

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**FAMÍLIA, PROTEÇÃO SOCIAL E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL:
CUIDADORAS DE PESSOA COM DEPENDÊNCIA QUÍMICA
UMA ANÁLISE DAS VIVÊNCIAS DE FAMILIARES**

ROSILENE DE SOUZA

FLORIANÓPOLIS/SC

2015

ROSILENE DE SOUZA

**FAMÍLIA, PROTEÇÃO SOCIAL E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL:
CUIDADORAS DE PESSOA COM DEPENDÊNCIA QUÍMICA
UMA ANÁLISE DAS VIVÊNCIAS DE FAMILIARES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, sob a orientação da professora Dra. Edilane Bertelli.

**FLORIANÓPOLIS/SC
OUTUBRO - 2015**

TERMO DE APROVAÇÃO

ROSILENE DE SOUZA

**FAMÍLIA, PROTEÇÃO SOCIAL E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL:
UMA ANÁLISE DAS VIVÊNCIAS DE FAMILIARES
CUIDADORAS DE PESSOA COM DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da
Universidade Federal de Santa Catarina, defendido e aprovado em Banca
Examinadora, no mês de outubro de 2015, composta pelos seguintes integrantes:**

Dra. Edilane Bertelli (Orientadora)
Docente DSS - UFSC

Dra. Michelly L. Wiese
Docente DSS - UFSC

Tayane Regina do Nascimento
Assistente Social - AFLODEF

AGRADECIMENTOS

Ao longo desta caminhada me deparei com momentos de alegria, tristeza, decepção, frustração e descobertas, mas graças a Deus estou aqui, encerrando mais uma etapa da minha vida, que só se tornou realidade por ter ao meu lado pessoas que me deram força, uma palavra de ânimo, de carinho e de companherismo e é à elas que me dirijo.

Primeiramente agradeço ao Senhor meu Deus por ter me dado força diante das dificuldades e desafios encontrados neste processo.

A minha amada e companheira mãe, por sua amizade, paciência e apoio. Pelos colos e consolos que me fizeram prosseguir quando meu desejo era parar.

Ao meu marido, que nestes quatro anos esteve comigo, me dando força e sempre me lembrando da minha capacidade de chegar até o fim.

Ao meu pai que eu amo muito e que sempre acreditou em mim.

A minha família, em especial as minhas tias que me auxiliaram nos primeiros passos na universidade.

A minha orientadora Edilane, por ter assumido a responsabilidade de me orientar e pelos conhecimentos passados ao longo desta caminhada. Sua paciência, compreensão e dedicação foram essenciais para que este sonho se tornasse realidade.

A minha amiga e supervisora de estágio Tayane que me proporcionou a oportunidade de conhecer e aprender o fazer profissional, me supervisionado com comprometimento e profissionalismo.

A minha companheira de caminhada Ana Claudia pelas conversas, risadas e parceria nestes quatro anos e meio.

E a todos os professores que contribuíram para a construção não somente da profissional que me torno hoje, mas da pessoa que me tornei ao longo desse processo.

À vocês meu muito obrigado!

Vocês que fazem parte dessa massa
 Que passa nos projetos do futuro
 É duro tanto ter que caminhar
 E dar muito mais do que receber
 E ter que demonstrar sua coragem
 À margem do que possa parecer
 E ver que toda essa engrenagem
 Já sente a ferrugem lhe comer...

Vida de gado
 Povo marcado, êh!
 Êh ôh ôh
 Povo feliz!

Lá fora faz um tempo confortável
 A vigilância cuida do normal
 Os automóveis ouvem a notícia
 Os homens a publicam no jornal
 E correm através da madrugada
 A única velhice que chegou
 Demoram-se na beira da estrada
 E passam a contar o que sobrou...

Vida de gado
 Povo marcado, êh!
 Êh ôh ôh
 Povo feliz!

O povo foge da ignorância
 Apesar de viver tão perto dela
 E sonham com melhores tempos idos
 Contemplam essa vida numa cela
 Esperam nova possibilidade
 De verem esse mundo se acabar
 A Arca de Noé, o dirigível
 Não voam nem se pode flutuar

Êh ôh ôh
 Vida de gado
 Povo marcado, êh!
 Povo feliz!

Admirável Gado Novo
 Zé Ramalho

RESUMO

Este estudo visa colocar em pauta a discussão acerca da proteção social à família na política de saúde/saúde mental brasileira, particularmente no contexto da dependência química, diante do processo de desinstitucionalização que assegura a reinserção social e tratamento das pessoas com transtorno mental no espaço comunitário e familiar. Para tanto, realiza-se, inicialmente, uma investigação teórica acerca do sistema de proteção social brasileiro e da política de saúde/saúde mental a partir dos anos 1990. Dando continuidade a esta pesquisa, apresenta-se a organização da política de saúde e saúde mental no município de Florianópolis/SC, destacando-se nesta a estrutura organizacional do CAPS ad Continente, suas atribuições e dinâmicas de funcionamento, assim como a inserção do Serviço Social neste equipamento e serviço público. No intuito de compreender as vivências de famílias e familiares na posição de cuidadores de pessoa com problemas relacionados ao uso/abuso de substâncias psicoativas, este estudo evidencia o olhar desses sujeitos sobre sua condição de cuidador e das implicações no cotidiano, considerando a atual política de saúde mental e os serviços disponíveis de apoio e proteção públicos que os/as auxiliam.

Palavras chaves: Família, Proteção Social, Política de Saúde Mental.

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro I - Rede de Saúde Física de Florianópolis..... | 26 |
| Quadro II - Caracterização dos participantes da pesquisa | 41 |

LISTA DE SIGLAS

- BPC** – Benefício de Prestação Continuada
- CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial
- CAPS ad** – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
- CRAS** – Centro de Referência de Assistência Social
- ESF** – Estratégia de Saúde da Família
- IPQ** – Instituto de Psiquiatria
- NASF** – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- NOB/96** – Norma Operacional Básica de 1996
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- PACS** – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PAIF** – Proteção e Atendimento Integrado à Família
- PSF** – Programa Estratégia da Família
- RAAS** – Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde
- RAPS** – Rede de Atenção Psicossocial
- SAMU** – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- SMS** – Secretária Municipal de Saúde
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- UBS** – Unidade Básica de Saúde
- UPA** – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO..... | 10 |
| | |
| CAPÍTULO I - A FAMÍLIA NO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL | |
| BRASILEIRO..... | 13 |
| 1.1 Família e Proteção Social..... | 13 |
| 2.1 Família na Política de Saúde..... | 19 |
| | |
| CAPÍTULO II - A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM FLORIANÓPOLIS/SC.... | |
| 2.1 Uma aproximação com o universo de pesquisa..... | 25 |
| 2.2 CAPS ad Continente..... | 31 |
| 2.3 Serviço Social no CAPS ad Continente..... | 36 |
| | |
| CAPÍTULO III - FAMÍLIA, CUIDADO E PROTEÇÃO SOCIAL: ESTUDO DE CASO NO “CAPS AD CONTINENTE” | |
| 3.1 A vivência familiar com a dependência química..... | 40 |
| 3.2 A visão das cuidadoras sobre a Reforma Psiquiátrica e a rede serviços de saúde..... | 48 |
| | |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 53 |
| REFERÊNCIAS..... | 56 |

INTRODUÇÃO

O uso/abuso de drogas configura-se na sociedade contemporânea como um problema de saúde pública, que atinge não somente as camadas subalternizadas, mas todas as classes sociais e etnias. A droga é um problema mundial e complexo que perpassa as gerações, não sendo possível afirmar, apesar da visibilidade atual, como fenômeno exclusivo de um segmento populacional, nem tão pouco da nossa época. Entretanto, falar sobre drogas e dependência química traz à tona questões relacionadas à família, isto porque quando pensamos neste problema não estamos falando de um sujeito isolado, mas sim de um ser social, pois assim como o dependente químico sofre as mazelas da dependência, a família coparticipa desse sofrimento. Cabe destacar que ao falarmos em família nos remetemos aos diversos arranjos e organizações, não se limitando a família consanguínea, tampouco a unidade doméstica.

Sabe-se que a sociedade e a família vem sofrendo alterações ao longo dos anos, diante das transformações no mundo do trabalho e mais expressivamente com a entrada do neoliberalismo que redimensiona a primazia do Estado para setores específicos da sociedade, repercutindo na fragilidade e carência da intervenção estatal nas demandas sociais. Diante dessa realidade a família vem encontrando dificuldades em prover seu sustento e cumprir com as obrigações estabelecidas socialmente, sendo assim necessário se reorganizar para garantir sua sobrevivência. É pensando na complexidade que envolve a família e a dependência química que o presente estudo visa analisar a realidade de familiares cuidadores de pessoas com problemas relacionados ao uso/abuso de substâncias psicoativas, já que estes na atual conjuntura assumem a maior parte do ônus no cuidado e proteção de sua parentela, colocando assim em discussão o atual sistema de proteção social brasileiro, particularmente a política de saúde/saúde mental que organiza e orienta a atuação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), assegurados pela Reforma Psiquiátrica.

O interesse pela temática foi suscitado no processo de estágio supervisionado I em Serviço Social, vivenciado no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras

Drogas (CAPS ad) – Continente, de Florianópolis/SC, no período de agosto de 2014 a dezembro de 2014. Durante este período de estágio, participei do “grupo de família”, juntamente com a assistente social e um enfermeiro, cuja ação visava auxiliar as famílias no cuidado cotidiano de seu familiar “adoecido”. Nesse processo perceberam-se as dificuldades encontradas pelas famílias no cuidado com o dependente químico, as fragilidades biológicas, sociais e principalmente emocionais que atravessam a vida do familiar cuidador.

Ao refletir sobre as transformações que compõem o atual cenário das políticas voltadas à saúde mental, evidenciam-se distintas alterações no tratamento desta, antes tratada unicamente por sua natureza orgânica, retirando o sujeito “problema” do contexto familiar e social (AMARANTE, 1995). Entretanto, há de se levar em consideração o retrocesso que se obtém em colocar a família como agente prioritário no cuidado em saúde, pois, o Estado se isenta do seu papel principal na proteção social e reforça a responsabilidade familiar pelo sucesso e fracasso de seus membros.

Na tentativa de elucidar a condição do cuidador e dos serviços oferecidos utilizamos no decorrer desse processo a pesquisa bibliográfica e documental, expondo assim o posicionamento de alguns autores sobre a temática. Ressalta-se que foram raras as referências encontradas no campo do Serviço Social que discutem particularmente a questão da família do dependente químico e dos serviços disponíveis, sendo encontrado apenas fragmentos e discussões pontuais de algumas questões apresentadas nesta pesquisa e bibliografias específicas da área da psicologia, da religião e da medicina, o que torna relevante a problematização apresentada neste estudo. Para tanto, utilizamos também como elemento constituinte deste processo a entrevista semiestruturada, com mulheres que fazem parte do grupo de família proposto pelo CAPS ad Continente. O recorte deste dispositivo se deu na busca de compreender essa realidade, diante da experiência de testemunhar relatos de familiares que se encontravam sobrecarregados com as responsabilidades pertinentes aos cuidados. Desse modo, este estudo torna-se uma oportunidade de ouvir esses sujeitos, entendendo como as famílias, responsáveis e cuidadoras de pessoas com dependência química, são afetadas na vida cotidiana por este problema de saúde e pela dinâmica atual de tratamento na política de saúde.

Assim, estruturou-se este estudo em três capítulos. O primeiro contextualizará a família no sistema de proteção social brasileiro, problematizando e colocando em evidência a família no bojo da política de saúde/saúde mental, a partir do processo de desinstitucionalização. No segundo capítulo apresentamos, em linhas gerais, a organização da política de saúde no município de Florianópolis, dando ênfase para a estruturação, organização e dinâmica de trabalho dos CAPS ad. Posteriormente, apresentamos a visão das cuidadoras sobre a experiência vivida, bem como da rede de serviços oferecidos a elas. Por fim, serão apresentadas as considerações finais, que apresentará uma síntese das análises realizadas e fomentará uma breve discussão acerca do Serviço Social na saúde mental.

CAPÍTULO I

A FAMÍLIA NO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL BRASILEIRO

1.1 FAMÍLIA E PROTEÇÃO SOCIAL

A família é considerada, em geral, como importante instrumento na reprodução social dos sujeitos, sendo primordial para o desenvolvimento da sociedade por garantir sobrevivência, mas também para "a proteção e a socialização de seus componentes, transmissão do capital cultural, do capital econômico e da propriedade do grupo, bem como das relações de gênero e de solidariedade entre gerações" (CARVALHO e ALMEIDA, 2003, p.109). Identificada como instituição provedora de bem-estar e formadora da identidade social dos sujeitos, a família caracteriza-se como um espaço complexo e contraditório, pois ao mesmo tempo em que predomina no espaço privado a solidariedade, o cuidado, a proteção e as relações de afeto, também dissemina conflitos e violências (PEREIRA, 2008).

