúde doença cuidado, e que postula a participação/controle social como inerente à formulação, implementação e avaliação das políticas sociais, a família e, sobretudo os familiares cuidadores, ganham outros lugares políticos, de fala, escuta, mobilização e protagonismo.

É inerente à sociedade capitalista a criação e recriação de novas necessidades, que fomentam o consumo e forjam sempre novas necessidades humanas e sociais, que são transformadas e apropriadas na dinâmica social. Algumas necessidades são satisfeitas a partir da posição ocupada pela família no mercado de trabalho. Outras, através das políticas sociais. No contexto de consolidação democrática da sociedade brasileira, as necessidades em saúde/saúde mental do “paciente identificado”, se ampliam e passam a incluir algumas das necessidades das famílias e dos familiares cuidadores, inclusive necessidade de vocalizar necessidades, embora de maneira embrionária. Como visto, nos textos dos documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), a família tornada parceira no processo de desinstitucionalização, um processo em construção,

mas, indicado sob dupla direção, como recurso, suporte dos serviços na construção dos projetos terapêuticos singulares e como, como usuárias dos serviços.

Dada a realidade histórica do sistema de proteção social brasileiro, meritocrático particularista (DRAIBE, 1989), muito restrito à cidadania ocupacional/regulada desde 1930, voltado ao trabalhador urbano e inserido no mercado formal de trabalho, situar-se como excludente em relação aos pobres, majoritários entre os usuários os sistemas públicos de saúde. Com o Sistema Único de Saúde, pela Constituição Federal de 1988, há legalmente ruptura com essa tradição, na direção de universalização da atenção, abarcando os pobres como sujeitos de direitos. Contudo, há uma tendência, sobretudo pelo imperativo de políticas sociais orientadas por princípios neoliberais, escancaradamente desde 1990, que restringe gastos sociais e focaliza à ação nos pobres. Com isso, as ações em saúde pendem a restringir o atendimento às necessidades humanas dos familiares cuidadores aos “mínimos sociais”, com limites claros para ampliação em relação a um patamar “ótimo” de atendimento (PEREIRA, 2006). Entretanto, a dinâmica das lutas sociais pode sinalizar para outras possibilidades ou até mesmo, para riscos de atrofiamentos, o que será analisado a partir do ativismo digital de associações de usuários e familiares da saúde mental.

A partir da busca realizada *on-line* no ano de 2019, foram identificadas 12 associações, sendo 01 da Região Norte, com 7 estados, o que sinaliza como organização deficitária nesse território, na expressão virtual e 11 da Região Nordeste, que conta com 9 estados, o que remete para uma média de 1 associação por estados. Mas, ao serem distribuídas entre os Estados das duas regiões, o que se observa é o seguinte estado panorama: Amapá (01), Bahia (03), Pernambuco (01), Piauí (05), Maranhão (01) e Rio Grande do Norte (01). Ou seja, não há uma distribuição equitativa entre os diferentes Estados da região Nordeste, havendo concentração nos Estados da Bahia e no Piauí. Dentre as 12 associações encontradas, 10 possuíam em seus sítios *on-line* informações sobre sua localização geográfica, 05 estão localizadas nas capitais: Macapá – AP, Salvador

- BA e Teresina - PI, as demais nas cidades de Chã Grande - PE, Imperatriz - MA, União - PI e Parnaíba - PI. Ou seja, cidades mais desenvolvidas, de médio e grande porte, sinalizam apresentar maiores condições objetivas para a criação e sustentação desse tipo de associação.

Dentre as 12 associações identificadas, 01 possui apenas site, 07 possuem página na rede social “Facebook” e 04 possuem ambos, isto é, há tendência de diversificação de canais. Contudo, apenas 08 apresentaram publicações até o segundo semestre de 2019.

As associações identificadas foram:

1. AMA - AP

A Associação de Pais e Amigos dos Autistas do Amapá, esta localizada na cidade de Macapá, capital do Estado. Possui *site* e página em rede social, que conta com 3 554 curtidas e 3638 seguidores. A última publicação ocorreu em dezembro de 2019. De acordo com as informações disponíveis na página, a data de fundação da associação é de 30 de setembro de 2007, traz como informações gerais: Trabalhar incansavelmente para o desenvolvimento do autista, proporcionando às famílias, amigos e profissionais informações necessárias para que possam trabalhar com os autistas.

A partir das publicações na página é possível observar que dentre as atividades realizadas pela associação destaca-se, **roda de conversa** com responsáveis de crianças com transtorno do espectro autista - tea, residentes no município para **ouvir as demandas das famílias**, orientá-las quanto **aos direitos da pessoa com TEA** e avaliar as necessidades técnicas e de recursos humanos para a implementação de serviços voltados especificamente para este público. Ainda, a página é utilizada para **noticiar os eventos** promovidos pela entidade além de conter registros fotográficos desses momentos.

Não foram identificados materiais teóricos produzidos pela associação, ainda, no que diz respeito a família, disponível no *site* e na página do *Facebook*. É informado que foi realizada uma reunião

para ouvir as demandas dos familiares, contudo, não é possível ter acesso a tais demandas ou outro material referente, bem como a contra referência dada pela associação.

Arrede social Facebook, disponibiliza na página uma ferramenta de avaliação, 72 pessoas avaliaram a AMA-AP e esta possui nota máxima (5), além da nota é possível ver comentários positivos sobre a associação, seu trabalho e acerca dos profissionais, o que demonstra a satisfação dos familiares em relação a associação. No geral, as AMAs priorizam sua atuação na ação educacional.

2. AFAGA – BA

No referente à Associação de Usuários e Amigos da Gente Autista, do Estado da Bahia, não foram identificados perfis em redes sociais, apenas um *site*, em que a primeira publicação ocorreu em agosto de 2008 e a última em abril de 2017. De acordo com informações retiradas do *sítio online*, a Afaga foi fundada em 2006, por participantes da Comunidade Virtual Autismo no Brasil, que se reúne através do yahoogrupos desde dezembro de 1998, com cerca de 1200 familiares de pessoas com tea, profissionais que as atendem e, também, algumas pessoas com tea, de alto funcionamento.

O *site* da associação, apesar de estar desatualizado, possui abas com diversas informações, tais como: o que é autismo e as formas de identifica-lo e os diversos graus, além de uma biblioteca com 27 itens disponíveis para baixar, todos referentes ao autismo, contendo **legislação, texto científicos e de literatura**. No referente às famílias, de acordo com informações disponíveis a associação por um tempo realizou os “Encontros de Afago”, momento de reunião entre os familiares para desabafo e troca de experiências, o mesmo foi suspenso após o falecimento de uma das integrantes. Além disso, possui alguns registros fotográficos de familiares e pessoa com tea, mas sem descrição específica para cada foto. Mesmo sem movimentação o *site* continua disponível para o acesso de todos.

3. AFATOM – BA

Outra associação identificada a partir do mapeamento no Estado da Bahia foi a Associação de Apoio a Familiares, Amigos e Pessoas com Transtornos Mentais – AFATOM. Não foi identificado *site* ou *blog*, contudo a mesma possui uma página na rede social *Facebook*, contando com 83 curtidas e 85 seguidores, foi criada em março de 2017 e a última publicação aconteceu em outubro de 2019.

Parte significativa das publicações disponíveis na página da AFATOM apresenta mensagens motivacionais, além do grande número de compartilhamento de notícias referentes à saúde mental. Ainda, a partir das publicações, a associação deixa explícito ser **contra** o fechamento dos hospitais psiquiátricos ainda que apoiem o fortalecimento do RAPS e os CAPS. Representante da mesma participou de audiências públicas acerca do tema sobre o fechamento de hospitais, fortalecimento do RAPS e a permanência do 13º salário e auxílio BPC.

Há apenas uma foto disponibilizada, supostamente dos integrantes, registro em um ponto turístico da cidade de Salvador - BA. Não foi possível identificar na página informações sobre o ano de fundação, telefone para contato ou endereço.

4. AMEA – BA

Também, no Estado da Bahia, foi identificada a Associação Metamorfose Ambulante de Usuários (as) e Familiares do Sistema de Saúde Mental do Estado da Bahia. Esta não possui *site*, entretanto, conta com página na rede social *Facebook*, com 87 curtidas e 86 seguidores, a mesma foi criada em 16 de maio de 2018 e mantém-se atualizada.

A partir das publicações disponíveis na página é possível identificar a participação da associação em diversos eventos de cunho político e de formação, como conferências e fóruns, de âmbito nacional e internacional. Há registros, por meio de fotos e vídeos, das reuniões semanais e da participação em eventos. Vale ressaltar que foi possível identificar, a partir das postagens, que a Presidente

da AMEA é uma usuária e um dos integrantes da associação é o seu marido, que junto à mesma se faz presente nos eventos e atividades que a associação participa ou realiza. Ainda, através das publicações fica explícito o posicionamento a favor da Reforma Psiquiátrica. A rede social, também é utilizada para notificar e informar sobre as atividades e eventos promovidos pela associação, ou de interesse da comunidade acerca da saúde mental.

5. AUFA SM – PE

A Associação de Usuários, Familiares e Amigos da Saúde Mental de Chã Grande, cidade do Estado de Pernambuco, não conta com *site*, apenas com página no *Facebook*, com 668 curtidas e 659 seguidores, contudo, a mesma está desatualizada. A última publicação ocorreu no primeiro semestre de 2017. A página foi criada em 16 de março de 2013, e possui nota 4,4 de 5 com base na recomendação de 11 pessoas.

Apesar da página estar desatualizada, é possível ter acesso às publicações, que em sua maioria consistem em registros fotográficos das reuniões e encontros em datas comemorativas realizados pela associação, além do compartilhamento de datas significativas como “O dia nacional de conscientização sobre o autismo”.

6. Âncora – PI

No Estado do Piauí foi identificada a Associação de Usuários, Familiares e Pessoas interessadas na causa da Saúde Mental no Estado do Piauí. De acordo com informações retiradas do *site* a associação foi fundada em novembro de 2001. A ideia surgiu do professor Luciano Gonçalves, que após o seu adoecimento psíquico e isolamento social, passou a escrever para outras associações do Brasil. A troca de experiências entre usuários e familiares, a obtenção de informações sobre seu transtorno e os seus direitos foi o recurso utilizado por ele em 97, quando ainda não havia nenhuma associação dessa natureza no Estado do Piauí. Dentre as atividades realizadas pela mesma estão: cursos, capacitações e oficinas. Tem como missão “proporcionar condições para favorecer o convívio

social, melhorar a produtividade e qualidade de vida dos associados, permitindo a reconstrução do viver”.

A associação também possui página na rede social *Facebook*, criada em 10 de Janeiro de 2016, conta com 164 curtidas e seguidores, mantém-se atualizada e a última publicação foi em setembro de 2019. Na página é possível ter acesso ao endereço da instituição e telefone para contato. Na área de informações sobre a instituição é possível ter acesso a dados como a data de fundação, a sua missão, declaração de autoria, prêmios e projetos aprovados.

7. Fênix – PI

A Associação de Saúde Mental da cidade de Parnaíba, Estado do Piauí possui *site* com última atualização em 2016. Página criada em 25 de março de 2015. De acordo com informações retiradas do *site*, a associação tem como finalidade promover o exercício da cidadania por meio de atividades sociais, econômica, política e culturais de seus associados e das pessoas com sofrimento psíquico.

A mesma possui página no Facebook e conta com 553 curtidas e 556 seguidores, criada em 25 de março de 2015, não conta com atualizações desde outubro de 2018, data da última publicação.

8. HOMOLOBUS – PI

A Associação Piauiense de Usuários de Álcool e outras drogas, foi criada pelos usuários do CAPS ad de Teresina -Piauí para fortalecer o protagonismo dos usuários e defender seus direitos, criada em 9 de junho de 2018, de acordo com informações disponíveis na sua página no *Facebook*, criada em 21 de junho de 2018, esta mantém-se atualizada, com publicações frequentes desde a sua criação. O conteúdo das publicações em geral são registros dos encontros realizados pelos membros da associação e a participação destes em eventos de formação política, além de convites para atividades relacionada a saúde mental, como seminários, congressos e momentos de formação em geral.

9. LIBERDADE – PI

A Associação de Saúde Mental de União – Piauí, possui página no *Facebook* desde 20 de Dezembro de 2016, contudo, a mesma está desatualizada desde de 2017. Possui 50 curtidas e 50 seguidores. Nas publicações é possível ter acesso ao registro de uma reunião da associação com diversas pessoas e fotos sobre o janeiro branco. Não foi possível identificar endereço e telefone para contato.

10. AMA – PI

A Associação de Amigos dos Autista do Piauí, esta localizada na cidade de Teresina e conta com *site*, desatualizado desde 2017 e página no *Facebook*, atualizada, criada em 7 de junho de 2013, conta com 3.548 curtidas e 3.566 seguidores. A página conta com fotos dos encontros e atividades realizadas, além de lembretes e mensagens acerca de datas comemorativas como: dia das crianças, dia das mães, natal. A página tem uma breve descrição acerca da associação, “Nós surgimos da **necessidade dos pais em encontrar apoio e suporte técnico para educação e tratamento de seus filhos** autistas. Foi fundada em 29 de janeiro de 2000, por pais e amigos dos autistas residentes em Teresina-PI, que **superando a desinformação** diante do quadro de tea, reuniram-se para transformar questionamentos em ação, somando forças para obter serviços estruturados nas áreas de saúde, educação especial, trabalho e assistência social. Além disso, é possível ter acesso à localização e telefone para contato.

11. AFDM – RN

A Associação dos Amigos e Familiares dos Doentes Mentais do Estado do Rio Grande do Norte, conta com uma página na rede social *Facebook*, com 143 curtidas e seguidores, criada em 3 de Agosto de 2016, a qual é mantida atualizada. De acordo com informações disponíveis na página do *Facebook* a associação, sem fins lucrativos, fundada em 4 de maio de **1995**, a partir da necessidade das famílias terem uma representação na qual pudessem trocar experiências, informações, ter apoio nos momentos de dificuldade

e lutar pelo direito ao tratamento digno em saúde mental. E têm como finalidade a troca de experiências e informações em saúde mental, defesa dos direitos, apoio e luta pelo tratamento digno.

Algumas das publicações disponíveis na página apresentam mensagens motivacionais, além da divulgação de palestras organizadas pela associação, uma delas com o tema “Família e o seu papel no cuidado e atenção dos portadores de doenças mentais”, além de demonstrarem apoio a “Marcha das famílias contra as drogas”, esta marcha teve como pauta a luta contra a descriminalização das drogas.

12. AFAGAI – MA

A Associação de Familiares e Amigos de Pessoas com Autismo de Imperatriz – AFAGAI, esta localizada na cidade de Imperatriz, no Estado do Maranhão. Possui página na rede social “Facebook”, criada em 22 de Outubro de 2015, conta com 273 seguidores e 256 curtidas. Na página, como forma de comunicação, a associação disponibiliza um número de telefone e um link que direciona o visitante para o bate-papo da própria rede social. Ainda, é possível ter uma breve descrição sobre do que trata este sitio, sendo informado “Página criada para mães e pais com filhos autista, ou para as pessoas que queiram aprender sobre esses anjos e juntos lutar pelos seus direitos.” Vale ressaltar, que não há informações sobre a data de criação da associação, endereço e horários de funcionamento. Com relação às postagens, a última ocorreu em 25 de outubro de 2019. É possível notar sobre os conteúdos das publicações a valorização de datas comemorativas, como o dia do professor, o dia das crianças, o dia Internacional da luta da pessoa com deficiência, dia da mulher, dia das mães, apesar de serem datas universais os *posts* buscam correlacionar-se com o tema do tea. Somado a isso, destaca-se a grande quantidade de conteúdos informativos acerca do tea, tais como: autismo e a seletividade alimentar; autismo é um espectro... não existem dois autistas iguais; ainda como, publicação acerca da reivindicação da Associação por uma clínica escola, contendo argumentos e explicações acerca do

que se trata este espaço; bem como, *posts* com convocatória para a participação dos pais e da sociedade em geral para eventos realizados para arrecadação de fundos como a “I Feijoada da AFAGAI”, além de eventos pela conscientização, como a “Caminha pela conscientização do Autismo” que acontece anualmente. Outro evento publicizado na página de grande importância foi o “Ato público na Câmara Municipal de Imperatriz”, momento descrito pela entidade como **luta pelos direitos dos autistas**. Além de eventos voltados para a participação das famílias como a “Capacitação em saúde mental: **autismo** em discussão”, que ocorreu na sede da associação, e a exposição fotográfica, em que as famílias junto a pessoa com *tea* aparecem retratados nas fotos. Por último, outro evento promovido pela mesma foi o festival de talentos, que ocorreu em espaços públicos da cidade, como o Teatro Municipal e em um *shopping* da cidade.

Ainda acerca das publicações, é possível perceber que as mesmas possuem um padrão em seu conteúdo textual e gráfico, como por exemplo artes/*banners/flyers* com a logo da associação, assim como as imagens, sempre acompanhadas de legendas explicativas de fácil entendimento. Associado a isso, ressalta-se o registro por meio de fotos e vídeos disponíveis na página dos momentos promovidos pela associação. Em um dos espaços na página é possível recomendá-la às outras pessoas via a rede social, uma das visitantes recomendou e deixou o seguinte comentário: “são semeadores do amor. E uma entidade que uni conhecimento às famílias com autista.”, o que de fato demonstra a relevância da página para as famílias que seguem e tem acesso ao seu conteúdo.

Ainda, a AFAGAI possui canal no *Youtube* desde 2018, contudo, o mesmo está desatualizando desde o ano em questão, com apenas três vídeos publicados, com conteúdo sobre: AFAGAI na Câmara Municipal de Imperatriz, I Fórum da AFAGAI e “A diferença é o que nos une”, com 13 inscritos. Além disso, conta com um perfil na rede social “*Instagram*”, que contém 106 *posts* e 518 seguidores, no geral o conteúdo compartilhado assemelha-se ao do *Facebook* (contendo as mesmas fotos e textos), no entanto, possuem alguns registros

de momentos e atividade que não estão disponíveis no Facebook, como momento de confraternização e reuniões.

Como visto, as associações indicadas como localizadas nas regiões Norte e Nordeste, se distribuem entre aquelas que se centram na saúde mental/transtorno mental ou doente mental, assim denominadas, ou envolvidas com o transtorno do espectro autista/tea, ou autismo. Aquelas que se voltaram ao tea/autismo, foram as que se concentraram em um diagnóstico médico. Mas, ambas buscam atuar na difusão de um modo de ser diferentes ao modelo dominante e idealizado de ser humano, concentrando suas ações no direito: a uma identidade positiva, cidadã; determinados bens e serviços, tais como, direito à educação e tratamento específico na área da saúde. O foco é a pessoa identificada como “problema/um diagnóstico” e no geral, direitos a elas historicamente negados. A maioria não deixa claro seu posicionamento político em relação à reforma psiquiátrica, mas, duas se posicionam politicamente contra o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos, apesar de uma delas apoiar os Caps e a RAPS. Mas, parte significativa das associações disponibilizam em seus endereços eletrônicos, registros, através de fotos e vídeos, versando principalmente sobre datas comemorativas, tais como: janeiro branco, dia da pessoa com tea, cursos e capacitações e eventos realizados, mensagens motivacionais. É também disponibilizado por algumas publicações sobre o tea, legislação, focando mais especificamente no diagnóstico.

Considerações Finais

Vale ressaltar que algumas das associações não possuem como informações em seus sites/páginas dados acerca da fundação, ou até mesmo o contexto em que surgiram e sua finalidade. Ainda, algumas compartilham publicações, matérias e mensagens como por exemplo mensagens motivacionais, ou até mesmo de certos líderes religiosos, demonstrando que o administrador de algumas dessas redes, tendem a personalizar a página, ao compartilhar, aparentemente o que lhe convém, parecendo ser tendencioso.

Ainda, outro ponto, é que as associações *on line* pouco apresentaram atividades voltadas às necessidades diretas das famílias/familiares cuidadores. Algumas que remetem à **necessidade dos, pais, referem explicitamente à busca de “apoio e suporte técnico para educação e tratamento” ou seja**, a um direito violado. Assim há fusão entre as necessidades da pessoa acometida por algum espectro ou transtorno e as necessidades dos familiares cuidadores, sem haver distinção.

É importante ressaltar o impacto político das associações, tendo em vista, participação e realização de atividades em prol da garantia de direitos para os usuários da saúde mental, ou seja, o “paciente identificado”. Dentre as atividades identificadas voltadas especificamente para as famílias/familiares cuidadores, foram arrolados: grupos, ou reuniões, para que os familiares pudessem “desabafar” , ouvir demandas sobre a rede de Saúde Mental e trocar experiências, na direção de grupos de ajuda e suporte mútuos. Logo, o labor no cuidado e convívio com pessoas com transtornos mentais e tea, os mais ressaltados, e da necessidade de atenção para com os familiares cuidadores, observou-se que, muitas vezes o único apoio é em outros familiares que passam pela mesma situação. Destaca-se que apenas uma dessas associações apresentou em seus *sites* uma devolutiva desses encontros, com as demandas postas pelos familiares, ou ações tomadas a partir dessas, isto remete a questionamentos acerca do papel e da imagem que este familiar tem de si e produzem via associações, se são vistos como sujeitos políticos ou apenas cuidadores. Ainda, uma das associações realizou o “Concurso mãe em ação”, um concurso no qual as mães produziram receitas de sua preferência e competiram em busca da mais saborosa. Não é possível negar a importância de atividades voltadas aos familiares, contudo, vale questionar se outras atividades merecem dar lugar a atividades que reproduzem o papel dado historicamente às mulheres, como cozinheiras e donas de casa, sem que seja sequer problematizado as sobrecargas das mulheres em relação à produção do cuidado e a ausência dos homens no compartilhamento do cuidado doméstico, reiterando a

naturalização desse trabalho, como algo da esfera exclusivamente feminino. Ademais, observou-se o quão a luta social se volta para reiterar lutas em torno de “mínimos sociais”, como acesso ao direito à educação e a um tratamento eficiente, resolutivo, o que sinaliza que o horizonte da luta ainda é longo.

Referências

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

DRAIBE, S. M. O *welfare state* no Brasil: características e perspectivas. **Ciências Sociais Hoje**. São Paulo, p. 13-61, 1989.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed.São Paulo: Atlas, 1999.

LIMA, R.C.C. Políticas sociais públicas e a centralidade da família: implicações para a assistência na área de álcool e outras drogas. P. 171-190. In: ALARCON, S.; JORGE, M.A.S. (Org.) **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

ROSA, L. C. S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. SP: Cortez, 2011.

_____. A família como usuária de serviços e como sujeito político no processo de reforma psiquiátrica. p.159-205. IN: VASCONCELOS, EM (Org). **Abordagens psicossociais**. Volume III. São Paulo: Hucitec, 2009.

_____. Ganhos da ação em rede a partir das associações de familiares na saúde mental. P.141-159. In: DUARTE, M.J.O.; PASSOS, R.G.; GOMES, T.M.S. **Serviço Social, saúde mental e drogas**. Campinas: Papel Social, 2017.

MACHADO, Jorge Alberto S. **Ativismo em rede e conexões identitárias: novas perspectivas para os movimentos sociais.**

Sociologias [online]. 2007, n.18, pp.248-285. Disponível in <<https://doi.org/10.1590/S1517-45222007000200012>>

PEREIRA, Potyara A. P. **Necessidades humanas:** subsídios à crítica dos mínimos sociais. – 3.ed. – São Paulo: Cortez, 2006.