Essas definições corroboram a complexidade que envolve a estrutura familiar, pois, por ela perpassam as transformações econômicas e sociais, assim como as mudanças culturais, de valores e crenças que resultam em modificações na sua dinâmica, diante das pressões internas e externas para que esta cumpra as funções que lhe são atinentes. Dessa forma, ao discorrer sobre família e proteção social faz-se necessário, primeiramente, entender essa construção como histórica e dinâmica, consolidada a partir dos aspectos estruturais e das vicissitudes da relação capital/trabalho nos distintos contextos históricos.

A literatura mostra que as modificações ao longo da história em torno dessas duas categorias são inerentes ao modo de produção capitalista e aos aspectos culturais de uma determinada sociedade. Assim, como podemos observar nas análises de Miotto, Campos e Lima (2006, p. 169), no âmbito do Estado de Bem-Estar Social, também denominado *Welfare State* “o papel da família assumiu proporções diferentes na estruturação do sistema de proteção social e no desenvolvimento das políticas sociais

nos diferentes países”, considerando as particularidades culturais, política e econômica de cada sociedade e a partir do grau de articulação entre o Estado, o mercado e a família.

Nos países escandinavos, por exemplo, a perspectiva que se tem é de “desfamíliação”, pois o Estado e o mercado cobrem os riscos sociais por meio dos serviços públicos e benefícios monetários disponíveis à população, antes dos sujeitos e suas famílias vivenciarem situações de vulnerabilidade, ou seja, o Estado de Bem-Estar Social intervêm na prevenção dos agravos sociais, tornando os sujeitos independentes em relação às adversidades do cotidiano. Mas, em países como Portugal, Itália, Grécia e Espanha, a proteção social pauta-se no caráter “familista”, isto é, a família assume a responsabilidade no enfrentamento aos agravos sociais, responsabiliza-se pelo provimento das condições de vida dos sujeitos e na promoção de seu bem-estar. A intervenção do Estado e do mercado ocorre somente quando se esgotam as capacidades familiares (MIOTO, CAMPOS e LIMA, 2006).

Na realidade brasileira, estudos como os de Carvalho e Almeida (2003), Miotto, Campos e Lima (2006), Teixeira (2010) apontam que a construção do sistema de proteção social brasileiro está sustentada na inclusão do trabalhador no mercado formal, que se estruturou baseado no trabalho assalariado masculino, donde mulheres e filhos eram dependentes. Esta relação implica diretamente nas relações de poder e autoridade entre o sexo masculino/feminino, cujos papéis familiares são determinados pelas características de gênero e utilidade no sistema de produção capitalista, sendo os homens educados para executar o trabalho braçal, remunerado, provendo o sustento econômico do lar e as mulheres criadas para cuidar do marido, da casa e dos filhos, reafirmando assim sua posição subordinada na vida privada e social. De acordo com Campos e Teixeira (2010), este sistema carrega certa perversidade ao excluir uma grande parcela da população que não está inserida no trabalho assalariado (trabalhadores informais, rurais, desempregados, mulheres e outros) ficando estes a cargo das medidas assistenciais, orientadas por ações filantrópicas e compensatórias da pobreza. Cabe ressaltar que esse modelo não abrange todas as categorias de trabalhadores, mas, ao longo dos anos, diante das mobilizações, novos segmentos passaram a compor o quadro de segurados no âmbito do sistema de proteção vigente.

A consolidação da Constituição Federal de 1988 instituiu o Estado como regulador na garantia dos direitos de cidadania, criando, como explícito no art. 194 da Constituição, um "conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social", denominado Seguridade Social. Esta representa um marco regulatório na vida social e política, pois é a partir dela que se instituíram novas práticas de proteção social, de direitos, de reconhecimento e responsabilidades também pertinentes à família. Como podemos ver no art. 226, a família é declarada como "base da sociedade, tem especial proteção do Estado", e logo no art. 227 é estabelecido o

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, 2010)

Assim, a família compartilha com o Estado e a sociedade, via políticas públicas, a responsabilidade de proteção a seus membros, considerando suas potencialidades em prover o desenvolvimento dos sujeitos, através das ações de solidariedade, de cuidado e afeto em seu âmbito (MIOTO, 2010). Essas atribuições, consideradas socialmente como "naturais" e informais, passam a ser reconhecidas e asseguradas através das leis como obrigação e dever da família, impondo assim um novo paradigma jurídico, conceitual e social em relação a seu papel.

De acordo com Fontenele (2007a, p.1) a família

ganha novo conteúdo, alargam-se conceitos, principalmente no tocante ao reconhecimento dos direitos da mulher, das crianças/adolescentes e dos diversos formatos de famílias, não mais exclusivamente aquelas constituídas sob a legitimidade do casamento legal; depois é vista como portadora de direitos e responsabilidades.

Diante das mudanças sociais e multiplicidade de arranjos, a família passa a ser compreendida a partir de suas singularidades, sendo errôneo considerá-la unicamente por sua estrutura nuclear tradicional (pais e filhos unidos pelos laços consanguíneos). Logo, essas mudanças colocam em evidência o questionamento da concepção da família como instituição natural, pois, conforme estudiosos, ao longo da história esta cria e

recria suas formas de sociabilidades e existência no mundo, respaldada nas ideologias políticas, sociais e econômicas nas diferentes épocas e sociedades. (TEIXEIRA, 2010).

Todavia, no momento em que se obtêm na vida política os avanços legais em relação aos direitos sociais, o Estado brasileiro vive uma contrarreforma na década de 1990, decorrente dos ajustes econômicos, que prescreve um Estado Mínimo, sinalizado por Dupas (1999) apud Miotto, Campos e Lima (2006, p.172), como um movimento "na qual o Estado deixa de ser produtor de bens e serviços e volta-se para o desenvolvimento de uma ação assistencial, restrita à viabilização de serviços públicos essenciais à população comprovadamente pobre".

Essa nova orientação é consolidada no Brasil em favor da estabilidade econômica, objetivando, através da subalternidade das necessidades sociais aos interesses do mercado, a recuperação da capacidade competitiva da economia mundializada. Neste contexto é evidente o retrocesso dos preceitos constitucionais, principalmente no que concerne à intervenção do Estado nas políticas sociais, tendo maior incidência a participação das empresas mercantis e de instituições da sociedade civil nos serviços e bens sociais, a proliferação de programas compensatórios e residuais, a focalização da intervenção estatal no combate à pobreza, alicerçado à retração do Estado na vida social. Desse modo, conforme análise de Iamamoto (2009, p.36), a política econômica no Brasil com o neoliberalismo transitou

da “pobreza da inflação” à “inflação da pobreza”, do “fim da inflação da moeda” à retomada da “inflação da dívida” e dilapidou o patrimônio público nacional. A dívida e o custo de sua rolagem geram escassez de recursos para investimento e custeio que, aliados às elevadas taxas de juros, desviam as aplicações do setor produtivo para o mercado financeiro, penalizando o conjunto da população. O “choque liberalizante” por ele realizado – traduzido na abertura comercial, nas privatizações, nas desregulamentações financeiras, na precarização do trabalho, na ortodoxia monetarista – não superou as fragilidades da economia brasileira, mas resultou numa perversa combinação dos resultados da política neoliberal: desemprego, recessão, desnacionalização da economia e aumento da vulnerabilidade externa.

Cabe destacar que ganha densidade no âmbito dos direitos sociais, com o neoliberalismo, as ações desenvolvidas pelo terceiro setor, pois a garantia de uma política de seguridade social pública, universal, desloca-se para o campo do privado, da solidariedade e da tutela, esvaziando-as de seu conteúdo político. A retração do Estado nas questões sociais reforça também a contradição existente na própria Constituição de

1988, nas Leis Orgânicas e Estatutos que entendem as famílias como sujeito de direitos, mas também como agente central na responsabilidade pelas condições de vida dos sujeitos que as integram, pois,

de um lado, ela 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)

Observa-se esse paradoxo, da família tanto como alvo, quanto provedora de proteção, principalmente nas políticas de assistência social e de saúde. Em relação à assistência social, através do Serviço de Proteção e Atendimento Integrado à Família (PAIF) ofertado pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), que desenvolve as ações com o objetivo de fortalecer a função protetiva da família e prevenir as suas fragilidades, mas exige-lhe contrapartidas e as responsabilizam quando não dão conta dos instituídos. Já no âmbito da política de saúde, a família ganha centralidade na atenção básica com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que tem como norte o cuidado familiar no território, fortalecendo o cuidado no âmbito domiciliar e na comunidade, porém, concretamente adquire “sentido instrumental: serve à aproximação com o contexto social do indivíduo, no sentido de garantir o cumprimento das metas” (SARTI, 2010, p.95).

Essa tendência torna-se mais pronunciada e legítima a condição da família em promover sua autoproteção, já que as responsabilidades antes pertinentes ao Estado nesse cenário recaem sobre a sociedade e a família, ficando esta última com a maior parcela do ônus no desenvolvimento do bem-estar.

Há de considerar que,

esta não é uma característica nova, mas incrementada vertiginosamente desde a última década do século passado. Este incremento vem se fazendo através de um discurso de recuperação de valores éticos-morais, que estariam supostamente perdidos na sociedade, e em prol da convivência familiar e comunitária. (CAMPOS e MIOTO, 2003, p.181).

Dessa maneira dilui-se o dever do Estado em prover condições dignas de vida às famílias, exigindo destas estratégias para suprir suas necessidades tais como: o apoio

dos laços de solidariedade (comunitário e familiar), o ingresso em atividades informais, jornadas duplas de trabalho, entre tantas outras. Ao mesmo tempo, se perpetua na sociedade brasileira a “despolitização das questões afetadas à reprodução social dos trabalhadores, percebida muito mais como questão de ordem privada do que pública, numa tendência de dimensões significativas da vida social” (ALENCAR, 2010, p.62).

Em concordância com a análise de Miotto, Campos e Lima (2006), apesar da sociedade brasileira não ter vivenciado o Estado de Bem-Estar Social, as políticas públicas seguem a orientação de caráter “familista”, presente em países como Portugal, Grécia, Itália, entre outros. O Estado, neste sentido, intervém somente quando os canais socialmente considerados e legitimados “naturais” (mercado - via trabalho e família) falharem e, mesmo assim, de forma temporária e residual, o que mantém a família como “válvula de escape” das mazelas produzidas pelo mundo do trabalho e serviços sociais insuficientes à proteção social.

Esse direcionamento das políticas sociais pelo Estado afeta a vida cotidiana das famílias, principalmente as empobrecidas economicamente, que se defrontam também com exigências legais e morais do Estado e da sociedade, as quais lhes impõem responsabilidades e posicionamentos, não raras vezes, superiores às suas possibilidades e capacidades diante das desigualdades de oportunidades e vulnerabilidades sociais vivenciadas.

Neste sentido, como afirma Pereira (2008), em geral, ao se trabalhar com famílias não se consideram que estas se constituem como instituições fortes, por ser um espaço privilegiado de solidariedade, de transmissão de ensinamentos e de afetos, e, ao mesmo tempo, são também uma instituição fraca, pois em seu âmbito ocorrem violências e rupturas, como podemos verificar diariamente na mídia, que expõe situações de abuso sexual de crianças e adolescentes por familiares, trabalho infantil, entre outras.

Assim, considera-se que embora a seguridade social no Brasil tenha se espelhado nas orientações e conteúdos nos moldes dos países desenvolvidos, ela está cada vez mais distante dos parâmetros da universalidade ao acesso dos direitos sociais, pois se mantem ações excludentes, segmentadas e desarticuladas, alicerçada pelas condicionalidades no acesso as políticas da Seguridade Social, "que conjuga direitos

derivados e dependentes do trabalho (previdência) com direitos de caráter universal (saúde) e direitos seletivos (assistência)" (BOSCHETTI, 2009, p.8). Este hibridismo pressupõe a não existência de um sistema de seguridade social, mas de políticas que atuam de forma separada e desarticulada, tendo o Estado como regulador e a família como coparticipante nas responsabilidades e controle social de seus membros.

Apesar das mudanças legais e institucionais havidas no âmbito dos direitos sociais, decorrentes das lutas e mobilizações da classe trabalhadora, constata-se que não conseguimos romper com a base desigual e familista do sistema de proteção social brasileiro, pois, através das condicionalidades existentes nas distintas políticas que compõem o tripé da seguridade social, manteve-se uma linha de inclusão e exclusão no acesso aos serviços e bens ofertados.