RIGITANO, M. E. C. Redes e ciberativismo: notas para uma análise de mídia independente. **Seminário Interno do Grupo de Pesquisa e Cibercidades I**, FACOM – UFBA, 2003. <http://bocc.ufpb.pt/pag/rgitano-eugenia-redes-e-ciberativismo.pdf>, acessado em 13/07/2020

VASCONCELOS, E. M. Perfil das organizações de usuários e familiares no Brasil, seus desafios e propostas. **Cad. Bras. Saúde Mental.** Vol 1. N°1. Jan-abr, 2009.

VIANA, M. R. Ativismo político no espaço-tempo da virtualização em rede. In: Antonia Jesuíta de Lima; Maria D’Alva Macedo Ferreira; Masilene Rocha Viana. (Org.). **Política Públicas e Cidadania:** temas em debate. 1ed.Teresina: EDUFPI, 2012, v., p. 59-79.

VILLARES, C. C; PIMENTEL, F. de A; ORSI, J. A; ASSIS, J. C de. Associações de usuários e familiares e estratégias para defesa dos direitos dos portadores de transtorno mental. In: MATEUS, Mario Dinis (Org). **Políticas de saúde mental:** baseado no curso políticas públicas de saúde mental, do caps Luiz R. Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.

CONECTADOS, MAS INVISIBILIZADOS: UMA ANÁLISE DA PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NO ATIVISMO VIRTUAL DE ASSOCIAÇÕES DE USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Júlio César Paiva e Silva 1
Lucia Cristina dos Santos Rosa 2

Introdução

Historicamente a família configura-se como agente de socialização primária e sobretudo de proteção social, exercendo um papel fundamental na conformação da identidade e da mediação dos indivíduos com a sociedade nas relações cotidianas da vida social. Contudo, em alguns contextos e sob certas circunstâncias a família também pode se configurar como agente de desproteção e agudizador de vulnerabilidades. Nesse sentido, destaca-se que é sua dimensão protetiva que a faz ter a força que tem, como instituição, até os dias atuais.

- 1 Graduando em Serviço Social pela Universidade Federal do Piauí. Estudante do Programa de Iniciação Científica Voluntária - ICV/UFPI.
- 2 Assistente social. Docente titular do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí. Doutora em Serviço Social pela UFRJ.

Ao abordar a família no contexto de convívio com uma pessoa com consumo prejudicial de substâncias psicoativas – spa, optou-se por uma perspectiva firmada na compreensão da política de redução de danos como ferramenta essencial na construção e fortalecimento do empoderamento dos sujeitos, orientando-se, assim, pelo fomento aos direitos humanos e por uma ação pragmática, que considera o contexto histórico-político-cultural e acompanha o percurso psicossocial do usuário de spa, colocando-o no centro das ações. Nesse contexto postula-se a adoção de uma postura ética e crítica que proporcione uma análise sem preconceitos, compreendendo que é indispensável considerar a longa relação do homem com as substâncias psicoativas, em seus diversos modos de uso e propósitos, durante os diferentes períodos históricos e culturais da história humana.

A partir da sociedade moderna, sobretudo a partir do século XX, a atenção voltada aos usuários de SPA se reforçou embasada na moral, sob a égide do modelo proibicionista (FIORE, 2012) sob o imperativo da política norte americana, que passa a também orientar os organismos internacionais, do qual emana recomendações para a formulação de políticas sobre drogas no mundial/ nacional. Nesse contexto, os consumidores de substâncias psicoativas, dependentes ou não, além sofreram as mazelas do modelo manicomial sendo perseguidos e internados em hospitais psiquiátricos, também sofriam a repressão por parte da Segurança Pública. Culpabilizados pela situação vivenciada, era comum que fossem excluídos e esquecidos em manicômios ou prisões.

O movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil surge, no final década de 1970, como importante marco para a mobilização contra as violências ocorridas nos hospitais psiquiátricos e manicômios. Seu principal eixo foi a construção da cidadania das pessoas com transtorno mental, com organização e articulação entre vários segmentos sociais – inicialmente por trabalhadores de saúde mental, e ampliado para incorporar: familiares, usuários, defensores dos direitos humanos, entre outros - que garantiu o fortalecimento do protagonismo dos sujeitos atingidos pela política

manicomial. A participação em fóruns, assembleias, espaços comunitários e audiências públicas foi um direito conquistado e bastante estimulado no processo, com o intuito de fortalecer a cidadania dos sujeitos e garantir a desinstitucionalização.

Nesse cenário, as associações civis na saúde mental surgem como representações de um grupo de pessoas que estavam excluídas tanto das relações sociais, em função do estigma, quanto dos níveis decisórios das políticas de saúde (AMARANTE, 2001), tratados até a década de 1980 como assunto eminentemente técnico. As famílias e os familiares também conquistam espaço nessas associações, o que possibilita que os sujeitos que, geralmente, compartilham as lutas e as dores relacionadas ao convívio com uma pessoa com sofrimento psíquico e suas implicações tenham espaços para discutir questões que atravessam seu cotidiano, proporcionando maior participação e reconhecimento dos familiares cuidadores, aquela pessoa, geralmente a única no meio familiar, responsável diretamente pela produção do cuidado no âmbito doméstico a esse segmento, na luta por direitos na Política de Saúde Mental.

O ciberativismo surge como uma das várias formas e mecanismos de participação disponíveis para a sociedade civil., dentre os quais. É concebido a partir da participação via engajamento virtual, isto é, com o uso das redes sociais, o qual ganha destaque devido à dimensão do seu alcance e a velocidade na socialização de informações. No Brasil, o formato se popularizou durante as jornadas de junho, em 2013, com protestos que começaram contra o aumento da tarifa do transporte público, mas que resultaram em diversas demandas, devido a heterogeneidade dos ativistas. A movimentação em torno do ciberativismo também esteve muito presente nas eleições presidenciais de 2018, através de protestos e “Fake News”, caracterizadas como notícias falsas utilizadas de modo metódico com o propósito de propagar e fortalecer certas ideologias.

Nesse contexto, o presente artigo busca analisar as características da participação e das necessidades das famílias e dos familiares cuidadores de consumidores de substâncias

psicoativas através do ciberativismo, a partir de associações civis de familiares e usuários de substâncias psicoativas que tenham um endereço eletrônico nas redes sociais virtuais. Dessa forma, buscase caracterizar a participação das famílias, mapear as necessidades sociais veiculadas relacionadas a classe social, gênero e raça/etnia, e tipificar as ações em torno das famílias dos usuários.

O que são drogas e como as políticas públicas se constituíram em torno delas?

Pode-se comprovar a longa relação do homem com substâncias psicoativas através da presença milenar de plantas no cotidiano das relações sociais que apresentam potencial de causar mudanças sensoriais e comportamentais, em diversos locais nos continentes, usadas para fins religiosos, curativos ou outros propósitos.

O continente americano conhece a presença de cerca de uma centena de espécimes de plantas psicoativas alucinógenas, enquanto a Europa e Ásia conhecem apenas cerca de uma dezena [...] De certo, sabe-se que os “grãos de mel”, planta alucinógena *sophora secundiflora*, são a mais antiga evidência de uso de plantas psico químicas na América, tendo sido encontrados em tumbas paleolíticas de cerca de 10 ou 11 mil anos na América do Sul (CARNEIRO, 1994, p.14).

Por possuir um conceito polissêmico, um amplo conjunto de substâncias, classificadas como lícitas e ilícitas na sociedade Moderna, pode ser considerada como “droga”. A conotação depreciativa em torno do termo ocorreu por sua associação às substâncias tornadas ilícitas e associadas ao crime. Assim, pode-se citar como exemplos de drogas: açúcar, álcool, cocaína, maconha, cafeína, etc. – entretanto, pode-se dizer que três conjuntos de substâncias e/ou plantas foram eleitas alvos-padrão do paradigma proibicionista: papoula/ópio/heroína, coca/cocaína e cannabis/maconha (FIORE, 2012).

A política proibicionista, que tem como eixo central o objetivo de exterminar todas as substâncias psicoativas tornadas ilícitas, surgiu no início do século XX e foi intensificada enquanto “Guerra às Drogas” na década de 1970, alcançando uma dimensão mundial. Paixão (1991) defende que foi nos Estados Unidos, na década de 1950 que inicia-se o “problema público” das drogas, com a chamada “epidemia de heroína”. No início da década seguinte “a Convenção Única sobre Entorpecentes, de 1961, implantou globalmente o paradigma proibicionista no seu formato atual” (FIORE, 2012, p. 09). Dessa forma, percebe-se que vivenciamos mais tempo de consumo de substâncias psicoativas do que de proibição.

O paradigma proibicionista, no qual a Guerra às drogas é fundamentada:

[...] é composto de duas premissas fundamentais: 1) o uso dessas drogas é prescindível e intrinsecamente danoso portanto não pode ser permitido; 2) a melhor forma de o Estado fazer isso é perseguir e punir seus produtores, vendedores e consumidores (FIORE, 2012. p. 12).

Dessa forma, o paradigma conduz a atuação do Estado em relação a certo grupo de substâncias, ao mesmo tempo que atinge o cotidiano de determinados grupos sociais, ligados ou não às substâncias proibidas.

A principal diferença entre as substâncias lícitas e ilícitas é que as substâncias permitidas, por serem regulamentadas pelo Estado podem ter sua produção e comercialização controladas. Isso interfere diretamente na qualidade das substâncias e nos danos que podem ser causados pelo consumo. Como exemplo, pode-se destacar a cocaína, que “inicialmente utilizada por sua propriedade anestésica, era produzida e comercializada livremente pelos laboratórios farmacêuticos e vendida em farmácias em forma de pastilhas, cápsulas, elixir e xaropes” (BRITES, 2017, p. 43), e ao ser alvo do paradigma proibicionista, sem fiscalização na produção e comercialização, por vezes é adulterada e misturada com outras substâncias, diminuindo a quantidade do princípio ativo vendida

na mistura, conseqüentemente aumentando o lucro de quem comercializa e os danos de quem consome.

A guerra às drogas mantém um ciclo de desinformação, preconceito e estigmatização em decorrência da exclusão e associação à atividade criminosa que se impõe ao consumidor de spa. É comum a desconsideração dos vários tipos de consumo, enquadrando todos os usuários na falsa condição de “viciado” moralizando a abordagem, e geralmente relacionando o consumo de substâncias psicoativas tornadas ilegais ao crime. Geralmente as violências e estigmas decorrentes do consumo de substância psicoativa se intensificam em determinados grupos sociais, ignorando que a droga é utilizada em todas as classes sociais, sem distinção de sexo, idade ou raça/etnia (ANDRADE, 1995).

No milênio, particularmente, em 2003 é que a atenção voltada aos consumidores de substâncias psicoativas, até então tema exclusivo da Segurança Pública, começa a entrar, lentamente, na agenda da Saúde Pública, através da Portaria GM nº 816, de 30/04 que institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2004), muito embora internações, sobretudo involuntárias, ocorressem desde início do século XX tanto em hospitais gerais, mais sobretudo em manicômios. Antes considerada questão de problema moral, tendo como tratamento a punição, a prisão e exclusão em manicômios, sem qualquer diferenciação entre os vários tipos de usuários, ou entre usuário e traficante, a atenção a esses sujeitos só passa por transformações a partir do processo da Reforma Psiquiátrica, responsável pela substituição do modelo biologizante que tem o foco nas substâncias, pelo modelo psicossocial, que compreende os diferentes padrões de consumo, assim como a complexificação da relação substância-indivíduo-contexto social.

Usuários de substâncias psicoativas no contexto da reforma psiquiátrica brasileira

O modelo manicomial foi hegemônico na atenção à Saúde Mental por mais de um século, sempre fundamentando-se na ideia biologizante de que a loucura é uma doença causada por determinantes biológicos, e que o tratamento deve ser protagonizado pela categoria médica, garantindo a supressão dos sintomas através da hospitalização e medicalização, e conseqüentemente causando a objetificação do usuário (YASUI; COSTA-ROSA, 2008). Usuários e seus familiares são considerados com baixa condição de contribuir para o tratamento, sendo suas falas secundarizadas. Nesse sentido, a “cura” para dependentes químicos seria exclusivamente a abstinência total.

Por sua vez o modelo psicossocial, evidenciado no processo de Reforma Psiquiátrica, considera os fatores políticos, culturais e sociais como determinantes do sofrimento psíquico, priorizando os dispositivos de reinserção social, sem desconsiderar psicoterapias e medicamentos, fortalecendo assim os vínculos sociais, familiares e comunitários. O fortalecimento da cidadania e dos vínculos sociais e comunitários, em conjunto com o reconhecimento da importância da família, garantia de direitos e convívio social, inserem-se na soma de objetivos do Movimento da Reforma Psiquiátrica.

Em 1978 é criado o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental MTSM, primeiro sujeito coletivo a organizar críticas ao modelo psiquiátrico clássico, levantando discussões e estratégias para a materialização de reformas no campo da saúde mental. “O MTSM constrói um pensamento crítico no campo da saúde mental que permite visualizar possibilidade de inversão deste modelo a partir do conceito de desinstitucionalização” (AMARANTE, 1995, p. 492).

As articulações do movimento iniciaram-se em torno das situações trabalhistas, com reivindicações como “aumento salarial, redução do número excessivo de consultas por turno de trabalho, críticas à cronificação do manicômio e ao uso do eletrochoque, por

melhores condições de assistência à população e pela humanização dos serviços” (AMARANTE, 1998, p. 52). Mas logo as discussões são ampliadas com a participação de outros segmentos da sociedade civil, influenciando na construção de um pensamento crítico capaz de proporcionar a visualização de possibilidades de substituição ao modelo hospitalocêntrico, com ênfase na cidadania e o cuidado comunitário.

Em 1987, no Encontro dos Trabalhadores em Saúde Mental, na cidade de Bauru, o movimento estimula a ampliação das discussões com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, apontando a necessidade do envolvimento da sociedade na sua discussão e encaminhamento das questões relacionadas à saúde mental. Dessa forma, essas estratégias e posicionamento ético-político auxilia na ampliação do movimento “no sentido de ultrapassar sua natureza exclusivamente técnico-científica, tornando-se um movimento social pelas transformações no campo da saúde mental” (AMARANTE, 1995, p. 492).

Considerando a influência das condições sociais no processo saúde-doença-cuidado, a desinstitucionalização surge como importante mecanismo para reinserção social e comunitária dos sujeitos até então segregados. As mudanças nas esferas técnica, administrativa, jurídica, legislativa, ética e política, geradas com a a Reforma Psiquiátrica fortalecem o reconhecimento do direito das pessoas com transtorno mental e usuários de álcool e outras drogas.

A Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992, configura-se como marco principal da mudança na assistência psiquiátrica, uma vez que estabelece que seja feita a reestruturação na assistência com a implementação de serviços extra hospitalares, que passam a receber financiamento, o que permite a criação de serviços que funcionam de “portas abertas”, oferecendo um cuidado em liberdade, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e os Núcleos de Atenção Psicossocial - NAPS, Hospitais-Dia e Urgências Psiquiátricas em Hospitais Gerais, além da necessidade do atendimento ser realizado de forma humanizada.

Em 2001 é promulgada a Lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, e redireciona o modelo de assistência à saúde mental. A partir desse marco o louco e a loucura passam a ser tratados de outra forma, com base legal para novas possibilidades de cuidado, recuperação e reinserção do usuário no meio social. O mesmo acontece com consumidores de substâncias psicoativas que passam a ser considerados igualmente sujeitos de direitos. A situação do consumo prejudicial de spa vai cada vez mais deixando de ser considerado um problema individual, ganhando ênfase o contexto de vida e a função da substância na vida da pessoa.

Costa (2012, p. 406), destaca que:

A partir de 2002, o Ministério da Saúde assume essa questão como um problema de saúde pública, regulamentando um serviço denominado de Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e outras Drogas (CAPS-ad), um serviço de base territorial e comunitária,

A Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, criada em 2003 pelo Ministério da Saúde, seguida pela regulamentação da Política de Redução de Danos através do decreto nº 1028 em 2005 e pela Lei nº 11.343/2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre drogas, e que prevê a priorização de ações de prevenção ao consumo prejudicial, são outros três importantes pontos na disputa entre a esfera da saúde e da segurança pública no que diz respeito a atenção aos consumidores de spa. Esses marcos garantem a possibilidade de oferecer diferentes tipos de cuidado aos diferentes tipos de usuários, considerando as particularidades de cada sujeito, de forma que sejam tratados dignamente e com respeito.

A regulamentação da Redução de Danos fortaleceu a autonomia dos usuários de substâncias psicoativas, pois estimulou a socialização da informação para garantir a prevenção e compartilhou a responsabilidade entre usuário e Estado na produção do cuidado. Aqueles que desenvolvem uma situação de uso abusivo

de substâncias consideradas proibidas, como cocaína, crack, heroína, entre outras, historicamente, pelos impactos das políticas criminalizadoras, encontram mais dificuldades na hora de procurar ajuda, até pelo preconceito, mesmo não havendo diferenciação em relação aos direitos de usuários de substâncias psicoativas permitidas e proibidas. Por estarem no campo de batalha entre saúde pública e segurança pública, apesar de possuírem direitos aos serviços públicos de saúde, são geralmente discriminados, tratados como criminosos, a partir de um discurso estigmatizante e culpabilizador.

Costa (2012) destaca que o tratamento para consumidores de substâncias psicoativas torna-se subordinado à lógica punitivista, que apresenta a abstinência como única meta possível. Ao combater esse posicionamento, a política de Redução de Danos possibilita a garantia de direitos aos usuários que não querem, não podem ou não conseguem atingir a abstinência. Isso auxilia no fortalecimento do protagonismo desses sujeitos, e potencializa sua organização política, estimulando a autonomia e desmistificação da relação entre ser humano e substância.

Participação social de usuários de substâncias psicoativas e seus familiares

Com a promulgação da Lei nº 8.142/90 que fomenta o controle social, ou seja, a participação dos usuários na formulação, implementação e avaliação de políticas públicas, é estimulada a criação de associações de usuários e familiares da saúde mental, caracterizadas como importante mecanismo na formação da autonomia dos sujeitos ao garantir a participação na complexa arena de decisões da política de saúde mental, álcool e outras drogas organizando e participando de debates, fazendo com que aspectos importantes entrem na agenda da política. Para Costa-Rosa; Luzio e Yasui (2001) e Amarante (2009), o exercício da participação política e do controle social na reforma psiquiátrica deve dar continuidade ao projeto de superação do modelo asilar e

todas as suas consequências, dando lugar ao modelo da atenção psicossocial e ao paradigma da redução de danos.

Machado (1986, p. 299) define a participação em saúde como “o conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor saúde”. Dessa forma, o controle social em saúde mental é exercido através da participação ativa dos usuários, familiares e profissionais de saúde mental nas questões assistenciais, de gestão dos serviços e da rede de saúde mental.

Vasconcelos (2003) aponta o exercício do controle social como importante estratégia para o empoderamento na saúde mental através do protagonismo social, defesa, ampliação de direitos e incorporação ao estatuto de cidadania para diversos sujeitos sociais, dele excluído. O autor destaca o empoderamento como conceito fundamental para o campo social da saúde e da saúde mental, definindo-o como um conjunto de estratégias de fortalecimento de poder, autonomia e auto-organização dos usuários e familiares de serviços públicos e na sociedade em geral em seu cotidiano.

As associações de usuários e familiares da saúde mental e de usuários de álcool e outras drogas contribuem nesse cenário proporcionando o reconhecimento do capital social dos sujeitos e estimulando seu protagonismo, visto que “ao participar efetivamente dos problemas do seu mal-estar psíquico, parece propiciar a construção/consolidação de uma consciência social do problema” (AMARANTE, 2001, p. 935). O impacto causado pelas associações é substancial, ao tempo que garante que as vozes das pessoas afetadas sejam ouvidas e consideradas.

Entretanto, há muitos desafios para que essa participação efetiva se concretize. Vasconcelos (2014) afirma que há várias limitações para o protagonismo dos usuários da saúde mental no Brasil, tanto estruturais, como culturais e conjunturais, que tendem a fragilizar a experiência de empoderamento e participação desses sujeitos. Assim, o exercício participativo é dificultado pelo conjunto de estigma e violência que acompanha os usuários, geralmente acumulando várias situações de preconceito e sofrimento, o que

se agrava em relação ao consumidor prejudicial de spa, associado frequentemente ao tráfico, ao crime.

Nesse cenário, o potencial das associações fica mais perceptível quando entende-se que estas representam um grupo de pessoas que estavam excluídas tanto das relações sociais por meio da segregação e do estigma que lhes foi imputado, quanto dos níveis decisórios das políticas de saúde (AMARANTE, 2001). Por isso, as ações políticas desenvolvidas por essas associações fortalecem e são fortalecidas pelo ativismo dos sujeitos, proporcionando a verdadeira participação social em busca da emancipação.

A pluralidade na composição das associações civis em saúde mental possibilita que sujeitos que compartilham as lutas e dores relacionadas ao transtorno mental e suas implicações na sociedade capitalista tenham espaços para vocalizar suas perspectivas e demandas, proporcionando maior participação e reconhecimento dos familiares na luta por direitos na Política de Saúde Mental.

Parte significativa das associações civis de usuários e familiares da saúde mental tendem a focar nas enfermidades e em transtornos específicos para a elaboração de seus pressupostos e ações, o que também se reproduz nas associações de usuários de substâncias psicoativas, ao voltar-se para grupos específicos de substâncias, alcançando, assim, um grupo fragmentado de usuários e/ou familiares. Nesses casos, há uma dualidade de fatores promotores de organização. Por uma via, a identificação do sujeito com a associação parte da identificação com a substância específica, geralmente envolvendo situações de uso abusivo/prejudicial ou dependência química. Por outra via, o que se destaca na identificação é a perspectiva adotada para fundamentar o posicionamento e as ações da associação, vinculando-se à perspectiva proibicionista, em prol da abstinência absoluta ou antiproibicionista, que compreende a redução de danos como possibilidade de cuidado, sem desconsiderar a abstinência como possibilidade, mas colocando o consumidor como central nas análises.

A família, que tende a compartilhar e acompanhar o sofrimento de pessoas com transtorno mental e que fazem o uso

prejudicial de substâncias psicoativas, por muito tempo não tiveram seus conhecimentos, experiências e necessidades consideradas. Até a década de 1970, predominou no Brasil uma concepção culpabilizante da família e do sujeito com transtorno mental, onde o cuidado era centralizado no hospital, e os familiares considerados” como ente secundário, visitas, muitas vezes incomoda, por denunciar violências, maus tratos, com funções bem delimitadas.

O modelo manicomial-hospitalocêntrico, fundamentado na segregação e exclusão “permitiu o afastamento do grupo familiar do cuidado em geral, levando os familiares a se limitarem a ser visita, muitas vezes inconveniente, ou um recurso a ser acionado em determinadas circunstâncias” (ROSA, 2014, p. 41). Nesse cenário, a família só era consultada para disponibilização de bens materiais, como roupa, cigarro, material de higiene, afastando a responsabilidade do Estado e das instituições de fornecerem estes e outros itens para as pessoas aprisionadas nos hospitais psiquiátricos.