Tais aspectos colocam em evidência a proteção social que temos hoje, pois não se consolidou uma política de seguridade social universal e igualitária, tampouco uma política de proteção às famílias, mas, antes, aos indivíduos, em determinados momentos do ciclo de vida e por categorização biológica (sexo/idade), como se observa em relação ao idoso, a mulher, a criança e adolescente, por exemplo. Fragmenta-se e se individualiza a atenção e o cuidado por segmentos específicos, em geral, descontextualizados de seus pertencimentos sociais, desviando as políticas públicas do seu caráter integral e universal para a dimensão focalizada e seletiva no atendimento as necessidades da população.

Observa-se um claro desvio da rota de garantia de políticas públicas de caráter universal, em direção à focalização das políticas públicas nos segmentos mais pauperizados da população, ao fortalecimento significativo do mercado como instância de provisão de bem-estar e ao enaltecimento da organização da sociedade civil como provedora. São exemplos significativos desta situação o aumento exponencial da participação da iniciativa privada nas áreas da saúde e educação e a refilantropização no campo da assistência social. Nesta configuração, a família é chamada a reincorporar os riscos sociais e assiste-se a um retrocesso em termos de cidadania social. (MIOTO, 2010a, p.54)

Reconhecemos que a Constituição Federal de 1988, bem como a seguridade social pretendida representaram um desenvolvimento conceitual e normativo inegável, entretanto, o fato de existir na forma de lei, não significa ter assegurado o acesso aos direitos sociais, pois as leis são somente um meio de estabelecer o caminho para

satisfazer, de um lado, o modo normativo ideológico (capital), do outro, as exigências da sociedade, através das reivindicações, servindo assim para controlar os conflitos (FLORES, 2009).

Por esta razão é importante refletir a articulação entre Estado e família, pois antes da família ser agente de proteção, é necessário que o Estado assuma sua responsabilidade enquanto agente prioritário na promoção da proteção dirigida a ela, incorporando uma rede de sustentação que possibilite as famílias condições dignas de vida, que vão além das práticas imediatistas e focalizadas, mas que viabilizem de fato os direitos fundamentais, como moradia, trabalho, alimentação, saúde e outros. Importa ressaltar que estas questões estão subordinadas a consolidação da intersectorialidade entre as políticas, de tal forma que, embora se reconheça as particularidades e especificidades das distintas políticas, estas possam trabalhar em conjunto, entendendo que um problema de saúde, por exemplo, não é somente uma demanda de determinada política, mas sim de um contexto que abrange todas as esferas da vida social.

1.2 FAMÍLIA NA POLÍTICA DE SAÚDE

A saúde atualmente é compreendida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) não apenas como ausência de doença, mas a partir das fragilidades sociais, psíquicas e econômicas existentes na interação do sujeito com o mundo, não existindo somente uma causa biológica no processo saúde/doença, e sim um conjunto de fatores que geram o adoecimento e sofrimento do sujeito. De acordo com Arouca (1986, p. 36), saúde

Não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem-estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e até, a informação sobre como se pode dominar o mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema, político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como a violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos os interesses que não sejam os do povo.

Como explícito no art. 196 da Constituição Federal de 1988, o Estado tem o dever de garantir mediante políticas públicas o direito à saúde a todos os cidadãos,

através do “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Assim, cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS), ordenado por princípios de universalidade, integridade e equidade, representando uma conquista à população historicamente desassistida.

A promulgação do SUS só ocorreu em 1990, com a Lei 8080/90, sendo este período também marcado pela reorganização da rede de atenção básica, através da criação do Programa Saúde da Família (PSF)¹, cuja proposta se constituiu em um novo paradigma às práticas de saúde. Os profissionais da atenção básica, no bojo do ESF, passam a intervir no processo saúde/doença dentro do território, buscando compreender o adoecimento a partir das condições objetivas e subjetivas de vida dos sujeitos, em uma dimensão globalizante (ROSA e LABATE, 2005).

O surgimento do PSF na década de 90, apoiado pelo Ministério da Saúde, reflete a tendência de valorização da família na agenda das políticas sociais brasileiras. Não é um atendimento simplificado, pelo contrário, é uma expansão da atenção primária à saúde em direção à incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população e, principalmente, dos grupos mais vulneráveis (ROSA e LABATE, 2005, p.1031).

Embora se tenha mudado conceitos e reformulado ações, aproximando os profissionais do meio comunitário e familiar, a tendência que se delineia é alvo de crítica por diversos autores do campo das ciências sociais, pois se entende que esse processo apresenta lacunas que sustentam as práticas sociais conservadoras.

A autora Sarti (2010) traz à tona essa discussão quando problematiza a organização e operacionalização do ESF. Segundo esta estudiosa, a família é compreendida no seio do ESF de forma naturalizada, cuja noção se fundamenta na estrutura nuclear/biológica, que se reproduz na atuação profissional e assistência à saúde. Com base nesta categorização, as ações de saúde não dão conta de compreender a realidade concreta dos sujeitos, dada a heterogeneidade de arranjos e organizações que envolvem a família e as distintas implicações que abrangem o processo de saúde/doença, que não se limita ao contexto físico (casa), mas suas relações comunitárias, familiares, ou seja, a rede de apoio e proteção que estes acessam. A

¹ O Programa Saúde da Família (PSF) é conhecido atualmente como Estratégia de Saúde da Família, por não se tratar de um programa, mas sim uma estratégia para reorganizar a atenção básica de saúde.

concepção atomizada de família empobrece as ações do ESF e o “seu alcance por não considerar as manifestações locais dos problemas de saúde” (ROSA e LABATE, 2005, p.1031).

Além disso, destaca-se outro problema identificado na proposta do ESF, que se constitui na ideia de que as ações estejam mais voltadas para o caráter “higienista” do que “sanitarista” (ROSA e LABATE, 2005), pois ainda persiste nas práticas de saúde uma intervenção de vigilância e controle educativo dos sujeitos. O Estado neoliberal, cada vez mais, invade a vida privada das pessoas, controlando o que comem, como cuidam dos seus filhos, da casa, estabelecendo o que pode ou não fazer e como deve ser feito, para conservar uma vida saudável e de qualidade. É com essas e outras questões que Campos e Garcia (2007, p.100) afirmam que a família neste contexto é compreendida apenas como “unidade funcional para o atendimento, não havendo um olhar que permita a sua diferenciação, identificação ou problematização”.

Essa discussão se faz necessária, pois reforça o papel ativo das mulheres no cuidado de seus “doentes”; estas assumem a responsabilidade na promoção do cuidado e da qualidade de vida de sua parentela. Desse modo, entende-se que, apesar dos avanços e inclusão feminina ao mercado de trabalho, a mulher na sociedade contemporânea ainda exerce o papel primordial na proteção social não contributiva, permanecendo no imaginário social como mãe, cuidadora, protetora, disciplinadora.

Interessa-nos, em especial, identificar e relacionar a família no campo da saúde mental, pois, a família é chamada a ocupar a centralidade no cuidado aos sujeitos com transtornos mentais, a partir do processo de desinstitucionalização consolidado pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica.

A Reforma Psiquiátrica assegura novas práticas na maneira de pensar e lidar com a questão da “loucura”, garantindo assim os direitos básicos de liberdade e convívio social de pessoas com problemas de saúde mental, através do processo de desinstitucionalização. Com esta perspectiva, a atual política institui um novo parâmetro no tratamento em saúde mental, cujas ações são direcionadas ao movimento de inclusão, preconizando a reconstrução dos vínculos afetivos e sociais fragilizados pelo modelo hospitalocêntrico.

A desinstitucionalização põe fim ao tratamento desumano e violento ocorrido no interior dos hospitais psiquiátricos, denominada por Goffman (2008) como “instituições totais”, por sequestrarem todos os aspectos da vida dos sujeitos, já que estes não possuem mais autonomia para expressar seus sentimentos e tomar as decisões em relação a sua própria vida. Todavia, esse processo não atinge somente o sujeito com transtorno mental, mas as famílias que passam a enfrentar barreiras sociais objetivas (aumento dos gastos econômicos, acúmulo de tarefas, fragilizações dos laços relacionais) e subjetivas (medo, insegurança, sentimento de culpa, hostilidade).

Alguns estudos apontam que o conceito de desinstitucionalização é compreendido por muitos gestores pura e simplesmente como processo de desospitalização, repercutindo na formulação de serviços substitutos alicerçada no modelo biomédico, que não dá ênfase na intervenção junto ao meio social e comunitário, mas sim no indivíduo e em sua família, sendo o “adoecimento” justificado através dos aspectos biológicos, (herança genética, deficiência nos gêneses) e na desestrutura familiar (no caso da dependência química). Neste sentido, Gonçalves e Senna (2001, p.50) nos alertam para o fato de que a

desinstitucionalização não se restringe à substituição do hospital por um aparato de cuidados externos envolvendo prioritariamente questões de caráter técnico -administrativo -assistencial como a aplicação de recursos na criação de serviços substitutivos. Envolve questões do campo jurídico-político e sociocultural. Exige que, de fato haja um deslocamento das práticas psiquiátricas para práticas de cuidado realizadas na comunidade.

A desinstitucionalização inclui a família como agente privilegiado no tratamento em saúde mental, mas ainda carece de estratégias que ajudem a aliviar sua sobrecarga. Desse modo, Soares e Munari (2013, p. 361) afirmam que

no atual contexto o processo de desinstitucionalização ainda não consegue abarcar a demanda da população, atravessar a porta dos serviços substitutivos e expandir espaços terapêuticos para oferecer o apoio necessário ao cuidado do portador de transtorno mental na família.

A partir dessas considerações entende-se que a política de saúde mental, através da desinstitucionalização, reforça o papel social da família na incumbência pelo sucesso ou fracasso de seus membros, uma vez que reporta a rede familiar como instância essencial no acolhimento, na participação, acompanhamento e cuidado junto aos

serviços públicos, a fim de evitar o retrocesso biopsicossocial do sujeito adoecido, sendo também culpabilizada quando os procedimentos delineados não acontecem ou falham.

Não se nega a importância da participação familiar no cuidado das pessoas com transtorno psíquico, porém é importante também salientar que esta encontra dificuldades no convívio cotidiano junto a esses sujeitos, que possuem comportamentos socialmente inaceitáveis, colocando um desafio constante na relação da família com o familiar “adoecido”. É ela que, ao lado dos sujeitos com transtornos mentais, sofre os preconceitos, a discriminação, as dificuldades de reinserção social e mazelas de uma sociedade desigual.

Lidar com a “loucura” e também com os efeitos do uso/abuso de substâncias psicoativas no contexto domiciliar é um dilema na sociedade contemporânea, pois não somos “educados” a aceitar e interagir com as diferenças, mas sim evita-las, por nos colocar em uma situação de desconforto e reacender as concepções preconceituosas acerca desse fenômeno. Assim, deve-se considerar que a família exerce simultaneamente influências positivas no desenvolvimento biopsicossocial dos sujeitos, mas também adoecem, projetam estereótipos, preconceitos e promovem práticas de violência e violação de direitos em seu âmbito.

A atual política de saúde deixa claro no art. 2º, inciso II, da Lei 8080/90 que o “dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade” em garantir a saúde. Contudo, a fragilidade dos serviços de saúde evidencia a contradição presente na participação familiar como instituição central no sistema de proteção social brasileiro, diante da atuação imediatista e focalizada do Estado e das lacunas nas políticas públicas em torno da família que provocam sua vulnerabilidade social e econômica e concomitantemente sua sobrecarga, dificultando o cumprimento do que se espera como suas funções. As famílias são, em grande parte, culpabilizadas e responsabilizadas por sua “incapacidade” material e subjetiva em prover sua qualidade de vida, todavia não se investe suficientemente em atenção primária, em uma rede que de suporte necessário no cuidado de seu familiar, violando os direitos da família, do indivíduo e em sua qualidade de vida social e pessoal.

A intenção aqui não é negar os avanços que o ESF e o processo de desinstitucionalização imprimiram no atual cenário das políticas de saúde/saúde mental brasileira, mas sim trazer ao âmbito público elementos para refletir e problematizar como esta se operacionaliza na cotidianidade e particularmente na vida das famílias, considerando o fato de estarem alicerçada em uma perspectiva “familista”, servindo como estratégia de reduzir a dependência dos sujeitos em relação aos serviços.

CAPÍTULO II

A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM FLORIANÓPOLIS/SC

2.1 UMA APROXIMAÇÃO COM O UNIVERSO DE PESQUISA

A Lei n. 8.080/90, bem como a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96), atribui aos municípios o papel principal no poder e responsabilidade de definir, gerir e executar as ações de saúde no âmbito de seu território. Esta ênfase na descentralização para os municípios está prevista desde a Constituição de 1988, que preconiza no art. 204, inciso I: “a descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social”, proporcionando assim, a autonomia destas em administrar, coordenar, planejar os recursos disponíveis, a fim de ampliar os direitos sociais à população atendida.

Em relação ao município de Florianópolis, foi a partir da NOB/96 que este adere a modalidade de gestão plena em atenção básica, responsabilizando-se pelos serviços de atenção primária no âmbito municipal. Essa condição permanece até o ano de 2007, quando o município ampliou seus serviços para a média e alta complexidade, assumindo novas atribuições e competências diante do Pacto de saúde.

Desse modo, a rede de saúde física do município passa a ser composta por 130 unidades de saúde municipais, geridas prioritariamente pelo setor público nas distintas modalidades de complexidade. Sua estrutura está elencada no quadro 1, a seguir:

Quadro 1 - Rede de Saúde Física de Florianópolis/SC

| Tipo de Estabelecimento | Total | Municipal | Estadual | Dupla |
|---|-------|-----------|----------|-------|
| CENTRAL DE REGULACAO | 7 | 6 | 1 | 0 |
| CENTRAL DE REGULACAO MEDICA DAS URGENCIAS | 1 | 0 | 1 | 0 |
| CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL | 4 | 4 | 0 | 0 |
| CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA | 51 | 50 | 1 | 0 |
| CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE | 19 | 16 | 2 | 1 |
| FARMACIA | 2 | 2 | 0 | 0 |
| HOSPITAL ESPECIALIZADO | 3 | 2 | 1 | 0 |
| HOSPITAL GERAL | 8 | 2 | 4 | 2 |
| POLICLINICA | 1 | 1 | 0 | 0 |
| PRONTO ATENDIMENTO | 2 | 2 | 0 | 0 |
| SECRETARIA DE SAUDE | 7 | 6 | 1 | 0 |
| TELESSAUDE | 1 | 0 | 1 | 0 |
| UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO) | 35 | 30 | 4 | 1 |
| UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE | 3 | 3 | 0 | 0 |
| UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSPITALAR NA AREA DE URGENCIA | 9 | 4 | 5 | 0 |
| UNIDADE MOVEL TERRESTRE | 2 | 2 | 0 | 0 |
| Total | 155 | 130 | 21 | 4 |

Fonte: Relatório de Gestão Municipal de Saúde (FLORIANÓPOLIS, 2013, p. 6)

Para atender a população residente no município de Florianópolis e dos demais municípios², a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) organiza suas ações de saúde em cinco distritos sanitários (norte, sul, leste, continente e centro), de forma regionalizada e hierárquica, favorecendo um conhecimento integral do processo de saúde de cada localidade. Os distritos têm como função e responsabilidade coordenar as atividades desenvolvidas pelas unidades de saúde de sua abrangência, incluindo as intervenções de vigilância epidemiológica, sanitária, nutricional e de saúde do trabalhador.

² O município de Florianópolis constitui-se atualmente como referência aos serviços de saúde da alta complexidade não somente para os residentes de Florianópolis, mas para os demais municípios do Estado. Ressalta-se que o atendimento não se aplica à atenção básica, seu atendimento continua restrito aos moradores do município, de acordo com a organização dos distritos sanitários.

Cada distrito, no que se refere a atenção básica, é composto por uma equipe de ESF e outra de Saúde Mental, esta composta por psiquiatras e psicólogos, que integram o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) objetivando a promoção, prevenção, reabilitação da população de seu território nos serviços da Unidade Básica de Saúde (UBS).

Para casos que ultrapassam esta intervenção, o SUS prevê as ações de média complexidade, realizadas pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Policlínicas e pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), consolidada através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços de referência para casos que necessitem de cuidado intensivo e de reinserção psicossocial, organizando o fluxo e o processo de trabalho na relação transversal entre os serviços de saúde.

Diante do exposto, cabe destacar que no âmbito da União, a política de saúde mental do SUS desenvolve suas ações baseada na RAPS, regulamentada pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, cujo objetivo é:

- ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- promover a vinculação das pessoas em sofrimento psíquico (transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de drogas) e suas famílias aos pontos de atenção das redes de saúde no território;
- garantir a articulação e integração desses pontos de atenção, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências;
- reduzir danos provocados pelo consumo de drogas e desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;
- promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);
- prevenir o consumo e a dependência de drogas (álcool, crack e outras drogas);
- produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede.
- promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia;
- promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;
- regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial;

- monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

Assim, conforme descrito, a RAPS integra as Redes Regionais de Atenção à Saúde, sendo elas:

I - Atenção Básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Unidade Básica de Saúde: 1. Equipes de Atenção Básica; 2. Equipes de Atenção Básica para populações específicas: 2.1. Equipe de Consultório na Rua; 2.2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; 3. Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.

b) Centros de Convivência e Cultura;

II - Atenção Psicossocial, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

III - Atenção de Urgência e Emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) SAMU 192; b) Sala de Estabilização; c) UPA 24 horas; d) Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro em Hospital Geral; e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade de Acolhimento; b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;

V - Atenção Hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Leitos de psiquiatria em hospital geral b) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral);

VI - Estratégias de Desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção: a) Serviços Residenciais Terapêuticos;

VII - Estratégias de Reabilitação Psicossocial a) Iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

Os CAPS se constituem como instrumentos prioritários das mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica e realizam em seu bojo a assistência em saúde mental dentro de uma perspectiva de integralidade, universalidade e equidade, visando a reinserção do usuário na sociedade, por meio do cuidado e atenção em saúde mental na comunidade. Estes são responsáveis pela organização da rede de serviços em saúde mental de seu território, dando suporte e supervisionando a atenção de saúde mental da rede básica, o PSF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); regulamentando a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental; coordenando junto com o gestor

local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem em seu território.

A Portaria n. 336, de 2002 do Ministério da Saúde define as modalidades e as funções dos CAPS por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. *CAPS I*: para atendimento em municípios com população entre 20 e 70 mil habitantes. Funciona no período das 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana. A equipe mínima para atendimento de 20 usuários por turno é composta por um médico com formação em saúde mental, um enfermeiro, três profissionais de nível superior – entre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico – e quatro profissionais de nível médio – técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. *CAPS II*: é previsto para atendimento em municípios com população entre 70 e 200 mil habitantes, além dos dois turnos, podem comportar um terceiro, até às 21 horas. Para atendimento de 30 usuários por turno, tendo como limite máximo quarenta e cinco usuários/dia, em regime intensivo a equipe mínima exigida é formada por um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior e seis profissionais de nível médio. *CAPS III*: destinado para atendimento em municípios com população acima de 200 mil habitantes. Constitui-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e fins de semana. Para atendimento de pacientes por turno a equipe técnica é constituída por dois médicos psiquiatras, um enfermeiro com formação em saúde mental, cinco profissionais de nível superior e oito de nível médio. *CAPS i (infanto-juvenil)*: o atendimento é destinado a crianças e adolescentes, em uma população de cerca de 200 mil habitantes. A equipe técnica é a mesma do CAPS II, porém somada pelo médico Pediatra. *CAPS ad (álcool e drogas)*: previsto para atendimento a usuários com transtornos decorrentes ao uso/abuso de substâncias psicoativas e dependência química, em municípios com população superior a 70 mil habitantes. Funciona das 8 às 18 horas, em dois turnos, podendo comportar um terceiro turno até às 21 horas, de segunda à sexta-feira. A equipe para atendimento a 25 usuários, por turno, é de um médico psiquiatra; um enfermeiro com formação em saúde

mental; um médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; quatro profissionais de nível superior e seis de nível médio.

Atualmente o município de Florianópolis conta com quatro CAPS: um infantil (bairro Agronômica), um adulto (bairro Agronômica) e dois ad para pessoas com problemas relacionados ao uso/abuso de álcool e outras drogas (bairros Estreito e Pantanal). O acompanhamento aos usuários nesses dispositivos pode ocorrer de forma intensiva, semi-intensiva e não intensiva, dentro dos limites quantitativos. Define-se como atendimento intensivo aquele voltado a sujeitos que necessitam, devido ao seu quadro clínico, de acompanhamento diário; o semi-intensivo para usuários que necessitam de atendimento frequente, mas não precisam estar diariamente no CAPS; e o não intensivo que pode ter uma frequência menor e talvez apenas para consulta (BRASIL, 2002).

Segundo Protocolo de Saúde Mental de Florianópolis, o

projeto técnico do CAPS visa singularizar a atenção prestada, tendo estabelecido Projetos Terapêuticos individuais, acompanhados por mini-equipes regionalizadas para cada usuário, no sentido de construir conjuntamente uma proposta e um contrato de atendimento que vise projetos de saúde e inserção social, estabelecendo metas a serem buscadas pelo usuário com a mediação do serviço.

De acordo com a SMS, a rede de serviços em saúde mental de Florianópolis encontra-se em processo de construção, não existindo uma rede integrada com serviços que atendam as distintas complexidades de saúde mental. Nota-se, portanto, a fragilidade no atendimento ofertado a esses usuários, já que a falta de serviços essenciais como emergências psiquiátricas e leitos psiquiátricos em hospitais gerais, favorece a permanência de hospitais psiquiátricos e do sistema assistencial não inclusivo. Na Grande Florianópolis atualmente ainda temos o Instituto de Psiquiatria (IPq), sendo este o principal aparelho de internação psiquiátrica presente no Estado de Santa Catarina direcionado à pessoas com transtorno psíquico que apresentam riscos para si e para os outros e/ou esgotem as possibilidades de tratamento extra-hospitalar.

Ao remetermos para a realidade dos sujeitos que fazem uso/abuso de substâncias psicoativas, ressaltam-se também outros dispositivos do terceiro setor que oferecem o tratamento asilar, como exemplo as comunidades terapêuticas, que desenvolvem o

trabalho pautado na disciplina e religião como elemento primordial para o equilíbrio e harmonia dos sujeitos com sofrimento psíquico. Nestes espaços, os sujeitos são isolados da sociedade para curar o corpo, a mente e o espírito, a fim de retornar para o convívio social, “limpos e purificados”.

A partir desta breve contextualização interessa-nos, em especial, identificar e situar a respeito da atuação do CAPS ad, considerando este um dispositivo de saúde pública que atua diretamente na vida cotidiana das famílias de pessoas com problemas relacionados ao uso/abuso e de tratamento da dependência química. Busca-se no item seguinte compreender como está estruturado este serviço e as implicações do tratamento na vida dessas famílias, tendo como parâmetro de análise as ações desempenhadas no âmbito do CAPS ad Continente, que se constitui como referência no atendimento aos moradores da região centro-continente do município de Florianópolis.

2.2 CAPS ad CONTINENTE

Os CAPS ad são serviços públicos ambulatoriais do SUS, destinados a acolher usuários com problemas relacionados ao uso/abuso de substâncias psicoativas. Criados em 2002 pela Portaria G/M nº 336, oferecem atendimento clínico e social aberto à população no âmbito de seu território.

O trabalho no CAPS ad pode ser descrito como um novo paradigma nas formas de tratamento ao uso de drogas, pois este deve concentrar o foco do cuidado nos sujeitos, respeitando sua singularidade, através de ações éticas e terapêuticas que contemplem a integralidade do sujeito, bem como os diferentes padrões de consumo e de tratamento, para além da abstinência e da segregação social.

Ao discutir sobre o papel do CAPS ad é importante considerar a construção moral e social em torno das drogas, pois esta atravessa as formas de tratamento, que se consolidam de maneira distinta, marcada pelos diferentes contextos e horizontes culturais, sociais, políticos de determinada época. No início da Revolução Industrial, por exemplo, Trad (2010, p. 180) afirma que

o Estado tinha uma postura liberal diante do uso de drogas, creditando aos controles informais e ao autocontrole a responsabilidade por administrar o uso controlado. Não obstante, na passagem para a sociedade urbano-industrial a medicina científica moderna, como instituição social, e o Estado se firmaram como instâncias máximas na regulação das drogas e também dos usuários, fundamentando o chamado “modelo proibicionista de drogas”.

O proibicionismo representa a criação de estratégias de repressão e interdição do consumo de determinadas substâncias, a partir da relação do uso com as situações problemas como acidentes automobilísticos e violência doméstica. Teve início nas décadas de 1920/30, nos Estados Unidos com a “Lei Seca”, que proibia, através de uma emenda constitucional, o consumo de todas as bebidas alcoólicas no país. Ao longo do século XX esta condição se estendeu para outros países, tornando-se uma política mundial sustentada por acordos e tratados internacionais.