A relação entre família e pessoa com transtorno mental - PTM ou usuário abusivo de SPA deve ser cuidadosamente analisada. Tanto a presença de transtornos mentais como o uso abusivo de álcool e outras drogas tende a afetar todos os membros da família, alterando a estrutura e dinâmica familiar. Nenhuma família está prontamente preparada para lidar com situações tão complexas e que envolvem alto grau de responsabilidade. Além disso, também é perceptível que o estigma que acompanha a PTM e usuários de substâncias psicoativas é extensível à família, dificultando o convívio social de todos esses sujeitos. Nesse cenário, é comum que o familiar cuidador se isole, redefinindo sua vida ao ato de cuidar, tendo a vida limitada ao circuito casa-serviço de saúde.

Apesar das mudanças na dinâmica familiar, com o convívio com uma pessoa consumidora de spa, afetarem todos membros do grupo, os impactos são sentidos de forma diferentes, em função da posição ocupada pela pessoa em relação ao usuário. Isso acontece por ser comum que as responsabilidades do ato de cuidar sejam associadas a um único familiar, geralmente do gênero feminino.

Mães, filhas, avós, esposas, e até mesmo noras são majoritárias como a familiar responsável pelo cuidado a pessoa com transtorno mental ou que faz uso abusivo de álcool e outras drogas.

A diferenciação das responsabilidades entre homem e mulher, marido e esposa, ocorre porque a instituição família não está isolada da sociedade que a cerca. A família é uma instituição histórica, política, social e cultural, e as diversas alterações que acontecem na sociedade interferem direta e indiretamente na estrutura e dinâmica familiar. Ela influencia e é influenciada pelo que acontece ao seu redor, sendo sujeito do processo histórico, mas também assujeitada.

Bruschini (1989, p. 09) conceitua família como o

Conjunto de pessoas vinculadas por laços de sangue, parentesco, afinidade/afetividade ou dependência que estabelecem entre si relações de solidariedade e tensão, conflito e afeto [...] e (se conforma) como grupo de indivíduos de sexo, idades e posições diversificadas, que vivenciam um constante jogo de poder que se cristalizam na distribuição de direitos e deveres.

É preciso resgatar o olhar sobre o contexto econômico, social e cultural que encontram-se esses grupos familiares, compreendendo os diferentes tipos de famílias e como os impactos do uso abusivo de substâncias psicoativas interferem em maior ou menor grau no cotidiano desses sujeitos. Apesar de famílias de todas as classes sociais vivenciarem questões relacionadas ao uso abusivo de spa, as mudanças geradas pelo consumo prejudicial em uma família de baixa renda, negra e periférica diferem-se bastante de casos ocorridos em uma família de classe média, com ampla rede de apoio, inclusive se estendendo ao mercado privado, dentre os quais, terceirização do provimento do cuidado. Por isso, é preciso discutir os diferentes tipos de famílias, compreendendo que há “diferentes configurações de família, conformando famílias, no plural, moldando diferentes desenhos, significados e modos de viver neste grupo, bem como diferentes estilos de vida e valores” (ROSA, 2014, p. 48).

Através da mobilização e articulação para organização e realização de ações e participações nos espaços facilitados, os familiares também têm se organizado em associações com usuários para proporcionar a devida visibilidade às suas particularidades, identidades e necessidades, possibilitando que essas famílias apresentem suas demandas para o Estado e Sociedade Civil.

Entretanto, como já mencionado há muitas barreiras nesse cenário. Villares *et al* (2013, p. 78) destacam que “a imensa maioria das pessoas afetadas por problemas de saúde mental vive com um sofrimento e sobrecarga que não deixam espaço para qualquer ativismo”.

E é devido a comum falta de tempo para concretizar a organização política, devido às duplas e até triplas jornadas de trabalho, combinando o trabalho assalariado ao trabalho doméstico, que o ciberativismo tem se destacado como importante alternativa para os familiares, pois possibilita que estes façam parte da rede de informações referentes à saúde mental e tenham contato com outros sujeitos em situações semelhantes, inclusive a partir do espaço doméstico, desde que tenham equipamentos para tanto. Nesse cenário, o ativismo na esfera virtual aparece como importante ferramenta para a democratização da informação, ampliando a visibilidade, o alcance das manifestações e a difusão de ideias. Inclusive com economia temporal, pois tal participação, no geral, não implica em dispêndio de tempo e gastos financeiros com deslocamento e transporte.

Pinho (2003) entende a Internet como uma ferramenta de comunicação que se diferencia bastante dos meios de comunicação tradicionais, caracteriza-se como inovadora devido a facilidade de possibilitar a intercomunicação, aumentando o poder comunicativo das pessoas, pois possibilita a transmissão de informações e imagens em tempo real para qualquer parte do planeta. Dessa forma, a utilização das tecnologias digitais como ferramenta para a comunicação, informação e mobilização para o enfrentamento político, social e cultural, define o ciberativismo (MILHOMENS, 2009).

A pluralidade na composição das associações civis em saúde mental e a heterogeneidade dos seus pressupostos, estratégias e ações contribui para a diversidade no modo de praticar o ciberativismo. Apesar da diversidade nas ações, as associações exercem as mesmas funções já apontadas por Queiroz (2017): “dinâmica de recrutamento e dinâmica de difusão de informação” (p. 04).

Durante a pesquisa “A participação da família no processo de desinstitucionalização em saúde mental, a partir do ciberativismo” recortou-se como subtema o consumo de substâncias psicoativas para basear o estudo de associações de familiares e usuários de spa presentes no campo virtual. A análise restringiu-se as associações civis das regiões Sudeste e Centro Oeste, por apresentarem-se como territórios onde a Reforma Psiquiátrica Brasileira teve início e por exercerem mais atividades na esfera virtual. Dessa forma, através de pesquisas no Google foram encontradas 17 associações que relacionavam-se com o tema álcool e outras drogas, presentes nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Espírito Santo, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul.

Quando priorizadas as que possuem site ou perfil em rede social virtual, foram selecionadas seis associações: Associação Cultural Cannábica de São Paulo; Associação de Defesa da Saúde do Fumante – São Paulo; Associação Antialcoólica do Estado de São Paulo; Associação Brasileira de alcoolismo e drogas – Rio de Janeiro; Associação Psicodélica Brasileira – Rio de Janeiro; e Associação Brasileira Comunitária para Prevenção do Abuso de Drogas (Abraço) – Minas Gerais.

Percebe-se certa dificuldade na periodicidade na alimentação dos sites e redes sociais, com fluxo de atividades online lento na maioria dos casos. É possível que essa pouca participação seja consequência das dificuldades estruturais, econômicas, políticas, envolvendo a baixa renovação de quadros, continuidade de militantes, e fragilidade na organização política, já mencionadas por Amarante (2001), Rosa (2017) e Vasconcelos (2009). Os sites e rede social contém informações básicas de apresentação das associações

e disponibilização de conteúdos informativos relacionados a consumo de spa, consequências de uso, direitos, entre outros, além de exercer também a função de divulgar eventos relacionados à área. É perceptível, também, a adoção de uma perspectiva não culpabilizadora do consumidor de spa, considerando os diferentes tipos de consumo, posicionando-se contra os diversos tipos de preconceito que perpassam a vida dessas pessoas e suas famílias.

Apesar dos familiares estarem presentes nos espaços virtuais, em perfis das associações, e até mesmo como administradores dessas páginas, suas demandas continuam secundarizadas. Observa-se baixo interesse, por parte dos grupos em fomentar discussões sobre a importância da participação da família no processo de desinstitucionalização e garantia de direito, visto que não há nenhuma menção ou anúncio de atividades sobre o tema em nenhuma associação analisada, evidenciando que mesmo que as associações civis em saúde mental sejam mistas, os interesses que prevalecem ainda são os dos usuários, havendo quase uma invisibilização da família, que, no geral, aparece impresso na denominação do grupo e/ou associação e nas falas envolvendo o cotidiano da produção do cuidado.

Considerações finais

A organização política dos sujeitos no formato de associações de usuários de substâncias psicoativas fortalece a participação social e empoderamento, e proporciona uma nova voz nas discussões relacionadas às spa e aos direitos humanos. Entretanto, ainda percebe-se uma secundarização e até mesmo invisibilização das demandas dos grupos familiares nesses espaços.

Vasconcelos (2009), ao fazer o levantamento das associações de familiares e usuários da saúde mental no Brasil, destacou a parca presença desses grupos na internet, realidade ainda presente mais de uma década depois da pesquisa, destacando-se a escassa quantidade de associações que possuem sites ou redes sociais, sendo comum a desatualização e inatividade dos que já foram criados.

Porém, como apontado por Rosa (2017), apesar da pouca interlocução entre os diferentes grupos de associados, as associações conseguem proporcionar visibilidade às suas demandas específicas. Nesse sentido, é importante destacar que o ciberativismo não limita as ações desses grupos, pelo contrário, serve como mecanismo de ampliação do alcance, pois possibilita a divulgação de informações, além da difusão de ideias contra hegemônicas, utilizando o mundo virtual para gerar novas visões de mundo e, conseqüentemente transformações na realidade social.

Mesmo nessas circunstâncias, foi possível analisar as características da participação e das necessidades das famílias e dos familiares cuidadores de pessoas consumidoras de substâncias psicoativas veiculadas na literatura e nas redes sociais virtuais, mas a perceptível falta de participação e visibilidade das demandas familiares na esfera virtual, não possibilita mapear as necessidades sociais relacionadas a classe social, gênero e etnias nas associações virtuais, visto que o assunto família sequer é abordado, figurando invisível suas características e necessidades sociais.

Referências

AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**: Rio de Janeiro, jul/set, 491-494, 1995.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

AMARANTE, Paulo. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, jul-ago, 2001. p. 933-939.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, Paulo. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, 2009.

ANDRADE, T. As abordagens preventivas: entre prevenção idealizada e prevenção possível. In: **Drogas, AIDS e Sociedade**. Ministério da Saúde, Brasília, Ed Universidade de Brasília, 1995, p. 33-51.

BRASIL. **Legislação em saúde mental** – 1990-2004. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRITES, Cristina Maria. **Psicoativos (drogas) e Serviço Social**: uma crítica ao proibicionismo. São Paulo: Cortez, 2017.

BRUSCHINI, M.C. Uma abordagem sociológica de família. **ABEP**. V. 06, nº 01, jan/jul. 1989.

CARNEIRO, Henrique. **Filtros, mezinhas e triacas**: as drogas no mundo moderno. São Paulo: Xamã Editora, 1994.

COSTA, A. O. A luta por direitos: os caminhos para a implementação de políticas de álcool e outras drogas na Bahia. In FILHO, A. N; MACRAE, E; TAVARES, L. A; RÊGO, M; NU-EZ, M. E. (Orgs). **As drogas na contemporaneidade**: perspectivas clínicas e culturais. Salvador: Edufba: CETAD, 2012. p. 405- 426

COSTA-ROSA, A; LUZIO, C; YASUI, S. As Conferências de Saúde Mental e as premissas do modo psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro: CEBES, 2001.

FIORE, Maurício. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos Estudos**, São Paulo, n. 92. Mar. 2012.

MACHADO, Francisco de Assis. Participação social em saúde. In: Conferência Nacional de Saúde, 8ª, **Anais...** Brasília, Ministério da Saúde, 1986.

MILHOMENS, L. **Entendendo o ciberativismo sem terra na nova esfera pública interconectada**. 2009, Dissertação (mestrado em Comunicação) do Programa de Pós-Graduação em Comunicação, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.

PAIXÃO, A. L. Recuperar ou punir? Como o Estado trata o criminoso. 2ª ed. São Paulo: Editora Cortêz, 1991.

PINHO, J B. **Jornalismo na Internet**: Planejamento e produção da informação on-line. São Paulo: Summus, 2003.

QUEIROZ, E. F. C. Ciberativismo: a nova ferramenta dos movimentos sociais. **Panorama**. Goiânia, v. 7, n. 1, p. 2-5. Jan./jun. 2017.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos; LIMA, RITA C.C. Relação Família e usuários de álcool e outras drogas na rede de atenção psicossocial (RAPS). In: Álcool e outras drogas: da coerção à coesão. Florianópolis, 2014.

ROSA, L. C.S.R. Ganhos na ação em rede a partir das associações de familiares na saúde mental. In: DUARTE, M.J.O.; PASSOS, R.G.; GOMES, T.M.S. (Org). **Serviço Social, saúde mental e drogas**. Campinas: Papel Social, 2017. p. 141-159.

VASCONCELOS, Eduardo M. **O poder que brota da dor e da opressão**: empowerment, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus, 2003.

VASCONCELOS, Eduardo. Perfil das organizações de usuários e familiares no Brasil, seus desafios e propostas. **Cad. Bra. Saúde Mental**. Vol 1. N° 1. Jan-abr, 2009.

VASCONCELOS, Eduardo M. **Protagonismo e empoderamento de usuários e familiares em saúde mental**: a experiência no Brasil e no MNLA, seus desafios e propostas. Encontro Nacional do MNLA. Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2014.

VILLARES, C. C; PIMENTEL, F. de A; ORSI, J. A; ASSIS, J. C de. Associações de usuários e familiares e estratégias para defesa dos direitos dos portadores de transtorno mental. In: MATEUS, Mario Dinis (Org.). **Políticas de saúde mental**: baseado no curso políticas públicas de saúde mental, do caps Luiz R. Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.

YASUI, S; COSTA-ROSA, A. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, CEBES, 2008.

A (DES)ASSISTÊNCIA DAS REDES DE PROTEÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA DIRECIONADAS AOS FAMILIARES DE GESTANTES E PUÉRPERAS QUE FAZEM USO PREJUDICIAL DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Elayne Karoline Bezerra da Silva¹

Lucia Cristina dos Santos Rosa²

Introdução

O movimento da reforma psiquiátrica é tido como marco histórico na política de saúde mental, álcool e outras drogas, consolidado a partir de 2001, com a promulgação da Lei nº 10.216 (BRASIL, 2004a), que trata dos direitos das pessoas com transtorno mental, e reorienta o modelo de atenção, incluindo as pessoas que têm transtornos resultantes do consumo prejudicial de álcool e outras drogas. Esse movimento

- 1 Doutora em Políticas Públicas – UFPI. Mestre em Políticas Públicas – UFPI. Especialista em Micropolítica da Gestão e do Trabalho em Saúde – UFF. Graduada em Serviço Social – UFPI.
- 2 Assistente social. Docente titular do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí. Doutora em Serviço Social pela UFRJ.

foi complementado pela Lei nº 11.343/2006 (BRASIL, 2011), que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, estabelece normas para repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas, e define crimes, lei revogada recentemente.

Neste novo contexto, os familiares das pessoas com transtornos mentais passam a ocupar outros lugares e funções nos novos equipamentos reformados, sendo exigidos a dividir com os serviços de saúde mental o cuidado da pessoa com transtorno mental, o que antes era assumido integralmente pelos hospitais psiquiátricos/manicômios.

Os familiares são convocados a ser parceiros (BRASIL, 2004b) da política de saúde mental, álcool e outras drogas, uma condição em processo de construção, cujos reflexos observa-se na multiplicidade de funções e lugares ocupados por eles no cotidiano assistencial e nas ações políticas. As famílias e suas dinâmicas em torno da produção e provisão de cuidado comunitário/territorial na saúde mental ganham maior visibilidade na produção da literatura do campo. Desta forma, sobrecargas objetivas e subjetivas (ROSA, 2003; BANDEIRA, 2013) são evidenciadas e tecnologias assistivas são requeridas para cuidar dos cuidadores, ou seja, ampliar a produção do cuidado para abranger, além do “paciente identificado”, haja vista o transtorno mental decorrente do consumo prejudicial de substâncias psicoativas – SPA atingir a família como um todo, impondo novas demandas e reorganização interna do grupo. As sobrecargas distribuem-se desigualmente no interior da família, considerando-se que, historicamente, as mulheres, na divisão social e sexual do trabalho, ficaram encarregadas de prover a proteção social e os cuidados dos enfermos.

As famílias também são destacadas, na literatura da área, como avaliadoras dos novos equipamentos que implementam a nova política de saúde mental, álcool e outras drogas, porém, há estudos como o de Campos e Soares (2005, p. 223) que explicitamente excluem “familiares de alcoolistas e drogadictos”,

havendo maior priorização de familiares de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia ou transtornos associados à psicose, o que é a tônica dominante nos estudos no campo.

Nesse cenário, os modelos assistenciais encontram-se na fase de transição, em que ainda se mesclam os modelos psiquiátricos tradicionais e o novo modelo, pautado legalmente no reforço da priorização do cuidado do sujeito na sua “integralidade”, enfocando os determinantes sociais, econômicos e culturais circundantes à pessoa com transtorno mental e/ou que fazem uso de SPA, convocado a expandir sua ação para a família como um todo, cuja direção não está dada *a priori*.

Diante desse contexto, o texto em questão é um recorte da tese da autora, resultante de uma pesquisa realizada em uma maternidade pública do Estado do Piauí, especificamente envolvendo o setor dessa instituição que atua com gestantes ou puérperas que fazem uso de substâncias psicoativas (leitos de saúde mental). Assim, englobou, enquanto sujeitos pesquisados, os profissionais que atuavam nesses leitos, as usuárias e os familiares que as estavam acompanhando no período da internação.

Trata sobre as redes de proteção direcionadas aos familiares de gestantes ou puérperas que fazem uso de substâncias psicoativas acompanhadas pela instituição pesquisada, bem como as dificuldades e estratégias utilizadas por estes familiares no lidar cotidiano com gestantes ou puérperas que fazem uso de substâncias psicoativas e diante da (des)assistência dos sistemas de proteção social.

A (des)assistência das redes de proteção primária e secundária direcionadas aos familiares de gestantes ou puérperas

Castel (2005) conceitua os sistemas de proteção social baseando-se na noção de sociabilidade e distinguindo a sociabilidade primária e secundária, sendo a primeira realizada pela família, vizinhança e por grupos de trabalho ou algumas formas de filantropia que firmam a proteção na informalidade,

na proximidade, nas relações próximas, centradas nos indivíduos com que se têm relação face a face e na comunidade. E a segunda proteção, a secundária, é a formal, aquela dispensada pelo Estado através das políticas públicas.

Assim, tratar sobre rede de proteção primária abarca as relações sociais que envolvem os indivíduos que vão desde os familiares, amigos, vizinhos e serviços comunitários. E a rede de proteção secundária refere-se ao apoio que as instituições direcionam para esses sujeitos, através de suas ações. Entende-se, ainda, que esse suporte pode refletir positiva ou negativamente no cotidiano desses sujeitos, sendo então um fator de redução de impactos ou até de seu agravamento, inclusive pela sua inexistência ou precariedade.

Deste modo, na pesquisa realizada, quando questionados acerca dos principais atores que auxiliam(aram) os familiares no encontro das soluções para as dificuldades que encontram(ram) no contexto de gestação/puerpério e uso prejudicial de substâncias psicoativas de seus entes familiares, as respostas sinalizam para a ausência e/ou fragilidade nas redes de proteção primária e secundária, que contemplassem as demandas deles. O que reflete na persistência da solidão, do desamparo em relação ao cuidado, sem que se obtenha suporte de nenhum ente público ou, no máximo, a ajuda vem das redes de proteção primárias, do que está próximo. A irmã, no geral, a família de origem é referida como principal fonte de apoio, figurando as políticas sociais como algo inalcançável para essas pessoas, o outro da cidadania do pobre, segmento sobrerrepresentado na pesquisa.

As usuárias entrevistadas expuseram que as principais figuras que as auxiliaram no momento da gestação foram familiares mais próximos. Assim, verifica-se que a rede fica restrita aos familiares mais próximos, sendo necessária a divisão de cuidados com o Estado e a comunidade em geral. A rede de proteção primária é sobrecarregada, figurando as redes de proteção secundárias como inalcançáveis, pois sequer são citadas. As redes de proteção secundárias e, sobretudo, serviços das políticas sociais são mencionadas por parte dos profissionais, que relatam observar a

presença do Conselho Tutelar, de Igrejas, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no suporte de necessidades advindas do uso prejudicial de SPA por um familiar, no período da gestação/ puerpério.

Como representante da rede de proteção secundária, observa-se a maior citação do Conselho Tutelar (CT) e dos CAPS. Todavia, no cotidiano institucional e em reuniões da equipe dos leitos de saúde mental da instituição foram mencionados, em sua maioria, os CTs. Quando agem nessas situações é, sobretudo, em prol do suposto direito da criança. Em nome de proteger o recém-nascido (RN) do risco que representaria uma consumidora de substância psicoativa (SPA), há tendência de subtração do direito à relação mãe e filho, e muitas vezes à convivência familiar. No geral, esquecem que a manutenção do vínculo mãe-bebê pode ser igualmente benéfico para os dois polos da relação. Em nome da proteção do RN, há risco de o bebê ser colocado para adoção, com o beneplácito do CT. Logo, a convivência familiar tende a ser pouco destacada. Por sua vez, o CAPS do Piauí não possui uma linha de cuidado voltada para as mulheres consumidoras de SPA. Como esclarece Pereira (2018), o processo de trabalho dos CAPS está organizado pensando, sobretudo, na figura do “paciente”, mas, principalmente, no homem como consumidor.

Há pouco espaço para as mulheres, que são mais estigmatizadas como consumidoras, pelo papel histórico que têm na divisão sexual do trabalho. Nesse horizonte, inclusive, em uma reunião com parte da rede de atenção a esse segmento, ficou explicitado que se o CAPS voltado para consumidor de álcool e outras drogas tivesse uma linha de cuidado para as mulheres gestantes e puérperas, deveria, por exemplo, ter berço para acolher a relação mãe e filho, até como retaguarda para essa mãe, durante o período em que estiver sendo cuidada no serviço. Contrariando tal perspectiva, o suporte principal recai sobre a família. Apoio esse associado ao amor, às obrigações parentais e a algumas características, inclusive culturais e relacionadas ao restrito sistema de proteção social brasileiro, que às vezes leva alguns cuidadores a

tomar para si a gestão do cuidado doméstico de alguns enfermos, por deter maior capital cultural, que permite maior facilidade de diálogo e trânsito com os profissionais e serviços de saúde.

O apoio das Igrejas também é mencionado, pois a espiritualidade apresenta-se como suporte para alguns familiares no provimento de cuidado, de modo que estudos feitos nas últimas décadas, no Brasil, sugerem, como aponta Koenig (2007), que crenças religiosas são usadas para lidar com o extremo estresse que o transtorno mental possa causar, podendo trazer implicações positivas.

Além disso, segundo Baltazar (2003, p. 106): “A religiosidade está colocada no modo particular como as pessoas, frente a situações limites da vida, recorrem a algo maior que elas próprias”, que se configura como válvula de escape face às sobrecargas objetiva e subjetiva a que estão sujeitos os familiares cuidadores, bem como um modo de encontrar amparo e reabastecer-se nas fontes de esperança. A espiritualidade é particular de cada indivíduo, acionada de acordo com a experiência individual de cada um com o que não é explicado racionalmente pela ciência, constituindo-se em um fenômeno social e cultural.

Destacaram-se, nas falas, a proximidade de algumas categorias profissionais quanto ao atendimento às demandas dos familiares de gestantes ou puérperas que fazem uso de substâncias psicoativas, a saber: Serviço Social, Agente Comunitário de Saúde, Enfermagem e Psicologia, mediadores das políticas sociais.