O discurso proibicionista recai hoje no Brasil sobre as drogas ilícitas (maconha, crack, cocaína e outras), ancorado a uma visão moral/religiosa do bem *versus* mal, da saúde pública *versus* doença, da segurança *versus* a criminalidade, produzindo preconceitos e estereótipos aos usuários e concomitantemente às suas famílias. Apesar de todas as modificações, a partir da Política Nacional sobre Drogas (2005), em relação às drogas em nossa sociedade, o consumo de substâncias psicoativas ainda permanece no imaginário social como desvio de caráter, malandragem, vagabundagem e outros, mantendo a demonização dessas substâncias.

Contudo, evidenciam-se atualmente diferentes classificações em relação às drogas - compreendida como qualquer substância que altere as funções normais do organismo: a da indústria farmacêutica, as lícitas (álcool, tabaco e alguns países a maconha) e ilícitas, o que impulsiona distintas formas de tratamento social aos usuários. Como afirma Henrique Carneiro (2014, p. 27):

O consumidor de maconha, por exemplo, é taxado de criminoso, mesmo que faça um uso ocasional. Mas o consumidor de tabaco, que em muitos aspectos provoca mais danos à saúde do que a maconha, é visto apenas como alguém que precisa de sua droga e que, no máximo, pode incomodar aos outros se consumir em lugares fechados e públicos. O alcoolista é visto como um doente, mas o apreciador de vinho, cerveja ou uísque é considerado um gastrônomo ou um gourmet. Quem usa remédios psicoativos da indústria

farmacêutica, mesmo que excessivamente, não é visto como um “drogado”, mas alguém que toma “remédios”.

Os estigmas e preconceitos em torno das drogas, principalmente as ilícitas, perpassam o trabalho do CAPS ad, pois os sujeitos, não raramente, internalizam esses estereótipos e não acreditam na “cura” e/ou no progresso de seu tratamento, o que dificulta a permanência destes na instituição e no comprometimento com seu projeto terapêutico individual. Além disso, o olhar da sociedade para os dependentes químicos impede que os preconceitos sejam rompidos e que, de fato, a sociedade reconheça essas pessoas como sujeitos de direitos, tendo serviços qualitativos que favoreçam o acesso à saúde.

De acordo com a OMS a dependência química é uma doença crônica, progressista, entretanto, passível de tratamento. Questiono, neste sentido, como trabalhar com a perspectiva de que não tem mais jeito, que algo não pode ser mudado? Como trabalhar com as famílias sob essa perspectiva? Alguns estudos na área da psicologia compreendem a dependência química não como doença crônica, mas, sim, um sintoma ocasionado pelo adoecimento social e psíquico do ser humano. Compactuo com esta ideia, pois compreendo que as formas de interação do homem com a sociedade propiciam o adoecimento, que pode ser expresso de várias maneiras, sejam elas físicas, psíquicas ou sociais, como no caso da dependência química, que se constitui como reflexo do adoecimento da sociedade, diante da precariedade das condições de trabalho, das desigualdades sociais, dos padrões societários que impõem a ideologia de que tudo aquilo que é diferente é desvio, doente, falho e deficiente.

Através do processo de estágio supervisionado I em Serviço Social, realizado no segundo semestre do ano de 2014, houve a aproximação com a atuação profissional e a dinâmica do CAPS ad Continente - Florianópolis, criado em 2005, cujo público alvo são crianças e adolescentes com problemas relacionados ao consumo de drogas. Contudo, devido à crescente demanda em sua abrangência, o CAPS ad ampliou o atendimento para a população adulta em 2006.

O acesso ao serviço é universal e igualitário, podendo ocorrer por demanda espontânea, encaminhamento pelas unidades de saúde ou determinação jurídica. Em conformidade com o Ministério da Saúde, o CAPS ad oferece atendimento diário aos

usuários, respeitando as particularidades e necessidades de cada sujeito, permitindo o planejamento terapêutico individual e desenvolvendo suas ações de maneira integrada com a rede de serviços, como ESF e NASF.

A equipe do CAPS ad Continente é multiprofissional, composta por um médico clínico, um psiquiatra, um psicólogo, um assistente social, dois enfermeiros, três técnicos de enfermagem, um farmacêutico, um educador artístico, um auxiliar de serviços gerais, um vigilante e um auxiliar administrativo. A intervenção é pensada em uma atuação interdisciplinar, através do processo democrático e participativo dos envolvidos, não existindo aparentemente neste âmbito uma superioridade de saber e sim a integração dos mesmos. Todavia, na prática cotidiana do CAPS ad Continente o saber médico é predominante, cuja expressão se dá através da grande procura por parte dos usuários e também pelos demais profissionais do serviço por este profissional.

A intervenção institucional busca contemplar não apenas o tratamento clínico, mas o alívio do sofrimento, seja ele de natureza clínica, psíquica ou social, livre de qualquer discriminação, considerando que os efeitos e a dependência química são produto de uma “relação triangular entre o sujeito, a substância e o contexto” (TRAD, 2010, p.184). Neste sentido, desenvolvem-se atividades diárias de acordo com as propostas da equipe como atendimento individual, atendimento em grupos, atendimento aos familiares, reuniões semanais com as equipes de referência³ e usuários, assembleia e visitas domiciliares. Além disso, possui alguns leitos de desintoxicação ambulatorial para casos menos graves que chegam ao serviço, isto é, para aqueles que estejam intoxicados ou com quadros de abstinência.

Nota-se que a intervenção do CAPS ad junto aos dependentes químicos se respalda no respeito às diferenças e as escolhas que os sujeitos fazem em relação a sua própria vida. A atuação não está pautada em remover a doença ou recuperar a pessoa, mas sim criar estratégias para o enfrentamento dos prejuízos ocasionados por um determinado padrão de consumo, dentro de um modelo de atenção que rejeita as ações de isolamento ou tutela. Dessa forma, o tratamento terapêutico no CAPS ad é traçado

³Equipe de Referência: Refere-se a equipe técnica responsáveis pelos sujeitos de uma determinada localidade, quando o usuário necessita de algo ele recorre a esta equipe que tem conhecimento maior da demanda desses usuários. Quando este necessita de um atendimento com assistente social, consulta com psicólogo, psiquiátrica e demais especialidades é nesta reunião que este tem a oportunidade de levantar estas questões.

somente quando o dependente químico procura e aceita realizá-lo, negando qualquer forma de poder e autoritarismo.

O planejamento institucional do CAPS ad Continente, conforme documento institucional (FLORIANÓPOLIS, 2012), estabelece cinco matrizes de intervenção aos profissionais do serviço com os seguintes objetivos e ações:

1. Promover a reinserção social, suas ações referem-se à articulação de parcerias com espaços culturais, realização de trajetos culturais com os “pacientes”, promover passeios terapêuticos, eventos comunitários e desenvolvendo a reinserção social do grupo.
2. Realizar gestão dos recursos de maneira eficiente, neste eixo as ações são: estabelecer atenção multiprofissional para pacientes com risco, realizar busca ativa de pacientes egressos de internação, realizar busca ativa de pacientes em abandono de projeto terapêutico, monitorar mensalmente a adesão dos pacientes, adequar a modalidade da RAAS⁴ ao projeto terapêutico efetivo do paciente e encerrar as RAAS conforme critérios estabelecidos.
3. Ofertar serviços de saúde em tempo adequado, de acordo com as necessidades em saúde. Ações: reservar nas agendas horários de avaliação inicial, realizar avaliação inicial pela equipe de referência em até sete dias da data do acolhimento.
4. Efetivar a Política Municipal de Educação Permanente em Saúde, a partir das necessidades do território. Ação: Realizar reuniões de equipe semanalmente, registrar em ata os casos clínicos discutidos nas reuniões; levantar bibliografia necessária para compor a biblioteca; solicitar a compra dos livros à gerência de CAPS; facilitar a liberação dos servidores para participação em eventos científicos e implementar mecanismo sistemático para compartilhamento das experiências e conhecimentos obtidos em atividades de educação permanente (simpósios, congressos, curso, etc.).
5. Realizar sistematicamente o planejamento estratégico, considerando os determinantes de saúde e as informações de vigilância em saúde, monitorando e avaliando as ações. Ação: Registrar mensalmente as datas de início das ações no livro de planejamento; atualizar mensalmente a situação das ações no livro de planejamento.

É visando estes objetivos e amparados pelas leis que o CAPS ad busca a integralidade dos sujeitos, a fim de contribuir com seu bem-estar e sua reinserção social, através do acesso aos direitos básicos como: alimentação, lazer, educação, saúde, desenvolvendo em seu âmbito, atividades culturais e físicas, dinâmicas em grupo, atendimento individuais, além de dispor no local de refeições diárias, acesso a medicamentos e alternativas para a inclusão nos espaços públicos.

Ao buscar atendimento no CAPS ad o usuário primeiramente passa pelo acolhimento, que é a etapa inicial do processo e de fundamental importância, pois cabe

⁴ RAAS - Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde tem como objetivo “incluir as necessidades relacionadas ao monitoramento das ações e serviços de saúde, conformados em Redes de Atenção à saúde”. (BRASIL, 2012).

ao profissional mobilizar a pessoa dependente e construir uma rede de apoio ao seu tratamento. Neste processo revelam-se elementos importantes para o diagnóstico e avaliação tanto do paciente quanto da família. Quando a procura parte da família, mediante o desejo de internação ao dependente químico, a instituição faz o acolhimento, entretanto, orienta que o usuário deve procurar o serviço para passar por uma avaliação psicológica, verificando assim, a necessidade de internação ou não. Destaca-se que a internação só ocorre quando há uma aceitação do dependente químico.

Após traçar o projeto terapêutico individual, o usuário deve passar por uma avaliação inicial com um técnico da equipe de referência; nesta avaliação os técnicos têm maior conhecimento da realidade deste usuário, podendo refletir em estratégias para assegurar a qualidade de vida deste sujeito. Cabe destacar que, apesar de ser uma demanda atribuída a todos os profissionais com nível superior, na realidade do CAPS ad Continente, esta avaliação recaía em grande parte aos profissionais da área psiquiátrica.

As pessoas em tratamento no CAPS ad Continente têm a possibilidade de participar dos grupos: bom dia, motivacional, artesanato, assembleia dos usuários, tabagismo, trajetos culturais, relaxamento, pesca, falando sobre sentimentos, grupo de reinserção social e grupo de família. O primeiro grupo constitui-se como primeira atividade do dia. É neste espaço que os profissionais expõem as regras do serviço, identificam os presentes, passam os avisos e verificam as demandas diárias dos usuários. O motivacional é voltado principalmente para aqueles que iniciaram seu projeto no CAPS ou retornaram ao serviço; são colocadas as dificuldades do processo de tratamento e pensadas estratégias para vencer a dependência. Este é desenvolvido pelo psicólogo e farmacêutico. O artesanato é para todos os usuários; são oferecidos neste espaço, sob orientação do educador artístico, pintura em madeira, confecção de mosaico, cerâmica entre outras atividades. A assembleia dos usuários é um espaço de controle social em relação ao serviço ofertado, ocorre uma vez na semana, estando presente no mínimo três profissionais. Neste, os usuários expõem suas reclamações, sugestões, possibilitando melhorar o serviço. O trajeto cultural é direcionado a todos os usuários do serviço, exceto aqueles que se encontram com alguma restrição conforme avaliação da equipe. Este objetiva proporcionar a reinserção dos usuários nos espaços públicos e resignificar a sua visão em relação ao prazer do lazer sem o uso de drogas. A

pesca é desenvolvida fora das mediações do CAPS ad, possibilitando aos usuários usufruir de um momento de lazer sem a dependência. A instituição oferece também o relaxamento entendido como ato de relaxar o corpo e a mente. O grupo falando de sentimentos é desenvolvido pelo psicólogo; trata-se de um grupo restrito, voltado principalmente para usuários que já fazem um longo período de tratamento no CAPS ad; é neste espaço que eles expõem suas emoções e sentimentos íntimos. Para aqueles que avançaram em relação ao seu tratamento, seja ele abstinência ou redução de danos, o CAPS ad oferece também o grupo de reinserção social. Este oferece informações de como se reinserir na sociedade, questões trabalhistas, de direitos, habitacional entre outras.

Sabe-se que neste processo de tratamento as pessoas envolvidas com os dependentes químicos, especialmente familiares, também são afetadas de várias formas, desenvolvendo em certos momentos sentimentos de vergonha, culpa, indignação, raiva, frustração, fragilizando e/ou rompendo os vínculos de solidariedade. Os desafios que se apresentam a família são diversos, principalmente pela dificuldade no convívio junto a esse sujeito que representa socialmente o “fracasso da família”, principalmente dos pais, em sua forma de educação, o que de certa forma está relacionado ao preconceito, discriminação cristalizados em nossa sociedade. Com este olhar, o CAPS ad presta assistência às famílias, semanalmente, por meio do grupo de apoio aos familiares, onde estes têm a oportunidade de serem ouvidos, de expor suas dificuldades cotidianas, buscando estratégias de proteção e amparo diante das adversidades.