Nesse contexto, observa-se a divisão de trabalho entre os profissionais, figurando o médico como aquele encarregado do diagnóstico e da terapêutica medicamentosa. De outra forma, os demais profissionais figuram como retaguarda e acompanhamento mais direto e intensivo aos familiares, constituindo elo, apoio para os familiares. É importante mencionar que houve um relato específico quanto à desassistência das famílias, citando inclusive o desconhecimento do trabalho do CAPS com as mesmas, ficando a atuação de parte significativa dos CAPS restrita a ações pontuais com os familiares, o que demonstra a fragilidade existente em alguns

serviços dispensados por essa instituição, que deveria abarcar as famílias em suas atividades, conforme explicitado nos textos legais do Ministério da Saúde, que trazem, enquanto prerrogativa dos CAPS, o fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Apesar de a família ser reconhecida como parceira do CAPS, nos textos ministeriais o foco do trabalho incide sobre a figura do paciente, com poucos investimentos com e sobre os familiares cuidadores.

E quando questionados sobre o conhecimento da existência de serviços públicos que poderiam contribuir com os familiares no auxílio de suas necessidades, as respostas dos familiares foram direcionadas majoritariamente ao desconhecimento, o que pressupõe a falta de informação e necessidade de divulgação e orientação para os familiares, que partiria inicialmente da rede de atenção básica enquanto serviços que estão mais próximos desses indivíduos e que deveriam acompanhar e fazer os encaminhamentos devidos, conforme estabelecido pela Rede de Atenção Psicossocial, Portaria nº 3.088 (BRASIL, 2011).

Observa-se que não há clareza, nem mesmo entre os profissionais dos leitos de Saúde Mental da maternidade pesquisada, sobre o fluxo do cuidado à mulher gestante e puérpera com transtorno mental e consumo de SPA. Pelos documentos ministeriais, efetivamente a Equipe Saúde da Família (ESF) é a porta de entrada para qualquer problema de saúde; no entanto, observa-se ainda uma certa centralidade dos CAPS no cuidado à pessoa com transtorno mental. Logo, a mulher gestante com consumo prejudicial tende a ficar desassistida, inclusive, e no geral, sem pré-natal. Em Teresina, o Consultório na Rua, em 2018, tentou um trabalho com as mulheres gestantes em situação de rua, sem sucesso, haja vista o itinerário delas nesse contexto não permitir o cumprimento de uma agenda semanal de cuidados. Como não é discutido o fluxo do cuidado a esse segmento pela rede em geral, fica essa lacuna remetida à Maternidade e ao serviço de referência, no geral, próximo ao nascimento ou quando há gravidez de risco, com alguma intercorrência.

No pré-natal, em regra, não é perguntado sobre o consumo de SPA (VELOSO, 2011). Para agravar o quadro, é comum as mulheres, nesse contexto, não fazerem o pré-natal, inclusive, por receio de estigmatização. Quanto às usuárias, quando questionadas sobre os serviços que existem na rede pública, mencionam apenas o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

Na fala dos profissionais, ficou claro o conhecimento sobre os serviços que devem direcionar suporte aos familiares, destacando serviços socioassistenciais como o Conselho Tutelar, Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e Centro Especializado da Assistência Social (CREAS), vinculados à Política de Assistência Social, que tem matricialidade na família. Os serviços socioassistenciais mencionados atuam em dois âmbitos de complexidade, a saber: o CRAS dispensa um trabalho preventivo às famílias e atua quando os laços familiares ainda não formam rompidos. Por sua vez, o CREAS, atua quando os laços familiares foram rompidos. Já o Conselho Tutelar, caracteriza-se por ser um órgão autônomo, no que concerne à administração pública, e que busca zelar pelos direitos das crianças e dos adolescentes.

Portanto, os serviços da política de assistência social são os mais referidos, ignorando-se as ações e as possibilidades de outras políticas e equipamentos, por exemplo, da política de saúde, tais como o Consultório na Rua. Os serviços da política de saúde, como o Programa Saúde da Família (PSF), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospital Areolino de Abreu (HAA), Leitos psiquiátricos de hospitais gerais e o Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) também foram mencionados pelos profissionais como importantes instrumentos de auxílio para as usuárias e seus familiares, sem a materialidade do suporte concretizar-se, embora frisassem a necessidade do fortalecimento e contribuição desses serviços para as usuárias.

Observa-se, portanto, a importância do investimento na Atenção básica como serviços que propõem um “conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção

e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2006, p. 10). Como serviço mais próximo e voltado para toda a família, é estratégico na atenção e continuidade dos cuidados da mulher consumidora de SPA, e retaguarda para o bebê e a família. Mas se observa muita fragilidade nesse cuidado, que, quando ocorre, é muito centralizado e referenciado ao CAPS, com baixa descentralização.

A política de educação foi contemplada nas falas de alguns profissionais, na figura das escolas e creches, como serviços que auxiliariam os familiares e as próprias usuárias, inclusive como estratégia de tratamento para elas. Ao tempo que essas buscariam serviços de saúde para tratamento, os filhos permaneceriam em escolas ou creches, o que permitiria divisão de cuidados e suporte no sistema de proteção social formal.

Então, a atenção integral, que deveria considerar as dimensões biológica, cultural e social da usuária na orientação das políticas e ações capazes de atender suas demandas e necessidades no acesso à rede de serviços, parece distante. Os serviços estão voltados para a dimensão curativa e para a atenção à crise. Não há ações preventivas voltadas ao consumo, apesar de a Lei nº 11.343 (BRASIL, 2011) postular a priorização na prevenção. A escola e os professores têm excluído o tema do consumo de álcool e drogas como parte da educação para a cidadania, tratando como uma questão exclusiva da saúde, quando deveria ter interface com e entre as duas políticas. Nesse sentido, observa-se a distância e pouco conhecimento de Programas de Saúde na Escola, um exemplo ilustrativo do que poderia ser um trabalho educativo e integral. A escola torna-se estratégica para ações de prevenção. A inserção no mercado de trabalho, como analisou Maranhão (2018), tem se limitado à capacitação para o trabalho, com expedição de certificados que, no geral, não redundam em colocação de fato no mercado formal.

Os profissionais sinalizaram ainda para os serviços ofertados pelas Organizações Não Governamentais (ONG), tais como Comunidades Terapêuticas, e para grupos de ajuda mútua, como

ALANON, dirigido aos familiares de SPA, e Alcoolicos Anônimos (AA), dirigido aos usuários. Realmente, o Piauí conta atualmente com aproximadamente 30 comunidades terapêuticas, que vêm crescendo à medida que o Estado tem destinado recursos orçamentários para tais equipamentos. O ALANON é um serviço voltado para os familiares, estando distribuído pelos bairros, assim como o Amor Exigente. Também há um trabalho comunitário realizado pela Fraternidade o Amor é a Resposta. O crescimento do Terceiro Setor no Piauí firma a desresponsabilização do Estado no provimento de cuidado e reforça o contexto neoliberal pautado nos investimentos no mercado, em detrimento dos investimentos em políticas sociais.

Um profissional elencou a necessidade de se ter o acompanhamento de um psiquiatra, independentemente da existência de problemas de saúde mental, como estratégia de apoio e cuidado em si, focalizando na medicalização da atenção/cuidado. Nesse sentido, sinaliza-se para a crescente medicalização dos problemas sociais, com a intensificação da procura por *expertises*, por profissionais para resolver os diferentes problemas da vida. Interessante que também é sinalizado para a importância de cuidar do cuidador profissional, que também fica vulnerável no contexto em tela, pela complexidade da matéria. Ora, se o profissional, em tese uma pessoa preparada para lidar com a questão, necessita de cuidado, o que dizer dos familiares, pessoas leigas e com nenhum preparo para prover um cuidado que é complexo.

Além da rede de serviços governamentais e não governamentais destacaram-se os serviços da comunidade, como as Igrejas, e o alicerce dispensado pelos vizinhos. Nesse sentido, há convergência com o que é postulado pela política de saúde mental, álcool e outras drogas, de que o cuidado em saúde mental é comunitário, convocando as várias forças sociais em prol do cuidado desse segmento. Contudo, o Estado, através das políticas sociais, não pode se eximir dessa proteção social. A questão é: quem vai gerir, articular esse cuidado, que é complexo? Cuidado que deve ser dispensado a uma pessoa estigmatizada e com múltiplas fragilidades associadas e

marcadores das desigualdades sociais atravessados na sua trajetória de vida. As ações acabam sendo pontuais e fragmentadas. A política de assistência social e a política de Saúde, em primeiro plano, necessitariam articular-se melhor.

Ao tempo em que as instituições são referenciadas quanto a serem indicadas para direcionar o cuidado aos familiares de gestantes ou puérperas que fazem uso de substâncias psicoativas, percebeu-se que essas também são criticadas por terem seus serviços limitados ou fragilizados, sem contar com linhas de cuidado específicas ao grupo de origem.

Nesse contexto, verifica-se que a rede de serviços direcionados às mulheres gestantes ou puérperas, que fazem uso de substância psicoativa, tem disponibilizado ações apenas aos usuários, esquecendo a importância do trabalho social com as famílias, que são igualmente afetadas pela situação. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tende a evitar a ação com esse público, que apenas em 2001 foi colocado no rol de suas ações. Como o único indicador de saúde mental, a partir de 2017, passou a ser o matriciamento, indicador 21, embora tenham crescido as ações da equipe do CAPS com a Atenção Básica, isso ainda se dá de forma lenta, o que pode ser evidenciado na desassistência que persiste à população com transtorno mental em decorrência do consumo de SPA, assistidas quase que exclusivamente quando estão em situação de crise ou em intercorrências clínicas específicas ou geral.

A fragilidade na rede de serviços, portanto, foi alvo das falas dos profissionais, sendo indispensável a interação entre os serviços de saúde, de modo que a atenção básica, que deveria ser a porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), por sua localização na área geográfica de moradia dos familiares, sobretudo de baixa renda, atue na seleção das demandas de saúde mental, assim como outras demandas, o que acarretaria no melhor direcionamento das famílias aos serviços adequados, dispensando alguns percursos desnecessários e que figuram como violência institucional, sem ser percebida como tal.

Assim, faz-se necessário trabalhar em conjunto, promovendo interação entre serviços de saúde com outras políticas públicas e serviços comunitários, com a finalidade de fortalecer a rede e proporcionar melhores resultados na recuperação da pessoa com transtorno mental que faz uso prejudicial de SPA, e de sua família, bem como para a construção da cidadania das mesmas. A estruturação da rede de saúde mental é de suma relevância para a inclusão do indivíduo nos serviços e para a concretização dos ideais norteadores da Reforma Psiquiátrica: a cidadania da pessoa com transtorno mental, o que requer implicação da gestão da política de saúde/saúde mental. Todo processo tem início com a melhora na comunicação, maior conhecimento, integração e acesso entre as políticas sociais; construção e divulgação do fluxo da rede socioassistencial, com definição clara de atribuições de cada instituição e política.

Diante do exposto, firmou-se como estratégias para o fortalecimento da rede de serviços a capacitação profissional, a potencialização da Atenção Básica como nível preventivo de saúde, além do fortalecimento dos encaminhamentos implicados (ou seja, com corresponsabilização), desburocratização no acesso aos serviços, intensificação e definição pactuada dos fluxos de atenção.

O privilegiamento da Atenção Básica nas ações de prevenção e promoção em saúde é um potente sinalizador de reorientação da atenção, pois tem como missão ser o primeiro nível de atenção para tratar das situações e casos leves, que exigem menor uso de tecnologia, e manter a pessoa na comunidade. Requer investir na educação em saúde, em ações socioeducativas para um cuidado integral. Articular também a política de saúde com a política de assistência, haja vista que ambas atuam com o mesmo território e com os mesmos segmentos, intensamente marcados pelas desigualdades estruturais da sociedade brasileira. Sinaliza-se para a importância de protocolos, que também teriam um papel preventivo, para qualificar o acesso e a atenção, assim como a capacitação da atenção básica.

As dificuldades e as estratégias utilizadas pelos familiares no lidar cotidiano com gestantes ou puérperas que fazem uso de substâncias psicoativas

As dificuldades enfrentadas pelos familiares de gestantes ou puérperas são direcionadas para a reorganização de suas vidas em geral, pois esse momento vai requerer muita atenção desses familiares no cuidado, tanto das próprias usuárias quanto, especialmente, dos filhos delas. Em um primeiro plano é destacado que a produção do cuidado recai sobretudo sobre figuras femininas; histórica e socialmente, na divisão sexual do trabalho, as encarregadas de produzir cuidado. Nesse sentido, via de regra, as mulheres figuram como únicas cuidadoras, não tendo com quem dividir, no grupo familiar, esse encargo. Uma outra dimensão afetada é a dificuldade em conciliar o tempo de trabalho extraluar, para gerar renda, com o trabalho de produzir cuidado, que colidem e colocam o cuidador em um impasse, até pela falta de suporte social, como restaurantes populares, lavanderias públicas, por exemplo. As exigências da produção do cuidado convocam uma temporalidade que colide com o tempo a ser dedicado para as demais tarefas. A reorganização da vida desses familiares traz impactos profissional, pessoal, familiar, emocional e financeiros diversos.

Outra dificuldade que perpassa a vida dos familiares é quanto a não saber lidar com essa situação, o que às vezes acaba por acarretar em outra dificuldade, que é a de não conseguir direcionar essas usuárias para ter acesso à assistência pré-natal. Tem-se, com isso, o entendimento de que a família da usuária precisa de cuidados para oferecer o suporte adequado aos seus membros que vivenciam a problemática do uso prejudicial de substâncias psicoativas.

Além do mais, uma particularidade do consumo e do transtorno em geral é a pessoa não se reconhecer como enferma, portanto, negar o cuidado. Aí reside a complexidade dessa clínica, o enfermo não se admitir doente, logo, recusar cuidado. De outro lado, a família muitas vezes também tem dificuldades em apreender e compreender o consumo prejudicial como enfermidade, apreendido

sob a ótica moral. Como complicador, no geral, a família não consegue convencer a gestante a fazer o pré-natal, o que redundava em risco para sua saúde, assim como do feto/bebê. A questão da falta de conhecimento, despreparo da família foi recorrentemente citada pelos profissionais, pois a “família fica perdida”. Tal quadro é agravado porque é desconhecido o como, onde e de que forma se achar suporte, sem um fluxo estabelecido na RAPS, sem busca ativa intensiva, sem investimentos maciços para reorientar e construir outras possibilidades. Nesse contexto, as ações são paliativas e curativas, pontuando os momentos de crise.

As dificuldades do familiar no lidar cotidiano com o uso prejudicial de substância psicoativa foram interpretadas por alguns profissionais como um lidar erroneamente, que está para penalizar o indivíduo ou mesmo direcionar o cuidado por obrigação. Dessa forma, a família tende a ser culpabilizada pelo “erro”, o que reforça a visão orientada pelo familismo. Intermediado pela percepção da culpabilização da família, observa-se a tendência, por parte de alguns profissionais, de condenar os familiares que optam pela adoção, sem que sejam oferecidas outras alternativas. Assim sendo, a direção da solução para o destino do bebê é a circulação da criança pela família, inclusive, geralmente sendo essa extensa, ou sua doação, entendida por muitos como ato de cuidado, pela impossibilidade de cuidado pela família de origem, quando os recursos familiares se encontram exauridos.

Conjugado a esse fato, observa-se, no cotidiano assistencial, a demanda por laqueadura, por parte das mães/avós, pois se queixam, algumas vezes, que já cuidam da filha, consumidora de SPA, e às vezes de outros netos, e precisam estancar a ampliação do grupo, por impossibilidade de ampliação de possibilidade de cuidar de novos membros. Isso é *déficit* no cuidado doméstico. Nesse contexto, chama a atenção a importância da não condenação dos familiares quando optam pela adoção, uma alternativa nem sempre fácil para os familiares, mas que sinaliza para limites na produção do cuidado. Um outro aspecto negativo é quanto ao comprometimento da família com o recém-nascido (RN), sem pactuação ou negociações

com a mãe, o que no geral, reflete-se na desresponsabilização da mãe/usuária com os cuidados e o futuro da criança.

A família, e sobretudo o familiar-cuidador, no geral, passa a ter um papel relevante no convencimento da adesão ao tratamento da usuária, o que pode ficar comprometido, pois embora seja uma via de mão dupla, em regra, adere-se a partir do que é ofertado pelo serviço, e não das necessidades reais da consumidora. Ademais, parece difícil para o profissional compreender a pluralidade de condutas, concepções e até contextos da mulher em relação ao filho, havendo uma idealização do amor incondicional da mãe, ignorando-se, comumente, o seu curso de vida. Fica implícito, quando ocorre, a condenação pelo profissional, pela não aceitação do bebê-criança, o que precisa ser melhor trabalhado com e entre a equipe.

Aponta-se que nesse contexto de gestação/puerpério, associado ao uso de substâncias psicoativas, há o predomínio de uma visão pessimista dos profissionais, condensada no reforço da síndrome da Gabriela: “nasceu assim, vai ser sempre assim”. Alguns profissionais enfatizam seu desencanto em relação à situação da mulher gestante ou puérpera com consumo prejudicial de SPA, o que sugere que eles não veem sequer como positivo o desafio de buscar seduzir um dos familiares para o cuidado, ou mesmo compreender a complexidade da questão. Nesse sentido, o risco é de haver um intenso desinvestimento do profissional na reorientação da vida desse segmento, marcando sua ação profissional com a burocratização, que leva ao descompromisso com o encontro possibilitador de reinvenção do cuidado.

Um desafio é investir no vínculo mãe e bebê, que tem várias nuances. Um deles, é poder iniciar um vínculo positivo que motive a mãe a aderir a um projeto terapêutico singular, na perspectiva de redução de danos. De outra forma e como decorrência disso, pode-se constituir, ainda, em estratégia para não sobrecarregar o cuidador familiar. No que a equipe da instituição Maternidade de referência no cuidado da mãe consumidora de SPA contribui, que o familiar-cuidador não seja ainda mais penalizado? Ressalta-se que a

ação do serviço hospitalar de referência para gestantes e puérperas, no momento do parto, é muito pontual, e o tempo de ação é exíguo, mas pode ser estratégico e disparar processos de cuidado longitudinal, continuados por outros serviços, a exemplo do CAPS e da atenção básica, ou até mesmo mediados pelos equipamentos da política de assistência social. O importante é tentar vincular essa pessoa com o sistema de proteção social e sistema de garantia de direitos.

Entretanto, no momento do parto, parece que há muitas atribuições e expectativas lançadas sobre o familiar-cuidador, para que se torne um instrumento no cumprimento dos objetivos institucionais, mas, pareceram pífias as ações em prol de sua cidadania e proteção social, no sentido inclusive de municiá-lo de informações e estratégias de trabalho. Não houve ênfase nesse familiar como cidadão, como partícipe fundamental nas decisões dos rumos assistenciais, como protagonista do processo. É visto como vilão ou carente, contudo, pouco visto como cidadão.

Em meio a tantas dificuldades, pode-se notar como aspectos positivos na vida dos familiares: a diminuição do uso de SPA pelas usuárias ou mesmo a adesão ao tratamento, como consequência da gestação e nascimento do bebê, isto é, a existência de um novo ser pode contribuir para que as mulheres se distanciem ou diminuam o uso prejudicial de SPA. Além de ser mencionada como positiva a chegada da criança no âmbito familiar, também pode ganhar conotações negativas, quando esse filho já não é o primeiro e requer o cuidado por parte de familiares.

No geral, quando a gravidez foi planejada, a aceitação da gestação e do bebê é destacada como elemento positivo na produção e continuidade do cuidado. Entretanto, questiona-se: Como é percebida e tratada, no serviço, a família que prefere encaminhar para a adoção? A família é orientada acerca das possibilidades? Ou se sente pressionada a permanecer com o bebê?

No contexto de consumo prejudicial de SPA, no geral, a gravidez ocorre de maneira indesejada, o que traz para a própria gestante e familiar-cuidador, impasses. Mas, via de regra, a família

está aberta para os membros mais frágeis do grupo, “que não pediram para nascer”, acolhendo o novo ser. Nesse contexto, a perspectiva idealizada pelo profissional tradicional é que o nascimento do novo ser seja um condicionante ou fator propiciador de reinvenção da vida para as consumidoras. Todavia, é comum o profissional tradicional promover pressões para que a família não leve a termo a adoção do bebê, tendendo a dispensar àqueles familiares que “optam” pela adoção, certo rechaço. Nesse contexto, pode haver comprometimentos de orientações seguras quanto aos procedimentos legais cabíveis, observados em pressões para não disponibilizarem a criança para adoção. Contraditoriamente, institucional e legalmente, observam-se muitas barreiras quando é solicitado orientações sobre laqueaduras, sendo ainda exigido o consentimento do parceiro, por exemplo, além de idade legal e número determinado de filhos vivos.

Sob outra ótica, observou-se que para outro grupo de profissionais, mais vinculado à redução de danos, a experiência com o consumo é percebida sob várias nuances, inclusive possibilidade de troca de experiência, “aprendizado para ajudar o próximo”, figurando nas ações de educação em saúde e ajuda mútua, troca entre pessoas que vivenciam situações semelhantes. A implantação dos leitos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para o segmento em tela foi celebrada como algo positivo, apesar dos impasses que o contornam. Será um serviço que segrega, estigmatiza, ou efetivamente traz um cuidado diferenciado? Será que a família é acolhida e recebe “todas as orientações”? A vontade da família em ajudar é saudada, mas em que medida as expectativas institucionais não a oneram ainda mais, inclusive pelo olhar enviesado? No entanto, observa-se, pelo registro dos profissionais, que a família se volta mais para a criança do que para a usuária, em uma ética de proteger os seres mais frágeis, o que pode ser explicado pelo imaginário social da criança como inocente, ou seja, um infante que precisa da tutela, que outros falem por ele.

A fala dos familiares também identificou algumas estratégias utilizadas dentro desse contexto, como por exemplo, direcionar

conselhos para as usuárias. Nesse contexto, a estratégia de oferecer “conselhos” é acionada, mas sem o conhecimento de que, sob as condições do consumo, a perda do senso crítico ou rebaixamento da atividade reflexiva fica comprometido, o familiar tem um investimento que, no geral, tende a ser em vão.

Observou-se também a preocupação com relação ao consumo prejudicial no contexto de gestação, tendo por foco o risco de perda do feto, até por episódios anteriores, que impediram que a gestação evoluísse positivamente. Nesse contexto, incansavelmente, os familiares lançam mão do que eles têm: conselhos, preocupação, orientação; mesmo que pareça inócuo. Os profissionais trouxeram como estratégias para transposição desses problemas “o pedir ajuda”, que seria tanto no âmbito familiar quando institucional, isso porque as famílias necessitam de uma rede de apoio para a divisão de cuidados, e, também, para conseguirem dar o apoio necessário às usuárias. Além de precisarem de esclarecimentos/orientações para lidar com a situação.

Parece haver uma simplificação das respostas às necessidades das famílias por parte dos profissionais, que idealizam soluções restritas a “pedir ajuda”. Sim, pedir ajuda! Todavia, não pode ser qualquer ajuda, tem que ser qualificada. O acesso, via de regra, é dificultado por desconhecimentos, por regulações, por demandas reprimidas. Seria bom uma rede de apoio à família. A quem compete construir essa rede? Como é o desenho do seu fluxo? Quem a coordenará, inclusive monitorando sua efetividade? No geral, requer-se que a família não deixe essa “paciente”. Como esclarece Fonseca (2005), às vezes, deixar esse membro do grupo à mercê de si mesmo é uma estratégia para proteger o projeto do grupo familiar, do coletivo familiar, pois quando o projeto coletivo parece ameaçado, às vezes é o indivíduo que será penalizado nas estratégias familiares. “Abandonar” o “membro-problema”, figura, então, como a saída mais próxima que se tem. Procurar um profissional de referência? Como é feito o trabalho de um técnico de referência? Os mais próximos são aqueles da Equipe Saúde da Família. Que ações desenvolvem de prevenção e promoção da saúde mental nos

distintos territórios piauiense, voltados para a mulher consumidora de SPA gestante? Os estudos mostram a resistência dessa instância em assumir a saúde mental, o que tem sido feito com muitos esforços, quando há matriciamento das equipes dos CAPS. Não há saídas mágicas, elas têm que ser construídas em rede, incluindo o usuário e os familiares cuidadores, sem soluções salvacionistas, que às vezes criam mais danos do que benefícios. A participação social tem que ser fomentada, bem como o monitoramento do processo e uma gestão em rede.

Além disso, mencionou-se que as famílias devem persistir no cuidado e na busca por serviços adequados às necessidades das usuárias, e dividir o cuidado com os demais familiares, para não sobrecarregar o familiar-cuidador de referência. Efetivamente, a família está muito desamparada (DELGADO, 2014), as políticas públicas têm algumas estratégias em seus textos legais, que não são adotadas por todos os serviços e equipes. No geral, sobretudo no contexto piauiense, ainda há o predomínio de ações fragmentadas, setorializadas por segmento e necessidade, sem alcance da integralidade e intersetorialidade postulada. Para problemas complexos, soluções igualmente complexas. Contudo, alguns profissionais ainda veem a família como desestruturada e, conseqüentemente, como responsável pelo desconhecimento e limites que possui.

Faz-se necessário, como visto, ações em vários níveis, tanto macrossociais, no que diz respeito às políticas sociais em geral, quanto no plano micro, das relações familiares, que necessitaria de maior suporte, inclusive para dividir o ônus do cuidado cotidiano entre vários membros, sem sobrecargas sobre as mulheres, ou o único cuidador. De outra maneira, seria necessária uma maior qualificação dos profissionais, para não culpabilizarem os familiares, nem os negativassem como “famílias desestruturadas”, que não procuram ajuda. A culpa e simplificação da questão somente agrava o problema, sem remeter para saídas que reinventem as possibilidades e, conseqüentemente, a vida.

Esse contexto remete para o agravamento do sentimento de solidão dos familiares cuidadores, que tendem a se esquivar da

busca do cuidado, quando percebem que são responsabilizados pelas circunstâncias em que se encontram. Ademais, não é um único profissional ou instituição que irá “salvar” a família ou a mulher gestante ou puérpera. Logo, faz-se necessária a recomposição da atenção integral e o olhar para a totalidade, que convoca à construção de um sistema de proteção social articulado e com maior efetividade.

Considerações finais

É fato que os avanços na atenção ao consumo e aos consumidores de SPA, sob a égide da reforma psiquiátrica, são notórios, haja vista o enfoque da política na estratégia de redução de danos, adotado em meados da década de 2000, pela Política Brasileira de Álcool e outras Drogas. A redução de danos tem como proposta priorizar ações que visam minimizar os danos e riscos biopsicossociais ocasionados pelo consumo de SPA, de modo a tentar promover a defesa da vida, reinventando-a, principalmente quando o consumidor não pode, não quer ou não consegue deixar de usar o produto.

Nesse contexto, houve bastante avanço na política pública brasileira de álcool e outras drogas, principalmente progressos quanto a compreender essa questão como de saúde pública, e não mais enquanto questão mera e exclusivamente de polícia ou da caridade. A atenção à saúde de pessoas que fazem uso prejudicial de SPA, nesse paradigma, encontra-se bem delineada com a concepção de atenção comunitária, mas ainda se constitui em um grande desafio, pois está mesclada com perspectivas culpabilizadoras, principalmente quanto à atenção às famílias.

Na visão dos profissionais do serviço, foi visualizado, por vezes, o questionamento quanto à funcionalidade da atuação familiar no provimento de cuidado, considerando que eles têm papel fundamental no apoio da usuária e de seu RN. Tende a haver rechaço, *a priori*, à adoção, sem haver escuta quando o familiar não

se disponibiliza a permanecer com o RN. Contraditoriamente, há muitas barreiras à laqueadura, quando é requisitada.

A compreensão das famílias pelos profissionais tende a oscilar de vítimas a “vilãs”, duplicidade de concepções que congela a realidade, sem destacar sua complexidade e outras possibilidades, inclusive de análises articuladas à precariedade do sistema de proteção social, que mais desprotege que oferece suporte às famílias, que buscam mais apoio na sua rede primária.

A precariedade do sistema de proteção social é apreendida na desarticulação da rede socioassistencial, que não conta com um fluxo estabelecido, nem monitoramento do processo. Também foi sinalizado, como dificultador, a ausência da atenção integral e ação intersetorial. Nesse contexto, a produção do cuidado é pontual, atendendo à essa gestante e puérpera em momentos episódicos e descontinuamente, sobretudo através da política de assistência social e da saúde, sem convocações de outras políticas.

O cenário retratado para o familiar-cuidador é de intensas cobranças e sobrecargas, uma vez que se encontra destituído de orientação e suporte concreto. Diante dos desafios e fragilidades, esses utilizam como estratégias o oferecimento de conselhos e apoio às usuárias. Expressaram sentimentos de preocupação e sentimentos negativos tais como ansiedade e impotência; algo que paralisa os familiares, que aciona como estratégias o apoio da rede primária, tanto para cuidar da gestante quanto de seu bebê. Buscam, ainda, pela laqueadura, não apenas como controle de natalidade, mas estratégia para fazer face ao déficit de cuidado familiar.

Na visão dos familiares, esses estão majoritariamente desassistidos pelos serviços públicos, o que é demonstrado pelo desconhecimento dos serviços existentes na rede, assim como pelo acionamento quase que exclusivo da rede primária, informal. Isso reflete-se na sobrecarga da rede primária de proteção social, prioritariamente o seio familiar e a comunidade. Na fala dos profissionais, há o conhecimento quanto à existência de serviços públicos e diversificados; no entanto, mostram a fragilidade

que existe na condução efetiva das ações nas instituições e, conseqüentemente, no acionamento do trabalho em rede.

Assim, percebeu-se que ainda há o reforço da naturalização do cuidado como parte das funções da família, ficando majoritariamente a proteção/cuidado como encargo pessoal da família, e não uma questão política. O que reforça ações familista, em que a família é responsabilizada e tratada como a principal fonte de proteção social e cuidado. Acredita-se que a família, quando existente, é parte fundamental no cuidado, sendo inclusive uma espécie de termômetro, um indicador, em relação à “evolução”, tanto positiva quanto negativa, no acompanhamento e no relacionamento das usuárias e RNs. No entanto, entende-se como necessária a atuação das diferentes políticas sociais em rede, com fluxos claros e bem definidos, em termos dos encargos de cada equipamento, tanto em relação à gestante e puérpera consumidora de SPA, quanto em relação aos familiares cuidadores. Também que esses equipamentos sejam qualificados para o trabalho social com famílias, sem pré-julgamentos, e capacitados para construir conjuntamente o Projeto Terapêutico Singular; oferecer suporte concreto para o dia a dia do cuidado, inclusive visando assegurar a relação mãe-bebê; munir os familiares de todas as informações sobre os rumos do cuidado e do próprio consumo para que eles possam lidar com as possíveis dificuldades que surjam nesse processo; ir além do olhar dos cuidadores, dos sentimentos; redirecionar as sobrecargas e assegurar investimentos públicos para criar equipamentos, tornando-os acessíveis, tais como creches, restaurantes populares, lavanderias. Nesse contexto, fomentar espaços de controle social, exercício do protagonismo das usuárias e familiares, pois um cuidado complexo como esse não pode ser produzido para, mas COM os implicados, uma construção conjunta, partilhada, afinal, são parceiros do processo.

O engajamento da família na construção de qualquer resposta é um forte indício de acerto, pois, verdadeiramente, estará na atenção real e efetiva das necessidades sociais e familiares.

Referências

BALTAZAR, D. V. S. **Crenças religiosas no contexto dos projetos terapêuticos em saúde mental: impasse ou possibilidade?** Um estudo sobre a recorrência às crenças religiosas pelos pacientes psiquiátricos e os efeitos na condução do tratamento pelos profissionais de saúde mental. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.

BANDEIRA, M. **Escala de avaliação da sobrecarga dos familiares (FBIS-BR)**. Disponível em: http://www.ufsj.edu.br/lapsam/sobrecarga_familiar.php. Acesso em: 10 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Executiva. Coordenação de Segurança Nacional. **A Política Nacional sobre Drogas**. Brasília: Ministério da Justiça, 2005.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil**. Brasília: SENAD, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Políticas Públicas para as mulheres**. Disponível em: http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2012/politicas_publicas_mulheres. Acesso em: 11 mar. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 3088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 28 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Legislação e políticas sobre drogas no Brasil**. Brasília: Ministério da Justiça, 2011.

CAMPOS, P. H. F.; SOARES, C. B. Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços de saúde mental. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 11, n. 18, p. 219-237, dez. 2005.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 2005.

DELGADO, P. G. Sobrecarga do cuidado, solidariedade e estratégia de lida na experiência de familiares de Centros de Atenção Psicossocial. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1103-1126, 2014.

FONSECA, C. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. **Saúde e Sociedade**. v. 14, n. 2, p. 50-59. maio-ago. 2005.

KOENING, H. G. Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. **Revista Psiquiatria Clínica** [online], v. 34, suppl.1, p. 95-104, 2007. ISSN 0101-6083.

MARANHÃO, L. S. R. **A inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho no contexto teresinense: avanços e desafios**. 2018. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas). Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Universidade Federal do Piauí, 2018.

PEREIRA, M. C. A. **Masculinidades na produção do cuidado de consumidores de álcool e outras drogas: estudo de caso em um CAPSAD**. 2018. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas). Universidade Federal do Piauí, 2018

ROSA, L. C. S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

VELOSO, L. U. P. **Uso de álcool por adolescentes grávidas: prevalência e fatores associados**. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Piauí, 2011.

ENTRE ELAS: RELAÇÕES FAMILIARES DE MULHERES EM CONTEXTO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Sara Alves Henriques 1

Lucia Cristina dos Santos Rosa 2

Introdução

Historicamente é conhecida a situação estrutural de subordinação da mulher ao homem no mundo Ocidental, nos mais diversos contextos, seja cultural, social, e, principalmente, econômico. Identificando essa problemática que envolve papéis sociais de homens e mulheres e que é marcada socialmente até a atualidade, então, é relevante dar destaque à mulher, que, tradicionalmente esteve invisibilizada, apesar de suas lutas por alterar tal situação.

Alves (2015) pontua que apesar de existir uma vasta literatura sobre gênero que destaca as diferenças entre homens e mulheres, ainda há um desconhecimento da população e de alguns profissionais

1 Assistente Social. Mestra em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí. E-mail: saraalvesh@gmail.com

2 Assistente social. Docente titular do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí. Doutora em Serviço Social pela UFRJ.

da saúde sobre o tema, pois, paradoxalmente, mulheres e homens recebem as mesmas intervenções, sobretudo porque são abordadas sob as insígnias genéricas e a-histórica do termo “paciente”. Quando são consideradas as particularidades, elas são vistas como expressão de “desvios sociais”, porque comumente a referência paradigmática é de homem ou um ideal de mulher “tradicional” subordinada/submissa ao mesmo, e os estereótipos acabam sendo reforçados.

Pedrosa (2006), em sua tese de doutorado, realizou uma pesquisa sobre os sentidos do cuidado associados aos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS analisando os documentos técnicos do Ministério da Saúde e percebeu que o gênero não é contemplado, tampouco as questões étnico-raciais. Na verdade, a figura humana é homogeneizada e associada somente à “figura do paciente”, o que sinaliza para um predomínio da visão biomédica, com nulas ou poucas convocações de saberes interdisciplinares para abordar a complexidade do ser mulher na atualidade, experienciada a partir de uma pluralidade de modos de existir.

Então, é urgente a necessidade de se pesquisar sobre gênero, a fim fortalecer um projeto de emancipação feminina, lutar para desnaturalizar as desigualdades sociais que são construídas histórico e socialmente em cima e a partir da biologia das mulheres, sobretudo da condição de engravidar e amamentar/maternar e, especialmente sobre mulheres usuárias de substâncias psicoativas - SPA, na perspectiva de retirá-las da invisibilidade, desnudando suas vivências, experiências, e lutar para materializar a mulher enquanto sujeito histórico, a partir de seu lugar social possibilitando que sua voz e experiência sejam ouvidas e compreendidas, na perspectiva de desconstruir homogeneidade e na direção do empoderamento feminino, dentro de cada contexto histórico.

É olhando para as especificidades do gênero que se torna possível identificar suas particularidades, e, assim, entender quais as relações que as mulheres estabelecem com as SPA, os padrões de consumo, tipos de substâncias e suas motivações para o uso, bem como compreender as funções do consumo em sua vida. As particularidades femininas associadas ao uso de drogas perpassam

por papéis sociais e comportamentos previamente estabelecidos através de construções socioculturais da sociedade.

Ao considerar gênero enquanto uma construção social vê-se que não pode ser estudado de forma separada de outros marcadores sociais como, por exemplo, classe social e etnia/raça, o que convoca a interseccionalidade. Mattos (2001) afirma que a premissa básica do conceito de interseccionalidade é que com ele seja possível explicar como as desigualdades sociais estruturais e estruturantes da sociedade atravessam normas, valores, ideologias e discursos, bem como estruturas sociais e identidades influenciam-se reciprocamente.

Compreender a relação de gênero e o consumo de SPA implica considerar as complexidades e especificidades associadas ao universo feminino, ao ser mulher e conseqüentemente viver mulher, como uma construção social plural, transversalizada por marcadores de classe social, etnia/raça, geração, questões etárias, geográficas, dentre outros.

Diante da identificação da problemática do consumo prejudicial de SPA e dos complexos processos de produção do cuidado, a família enfrenta o desafio de cuidar, proteger, mas também de possibilitar e favorecer a autonomia, a aceitação, o protagonismo, a vivência social do consumidor(a) de SPA, de forma a contribuir para a superação dos estigmas sociais que um padrão de consumo que ganhou visibilidade pública apresenta na sociedade Ocidental e brasileira, e isso demanda políticas públicas que assegurem qualidade de vida e que considerem o projeto de vida de cada indivíduo, ensejando, inclusive a construção de políticas públicas familiares, na direção da desfamiliarização, ou seja, de minimizar sobrecargas em relação às responsabilidades de familiares com as pessoas que dela dependem.

Desse modo, espera-se com esse texto apresentar parcialmente os resultados da pesquisa de Mestrado em Políticas Públicas que teve como objetivo compreender as relações entre as mulheres na dinâmica familiar mediadas pelo consumo de substâncias psicoativas a partir de uma perspectiva de gênero. A

metodologia utilizada foi qualitativa e baseou-se em entrevista semiestruturada e observação simples, tendo como participantes mulheres em posições diversificadas na família. Para a escolha das participantes foi utilizada a amostragem não probabilística e intencional, visto que já havia uma pré-definição das características das famílias/mulheres participantes, requerendo-se a existência de interação entre mulheres, sendo uma delas consumidora de SPA, de uma comunidade da zona sul da cidade de Teresina. Portanto, inicialmente serão apresentadas as categorias chave da pesquisa: família, gênero e substâncias psicoativas, para, posteriormente, demonstrar os resultados das relações familiares.

Família (s) – Um conceito pluralizado

A família precisa ser vista em seu caráter social e histórico, inserida no universo da totalidade das formações econômico-sociais, reconhecendo a não naturalidade e a mutabilidade como suas principais características enquanto instituição social, e que pode assumir diversas configurações em várias sociedades ou numa mesma sociedade a partir de classes e grupos sociais heterogêneos, afinal, é determinada por fatores econômicos, sociais e culturais que, integrados, remetem a uma determinação histórico-estrutural e à organização interna do grupo familiar (TEIXEIRA, 2016).

Bruschini (1989) entende a família como um conjunto de pessoas que podem estar ligadas por laços de sangue, parentesco ou dependência, atravessada por relações de solidariedade e tensão, conflito e afeto. Representa uma unidade de indivíduos de sexos, idades e posições variadas, que experimentam um permanente jogo de poder que resulta na distribuição de direitos e deveres.

A Política Nacional de Assistência Social – PNAS afirma que “estamos diante de uma família, quando encontramos um conjunto de pessoas que se acham unidas por laços consanguíneos, afetivos e, ou de solidariedade” (BRASIL, 2004, p. 28) e a considera como “espaço privilegiado e insubstituível de proteção e socialização primárias, provedora de cuidado aos seus membros” (p. 41).

Mioto (1998) pontua que da mesma forma que não é possível entender um jogo de xadrez olhando somente para suas peças, pois o movimento de cada uma afeta a posição e o significado das outras, a família não pode ser vista apenas como uma soma de suas partes, assim, a família não é o lugar somente de felicidade e nem sempre é o refúgio seguro. Essa ideia surge com o ocultamento do caráter histórico da família, isto é resultado de uma ideologia que foi fortalecida entre fatos tratados como naturais e família (casamento, nascimento, morte) e pelo envolvimento afetivo que ocorre entre seus membros, minimizando a influência da sociedade capitalista, cada vez mais materialista e desumanizada, que não permite o pleno desenvolvimento das capacidades humanas. Logo, a autora chama a atenção para a família como espaço contraditório, que pode ser espaço de proteção, mas, também de desproteção, o que nos requer olhar para a família sob diversos ângulos.

A alteração do lugar da mulher na sociedade tem transformado o modelo de família tradicional, construído com referência na classe dominante, família branca, fundamentado na nuclearidade das funções de pai, mãe e filhos, mas, a própria concepção e significado da família na história configura em arena de disputa, o que tem se intensificado com a assunção de segmentos neoconservadores no poder Estatal, que associados à igrejas mais conservadoras, vem buscando reforçar um pensamento único, inclusive em torno da família, desqualificando famílias que fogem do padrão heterossexual, o que é agravado pela assunção de políticas neoliberais, que reduzem os gastos sociais em políticas sociais, incrementando as desigualdades nos grupos familiares.

Mas, a própria história e os dados censitários mostram que a família patriarcal e dominante conviveu com outras configurações familiares, que se multiplicam, então, é impossível falar da família no singular, sempre convocando pluralidades – família(s).

Nesse contexto, com as mudanças sobretudo no lugar da mulher na sociedade e na família houve a intensificação de sobrecargas das funções familiares, sobretudo com o cuidado sobre elas, o que remete o movimento de mulheres para políticas públicas

de compartilhamento do cuidado doméstico, com maior destaque para o uso do tempo e outras dimensões que envolvem o cuidado da casa e da família, desse modo, as questões de gênero, que se configuram como relações de poder, tornam-se fundamentais para compreender a dinâmica interna das famílias e sua relação com o contexto social em geral.

Pensando gênero e interseccionalidades

Como explicar sobre mulheres às próprias mulheres? Antes de se falar sobre a história do gênero falava-se sobre a história das mulheres. As mulheres, no Brasil, sobretudo as brancas, conseguiram se libertar de fortes expressões de desigualdades de caráter formal ou legal entre os anos 1920 e 1930, conquistando especificamente o direito ao voto, à propriedade e ao acesso à educação.

O pensamento feminista surge, inicialmente, como um movimento de mulheres brancas, na Europa e nos Estados Unidos. Não era unificado, mas compartilhava da compreensão que as mulheres ocupavam lugares sociais subordinados em comparação aos homens. Elas defendem que essa subordinação é resultado da forma como a mulher é construída socialmente, assim, entendem também que o que é construído pelo ser humano pode ser modificado e passam a questionar as raízes das desigualdades sociais, que têm origem na forma de organização da sociedade.

Gênero vem à tona quando as mulheres passaram a reivindicar seus lugares na história. Elas trouxeram seu universo, problematizações, sua lógica diferente, seu olhar, até então, desconhecido. As mulheres demandavam que fosse construída uma nova linguagem que permitisse revelar a experiência cultural e o olhar que as constituíam, afinal, o universo feminino é muito diferente do masculino, portanto, era preciso definir uma categoria adequada que contemplasse a realidade do mundo sob a ótica feminina, falar das práticas de mulheres tanto no passado como no presente, e que pudesse propor interpretações que enfrentasse a ótica masculina dominante (RAGO, 1998).

Scott (1995) aponta que o uso de gênero deve recusar explicações biológicas para explicar as relações sociais entre os sexos, especialmente às que se relacionam com a subordinação feminina, alegando que as mulheres, no registro masculino e oficial, foram feitas para dar à luz, enquanto os homens têm força muscular. Na verdade, gênero deve indicar as construções culturais, os papéis associados aos homens e as mulheres, permitindo compreender a prática sexual desses papéis atribuídos. Portanto, não é apenas uma categoria analítica, é também uma categoria histórica que refere-se as representações masculinas e femininas, e às imagens que foram construídas pela sociedade sobre o masculino e o feminino (SAFFIOTTI, 2011).

A análise a partir de gênero deve extrapolar essencialismos, dualismos, binarismos, afinal, gênero não pode ser simplificado e reduzido ao que é masculino e/ou feminino, gênero é abrangente, é plural, totalizante. Além disso, por estar associado a relações de poder, de hierarquia entre homens sobre mulheres, gênero também não pode ser analisado desconsiderando certos determinantes sociais, como o contexto social, etnia/raça, classe, e geração, haja vista cada conjuntura apresentar uma síntese das disputas em torno da ação do Estado em relação ao consumo de substâncias psicoativas e de suas repercussões sobre corpos apropriados e construídos de maneiras distintas.

À vista disso, entende-se que gênero, raça e classe se constroem reciprocamente e dão forma a desigualdades sociais complexas (COLLINS, 2015). A interseccionalidade permite identificar a consolidação da teoria feminista em realidades específicas locais, que possibilita um olhar atento às experiências únicas e singulares vivenciadas por cada mulher, assim, a mulher usuária de SPA no Brasil é marcada pela intersecção de, no mínimo, três elementos que são gênero, etnia/raça, e classe, como será apresentado a seguir.

Substâncias psicoativas e seu desvendamento

O consumo de SPA não é algo recente ou exclusivo da época em que vivemos, é uma prática milenar que acompanha o desenvolvimento da sociedade e da humanidade. Ao longo da história o consumo esteve associado a estados de êxtase místico e/ou religioso, prazeroso, lúdico e assim como a estados curativos. Por muito tempo a definição de droga genericamente aceita foi a proposta na Grécia Antiga, onde Platão fazia referência às drogas como algo que simultaneamente poderia ser benéfico ou maléfico. Dessa forma, somente a quantidade de dose faria diferença entre o remédio e o veneno (SEQUEIRA, 2006).