2.3 SERVIÇO SOCIAL NO CAPS ad CONTINENTE

A perspectiva trazida pela Reforma Psiquiátrica direciona a atuação profissional do assistente social na busca de novas alternativas que contemplem a reinserção social, o exercício da cidadania e a garantia dos direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais, bem como daquelas que fazem uso/abuso de substâncias psicoativas, buscando romper com os estigmas e com o modelo de tratamento hegemônico, caracterizado pela segregação social e “passividade” dessas pessoas em relação ao controle de suas vidas. A atribuição do assistente social consiste em informar

sobre seus direitos e recursos que potencializem melhores condições de vida, assegurando o acesso ao tratamento adequado que respeite a singularidade de cada sujeito, livre de discriminação e julgamentos, promovendo a cidadania dos usuários.

Desse modo, Bisneto (2011) enfatiza que o Serviço Social nos serviços substitutos, condizentes com as propostas da Reforma Psiquiátrica, atua na perspectiva de contribuir para o melhor tratamento psiquiátrico aos usuários, visando à inclusão social daqueles que se encontram com seus vínculos fragilizados ou rompidos. Assim, o assistente social intervém quando:

Há uma potencialidade de ruptura do tratamento psiquiátrico por motivos sociais ou contextuais; 2) há uma potencialidade de ruptura em relação ao convívio social do portador de transtornos mentais que prejudique seu prognóstico; 3) há uma perda dos direitos básicos do usuário. (BISNETO, 2011, p.127)

Apesar das mudanças em torno da saúde mental e do Serviço Social com o movimento de reconceitualização profissional, a atuação do assistente social no campo da saúde mental permanece engessada nos parâmetros da psiquiatria tradicional onde “tudo aquilo que não é concebido como diretamente associado com o especificamente psíquico e somático (...) é empurrado nestas instituições para o Serviço Social e/ou, através dele, encaminhado para outras agências sociais, ou simplesmente negligenciado”. (VASCONCELOS, 2000, p. 188)

Dito isso, situa-se a atuação do assistente social no CAPS ad Continente, diante da conjuntura da psiquiatria renovada que visa a reabilitação psicossocial, através de ações que minimizem as mazelas decorrentes da “doença mental”, seja elas, biológica, psíquica ou social. Conforme documento institucional (FLORIANÓPOLIS, 2012) delimita-se como objetivos do Serviço Social na instituição:

- Planejar, elaborar e executar projetos e serviços;
- Identificar as demandas presentes numa perspectiva de totalidade, alargando as possibilidades de intervenção institucional;
- Viabilizar o acesso aos direitos, por meio das orientações sociais;
- Assegurar assistência qualificada aos usuários, entendendo-os como cidadãos de direitos;
- Fortalecer os vínculos familiares, sociais e comunitários;
- Contribuir na reinserção do usuário na sociedade, promovendo a autonomia dos mesmos.

De acordo com o documento institucional do CAPS ad Continente, o Serviço Social é responsável por duas das cinco matrizes elencadas anteriormente. A primeira tem por objetivo promover a reinserção social dos usuários, tendo por ação a promoção de passeios terapêuticos e o desenvolvimento do grupo de reinserção social. A segunda matriz refere-se à realização de gestão de recursos, sua ação pauta-se na realização de busca ativa dos usuários egressos de internação. Para além destas atribuições, o Serviço Social realiza também atividades multidisciplinares no contexto institucional (FLORIANÓPOLIS, 2012):

- Grupos de discussões: Proporcionam a mobilização e reflexão do grupo sobre determinado tema ou questão. São nestes espaços de socialização que se percebem as demandas coletivas. Os atendimentos coletivos ocorrem nos grupos desenvolvidos junto aos sujeitos, sendo eles: grupo de reinserção social, grupo de família, assembleia e bom dia.
- Visita domiciliar: Proporciona uma aproximação e conhecimento *in loco* das condições de vida da população usuária, da situação da família, buscando compreender a integralidade do sujeito e proporcionando os encaminhamentos necessários para a rede de serviços.
- Acolhimento: É o processo de acolher o sujeito desde o momento da inserção ao serviço e sua permanência no mesmo. É o momento de fortalecimento de vínculos da instituição com o usuário.

E exclusivas:

- Atendimentos individuais: Constitui-se como processo de comunicação direta do assistente social com o usuário, onde o mesmo expõe suas necessidades, frustrações e dúvidas referentes aos serviços, direitos e benefícios.
- Mapeamento de redes: refere-se ao contato telefônico com as unidades de saúde e outros segmentos, visando à articulação das políticas para atender o usuário na totalidade.

A partir da observação e acompanhamento dos atendimentos individuais, realizado no processo de estágio, constatou-se que grande parte da demanda que chega ao Serviço Social neste espaço ocupacional refere-se ao encaminhamento de providências e orientação social aos usuários, sendo predominante a obtenção de cesta básica, do Benefício de Prestação Continuada (BPC), e informações e encaminhamentos à aposentadoria. Ressalta-se que neste CAPS as demandas familiares chegam ao Serviço Social principalmente por meio do grupo de família, que é desenvolvido pelo assistente social e um enfermeiro.

Neste grupo, as orientações familiares pautam-se no esclarecimento biomédico acerca da dependência química e na reflexão de estratégias que tragam mudanças na vida em família. Assim, o assistente social se defronta com o desafio de não cair em uma intervenção psicoterapêutica e/ou psicanalítica em sua ação profissional e/ou de dar respostas imediatistas ao fenômeno com base nos aspectos biomédicos. De acordo com Bisneto (2011), os assistentes sociais, em grande parte das instituições de saúde mental, são responsáveis por grupos de discussão, principalmente aqueles voltados para os familiares dos usuários, para conscientização, esclarecimentos dos problemas referentes às pessoas com sofrimento psíquico. Todavia, conforme afirma o referido autor, a partir do Movimento de Reconceituação do Serviço Social na América Latina e debate contemporâneo acerca dos grupos operativos, as concepções de grupo atualmente não compõem o ensino-aprendizagem do Serviço Social brasileiro, repercutindo na precariedade de interlocução crítica do assistente social no âmbito da saúde mental.

Destaca-se que, nesse espaço, o trabalho do assistente social é desempenhado de maneira interdisciplinar e em rede. Através do mapeamento desta, a/o assistente social articula suas ações com as demais políticas, sendo elas: a Política de Assistência Social (disponibilidade de albergues e/ou casa de apoio e benefícios), a de Previdência Social (esclarecimentos previdenciários) e demais serviços da Política de Saúde, através de reuniões socioassistenciais com os representantes da equipe do Continente.

Desse modo, o trabalho do assistente social não pode ser “trilhado” de maneira isolada, pois atua diretamente nas relações sociais, no processo de interação do sujeito com o mundo. Tratando-se da dependência química, isto engloba diversos aspectos que só podem ser entendidos a partir de uma ação que contemple múltiplos saberes, a fim de compreender a realidade social do sujeito em sua integralidade. Assim, quando buscamos compreender os fenômenos nas suas múltiplas dimensões a tendência é não naturalizarmos tais situações, mas as entendermos em sua amplitude e complexidade.

CAPÍTULO III
FAMÍLIA, CUIDADO E PROTEÇÃO SOCIAL:
ESTUDO DE CASO NO CAPS AD CONTINENTE

3.1 VIVÊNCIA FAMILIAR COM A DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Durante o processo de estágio no CAPS ad Continente foi possível observar a importância do grupo de família para as famílias participantes, já que é neste âmbito que elas encontram apoio para enfrentar seus sentimentos, suas angústias, suas dúvidas e traçam novas estratégias para lidar com esse problema de saúde. É neste espaço coletivo que as famílias podem conhecer a dependência química sobre diversos aspectos, pois, apesar de ser um fenômeno mundial, ainda é pouco discutido, sendo sustentada por produções moralistas e estigmatizantes. Observou-se durante a participação no grupo de família relatos de familiares que já conviviam um longo período com pessoas que fazem uso prejudicial/abusivo de álcool e outras drogas, porém não sabiam mais como lidar com a situação; mães que buscavam respostas para a escolha de seus filhos e possíveis ações para ajudá-los a “sair das drogas” e aliviar seu sofrimento. Neste sentido, este capítulo visa “dar voz” a essas famílias, no que se refere à visão acerca dos efeitos sofridos no cotidiano familiar com a dependência química e a intervenção do poder público frente à dinâmica atual de tratamento na política de saúde.

Para a seleção das famílias participantes foi realizado inicialmente contato com o CAPS ad Continente, porém não foi possível convidá-las coletivamente. Assim, como já se tinha conhecimento de algumas das participantes do grupo de família, decorrente do estágio realizado na instituição, foi possível por meio de outras redes a aproximação com as famílias. Foram convidadas quatro famílias e somente uma recusou participar da pesquisa, devido à previsão de viagem no período da coleta de dados.

As participantes que manifestaram interesse de compor esse estudo foram contatadas individualmente e agendados os dias e horários para a realização das entrevistas. Assim entrevistamos três familiares cuidadores, do sexo feminino, com distintos graus de parentesco. As entrevistas ocorreram em locais diferentes,

determinados pelas cuidadoras, sendo duas no domicílio da participante, o que facilitou a exposição das informações, e outra, num espaço público. Para a realização das entrevistas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo clareza dos objetivos propostos e sigilo das informações.

A coleta de dados foi realizada no mês de julho de 2015, através de entrevista semiestruturada, contendo duas etapas. A primeira com questões relacionadas à composição familiar e caracterização pessoal do cuidador e do dependente químico; e a segunda corresponde a dinâmica familiar com o dependente químico e com a rede de serviços (sendo possível visualizar o roteiro na íntegra no anexo).

Segue abaixo uma breve apresentação das pessoas entrevistadas, cujos nomes são fictícios, respeitando o direito ao sigilo de suas identidades:

Maria - 65 anos, casada, concluiu o ensino superior e atualmente está aposentada. Seu filho Vinícius, solteiro, 35 anos, pai de dois filhos, estudou até a 8ª série do ensino fundamental; diagnosticado com dependência química, não está inserido no mercado de trabalho. Vinícius reside com os pais e um irmão mais velho. Atualmente Vinícius não faz mais tratamento no CAPS ad Continente, pois não reside no município de Florianópolis, porém Maria ainda permanece frequentando o grupo de família.

Dina - 63 anos, estudou até o primário, viúva, aposentada e reside com sete familiares (três filhos, um genro e dois netos). Seu filho Carlos, solteiro, 35 anos, estudou até o 2º ano do ensino médio, atualmente não faz uso de drogas, porém devido à dependência química, desenvolveu esquizofrenia. Carlos nunca frequentou o CAPS ad Continente, mas Dina participa das atividades do CAPS.

Fabiana - 51 anos, ensino fundamental completo, casada e trabalha como copeira. Seu sobrinho Diego, solteiro, 25 anos, concluiu o ensino médio e frequentou o CAPS ad Continente quando tinha 15 anos. Neste período residia com o pai e com demais familiares que moravam no mesmo terreno. Atualmente Diego e Fabiana não utilizam mais os serviços do CAPS.

O quadro abaixo caracteriza os participantes da pesquisa em relação à idade, estado civil, grau de escolaridade, profissão, vínculo com pessoa adoecida e comorbidades.

Quadro 2 – Caracterização dos participantes da pesquisa

| Nome das cuidadoras | Idade | Estado civil | Escolaridade | Profissão | Pessoa adoecida | Comorbidades |
|---------------------|-------|--------------|-----------------------|------------|------------------|-------------------------|
| Maria | 65 | casada | superior completo | Advogada | Vinícius (filho) | Sem outras comorbidades |
| Dina | 63 | viúva | Fundamental completo | Aposentada | Carlos (filho) | Esquizofrenia |
| Fabiana | 51 | casada | ensino médio completo | Copeira | Diego (sobrinho) | Sem outras comorbidades |

O grupo participante da pesquisa foi constituído por familiares consanguíneos do sexo feminino, o que reitera a discussão apresentada no capítulo 1º, deste estudo, em relação a posição da mulher como sujeito principal da família no cuidado e proteção de seus membros. As participantes possuem grau de parentesco diferente, sendo duas mães e uma tia. A faixa etária das cuidadoras concentra-se na população adulta e idosa, variando entre 51 a 65 anos. Em relação aos dependentes, o gênero predominante foi o sexo masculino, com idade atual de 25 a 35 anos, que iniciaram o uso/abuso de substâncias psicoativas na adolescência; são solteiros e apenas um não concluiu o ensino médio. Um reside com os pais e dois residem somente com a mãe.