Logo, o consumo de substâncias psicoativas depende diretamente da época e sociedade em que se está inserido e se dá de diversos modos e com diferentes objetivos. Dessa forma, as substâncias psicoativas adquiriram muitos significados e diferentes formas de consumo ao longo do tempo e em distintas sociedades/culturas. Podem ser definidas como “compostos, extratos, plantas, pílulas, bebidas, gases, enfim, qualquer excipiente que contenha molécula às quais é atribuída a propriedade de alterar o funcionamento do sistema neural, o sistema nervoso, a percepção ou a consciência humana” (FIORE, 2013, p.1).

A diversidade de usos de substâncias psicoativas normalmente é definida através de padrões. Silveira e Doering-Silveira (2017) ao apresentarem um módulo sobre padrões de uso de drogas apontam que, conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) há vários critérios para diferenciação de uso, que são: a) Uso experimental, aquele primeiro contato, feito com a finalidade de experimentar, pois, nem todo uso de substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas) é patológico ou problemático. Porém, mesmo o uso ocasional não é isento de riscos; b) Abuso (uso nocivo): é um padrão de uso de substância psicoativa que causa danos à saúde. Para caracterizar o uso nocivo/abusivo é necessário que um ou mais danos reais tenham sido causados à saúde física ou mental do usuário; c) Dependência: quando a pessoa apresenta forte desejo ou

compulsão para consumir a substância; dificuldades em controlar o comportamento de consumo; apresentar: estado de abstinência quando o uso for reduzido ou interrompido; persistência no uso da substância, mesmo diante de consequências visivelmente prejudiciais, dentre outros.

No Brasil as políticas sobre drogas são orientadas a partir da lógica proibicionista seguindo a influência das políticas norte-americanas e diretrizes emanadas de organismos internacionais, passa-se a difundir um maior controle e repressão internacional de fabricação, circulação e consumo de substâncias psicoativas.

Teixeira (2017) explica que o proibicionismo visa combater o tráfico e acabou por criminalizar os usuários. Está relacionado ao discurso antidrogas, resultado de tratados internacionais que tinham como objetivo a extinção do consumo e a repressão da produção e da oferta, na perspectiva de uma sociedade livre das drogas, o que tem se mostrado missão impossível. Centra a ação na substância, como se a “droga” fosse algo em si mesmo, um mal em si mesmo, ao que os teóricos críticos denominam “demonização da substância”, haja vista ser um produto inerte, tendo sentido apenas a partir da relação que o ser humano estabelece com a mesma, em determinado contexto, a partir de distintas funções e significados.

Diferente da lógica proibicionista, a Redução de Danos, iniciada na Europa é balizada em direitos humanos, no respeito aos processos sociais dos consumidores e seu objetivo é minimizar as consequências dos usos de SPA, assim, não tem a abstinência como única meta. Incorpora os usuários na assistência a partir de vários contextos, sendo aberta inclusive para aqueles que não podem, não querem ou não conseguem se abster do consumo, todos igualmente considerados sujeitos de direitos. A perspectiva de redução de danos, por sua vinculação aos direitos humanos, se abre para uma leitura do consumo a partir de uma leitura de gênero.

Entretanto, na contramão da proposta da Redução de Danos foi aprovada a Política Nacional sobre Drogas, por meio do Decreto n. 9.761, de 11 de abril de 2019 que tem como pressuposto construir uma sociedade protegida do uso de drogas lícitas e ilícitas e também

da dependência, através da promoção e manutenção da abstinência como forma de reduzir os problemas sociais, econômicos e de saúde que decorrem do consumo de drogas.

Mulheres e o uso de substâncias psicoativas no cerne da família

Apesar de ser consenso que existe uma heterogeneidade social e cultural de usuários de drogas, ainda há uma homogeneização, que coloca todos numa mesma categoria social e conseqüentemente são vistos sob o mesmo olhar, todavia, é necessário reconhecer que as mulheres são plurais e por isso, as usuárias de substâncias psicoativas configuram-se são um subgrupo diferenciado, que apresentam características próprias que devem ser contempladas na atenção, desde o acolhimento, diagnóstico até o tratamento.

Os estudos epidemiológicos, de abrangência internacional e nacional, com recorte para populações específicas ou um público em geral demonstram que o consumo de drogas é maior entre os homens, entretanto, o uso das substâncias vem aumentado significativamente entre as mulheres, acompanhado múltiplas determinações sociais, de um lado, a equiparação de comportamentos masculinos na forma de consumir, e, de o outro, a destituição de direitos, retratando a desigualdade social estrutural.

O envolvimento das mulheres com SPA tende a ser acompanhado de experiências traumáticas vivenciadas, dentre elas o incesto, a violência sexual, violência doméstica, a depressão, perda de familiares, sentimentos associados ao isolamento social, pressões profissionais e familiares, e também o fato de ter pais e/ou parceiros usuários. Nesse contexto, a relação afetiva-amorosa, a influência do parceiro íntimo tem um papel fundamental, haja vista os estudos mostrarem que muitas mulheres entram no mundo do tráfico pela influência de seus companheiros (OLIVEIRA, 2008). Mas, também o uso é influenciado pelos padrões sociais, como a curiosidade, a facilidade de acesso às spa, os valores predominantes entre certos grupos.

Mas, entre as próprias mulheres é possível identificar certos marcadores de diferença, como por exemplo a idade e o tipo de droga. As mulheres mais jovens tendem a consumir álcool, crack, maconha e cocaína, e em relação a medicamentos fazem mais uso de inibidores de apetite a fim de alcançar o padrão de beleza socialmente imposto, enquanto as mulheres mais adultas e idosas utilizam frequentemente tabaco, álcool e medicamentos como tranquilizantes

Marangoni e Oliveira (2013) pontuam que os fatores desencadeantes para o uso de drogas por mulheres podem ser associados ao gênero, à idade, à baixa escolaridade, ausência de vínculo empregatício, presença da droga na comunidade ou na própria família, e também a influência de amigos, familiares ou de companheiros.

O consumo de SPA por mulheres é atravessado por estigmas, pois, há maior rechaço social, sendo a mulher com um padrão de consumo prejudicial comumente considerada desviante do padrão socialmente esperado de uma mulher. Além do mais, o consumo prejudicial por mulheres tende a ter maiores repercussões no meio familiar, visto que a mulher na cultura brasileira é a principal referência nos cuidados dos filhos e da família, tem um papel importante no meio familiar, ao prestar serviços doméstico e de provisão de cuidado para os diferentes membros da família. Ou seja, comumente um padrão de consumo prejudicial por elas, tende a afetar os filhos, sua relação com a escola e a família como um todo.

Estudos recentes têm destacado a importância da família e das relações entre seus membros no que se refere à iniciação, manutenção e redução do consumo de drogas, logo, a família pode ser entendida como um cenário de desproteção e/ou de proteção frente ao abuso de substâncias, visto que usuários de substâncias psicoativas estão inseridos em um contexto no qual seus valores, crenças, emoções e comportamentos influenciam os outros membros, também sendo por eles influenciados, num movimento dinâmico e contínuo (BARROCAS *et al.*, 2014).

O enfrentamento do consumo prejudicial por mulheres pode trazer mudanças significativas, possibilitando que “novos rearranjos ocorram no que diz respeito aos padrões de comunicações, limites e redefinições de papéis e tarefas no interior da família” (SILVA, 2015, p. 3), e, sobretudo, entre as próprias mulheres, afinal, qualquer família pode ser surpreendida com a situação da dependência química, e isso independe de sua configuração, situação econômica, constituição ou classe social.

À vista disso, ao considerar um contexto de desigualdade estrutural que a sociedade capitalista coloca, a família, sobretudo a de segmentos de baixa renda, no geral, se situa em uma realidade de intensa violação, pela ausência de políticas públicas e destituição de direitos, e, para que se criem redes sociais de apoio é necessária uma mudança estrutural, que seja capaz de alterar o modo de produção capitalista que em seu cerne, sem reproduzir desigualdades.

Portanto, é importante desconstruir a ideia de que o problema ou a culpa é da família, da pessoa, ou da escola, pois as determinações dessas relações encontram-se em última instância na forma de organização da sociedade, em que a família ocupa determinada posição a partir de sua condição de assalariada, que confere possibilidades e limites de acesso a determinados bens, serviços e visão de mundo.

Associação Fraternidade o Amor e a Resposta na Vila Ferroviária

A instituição é uma entidade sem fins lucrativos que foi fundada em 2007 e tem como principal finalidade realizar intervenções comunitárias estratégicas por meio da metodologia do tratamento comunitário, a fim de melhorar as condições de vida dos moradores da Vila Ferroviária e do Conjunto Murilo Resende, desenvolvendo ações de vinculação com a comunidade. É formada por uma equipe multiprofissional composta por psicóloga, assistente social, fisioterapeuta, educador físico, terapeuta, pedagoga e educador.

A Vila Ferroviária está localizada no bairro Ilhotas, na cidade de Teresina – Piauí, próximo aos trilhos do trem da linha do metrô da capital. Segundo a Secretaria Municipal de Planejamento e Coordenação – SEMPLAN (2018) possui um total de 183 domicílios e 722 pessoas, perfazendo uma média 4 moradores. Os dados obtidos a partir do Censo de 2010 demonstram que no bairro a população de mulheres era de 3771 enquanto de homens era 3185. O rendimento mensal nominal era de R\$ 800,00 (oitocentos reais) para homens e R\$ 510,00 (quinhentos e dez reais) para mulheres. Prevalencia ainda a renda total de famílias com $\frac{1}{2}$ a 1 salário mínimo, ou seja, cenário que impera a pobreza.

A inserção no território da Vila Ferroviária ocorreu por intermédio da Associação, que proporcionou a inserção da pesquisadora nas famílias e na comunidade como um todo. A escolha das famílias participantes foi através de indicações da coordenadora da instituição, que, por ter cadastradas em seu banco de dados 745 pessoas e por ter registro das famílias da comunidade, apontou três famílias cuja realidade social coadunava com o perfil exigido, adiante serão apresentadas as vivências das mulheres dessas três famílias.

Relações familiares entre mulheres no contexto de substâncias psicoativas

A pesquisa utilizou uma abordagem de família como propõe Cíntia Sarti (2003), de uma história que é contada aos indivíduos ao longo dos anos desde que nascem, formada por palavras, gestos, atitudes ou silêncio, que será posteriormente reproduzida e ressignificada por seus membros à sua maneira, a partir dos seus distintos lugares e posições na família. Entende-se que cada família constrói sua própria história, suas relações, que expressam o significado e a explicação da realidade em que vivem. Para preservar as identidades das participantes da pesquisa foram-lhes dados nomes de flores e foi numerada cada família.

As relações familiares entre as mulheres da família 1 foram consideradas por elas boas, de cooperação, mas também relatam conflito, que faz parte do processo interativo, sendo muitas vezes necessário para alavancar processos sociais, inclusive o repensar do grupo.

A gente se dá bem, não tem briga, só de vez em quando por causa de menino... porque os meninos briga aí a gente fica com raiva uma da outra, “ô mulher, teu fi bateu no meu... a relação mãe e filha é unida, de vez em quando discute, mas... com as irmãs também [Jasmim].

Na narrativa foi destacado que as irmãs entram em zona de atrito por questões envolvendo as relações entre os filhos pequenos, que as leva a desavenças, reforçando as relações familiares como permeadas por afeto e conflitos ao mesmo tempo. As brigas entre crianças aguçam as dificuldades entre as mulheres adultas de resolver seus problemas emocionais. Entretanto, há preocupação com o destino se houver o consumo por uma delas:

Quando eu via minha irmã usando eu achava triste, ela saía pra usar, passava de três dia na rua usando, eu ficava triste e preocupada, ficava olhando, dava conselho pra ela num usar, pra ela deixar essa força de mão, deixar de usar... aí ela dizia que não conseguia, que era difícil pra deixar, que a droga não deixava, eu acho triste e perigoso também [Dália].

Viu-se a presença do ato de aconselhamento, uma estratégia de cuidado que se estabelece. A produção do cuidado é a marca das mulheres e entre elas, cercada o tempo todo de preocupações, mostrando o nível de exposição das mulheres no espaço público, no caso específico, a rua, como esse espaço é visto, sobretudo como violento para as mulheres por conta do risco de estupro, colocando a situação de exposição da mulher à noite, que corre o risco de ser atacada por um homem.

As mulheres dessa família entendem que a droga é uma maldição, lamentam estar numa ‘vida dessa’ e recorrem ao poder

sobre-humano, a intervenção divina para solucionar, mas, talvez por todas as irmãs já terem vivido experiências de consumo, as relações parecem horizontalizadas, sem hierarquias e julgamentos. Assim como as relações de cuidado, tanto de uma para com as outras, a relação mãe e filha também parece sinalizar para borramento de fronteiras intergeracionais e relações pouco hierarquizadas. A impotência media as relações, cercada pelo sofrimento, preocupações, pois parece haver um desencanto com possibilidades de mudanças e quando elas se mostram, é endereçada ao sujeito, que precisa querer mudar, isto é, depende de sua vontade ou à fé, a uma dimensão da espiritualidade

Na família 2 as relações familiares foram nitidamente afetadas pelo consumo de SPA porque a mãe perdeu o convívio com os filhos, a filha além da ausência física sentiu mais falta do afeto, foi dado como perdido por ela e pela mãe também, que afirma ter perdido o amor dos filhos.

O crack quando ele veio na minha vida ele veio me destruindo, destruiu tudo que eu tinha, o amor dos meus filhos eu perdi, perdi minha dignidade, perdi o respeito, perdi a vergonha, perdi o meu caráter, perdi tudo na droga. Meus filhos tiveram que ficar na casa da avó e eu falei pra mim que só ia buscar no dia que deus mudasse minha vida, mas enquanto eu viver nessa droga, eu não quero junto comigo não, pra sofrer junto comigo eu não quero. Minha vida não tinha mais sentido sem meus filhos então disparei a usar [Alfazema].

A narrativa demonstra que a função do crack em sua vida foi impactante e violenta, atribuindo à substância, um produto inerte, mas que na relação com ela estabelecida, altera a senso percepção, a fez “perder” o amor dos filhos, o que considera de mais precioso. Além disso, avalia que teve perdas também associadas a traços morais (manifesto em perda dignidade/vergonha de si), o estigma em decorrência da sua situação física fez com que os filhos fossem criados pela avó, caracterizando assim a circulação de crianças.

Ela sempre foi de demonstrar afeto, cuidava muito da gente, levava pra sair, comprava roupa, arrumava. é uma pessoa de tá próxima, de conversar e aí depois que ela começou usar o crack a vida dela só foi em torno daquilo, causou distanciamento entre a gente. Ela andava suja, apanhava, andava toda arrebetada, andava pelo mundo se prostituindo [Alpínia].

Para quem foi socializada num meio de cuidado e atenção, a maior mudança na relação familiar foi o distanciamento, crucial. Por também ter adentrado ao universo das SPA, vê seu familiar, que saiu desse universo, como um exemplo, para a possibilidade de sua superação também, um exemplo da família como espelho, que proporciona uma identificação positiva ou negativa que também é reflexo de uma sociedade permeada de contrastes e desigualdades.

A família 3 é permeada por conflitos que perpassam o consumo de SPA mas também o extrapolam, são conflitos sobre instabilidade nas relações intergeracionais, simbiose entre os papéis sociais de cada uma na família e sobre o cuidado com as crianças.

Minha relação com meus filhos sempre foi difícil, eu não confio em nenhum. A gente tem uma relação de respeito, eu amo mesmo é meus netos, sinto firmeza no amor deles que nunca senti com meus filhos, a gente abraça, beija, ama, tem afeto. Com meus filhos não tenho. Meu negócio era trabalhar pra botar comida em casa, mas falta o amor né? Quando eu tava presa foi humilhante, eles se envergonhavam, mesmo eu ali pra dar o sustento da casa [Amarilis]

A partir dessa fala é possível identificar duas vivências distintas, com seus filhos, intermediada pelo trabalho para prover o sustento, o que levou ao distanciamento, conflitos, ausência de confiança e de amor, e outra com os netos, uma relação intergeracional, com os quais parece resgatar a relação de afeto que não teve com os filhos. É uma expressão do mito do amor materno, de que não há uma conduta universal que o reforce como inscrito na natureza feminina (BADINTER, 1985). Mas a posição materna, hierárquica, é assegurada no ato do consumo, ao se observar o cuidado da mãe

em não consumir na frente dos filhos e nem aceitar o contrário, como relata uma filha:

Ela não aceita usar na nossa frente, nem que a gente use na frente dela. Quando ela descobriu que eu usava aí que ela começou a usar de novo, eu já não podia falar mais nada né? Nem eu falar dela e nem ela falar de mim. Nossa relação ficou pior, já não tinha aquela proximidade. Por causa da droga a gente se intrigou, ela me expulsou de casa, a gente fez as pazes através dos meninos [Azaleia]

Quando mãe e filha se tornaram igualmente usuárias de spa, moralmente a filha se sentiu equiparada à mãe, “sem poder falar mais nada”, ou seja julgá-la. Mas, as diferenças entre mãe e filha voltam a se expressar, quando a mãe expulsa a filha de casa, como medida drástica de protesto ao saber que a filha é usuária de spa. Foi um ato de protesto, contra algo que a fez se sentir impotente, e um risco de um futuro que não desejava para a filha, até pela própria experiência com a substância. Há uma ruptura temporária entre elas, com uma volta construída em novas bases, mediada pelo cuidado das crianças/neto, que passam a ser o cimento entre mãe/avó e mãe-filha.

Considerações finais

As famílias entrevistadas apresentaram-se como espaço de afeto, de solidariedade, de suporte, de proteção, de conflito e contradições. Ao discorrer sobre relações familiares o valor da família foi ponto central para elas, pois os filhos, netos, irmãs, o parceiro íntimo, pessoas que fazem parte da família foram os que motivaram elas a deixarem de usar.

As relações familiares são simultaneamente e complementarmente, de solidariedade e de conflito, e contradições. Dentre as repercussões do consumo prejudicial é possível citar a intensificação de conflitos, perda do afeto e do convívio, algumas

vivenciaram uma aparente dissolução de hierarquia de papéis sociais, inclusive decorrente de suas posições na família.

As relações de cuidado também permaneceram constantes, de forma direta ou indireta, seja por meio de aconselhamento ao familiar, ao cuidado no âmbito doméstico, às idas as “bocas de fumo” no intuito de garantir a integridade do familiar, e até mesmo em forma de oração, visto que a questão da espiritualidade é repetida por algumas delas. Sem deixar de mencionar também a escolha de distanciamento de filhos, para preservá-los do convívio com uma mãe consumidora de spa, as relações de cuidado foram perceptíveis.

A crescente necessidade de produção de um cuidado que é complexo, especialmente de mulher usuária de SPA, muitas vezes é naturalizada como parte do trabalho da família que, como visto, encontra-se desprotegida, sem orientações e se vê obrigada a criar estratégias de sobrevivência. Apesar da criação de programas e campanhas de combate às drogas, pouco tem sido feito para mudar o cenário de atenção e cuidado nos serviços destinados aos usuários de SPA e para alterar a realidade estrutural expressa na pobreza e destituição de direitos, diante do fenômeno do consumo prejudicial de substâncias psicoativas. Contam mais com a ONG que atua no território, do que com as políticas sociais do entorno, que pouco se fizeram presentes.

É preciso repensar as práticas de profissionais e o que os serviços de saúde e de assistência social, que tem na família a matricialidade, tem oferecido a esse segmento, reconstruindo as relações oferecidas às mulheres e suas famílias, para estimular políticas públicas de tratamento, prevenção e reinserção, incorporando o gênero nas políticas sociais para oferecer uma atenção integral que invista em projetos de vida.

É necessário ainda superar o sexismo, racismo e classismo para instaurar uma sociedade antirracista e feminista, afinal, padrões existem para serem quebrados, e a humanidade sempre teve medo de mulheres que voam, sejam elas bruxas ou livres. A luta é constante.

Referências

ALVES, T. M. *A diversidade dos usos de substâncias psicoativas por mulheres em Parnaíba – PI a partir de suas histórias de vida: uma perspectiva de gênero*. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas). Universidade Federal do Piauí, UFPI, Centro de Ciências Humanas e Letras – CCHL, 2015

BADINTER, E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARROCAS, J., VIEIRA-SANTOS, S., e PAIXÃO, R. Parenting and drug addiction: A psychodynamic proposal based on a multifactorial perspective. *Psychoanalytic Psychology Advance online publication*, 2014.

BRASIL. *Política Nacional de Assistência Social*. Brasília: 2004.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. *Decreto n. 9.761*, de 11 de abril de 2019.

BRUSCHINI, M. C. A. *Uma abordagem sociológica da família*. Revista Brasileira de Estudos da População, Campinas, São Paulo, v. 6, n.1, jan/jun, 1989.

COLLINS, P. H. Intersectionality's definitional dilemmas. *Annual Review of Sociology*, Palo Alto, n. 41, p. 1-20, 2015.

FIORE, M. *Uso de drogas: substâncias, sujeitos e eventos*. Campinas, SP, 2013. 210f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP.

MARANGONI, S. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres. *Texto Contexto Enfermagem*. Florianópolis, v. 22, n. 3, jul-set, p. 662-670, 2013.

MATTOS, P. O conceito de interseccionalidade e suas vantagens para os estudos de gênero no Brasil. *XV Congresso Brasileiro de Sociologia*, 2011. Disponível em: <http://www.sbsociologia.com.br/portal/index.php?option=com_docman>

MIOTO, R. C. T. Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre processos familiares. *Revista Katálysis*, Florianópolis, n.2, p. 20-26, 1998.

OLIVEIRA, J. *(In)visibilidade do consumo de drogas como problema de saúde num contexto assistencial: uma abordagem de gênero*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Universidade Federal da Bahia, UFBA, Salvador, 2008.

PEDROSA, C. H. *Cuidar? Sim; Olhar de gênero? Não. Os sentidos do cuidado no CAPS em documentos técnicos do Ministério da Saúde*. São Paulo, SP, 2006. 200f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC-SP.

RAGO, M. Descobrir historicamente o gênero. *Cadernos Pagu*, v.11, p.89-98, 1998

SAFFIOTI, H. *Gênero, patriarcado, violência*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2ª reimpressão, 2011.

SARTI, C. A. Famílias enredadas. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (Orgs) *Família: Redes, Laços e Políticas Públicas*. São Paulo: Cortez/ Instituto de Estudos Especiais/PUC SP, 2003.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*. v. 20, n.2, jul./dez, 1995.

SEMPPLAN. *Perfil dos bairros*. Regional SDU Centro Norte – Bairro Ilhotas. Maio, 2018.

SEQUEIRA, J. P. *As origens psicológicas da toxicomania*. Lisboa, Climpesi, 2006.

SILVA, E. A. da. Família, abuso e dependência de drogas desafios clínicos e das pesquisas. In: *Anais da V Jornada de Psicologia no Hospital Municipal do Campo Limpo* [= Blucher Medical Proceedings, vol.1, num.6]. São Paulo: Editora Blucher, 2015.

SILVEIRA, D. X. da; DOERING-SILVEIRA, E. B. *Padrões de uso de drogas*. Aberta SENAD, 2017.

TEIXEIRA, M. B. et al. Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, maio 2017.

TEIXEIRA, S. M. *A família na política de assistência social: concepções e tendências do trabalho social com famílias nos CRAS de Teresina*. 2ª ed. Teresina: EDUFPI, 2016.

A RELAÇÃO DA FAMÍLIA COM A PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA: A ESCUTATÓRIA DA *HOMOLOBUS*

*Claudilene de Sousa Rocha*¹

*Lucia Cristina dos Santos Rosa*²

“Sob a capa de uma aparente heterogeneidade, existe certa unidade na forma de conceber a família.”

Lídia Maria M. R. Silva

Introdução

Esse texto surge a partir do projeto de dissertação de Mestrado intitulado “Identidade(s) das mulheres em situação de rua”, da participação das autoras, como palestrantes, no “Seminário *On-line*: família no processo de desinstitucionalização em saúde mental no Brasil e no Piauí”, realizado em setembro de 2020, bem como de interlocuções com a

- 1 Graduada em Serviço Social. Especialista em Serviço Social, Direitos Sociais e Políticas Sociais e Docência do Ensino Superior. Mestranda em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). E-mail: lenerocha@hotmail.com
- 2 Graduada em Serviço Social. Especialista em Educação e Saúde Mental. Doutora em Sociologia e Serviço Social. E-mail: luciacsrosa@gmail.com

orientadora e discussões fomentadas a partir da *live* que apresentou os resultados da escuta da população em situação de rua em Teresina (Piauí), no contexto da pandemia da COVID-19, implementada pela Associação Piauiense de usuários de Álcool e outras Drogas. (*HOMOLOGUS*, 2020).

Trata-se de um ensaio, que busca trazer elementos para analisar a participação da família no processo de reinserção social das pessoas em situação de rua, a partir dos resultados da Escuta promovida pela Associação *HOMOLOGUS*, no contexto pandêmico, discutindo potencialidades e contradições no processo. O referido texto está estruturado em duas partes. A primeira discute as particularidades do Estado com a população em situação de rua, na sua relação com a/s família/s; a segunda parte analisa as potencialidades, contradições e desafios na participação da família na reinserção do indivíduo³ com transtorno mental, tematizando a situação, em particular, das mulheres em situação de rua.

Parte-se do pressuposto que a família é parte da estrutura básica da sociedade, por ser espaço primeiro em que direitos e deveres são aprendidos, internalizados e imitados, uma vez que um de seus principais papéis é ser a base de reprodução ordenada da sociedade e de sua cultura, de uma geração para a seguinte. Sob a perspectiva histórica, quanto ao passado, podemos afirmar que desde a origem até os dias atuais, a família passou por diversas mutações e desenhos familiares.

Assim, considerando os novos desenhos familiares implementados pelo avanço da sociedade moderna/capitalista, não se pode mais admitir uma única espécie de família, ou seja, o modelo considerado patriarcal, visto como o mais conservador,

3 Morgan (1877, p. 519), considerado um dos fundadores da “*antropologia moderna*”, dividiu a humanidade em três períodos: selvageria, barbárie e civilização. Salientou que esses períodos aconteceram de formas sucessivas, com vagarosas somatizações do conhecimento experimental. Em seu estudo, concluiu que na pré-história vigorava a liberdade sexual entre os membros da tribo. Ainda nessa época, o referido pensador enunciou que a família monogâmica só foi fazer sua primeira aparição no estado superior da barbárie e se deu em razão do crescimento da propriedade privada e por questões relativas à “*herança*.”

no qual se tem no núcleo familiar o pai, a mãe e os filhos, espelho do que os segmentos dominantes tinham dessa organização. No processo de colonização e exploração pelos portugueses, o modelo de família que se perpetua e é visto como correto é a “família patriarcal/nuclear”, coexistindo com outras organizações.

Essa particularidade da formação sócio-histórica do Brasil com os diversos preconceitos e opressões em voga na contemporaneidade reforça o aspecto valorativo dado às expressões da questão social ante à naturalização da unidade exploração-opressões. Como exemplo da presença de “indivíduos no espaço da rua”. Assim sendo, os valores e costumes dominantes constituídos ao longo da história no País se apresentam como derivações que são influenciadas pelo modelo patriarcal, naturalizando a heterossexualidade como única forma de orientação sexual, a branquitude como modelo de raça e a família patriarcal/nuclear como possibilidade exclusiva e correta.

No entanto, ao longo do tempo surgiram diversos modelos e novas constituições familiares, em que as inúmeras possibilidades de uniões ganharam espaço, e a cada dia surge um novo conceito, fazendo com que a instituição família seja vista como plural. Diante de vários desenhos familiares existentes, é impossível definir um conceito absoluto de família, isto é, atribuir-lhe um conceito certo, determinado e perene. A maneira de se conceber a família modifica-se de acordo com a mudança dos tempos, sociedades e classe social. Isso porque não é uma ideia congelada, atemporal, pelo contrário, muda conforme o tempo, o local e a cultura vivenciada.

A fim de se desenvolver uma reflexão em torno da questão família e da população em situação de rua, parte-se da assertiva de, primeiramente, definir de qual instituição “família” está se falando. No contexto social da pessoa em situação de rua, para discutir a relação com família, temos que discutir a relação com o Estado, como a rua foi reconstruída, sobretudo, a partir do processo de urbanização, quando foi criminalizada a permanência constante na rua, pois a mesma foi circunscrita como lugar de passagem de indivíduos e mercadorias, no sentido conferido pela sociedade

capitalista. O permanecer na rua, no Brasil, no século XX, foi associado à vadiagem e ao crime.

Porém, falar em família é falar de uma realidade social e institucional profundamente política, tanto nos fatores que a condicionam quanto em seus desdobramentos, ou seja, “É uma construção social, que vivenciamos.” (BIROLI, 2014, p. 7). As normas e ações que se definem no âmbito do Estado, as relações de produção e as formas de remuneração e controle do trabalho, o âmbito da sexualidade e afetos, as representações dos papéis sociais de mulheres e homens, da infância e das relações entre adultos e crianças, assim como a delimitação do que é pessoal e privado por práticas cotidianas, discursos e normas jurídicas incidem sobre as relações na vida doméstica e dão forma ao que reconhecemos como “família ou não”. Mas a experiência de um longo tempo de vida na rua também traduz e ressignifica a família e suas relações para com ela.

A família como eixo de reinserção de indivíduos em situação de rua e como eixo colaborativo para a ida à situação de rua: família como unidade de apoio ou “não”. E o Estado nisso?

Desde a Antiguidade há registros de indivíduos vivendo nas ruas, de forma conexas ao espaço urbano, embora não se pudesse considerá-los como parte de um segmento social mais amplo, já que se constituía em um número restrito de indivíduos, e o estar e permanecer na rua tinha muitos significados para distintas pessoas e grupos sociais. É com o surgimento da sociedade capitalista moderna que o fenômeno social População em Situação de Rua (PSR), de forma ampla, ganha maior investimento e visibilidade, a partir das desigualdades sociais constitutivas dessa sociedade, ocasião em que há desnaturalização dos processos sociais.

E essas relações sociais no contexto capitalista são afetadas por contradições e tensões que conferem outros sentidos para a rua, que antes da sociedade capitalista e, sobretudo, industrial e urbana, era considerada espaço de sociabilidade, especialmente

para amplos segmentos dos trabalhadores, pessoas pobres e crianças, que passavam parte do dia brincando na rua. No Brasil, a partir do século XX, passa a ter o sentido de lugar de trânsito de pessoas e mercadorias, lugar de passagem, e não de permanência. Logo, o permanecer, e sua apropriação com outros fins, que não de passagem, passa a ser criminalizado, visto como vadiagem.

Cada vez mais, a permanência de indivíduos no espaço da rua, sobretudo de crianças, passa a ser associada oficialmente como incapacidade das famílias em geri-las. Conforme analisa Rizzini (1997), é fomentado o mito da incompetência das famílias pobres para criarem seus filhos, que passa a presidir as decisões governamentais e, especialmente, jurídicas, afinal, é a representação do segmento da classe dominante legislando e decidindo sobre a vida dos segmentos das classes dominadas, percebidas como brutas e ignorantes, não civilizadas.

Sob o argumento de se garantir a proteção da infância contra o abandono moral, a família passa a ser literalmente taxada de infratora. Esta, acusada de cometer o terrível crime de desencaminhar os próprios filhos ao invés de cumprir o dever de educá-los, perde para o poder público a paternidade dos filhos. (...) Caberá, pois, ao Estado a missão de salvar as crianças, tomando-as para si e transformando-as em elementos úteis para a nação – os filhos da Pátria”. (RIZZINI, 1997, p. 78).

Nesse horizonte, no final da década de 1920 é criada uma legislação em torno do “menor”, intitulada Código de Menores, traduzido operacionalmente como criança pobre, que visa como resposta a institucionalização de crianças. Com essas marcas, o Estado brasileiro passa a controlar e regular as relações entre pais e filhos, sobretudo dos segmentos pobres, oferecendo parcas retaguardas em termos de escolarização e suporte nas políticas sociais, que foram caracterizadas no Brasil, no cerne da cidadania regulada (SANTOS, 1989), a partir da cisão entre o trabalhador e o pobre, ou seja, o próprio Estado reproduziu desigualdades sociais, ao não universalizar a cidadania, limitada ao trabalhador urbano.

Com a destituição de direitos, intensificação das desigualdades sociais e aceleração do processo de industrialização, ganha visibilidade e crescimento o grupo considerado “mendigo”, depois “morador de rua”, e, recentemente, denominado “População em Situação de Rua” (PSR).

Como bem analisa Robert Castel (1998), na sociedade do assalariamento, a crescente desfiliação do mundo do trabalho tende a ter repercussões em outros âmbitos da vida, levando a outras fragilizações com o tecido social, podendo levar à situação de rua. No geral, a desfiliação no trabalho é rebatida no âmbito familiar, que tem papel importante no amortecimento das crises sociais, mas a família apresenta limites, nem sempre suportando o impacto das manifestações da questão social em seu cerne.

Diversificadas situações familiares fragilizam a relação do indivíduo com seu grupo de origem, tais como: perda de postos de trabalho, não conseguir emprego, uniões matrimoniais desfeitas, uso de substâncias psicoativas, tensões familiares inter/ultrageracionais, violência, orientação sexual, alcoolismo, transtornos mentais, fuga do cotidiano, entre outras (HOMOLOGUS, 2020). Determinantes sociais expressivos na vida de indivíduos que fazem das ruas um lugar de *habitat* ou passagem.

No Brasil, historicamente, a gestão das questões da população em situação de rua ficou a cargo da caridade e da benemerência, ou seja, das instituições sociais, no geral, religiosas. Com o processo de redemocratização da sociedade, que culmina com a Constituição de 1988, é que o Estado e suas políticas sociais passam a ganhar centralidade na resposta a esse segmento.

As políticas públicas e sociais, sobretudo de assistência social e saúde, mais diretamente, são organizadas na perspectiva de reinserção dos indivíduos que se encontram em situação de rua na sociedade. Como bem destaca a Constituição Federal de 1988, capítulo VII, em seus arts. 226 e 227:

A família, base da sociedade, tem especial proteção do estado. **É dever da família**, da sociedade e do estado

assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (BRASIL, 1988, p. 131,132).

Como visto, no novo texto constitucional a família é, ao mesmo tempo, sujeito da proteção do Estado, mas também é convocada com deveres em relação aos segmentos considerados fragilizados, inclusive a PSR. Pode-se destacar, também, a própria Política Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2004), a qual é responsável diretamente por assistir e atender às necessidades da PSR, que traz em seu bojo organizacional o eixo estruturante da “Matricialidade Familiar”, como forma de garantir a inclusão sociocultural de grande parcela da população brasileira, fruto das desigualdades econômicas, sociais, políticas e culturais causadas pela perspectiva capitalista de desenvolvimento.

O Decreto nº 7.053/2009, que institui a Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPR), considera população em situação de rua como:

O grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os **vínculos familiares interrompidos ou fragilizados** e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória. (BRASIL, 2009, p. 8, grifo nosso).

Logo, como visto, o decreto parte do pressuposto de que há interrupção, ruptura ou fragilização dos vínculos familiares, sinalizando a família como um dos determinantes da condição de rua. Ao mesmo tempo, sinaliza-se para a necessidade de investimentos na família, como resposta à saída da rua.

O Art. 5º estabelece como princípios da Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), além da igualdade e equidade:

I - respeito à dignidade da pessoa humana; II - **direito à convivência familiar e comunitária**; III - valorização e respeito à vida e à cidadania; IV - atendimento humanizado e universalizado; V - respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência. (BRASIL, 2009, p. 14, grifo nosso).

Observa-se, então, que um dos princípios da PNPSR é que a família seja uma das bases de apoio para a reinserção desses indivíduos na sociedade. A família é alçada como principal mediadora entre o indivíduo e a sociedade. A política social para a população em situação de rua, vinculada à política pública de Assistência Social, que destaca a matricialidade familiar, pontua que além da família, o Estado tem obrigação de oferecer mecanismos de apoio às famílias.

Ao discutir a centralidade da família nas políticas públicas, é importante salientar que, no Brasil, segundo Pereira (2009, p. 29):

“A instituição familiar sempre fez parte integral dos arranjos de proteção social”, e acrescenta ainda que, “os governos brasileiros sempre se beneficiaram da participação autonomizada e voluntarista da família na provisão do bem-estar de seus membros.”

Em decorrência de políticas sociais residuais, cristalizou-se a cultura familista no Brasil (ABRAÃO; MIOTO, 2017), que institui a família como principal esteio da proteção social.

Assim, não é algo novo a participação da família, mas o que se coloca hoje é o novo papel que está sendo atribuído a ela. Se antes a família (principalmente a mulher)⁴ participava do cuidado

4 É o Estado mínimo para o social e máximo para o capital. Segue a lógica da globalização e privatização da proteção social, via mercado ou instituições

aos dependentes e na reprodução de atividades domésticas não remuneradas, como bem coloca Pereira (2009), hoje ela passa a ser o centro nas políticas públicas (saúde, educação, assistência social). Com isso, considera-se como um eixo estruturante da gestão do Sistema Único de Assistência Social (SUAS): a matricialidade sociofamiliar. E, assim, cabe frisar que não podemos dizer que somente as famílias possam ser consideradas responsáveis pelo bem-estar de seus membros, sendo dever também do Estado e da Sociedade Civil Organizada participar desse processo. Afinal, como informa Miotto (2010), a capacidade da família em prover proteção social é equivalente à proteção social que ela recebe do Estado, que, portanto, tem que investir em políticas protetivas ao grupo, concebidas como políticas familiares

Conjunto das políticas sociais que se projetam e que têm impactos importantes na vida das famílias. Além de medidas legislativas, abrangem também subsídios e serviços, além da ampla gama de ações voltadas para melhorar o bem-estar das famílias e aliviar as pressões que essas sofrem no exercício de suas responsabilidades. (ABRAÃO; MIOTTO, 2017, p. 427).

Contraditoriamente, é importante destacar que as famílias contemporâneas brasileiras, na lógica do sistema capitalista, são inseridas dentro de um contexto de políticas neoliberais, focalistas e privatistas, ou seja, remetidas aos mais pobres e ao mercado, acompanhadas por vieses patriarcais, que buscam reforçar a família conjugal heteronormativa como a referência. Famílias permeadas por inúmeros desafios, tendo que gerir várias expressões da questão social, que fazem parte do seu cotidiano, tais como: violência, desemprego, pobreza, drogas, conservadorismo, moralismo e outras complicações, pois existe uma sobrecarga posta em cima da instituição família. Quanto às famílias dos indivíduos que se

sociais (família, Igreja, associações, ONG, OSCIP), seguindo a lógica das experiências internacionais e vivendo as especificidades de uma sociedade em disputa por diversos atores visíveis e invisíveis, que participam do processo de definição das agendas das políticas públicas. (MESQUITA, 2011).

encontram em situação de rua, na sua maioria, são afetadas por essas questões. (*HOMOLOBUS*, 2020).

Isto é, as famílias vêm sofrendo influência do neoliberalismo, sendo massacradas pelos valores de mercado e, ainda, sofrendo com sua fragmentação. Todavia, resistem ao sistema capitalista, mantendo-se como instituição que faz a mediação entre o indivíduo e a sociedade.

No contexto capitalista, a família sofreu alterações à medida que ocorrem mudanças socioeconômicas, a inserção da mulher no mercado de trabalho, o controle de natalidade, o aumento da expectativa de vida, acarretando em ganhos e custos emocionais e sociais, gerando um empobrecimento da família, resultando em novos desafios na busca de seus próprios valores. (SARTI, 2003, p. 39-49).

A ótica capitalista fragiliza as relações familiares e fragmenta os serviços públicos, resultando em famílias com inúmeras fragilidades sociais, e instituições públicas em estado de precarização, que remetem à falta de subsídios para o atendimento das demandas familiares que se apresentam como refrações da questão social. E, assim, temos serviços públicos que não conseguem trabalhar as demandas que são apresentadas pelas famílias em suas particularidades e complexidades. A exemplo, os serviços oferecidos à PSR que, segundo pesquisa realizada pela *HOMOLOBUS* (2020), não conseguem responder às reais necessidades dos usuários.

Portanto, a relação do Estado com as famílias, nesta ótica de políticas neoliberais, é: “Toma! A responsabilidade é sua”! Da família. E, assim, as famílias passam a ser intensamente responsabilizadas pelo bem-estar de seus membros. É o que Mesquita (2011) chama de “neoliberalismo familiarista”. Desse modo, cabe destacar que as políticas públicas e sociais, dentro da ótica do Estado capitalista, tendem a ser elaboradas com ênfase na centralidade familiar de modelo patriarcal.

Com relação à entrada decisiva da família na arena das políticas públicas, é necessário destacar o “familismo”, entendido

como um padrão de inter-relação reinante da sociedade, em que no nível macrossocial, na organização dos sistemas de proteção social, a família é colocada como instituição provedora central de bem-estar. É interessante tocar na questão sobre o “familismo” para chamar atenção para o fato que a ideologia das famílias é sustentada pelo discurso de família ideal “a patriarcal/nuclear”, enraizada no modo de produção capitalista, segundo o qual a estrutura familiar se baseava em casal e filhos, chefiados pelo homem.

Diante disso, subentende-se que o Estado tem o dever de garantir trabalho, condições mínimas de renda, emprego, segurança e serviços de qualidade para os indivíduos, para que a sustentação e manutenção das famílias e demandas apresentadas sejam trabalhadas de formas sustentáveis e transformadoras. Contudo, o que ocorre é um desencadeamento de situações como migração, desemprego, violência, negligência de direitos e ausência de serviços de atendimentos públicos, ocasionando fontes geradoras de tensões irreparáveis nos âmbitos familiares, sendo um determinante social que direciona muitos indivíduos ao espaço da rua e, também, de não conseguirem sair desse espaço. (*HOMOLOBUS*, 2020).

No geral, os serviços públicos não oferecem atendimentos eficazes para trabalhar as inúmeras demandas que se apresentam nas instituições familiares. Isto é, trabalham todas as demandas sobre a mesma perspectiva, segundo a qual todas as famílias são subentendidas como um único modelo padrão (patriarcal/nuclear), não levando em consideração os vários desenhos de famílias existentes. Tal fato ocasiona a invisibilidade do contexto familiar, do qual os indivíduos que se encontram em situação de rua participavam.

Torna-se fundamental analisar a relação das famílias com indivíduos em situação de rua para que as intervenções realizadas, dirigidas a esse seguimento, apresentem uma maior probabilidade de efetividade. Nesse horizonte, passa-se a investir na análise das informações geradas a partir do Relatório da escuta à população de rua de Teresina, no contexto da pandemia da COVID-19, realizada no período de 12 de maio a 31 de julho de 2020, tendo por base

um questionário, aplicado a 50 pessoas em situação de rua, por 04 integrantes da *HOMOLOGUS*, o que fomentou o protagonismo dos usuários da instituição, com o apoio da profissional Marta Evelin Carvalho. O principal item sob análise será o bloco 3, que tratou da relação com a família. Como dito, foram entrevistadas 50 pessoas em situação de rua, sendo 82% do sexo masculino e 90% não brancas (autodeclaradas negras e pardas), o que denota como as desigualdades sociais são históricas e enraizadamente racializadas, como estruturante e estrutural no país. Quanto ao estado civil, 26% dessas pessoas foram casadas 26%, ou se encontravam viúvas ou separadas, o que somado totaliza 40% do grupo. Na sociedade Ocidental capitalista, o homem, na divisão sexual do trabalho, teve estabelecida como função principal a condição de provedor do grupo doméstico e da família, e trabalhador na esfera pública.

Fragilizadas essas duas condições: provedor e trabalhador, tende a ter a rua como seu espaço de moradia. Mas a condição de rua também esteve muito associada ao consumo prejudicial de álcool e outras drogas, conforme referido por 40% dos entrevistados; a conflitos familiares, citado por 36%; e, ainda, o desemprego, mencionado por 30% das PSR. Observa-se a tendência de associação de fragilidades, que precisam ser consideradas nas respostas das políticas sociais. Como discutido na *live* de apresentação da Escuta, para representantes da Defensoria Pública e Comissão de Direitos Humanos, realizada em 27 de agosto, as respostas às manifestações da questão social desse segmento têm se concentrado apenas na política de assistência social e saúde; no entanto, isso não basta. Tem que ser ação intersetorial conjugada, incluindo habitação, esporte, lazer, cultura, entre outros.

Na pergunta quanto a terem filhos, apesar de 60% das pessoas declararem o estado civil como solteiras, 62% informaram ter filhos 64% dos entrevistados disseram manter contato com algum familiar, predominando o formato telefônico (53%), seguido pelo presencial 47%. Entretanto, os filhos figuraram entre as pessoas com menor índice de contato, representando 9%, o que pode denotar a quebra de vínculos e de relação de reciprocidade, ou até mesmo os valores, que

pendem para o crescente individualismo. Predomina entre a pessoa com quem mantém contato na família, uma mulher, que na divisão sexual do trabalho, figurou como cuidadora do grupo; e nos valores sociais, como aquela que tem sua subjetividade voltada e devotada para o outro. A posição ocupada por essa mulher diante do familiar em condição de rua é, majoritariamente, de irmã/ão, denotando o valor da irmandade, pois, legalmente, um irmão não tem obrigações diante do outro. Em seguida, as mães ganham destaque por 13% dos ouvidos, com a mesma porcentagem representada entre as tias. As ex-esposas aparecem com 10%. Logo, o valor família (SARTI, 1996) persiste, e embora possa haver fragilidade dos vínculos, ele é alimentado de parte a parte, a princípio, sem interveniência institucional de qualquer política social.

Interessante que no item 4.5, entre as necessidades listadas pela Pessoa em Situação de Rua, sobressaem-se as necessidades básicas para a sobrevivência. Os itens referenciados para supri-la são bem palpáveis: local para dormir 40%, pois Teresina conta com um único Albergue, que no início da pandemia foi fechado, a fim de evitar aglomeração, decisão revogada em seguida. Claro, o local para dormir também está associado à segurança pessoal e pública, pois esse segmento tende a ser alvo de violência urbana e policial. Alimentação figurou em 2º lugar, com 36% de representação. O Centro Pop de Teresina fornece um total de 70 refeições por dia, no Restaurante Popular gerido por uma Organização Não Governamental (ONG), limitando-se ao almoço. Então, esse segmento fica à mercê das ofertas de instituições benemerentes e solidárias, de grupos que distribuem quentinhas ou sopas, de maneira não articulada/planejada. Logo, o direito à segurança alimentar tende a ser violado.