A dependência química ocasiona na vida dos sujeitos diversas vulnerabilidades que dificultam a convivência familiar, bem como a tarefa da família em assegurar a qualidade de vida e reprodução social de seus membros. A fim de compreender aspectos dessa realidade, indagou-se acerca da rotina familiar antes e depois da dependência química de seu familiar. Neste sentido, os relatos evidenciam a referência de vida “normal” e “natural”, e como podemos observar também marcadas por conflitos. A dependência química mostra-se um momento difícil, de alterações e rupturas para as famílias.

Maria - Era normal, normal! Não havia assim... atritos maiores na família. Uma família nunca é pura e simplesmente momentos de mar de rosas, sempre tem suas divergências. E agora, depois da dependência química, dificultou o convívio, uns são contra, outros a favor, uns tem pena e a gente como pai e mãe ficamos divididos: se agrada um, desagrada outro, se acolhe recebe crítica; se põe na rua recebe crítica também, é bem difícil. Eu e meu marido conseguimos agir de certa forma normal, mas com certa vigilância com o dinheiro e cartões de crédito... o que é normal! mas deixamos em casa sozinho. Já o meu filho mais velho, ele tranca o quarto com chave e o rapaz percebe isso e se sente mal, se sente humilhado... e fala que o irmão tem

medo que ele roube, que mexa nas coisas dele... é uma discriminação! pra você vê que a discriminação começa dentro de casa, na própria família.

Dina - O Carlos, antes da dependência química, era estudante, ele ajudava no ferro velho da família, a gente passeava e trabalhava. Depois que ele começou a usar drogas, largou os estudos, parou de ajudar a gente e outra coisa ele ficou uma pessoa... não podia ver nada que ele mexia, principalmente, em casa e vivia na rua. A gente deixou de passear porque tinha dias que ele não estava em casa, daí não podíamos sair e deixar ele sozinho. Ficamos com a vida social trancada! É a vida social ficou bem trancada. Meu outro filho passou muita dificuldade porque ele estudava, daí Carlos chegava no meio da noite e entrava - saía, entrava - saía e acendia luz, ele não conseguia acordar no horário, pois o Carlos não deixava a gente dormir; a família inteira não dormia, nem comia direito, porque tinha dia que a polícia estava aqui, a gente pensava que a polícia vinha para uma coisa... às vezes a polícia vinha pra ajudar a gente, para nos auxiliar, e a gente quando via a polícia se assustava, não estávamos acostumados com essa situação, sabe?

Fabiana - Era natural, brincavam mais, rezavam mais, tinham momentos alegres, claro que dificuldades existem, mas a gente sempre dava um jeitinho para passar por cima das dificuldades. Importante é que antes a gente ia para as praias, parques. E depois, quando ele entrou, foi um baque, as pessoas ficaram apavoradas, não sabiam o que fazer, mas mesmo assim tentamos ajudar, de modo a não abandonar ele. Passamos a acompanhar ele nos locais onde ele frequentava, caminhava com ele, vimos o que ele estava fazendo toda hora. Sempre tinha alguém olhando e vigiando ele.

A entrada no “mundo das drogas”, ou melhor, da dependência química causa uma mudança brusca na vida privada e social dos sujeitos, impondo às famílias sua reorganização para lidar com as inseguranças e desconfortos, bem como as dificuldades no cotidiano. Como podemos observar no relato de Dina e Fabiana, antes a família mantinha seus momentos de lazer, mas, com a dependência química, os familiares passaram a readaptar sua rotina para acompanhar, cuidar e até mesmo nas palavras de uma das entrevistadas, de vigiar o dependente químico. De acordo com Vianna e Barros (2004, p. 188), o cuidado na maioria dos casos envolve:

abdicar de planos e sonhos em função de uma pessoa doente, totalmente dependente de outrem, seja por amor ou ainda por não haver outro familiar que assuma essa responsabilidade. O processo de tornar-se cuidador domiciliar exige aprender a conviver com o sofrimento do "outro" e, muitas vezes, esconder a sua própria dor e suas necessidades. É preciso fazer quase tudo, mesmo conhecendo quase nada.

Maria destaca a dificuldade do convívio familiar quando a doença se manifesta e das críticas sofridas quaisquer que sejam as atitudes e formas de cuidado. Em geral,

assim como o dependente químico é julgado e culpabilizado, o familiar cuidador também enfrenta esta situação, o que retrata a questão de como agir sem desagradar ou ser julgado. Além disso, expressa a discriminação sofrida por seu filho, ressaltando o fato de acontecer na própria vida privada. Dina, por sua vez, apresenta em uma de suas falas a questão do preconceito sofrido por Carlos através do isolamento social.

Existe um grande preconceito! Meu filho é assim oh, anda pra lá e pra cá, difícil uma pessoa que fala com ele. Além de ele ser doente, o fato das drogas. Eles não convidam ele pra nada, ele é uma pessoa que não é sociável. Agora a minha cunhada convidou ele pra sair, e ele foi, mas os outros não convidam, daí ele não vai. Também ele não é muito assim... aceito na sociedade, sabes? eles não são aceitos! Todas as famílias que tem usuários de drogas sofrem com preconceito, até quando a gente faz uma festinha uns vem outros não vem.

O preconceito sofrido pelo dependente químico na família e na sociedade, evidenciados por Maria e Dina, é um grande desafio encontrado também pelos profissionais no campo da saúde mental, pois o dependente químico ainda é marginalizado em nossa sociedade, que o enxerga como bandido, vagabundo, marginal, sem caráter, mentiroso entre outros estereótipos tão presentes nos dias de hoje. Nesta direção, Vasconcelos (2000) afirma que o preconceito “exclui” os sujeitos com transtorno mental, mas também o familiar cuidador que se isola do meio social, a fim de evitar, em sua visão, o incômodo e desconforto frente aos parentes e amigos.

Pode-se, a partir dos relatos abaixo, inferir que a falta de conhecimento constitui-se como dificuldade inicial no tratamento da família com a dependência química, seguida pelas barreiras dos preconceitos e da discriminação, não somente da sociedade em geral, mas da própria família. Todavia, mesmo diante dos problemas e/ou situações conflituosas que atravessam o cuidado, a família assume a responsabilidade principal e não se limita a rede de proteção primária para encontrar alternativas no intuito de resolvê-los.

Maria- Quando descobri, ele já estava nas drogas. Nessa época ele tinha 15 anos. Depois de um tempo ele se juntou com a mãe de seus dois filhos e melhorou bastante. Não que ele tivesse deixado das drogas, mas ele melhorou muito. Mas quando ela descobriu e devido alguns acontecimentos, ela não suportou mais e o abandonou... Daí ele não teve mais objetivo, motivação; se afastou dos filhos, a situação financeira também ficou totalmente arrombada. Eu entendo o lado dela, ela quis proteger os filhos. Pra mim lidar com a dependência química é um sofrimento, porque essa discriminação que meu

filho sofre por parte das pessoas, da sociedade e da própria família me faz sofrer.

Dina- Já faz uns cinco anos que ele não usa mais. Ele usou drogas desde os 15 anos até os 30 anos, daí, agora, ele é esquizofrênico. O médico explicou bem pra mim! a esquizofrenia dele já estava no organismo, mais com o uso das drogas ela floresceu. Se ele não tivesse usado drogas ela apareceria mas tarde com 50-60 anos ou não, mas como ele usou muita droga, ela floresceu muito cedo. As drogas não fazem mal somente para o usuário, mas para a família inteira, é pai, mãe, irmãos, tios, primos, prejudica todo mundo. O maior desafio é entender o usuário. Quando Carlos começou a usar, eu não sabia, não tinha nenhum caso na família. Tinha alguns primos que usavam, mas não era comigo, meus irmãos não usavam, meus filhos não usavam e eu não tinha contato com eles, a gente só ouvia falar. Quando Carlos passou a usar, a convivência, a gente não sabia. Eu sempre alerta assim para entender o usuário de drogas precisa aprender. Ir para o CAPS, consultar uma psicóloga, precisa ter um acolhimento para você aprender. Então na época não tinha o acolhimento. Quando Carlos começou usar a única coisa que veio até mim foi uma tia do meu marido, que tinha um filho usuário, que me perguntou se eu queria internar meu filho junto com o dela. Foi aonde eu levei Carlos para ser internado. Eu não sabia nada! Mas ela foi me explicando... que tinha as reuniões, como funcionavam. Até então não sabíamos do CAPS. Depois que Carlos foi preso, a assistente social me encaminhou para o CAPS. Nessa época aqui a gente lidava com o Carlos sem experiência. Eu aconselho para todo mundo hoje não lidar com usuário de drogas sem ter experiência, sem passar por uma psicóloga ou um acolhimento. O conhecimento faz muito bem, ajuda muito entender o usuário e entender a família.

Fabiana- Ele tinha 15 anos quando os pais se separaram e quando Diego começou usar drogas. Acredito que um dos motivos foi o choque da separação. Ele ficou alguns meses fazendo tratamento no CAPS ad Continente e depois parou com o uso.

Os relatos mostram que as participantes Maria e Dina cuidam de seus filhos aproximadamente 20 anos, ambos participam do grupo de família, porém seus filhos não frequentam mais os serviços do CAPS ad Continente. No caso de Maria, Vinicius permanece com seu “padrão de consumo”, porém, devido à questão da territorialidade, não faz mais acompanhamento no CAPS ad Continente, que é um dispositivo voltado aos moradores da região Centro-Continente de Florianópolis. Maria evidencia seu sofrimento em relação à doença, cuja expressão se deu nas fragilidades e rupturas familiares, trabalhistas e emocionais de seu filho e na discriminação sofrida pelo mesmo, que em suas palavras a faz sofrer.

Diferente de Dina, cujo filho está abstinente há cinco anos, porém o cuidado é mantido devido outra comorbidade, a esquizofrenia, manifestada devido ao uso abusivo de substâncias psicoativas. Seu relato revela a dificuldade inicial relacionada “a falta de

experiência” na convivência com o filho diante de seu adoecimento. Desse modo, o sofrimento aparece alicerçado a falta de conhecimento dos procedimentos em relação ao cuidado e também da rede de apoio existente para tal processo. Fabiana, tia de Diego assumiu a responsabilidade do cuidado que, comparado às outras participantes da pesquisa, ocorreu em um período menor, o que influencia também na sua percepção em relação à existência da sobrecarga. Assim, considerando as distintas realidades, buscou-se compreender como essas famílias enxergam o aumento das atividades cotidianas, ao assumir o lugar principal no cuidado da pessoa com problemas relacionados à dependência química.

Maria - Eu tenho colocado lá em casa regras, as refeições todos comem na mesa, aquele que não estiver presente no horário das refeições encerrou o expediente por que aqui não é hotel. Certo? Regras... Levantou arrume a sua cama, seu guarda roupa, as roupas sujas: junte e coloque no cesto... Regras! Tudo que é dele ele que tem que cuidar. Outra coisa, religiosamente, cuidado com o lado espiritual e com os remédios eu cuido, e ele próprio cuida, mas quando ele sai pra rua eu não posso cuidar.

Dina- é uma coisa permanente, eu não posso sair e deixar ele sozinho... é necessário sempre deixar alguém com ele! Ai eu tenho o cuidado de dar remédio na hora certa pra ele, o cuidado com a comida... é uma coisa que vai ficar para o resto da vida. A sobrecarga existe. Tem vezes que uma pessoa sozinha não consegue, uma pessoa idosa não consegue. Oh ele levantou de manhã, já troquei a roupa de cama, lavei, fiz café pra ele, fui comprar cigarro pra ele, já comprei frutas para ele. Antes de você chegar dei o almoço, agora ele foi dar uma voltinha, mas daqui a pouco vou dar café pra ele, comprar pão, quando chega 18 horas começo a preparar o jantar. É assim tem que ter uma pessoa só pra ele. Dedicção exclusiva. Eu graças a Deus estou aposentada, mas uma mãe que trabalha, tem bastante dificuldade.

Fabiana - Na época eu não me sentia sobrecarregada porque eu queria ajudar! Daí eu achei que teria que ter uma participação maior com ele. Naquela época eu tinha meus pequenos, mas eu tinha mais tempo de estar com ele. Pra mim foi importante caminhar com ele. Mesmo preocupada... mas achei muito importante! Não me sobrecarreguei porque nessa época ele estava precisando de ajuda, pais recém-separados, então ele precisava de alguém pra apoiar ele. Então eu tentei fazer o melhor pra ele!