Dificuldades tal como o acesso a banheiro figura em 3º lugar, o que expõe esse segmento a constrangimentos em relação às necessidades fisiológicas e à privacidade. O trabalho é representado em 4º lugar, com 12%, ou seja, a ausência dele. O apoio, que pode ser interpretado como ausência de suporte social ou sua fragilização, ou seja, questão relacional, mais simbólica, está

representado por último, com 8%. Porém, como posto na própria análise das elaboradoras do relatório, quando a pergunta se refere às necessidades sentidas e expressas em finais de semana, quando o espaço da rua fica praticamente sem movimento, há uma inversão na manifestação das necessidades, sobressaindo-se os aspectos mais subjetivos: família 34%; lazer 26%; alimentação 20%; companhia de outras pessoas 14% e falta de apoio 6%.

Associado a essas dimensões subjetivas, ao serem questionados sobre o significado de estar em situação de rua, parte majoritária, ou seja, 18; 36% entre as respostas, foi conferido um sentido negativo. A metáfora de ter chegado ao fim (remetidos no geral a fim “de linha”, de “carreira”, fundo do poço) foi a mais destacada. Em seguida, tem-se o sentido de falta de valor, apontado em 4 respostas, ressaltando-se o sentimento de “não ter valor/não existir”. Em 3 depoimentos houve uma aparente indiferença. Tais aspectos apontam para um intenso sofrimento subjetivo, ausência de perspectiva e possível ausência de retaguarda institucional para dar suporte em projetos de vida. É fundamental a aposta na reinvenção e produção de vida em torno de outros direcionamentos. Para tanto, é fundamental investir nas propostas oferecidas por eles, em termos de emprego e renda; lazer, esporte; local para dormir, entre outros.

Como parte da diversidade da condição humana, pois como sinalizado pela Política Nacional da População em Situação de Rua, trata-se de um grupo heterogêneo, apesar de ter alguns aspectos em comum, contraditoriamente, houve respondentes que enfatizaram aspectos positivos em tal experiência. Para alguns, estar na rua é “uma grande lição”, isto é, aprendizagem. Obviamente, toda aprendizagem pode implicar em elementos igualmente negativos, mas também positivos, podendo levar a amadurecimentos e outras dimensões, sobretudo subjetivas. Captou-se também um sentido de estar na rua como “um passatempo, enquanto arruma uma coisa melhor”, ou seja, uma conotação de passagem, condição transitória, como o próprio termo adotado pela política tenta imprimir, “situação” de rua, ou seja, uma circunstância momentânea, dinâmica, que pode ser alterada, inclusive, tanto positiva quanto negativamente. Apesar

da gestão municipal de Teresina, através da Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência Social e Políticas Integradas (SEMCAPI), contar com a oferta do “aluguel social” para esse segmento, não se tem notícia de articulações para além disso, no sentido de garantia de articulações com as políticas habitacionais e de geração de emprego e renda sustentável, para além dos cursos oferecidos pela Fundação Wall Ferraz que, ao que tudo indica, mais certifica e investe no artesanato, no trabalho informal, do que aponta êxitos na reinserção social, sobretudo laboral. (ROCHA; ROSA, 2019).

Nesse contexto, não se pode pensar em reinserção familiar sem o amparo das políticas sociais para um segmento historicamente destituído de direitos, pois, como visto, a cidadania regulada excluiu os pobres do usufruto de direitos, e eles são maioria entre os segmentos em situação de rua.

Como sinaliza uma terceira nuance, com sinal também positivo para o estar na rua, tem que “ser guerreiro”, ou seja, estar aberto para a briga, combater e se defender. Historicamente, o universo da rua foi associado ao espaço público, que, por sua vez, foi remetido à masculinidade hegemônica, ou seja, viril, agressiva. Então, a metáfora que associa a rua à guerra, remete a todo atributo masculino que predominou na sociedade brasileira.

A escuta promovida pela *HOMOLOGUS* não teve nenhum objetivo ou alcance de dar visibilidade às particularidades de gênero. Apesar disso, observou-se que predominou, assim também no Brasil como um todo, o segmento masculino na rua. Há indícios de um número significativo de segmentos da população LGBTQI+ ocupando as ruas, tanto como em “situação” como no trabalho, que as pesquisas, no geral, pouco abarcam, porque esse público atua mais noturnamente. Por outro lado, há indícios do crescimento do número de mulheres em situação de rua, o que no relatório da escuta da *HOMOLOGUS* sinaliza para uma representação de 18%, especificidade que será mais investida em pesquisas futuras, como a dissertação de mestrado.

Os papéis sociais atribuídos aos membros das e nas famílias, no geral, reforçam uma desigualdade de gênero (mulher

x cuidado) que, historicamente, foi produzida e se reproduziu na nossa sociedade androcêntrica e patriarcal. Como elas estão associadas ao espaço privado, do lar, e também a seus cuidados, bem como da família, tornando-se produtiva para ela, tendem a ser numericamente minoritárias no espaço da rua. Então, ao tratar-se de mulheres vivenciando o espaço da rua, ocasiona inúmeros preconceitos, violência e estigmas por questão de gênero, por estar em um ambiente público com a predominância do sexo masculino e por estar fora das “normalidades” que foram construídas como sendo o lugar da mulher de âmbito privado, ou seja, o “lar”.

A literatura aponta que a presença das mulheres no espaço da rua é ocasionada por vários determinantes sociais, tais como: violências domésticas, desemprego, casamentos destituídos (os esposos eram o provedor da casa e elas exerciam somente a função de mães, esposas e cuidadoras do lar), uso de substâncias psicoativas, transtornos mentais, entre outros.

Pode-se considerar que o principal determinante social que direciona muitas mulheres ao espaço da rua é a violência doméstica sofrida no âmbito familiar. Então, é pertinente trazer a reflexão de Miotto (1997, p. 117) sobre as tensões familiares existentes:

Nesse processo de construção, a família pode se constituir no decorrer de sua vida, ou em alguns momentos dela, tanto no espaço de felicidade como no espaço de infelicidade. Tanto no espaço de desenvolvimento para si e para seus membros, como no espaço de limitações e sofrimento.

Desse modo, para algumas mulheres que se encontram em situação de rua, o âmbito familiar tornou-se um ambiente de infelicidade e violação de direitos, restando como saída o espaço da rua. Importante ressaltar que as mulheres em situação de rua vivenciam diversas formas de violação de direitos e violência no espaço da rua também. Por que se afirma isso? Porque são as mulheres que mais sofrem violência, preconceitos e discriminações no espaço privado do lar, imaginem quando se consideram as relações sociais do espaço da rua, que são construídas historicamente como

o “espaço masculino” por excelência. (ALVES, 2017). Aquelas que fazem da rua seu lugar de *habitat*/passagem figuram-se no imaginário social como “desviantes” das regras construídas pela sociedade, de que o lugar da mulher não é no espaço público. Desse modo, as mulheres em situação de rua são estigmatizadas e têm suas identidades deterioradas.

Desta forma, a sociedade, e nela a família, reproduz, ainda hoje, a noção da mulher cuidadora e provedora de seus membros. Dentre os inúmeros problemas dessa concepção hegemônica de família, percebe-se a reprodução de um modelo único de família, reproduzido inicialmente nos contos de fadas que são lidos e relidos pelas crianças, em que pai, mãe e filhos constituem a família nuclear tradicional, e os seus papéis. E essa construção acompanha as demais fases da vida de homens e mulheres, por meio dos aparelhos ideológicos (Igreja, escola, família, mídia etc.). Neste sentido, a categoria gênero é uma ferramenta analítica fundamental para se compreender essas construções sociais do ser homem e do ser mulher em nossa sociedade, com fortes ranços do patriarcalismo.

Portanto, para analisar família e mulheres em situação de rua é necessário situar de que família está se falando, o que é família, quem é família; enfim, contextualizar as variações culturais, temporais, demográficas, econômicas e sociais. E trazer o debate sobre família e PSR é necessário, pois é importante ir à raiz da situação, desvelando de que ângulo a família é vista e qual a sua realidade. Pensamos que esse seja um ponto-chave para os “profissionais” que atuam diretamente com as demandas da PSR, fazendo essa leitura de realidade minuciosamente sobre as famílias; mesmo que o cotidiano do processo de trabalho apresente inúmeros “calcanhares de Aquiles”, desde governança, espaços precários, quadros de funcionários reduzidos, políticas públicas e sociais fragmentadas, residuais, conservadoras, moralistas e de mercado, recursos escassos, entre outras.

Contradições e desafios na participação das famílias(s) na reinserção da pessoa com transtorno mental: em particular, das mulheres em situação de rua

O fenômeno social PSR pode ser considerado um sinal emergente e desumano⁵, ocasionado por mudanças macrosociais, políticas, territoriais, econômicas e culturais. (TIENGO, 2018). Nas últimas décadas, intensificou-se a presença de indivíduos no espaço da rua, fazendo desse lugar seu *habitat*/passagem, e cada vez mais se observa a presença maior do público feminino.

Alguns determinantes sociais que direcionam algumas mulheres ao espaço da rua estão relacionados ao uso de substâncias psicoativas e a transtorno mental. Porém, é necessário frisar que algumas mulheres entram no espaço da rua por outras questões. Mas ao adentrarem no espaço da rua, ficam mais expostas e vulneráveis a fazer uso de substâncias psicoativas e, com isso, desenvolver alguns transtornos mentais.

Sobre o transtorno mental como determinante social que direciona algumas mulheres ao espaço da rua, podemos destacar como é a convivência de algumas famílias com os indivíduos com esse tipo de transtorno. Melman (2001) destaca que a convivência com uma pessoa com transtorno mental gera conflitos no ambiente familiar; sentimentos como medo, culpa, impotência, raiva e vergonha estão presentes no cotidiano daqueles que convivem com o sofrimento psíquico, o que acaba por dificultar as relações familiares e, conseqüentemente, o processo de tratamento e reabilitação.

No tocante ao papel da família com relação às mulheres em situação de rua que possuem transtornos mentais, pontua-se: não há pesquisas locais que deem visibilidade a esse segmento, nem pontuem suas particularidades e necessidades.

5 Porém, Silva (2019) explica que muitas dessas mulheres que se encontram em situação de rua já vêm de um lar fragmentado e destruído, e os motivos que as levam a buscar refúgio nas ruas são os mais diversos possíveis, tais como desemprego, violência, problemas familiares, alcoolismo e drogas.

No entanto, ressalva-se que desenvolver um trabalho articulado com famílias de baixa renda, na perspectiva de reinserção, é pensar em ações intersetoriais. No geral, o perfil da maioria das famílias dos indivíduos do espaço da rua traz os traços da pobreza e do empobrecimento estrutural e estruturante do País, circundado de dupla estigmatização.

A de serem pobres, em uma sociedade que só recentemente, depois da Constituição de 1988, reconheceu formalmente os pobres como cidadãos detentores de direitos; e de terem em seu meio um portador de transtorno mental, enfermidade carregada de imagens de periculosidade e incapacidade. (ROSA, 2005, p. 211-212).

A importância conferida às relações familiares no cuidado e na inclusão social do indivíduo com transtorno mental devem ser vista e atendida de forma integral. Isto é, através de ações, projetos e serviços na rede psicossocial, que propiciem assistência, apoio, informação e orientação em diversas áreas, diminuindo o sofrimento e as sobrecargas das famílias e indivíduos com transtorno mental, promovendo estratégias de enfrentamento da situação, proporcionando uma melhor qualidade de vida de ambas as partes. A Reforma Psiquiátrica tem como princípio básico o cuidado comunitário, e destaca o respeito aos direitos dos indivíduos com transtornos mentais. Busca a reinserção na vida familiar como mediador principal, como primeiro passo para o cuidado comunitário, mas ainda com poucas ações diante das necessidades em geral das cuidadoras:

Oferecer atendimentos individualizados e em grupos para os indivíduos e familiares; promover atividades de capacitação para familiares dos indivíduos com transtorno mental, enfatizando a importância da reinserção familiar e social do usuário; realizar visitas domiciliares para acompanhamento e orientação à família, quanto à importância em saber lidar com o indivíduo portador de transtorno mental. (SARTI, 2003, p. 39-49).

Além de lidar com a enfermidade, muitas vezes ainda com o consumo prejudicial de álcool e outras drogas, as famílias têm que fazer face ao preconceito, que faz parte do imaginário de muitas famílias sobre ter indivíduos em situação de rua. O receio de como agir diante de um quadro de transtorno mental e situação de rua pode desencadear sentimento de rejeição, indiferença e incapacidade por parte de algumas famílias. Com o transtorno mental em um dos membros da família, no geral, emergem sentimentos de vergonha, o que pode culminar em omissão e até isolamento social, pois, inicialmente, a família enfrenta o rompimento e a desordem em sua estrutura, enfraquecendo o convívio, o que dificulta o cuidado e a recuperação. (MELMAN, 2001).

Cuidar da pessoa com transtorno mental representa para a família um desafio, envolve sentimentos intrínsecos à vivência de um acontecimento imprevisto e seus próprios preconceitos em relação à doença. A dificuldade de classificar/entender o comportamento e o sentimento de culpa que permeia a família podem retardar o tratamento; os comentários culposos a responsabilizam ainda mais, reforçando a resistência de levar o doente a um tratamento adequado. Dessa forma, a família pode acabar se excluindo e aumentando sua impotência em relação ao problema, até porque, historicamente, foi excluída.

Para tratar sobre o cuidado em saúde mental no âmbito familiar, é necessário que se faça uma análise da família moderna, que se constitui por meio do progresso da vida privada, isto é, a família assume um espaço maior em detrimento da sociedade. Rosa (2003, p. 28) enfatiza que é importante considerar que “a relação da família com o portador de transtorno mental é historicamente construída”; sendo que nem sempre foi vista como uma instituição capaz de acolher e cuidar de um familiar que adocece mentalmente. Nas sociedades pré-capitalistas, o cuidado com o “louco” era remetido à família; na sua inexistência, esse tornava-se uma questão pública, de Justiça ou de deliberação do rei. (CASTEL, 1978 *apud* ROSA, 2003). Já no século XX, com as transformações e os avanços de saberes como a psicanálise e o movimento de higiene mental,

a família é vista de modo negativo, sendo culpabilizada pelo surgimento da pessoa com transtorno mental. (ROSA, 2003).

Para amenizar a sobrecarga familiar e alcançar o cuidado em saúde mental, como preconizado pela Reforma Psiquiátrica, é necessário que se construa uma rede de cuidados, não deixando o indivíduo somente como responsabilidade da família ou dos serviços de saúde, mas integrando todas as estratégias possíveis para atendê-lo de forma integral e humanizada, bem como à família, que é parceira dessa produção.

A interação dos indivíduos na sociedade, a criação de laços de amizade, culturais, de comunidade, de trabalho ou de estudo, que se constituem como importantes bases de apoio ao indivíduo e à família para dar-se com as situações apresentadas em momentos de crises. (PEREIRA, 2002, p. 217- 262).

A família, portanto, deve ser considerada como ator social indispensável para a efetividade da assistência psiquiátrica, e entendida como um grupo com “grande potencial” de acolhimento, ressocialização e reintegração de seus integrantes. Porém, não é a única responsável. Exige-se um Estado mais participativo e atuante com o trato às famílias que têm em seu seio indivíduos com transtorno mental.

Exemplos de transformação no campo da saúde mental que tem exigido a inclusão da família no plano de cuidados são a criação e ampliação de uma rede comunitária de atendimento às pessoas com transtorno mental e a redução do tempo de internação em instituição psiquiátrica. (VERMELHO; LEAL; KALE, 2005, p. 33-56).

Compreende-se que a família é uma unidade social complexa e fundamental para o viver de todo ser humano, que se concretiza por meio da vivência, que é dinâmica e singular. Ela não é formada apenas por um conjunto de indivíduos, mas pelas relações e ligações entre eles e, ao longo da trajetória familiar, seus integrantes passam

por situações de crise, sejam essas previsíveis ou não, ligadas aos processos de transição, tais como o nascimento, mudança de emprego, casamento, a saída dos filhos de casa; ou por situações adversas, como a doença.

A capacidade da família de ajustar-se a novas situações, como a de conviver com um membro com doença crônica, dependem das fortalezas que possui, dos laços de solidariedade que agrega, das possibilidades de solicitar apoio das outras pessoas e instituições e com políticas públicas e sociais eficazes. (ATHOFF, 2002, p. 29-41).

Isto é, trata-se da atuação do coletivo para o enfrentamento das contradições e desafios que se apresentam nos desenhos familiares que têm indivíduos com transtornos mentais. Portanto, esses desafios devem ser trabalhados com a participação do Estado, da Sociedade Civil Organizada e da Família.

Assim sendo, as mulheres em situação de rua nos apresentam esse determinante social como sendo um que direciona a sua ida ao espaço da rua, que pode ser ocasionado por algumas contradições e desafios que se apresentam dentro dos desenhos familiares de pertencimento, seja por não saber lidar com a situação, por falta de apoio por parte do Estado e de políticas públicas e sociais eficazes no trato com as famílias de baixa renda, bem como a falta de instituições para trabalhar essas demandas, o preconceito, ou até mesmo pelo próprio indivíduo, algumas vezes, querer sair desse espaço da convivência familiar, até por contestar as normas familiares muito rígidas ou permissivas, sem estabelecer fronteiras, é que se deve investir na pluralidade e pluralização do ser e viver em família. Como apresentado no decorrer do texto, o ambiente familiar é um ambiente de “direitos, deveres, contradições e tensões”.

Considerações finais

As pessoas em situação de rua que apresentam transtorno mental, e suas famílias, devem ser assistidas e vistas de forma integral e entrelaçadas por meio de ações, projetos e serviços psicossociais que propiciem assistência, apoio, informação e orientação em diversas áreas, diminuindo assim o sofrimento dos indivíduos e famílias. Promover estratégias de enfrentamento diante da superação do espaço da rua, proporcionando uma melhor qualidade de vida de ambas as partes, ou seja, das famílias e dos indivíduos com transtorno mental e que se encontram em situação de rua, se é um horizonte desejável, por outro lado, tem que ser co-construído com a família e a própria pessoa, fomentando seu protagonismo, e não se chegar com um pacote pronto.

Para que isso seja alcançado, é necessário que todos os envolvidos nessa seara façam sua parte: 1) o Estado, implantando e executando políticas públicas e sociais de cunho transversal, com serviços eficientes, que consigam atender às reais necessidades dos indivíduos e das famílias que utilizam os serviços públicos; 2) a Sociedade Civil e suas diferentes instâncias, promovendo um processo de desconstrução e a deslegitimação dos mitos, preconceitos e estigmas que rondam o imaginário da sociedade em torno do indivíduo em situação de rua e com transtorno mental e; 3) a família, que deve ser o aporte de acolhida, afeto, amor e cuidado para com esses indivíduos, com retaguarda das políticas sociais. Mas é fundamental que o processo seja fomentador de protagonismo.

Desta maneira, geram-se as possibilidades para que esses indivíduos em situação de rua – em especial as mulheres – possam ser inseridos novamente em seus ambientes familiares. Por fim, é uma construção social de cunho coletivo, de todos, requerendo ações negociadas, fraternas e baseadas na equidade.

Referências

ABRAÃO, K. C. L.; MIOTO, R. C. T. Políticas familiares: uma introdução ao debate contemporâneo. **Rev. katálysis** [online]. v. 20, n. 3, p. 420-429, 2017.

ALTHOFF, C. R. Delineando uma abordagem teórica sobre o processo de conviver em família. *In*: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. (Orgs.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2. ed. Maringá: EDUEM; 2002.

ALVES, I. **Desemprego Impulsiona Aumento da População em Situação de Rua**. Observatório do terceiro setor. 2017. Disponível em: <https://observatorio3setor.org.br/carrossel/desemprego-impulsiona-aumento-da-populacao-em-situacao-de-rua/>. Acesso em: 20 set. 2020.

BIROLI, F. **Família: novos conceitos**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2014.

BRASIL. **Constituição de República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. **Decreto n° 7.053/2009**. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. **Resolução CNAS n° 145, de 15 de outubro de 2004** (DOU 28.10.2004). *Aprova a Política Nacional de Assistência Social – PNAS*. Brasília, DF, 2004.

CASTEL, R. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes, 1998.

HOMOLOBUS. **Relatório da Escuta da População em situação de rua de Teresina**, no contexto da pandemia da Covid-19. Teresina: HOMOLOBUS, 2020.

MELMAN, J. **Família e Doença Mental:** repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras, 2001.

MESQUITA, A. P. **A família como centralidade nas políticas públicas:** a Constituição da Agenda Política da Assistência Social no Brasil e as Rotas de Reprodução das Desigualdades de Gênero. *Disponível em:* <https://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area2/area2-artigo29.pdf>. Acesso em: 24 set. 2020

MIOTO, R. C. T. Família e Serviço Social: contribuições para o debate. **Serviço Social & Sociedade**, n. 55. São Paulo: Cortez, 1997.

MIOTO, R. C. T. A família como referência nas políticas públicas: dilemas e tendências. *In:* TRAD, L. A. B. (Org.) **Família contemporânea e saúde:** significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. p. 51-66.

PEREIRA, I. C. G. Do ajustamento à invenção da cidadania: serviço social, saúde mental e intervenção na família no Brasil. *In:* VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Saúde mental e serviço social:** o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

PEREIRA, P. A. P. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. *In:* BOSCHETTI, I. *et al.* (Org.). **Política Social no Capitalismo:** tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2009.

RIZZINI, I. Infância e identidade nacional. **Em Pauta**, Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ, n. 11, v. 12, p. 71-97, 1997.

ROCHA, C. S.; ROSA, L. C. S. Política para a população em situação de rua em Teresina ? Piauí na perspectiva de políticas integradas: um ensaio ou ilusão?. *In:* IX Jornada Internacional em

Políticas Públicas, 2019, São Luis. **Anais da JOINPP**. São Luis: UFMA, 2019. p. 1-12.

ROSA, L. C. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 11, n. 18, p. 205-218, dez. 2005.

ROSA, L. C. S. **Transtorno mental e o cuidado com a família**. São Paulo: Cortez, 2003.

SANTOS, W. G. **Cidadania e justiça**: A política social na ordem brasileira. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

SARTI, C. A. **A família como espelho**: um estudo sobre a moral dos pobres. Campinas: Editora Autores Associados, 1996.

SARTI, C. A. Família e individualidade: um problema moderno. In: CARVALHO M. C. B. C. *et al.* (Org.). **A família contemporânea em debate**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

SILVA, M. S. B. **A experiência de mulheres em situação de rua: uma análise interseccional**. 2019. 108f. *Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Serviço Social), Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande (PB)*. Disponível em: <http://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/tede/3579>. Acesso em: 28 set. 2020.

TIENGO, V. M. O Fenômeno População em Situação de Rua Enquanto Fruto do Capitalismo. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 138 - 150, jan./jul. 2018. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/29403/17158>. Acesso em: 21 set. 2020.

VERMELHO, L. L.; LEAL, A. J. C.; KALE, P. L. Indicadores de saúde. In: MEDRONHO, R. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2005.



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
POLÍTICAS PÚBLICAS / UFPI



NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE PÚBLICA / UFPI



ISBN: 978-65-5904-035-3



9 786559 040353