Os efeitos na família e na vida das pessoas cuidadoras são inevitáveis, pois o familiar cuidador passa a dedicar e reorganizar seu tempo, bem como sua vida em função do cuidado com o dependente químico, que inclui não somente a participação e acompanhamento no tratamento, mas também o controle da medicação, a vigilância e outras questões que envolvem o cuidado. De acordo com Grandi e Waidman (2011) os cuidadores vivenciam dois tipos de sobrecarga: as objetivas, que representam “as

consequências negativas concretas e observáveis resultantes do papel do cuidador” (GRANDI e WAIDMAN, 2011, p.766) e subjetivas, que são as consequências relacionadas aos sentimentos, que não são palpáveis, porém sentidos. Neste sentido, evidenciamos a sobrecarga subjetiva com maior densidade e influência na vida cotidiana dessas famílias, sustentadas principalmente pela falta de conhecimento e preconceitos vivenciados em função da dependência química de seu familiar.

Na realidade de Dina, a sobrecarga apresenta-se na longa da rotina diária com as atividades domésticas e o cuidado para viabilizar melhores condições de vida a Carlos, sendo o cuidado compreendido como uma atribuição permanente. Maria, no entanto, apresenta, em grande parte da entrevista, a dificuldade emocional face às tensões entre os filhos e de ver Vinicius nessa situação. O desgaste, a tristeza, o sentimento de impotência puderam ser observados através das expressões faciais e gestuais do próprio corpo durante as entrevistas. A sobrecarga subjetiva sofrida por Maria é mais expressiva quando relata um trecho da conversa que teve com Vinicius:

o sofrimento é da família e do dependente, a gente pensa muito na família, coitada da mãe coitado do pai, oh a família e os irmãos, mas ninguém pensa assim... Oh e o dependente. O que ele tem? O que ele sente? O meu filho uma vez disse assim, mãe tu sofre, eu sei que tu sofre, o pai também, mas eu sofro muito mais do que vocês, eu sofro muito mais do que vocês!

Na visão de Fabiana não existiu uma sobrecarga. Esta parece ser suplantada pelo desejo de ajudar, de dar apoio. Vasconcelos (2000) afirma que a sobrecarga não é percebida por muitos cuidadores de forma clara, assim, conforme os relatos, identifica-se que a percepção e/ou existência da sobrecarga está condicionada aos valores e funções históricas e culturais em relação às atribuições da família e das mulheres, que se constituem na sociedade como rede primária e principal de proteção e solidariedade, e também a existência da rede de apoio que esta família recorre nesses momentos e situações. Pois, como observado, todas as entrevistadas asseveraram a participação de algum outro membro da família no cuidado com o dependente químico, o que favorece o alívio da sobrecarga na cotidianidade.

Maria - Além do meu marido, tenho auxílio da irmã mais velha. Essa irmã praticamente me ajudou a criar ele. Quando Vinicius nasceu essa irmã tinha cinco anos já. Então foi uma mão na roda pra mim que trabalhava fora. Ela praticamente foi a segunda mãe dele. Ele tem um grande afeto por ela e ela

um grande afeto por ele. Ela é a única da família que auxilia, apoiando e compreendendo a necessidade que ele tem.

Dina-É uma parte cansativa, mas eu tenho ainda pessoas que me ajudam, mas conheço pessoas que não tem, que estão sozinha e que tem mais de um usuário.

Fabiana - Quando os pais de Diego se separaram e ele começou usar drogas todos os tios participaram, ajudaram ele, a cuidar dele. Eu assumi maior participação, porque achava que ele precisava de alguém pra dar apoio.

Contudo, torna-se consensual a restrição da liberdade do cuidador, evidenciada nos relatos anteriores através de situações que demonstram a violação deste direito, ou seja, o “familiar que cuida acaba por assumir as atividades do doente interrompendo, com isso, suas próprias atividades” (SILVA e SANDIGURSKI, 2008, p.431). Desse modo, compreende-se a valorização dada à família nas políticas públicas brasileiras, bem como no tratamento em saúde mental, já que esta se constitui historicamente como espaço fértil e propício para o cuidado, proteção e reprodução social dos sujeitos, tornando-se assim um dos pilares da ideologia neoliberal. Neste sentido, a intervenção do Estado “deve ser criticada pela sua ausência, ou mesmo pela sua ineficiência, à medida que não consegue ‘descondicionar’, das leis estritas do mercado, a satisfação das necessidades básicas das famílias” (MIOTOc, 2010, p.49-50).

3.2 A VISÃO DAS CUIDADORAS SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A REDE SERVIÇOS DE SAÚDE.

Os relatos seguintes expressam a percepção das cuidadoras em relação ao processo de desinstitucionalização e intervenção da rede de serviços após a Reforma Psiquiátrica. De modo geral, observa-se que apesar de inseridos nos serviços públicos de saúde mental o processo de desinstitucionalização ainda gera confusões em sua interpretação. Assim, alerta-se que tal processo não se limita a mudança física dos hospitais psiquiátricos, nem tão pouco a substituição por dispositivos substitutos comunitários. A Reforma Psiquiátrica representa a mudança de paradigma nas formas de tratamento da loucura, da saúde mental até então vista como patologia, isto é, um desvio social e como tal tratada com discriminação e isolamento, ou melhor, segregação social. A integração social, a eliminação da discriminação, dos preconceitos e das

desigualdades sociais e de tratamento se tornam relevantes para que de fato as pessoas com transtornos mentais sejam vistas como cidadãos de direito e se concretizem as propostas defendidas. Assim, como afirma Gonçalves e Sena (2001, p. 51),

o que se espera da reforma psiquiátrica não é simplesmente a transferência do doente mental para fora dos muros do hospital, “confinando-o” à vida em casa, aos cuidados de quem puder assisti-lo ou entregue a própria sorte. Espera-se, muito mais, o resgate ou o estabelecimento da cidadania do doente mental, o respeito a sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito de seu próprio tratamento sem a ideia de cura como único horizonte. Espera-se, assim, a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade.

De modo geral, as participantes consideram esse Movimento louvável, diante da precariedade do atendimento e atenção dos antigos dispositivos e da preservação dos vínculos sociais e familiares. Todavia, observamos que Dina se refere a reformas materiais e não propriamente as institucionais relacionadas à política de saúde mental.

Maria - Eu vejo por dois pontos de vista esta desinstitucionalização, um positivo que é que é o de tirar da rua e dar assistência e acompanhamento também para a família; e negativo: o fato de uma grande maioria dos dependentes químicos que fazem tratamento no CAPS, não terem essa reciprocidade da família para com o tratamento, ou seja, a própria família tem preconceito com os próprios dependentes químicos: filhos, maridos e tudo mais... E isso, volto a dizer, que o Brasil ainda continua sendo um país preconceituoso. O que deve fazer o CAPS? Ele deve se preocupar muito mais, também com a família, ou seja, auxiliar na conscientização dos familiares, que isso é uma doença progressiva, sem cura, tem apenas o controle e pode levar a morte.

Dina- Um avanço muito grande! A reforma do IPQ foi a primeira coisa que melhorou aqui, pois todo mundo não queria internar ninguém no IPQ, porque tinha medo daquilo lá. Medo! Todo mundo dizia “não leva ele pra lá que é perigoso”, “eles vão matar seu filho”, “lá eles só vão destruir ele”, “ele vai voltar pra casa morto”. Depois que o delegado disse pra mim a senhora pode ir lá, que eu já fui lá, já vi a reforma do IPQ, foi que eu internei o Carlos. Foi o delegado que internou pra mim, ele ligou para lá e conseguiu uma internação na hora. Eu levei ele... fui muito bem recebida. A Reforma Psiquiátrica foi uma coisa muito boa. O hospital de custódia não porque eles não reformaram ainda é muito ruim, muito precário. Só depois do governo Cardoso que eles começaram a melhorar. Na época que o Carlos foi pra lá era muito precário, muita sujeira. A reforma da psiquiatria foi muito justa, as pessoas que não tem condição de voltar, têm as casinhas lá para ficar e aqueles que têm condição ficam na enfermaria ou no outro lado que é pra dependência química. Eles têm pátio, academia... lá melhorou muito. O pessoal da enfermagem também antes eles eram muito estúpidos. Eu acho que deveria ter mais hospitais psiquiátricos, porque os hospitais aqui, às vezes a gente leva ele e eles atendem somente a parte clínica... a parte da psiquiatria eles não gostam de atender! Não tem estrutura os hospitais e lá já tem.

Fabiana - Foi um avanço porque ali no CAPS eles têm um modo diferente de lidar com os jovens, não prendendo eles, não deixando eles presos... sendo possível lá fora o contato com as pessoas, porque se não tiver o contato com as pessoas, não adianta ficar um mês, dois meses presos e sair pra rua e não saber lidar com a situação. Então a família tem que ter cada vez mais esse contato pra poder mostrar que a família tem que participar, não isolar.

A desinstitucionalização impõe a participação direta ou indireta das famílias no tratamento em saúde mental, pois mesmo não participando ativamente junto aos CAPS ad, é a família que convive diariamente com o dependente químico e, concomitantemente, enfrenta as dificuldades deste convívio. Torna-se emblemática a fala de Dina quando esta coloca a necessidade de criar novos hospitais psiquiátricos, diante da falta de profissionais qualificados e da estrutura para se trabalhar com as questões psíquicas nos serviços de alta complexidade. Assim, destaca-se que, de acordo com o ideário proposto pela Reforma Psiquiátrica, a necessidade se faz contrária a esta condição, pois se defende a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por leitos em hospitais gerais. Todavia, a realidade da Grande Florianópolis e dos demais municípios brasileiros mostra que essa substituição ainda permanece carente em relação à infraestrutura e ampliação dos serviços extra-hospitalares, de qualificação profissional e de quantidade de recursos humanos, ou seja, ainda mantem no campo da saúde mental uma precariedade de serviços e de profissionais. Vasconcelos (2000, p. 255) ressalta que

é a interação das pessoas na sociedade, a criação de laços de amizades, culturais, de comunidade, de trabalho o/ou estudo, de solidariedade etc., que não só constituem importantes bases de apoio ao indivíduo e à família em momentos de crise, como também impedem o adoecimento, e em determinados casos a recaída.

Maria pondera, entretanto, que a desinstitucionalização apresenta seu lado positivo, por dar assistência e acompanhamento ao sujeito e suas famílias, mas, também, negativo, atribuído a pouca participação da família nos espaços coletivos de atendimento para discutir a dependência química e romper com os preconceitos dentro da própria família. Fabiana considera esse processo um avanço por proporcionar um tratamento diferente, isto é, mais humanizado, que inclua o dependente químico na vida social e comunitária, tratando-o dignidade e preservando seu vínculo familiar e

comunitário. Ao mesmo tempo destaca também a necessidade de participação da família.

Neste sentido, as falas seguintes demonstram a importância do CAPS ad não somente para o usuário, mas para a família que encontra neste espaço o conhecimento para lidar com as diferenças e encontrar certo alívio para seu sofrimento. Todavia, uma das entrevistas destaca em sua opinião que a assistência à família precisa ser mais trabalhada.

Maria- Em relação ao serviço voltado para o dependente, eu não posso dizer nada. Mas pelo que meu filho fala, ele gosta do CAPS e ele gostaria de voltar; ele acha que é uma coisa boa. Mas como ele foi morar comigo em São José, não pode mais frequentar o CAPS ad Continente... em São José ele não quer, porque sempre fez tratamento no CAPS e já se acostumou com as atividades e também pelos amigos. Então através do depoimento dele eu acho que o CAPS é uma entidade que ajuda muito o dependente químico, agora precisa ser um pouco mais trabalhado na parte da família. Torno a afirmar que no CAPS precisa ter uma valorização da família. É o único furo que encontro no CAPS.

Dina- Eu acho que todo mundo deveria frequentar o CAPS! Mãe, irmã, tios, todo mundo deveria ter acolhimento no CAPS. Eles ajudam entender a sobrecarga que a gente tem, a dar limites. Todos os limites que tenho com o Carlos peguei no CAPS. Sabe? Hoje eu fui ao supermercado, daqui a pouco ele vai lá buscar pra mim. Eu fui no sacolão e quando esta muito pesado ele vai lá buscar pra mim. Sabes? Ai de manhã eu levantei e disse Carlos seca a louça pra mãe e ele secou! A gente foi aprendendo com o pessoal do CAPS. Eu aprendi a lidar com o Carlos graças ao CAPS. O que precisa melhorar é o funcionário, é necessário de mais profissionais na área da psiquiatria. Por que uma mãe vai lá. A parte de psiquiatria não espera!

Fabiana- Eu acho que é um bom serviço, na época que estávamos ali os profissionais se mostravam com bastante vontade de ajudar as pessoas. Acho que é uma coisa que precisa ter mais avanços, procurar coisas novas ajudar mais os jovens, as pessoas e as famílias. Trazer mais e mais pra perto dos jovens, porque se eles não tiverem a família ali perto eles não vão se sentir apoiados, eles vão permanecer no vazio e se eles têm uma família eles vão perceber que tem alguém preocupado com eles; alguém pra perguntar meu filho onde está? O que está fazendo? Isso é muito importante. (...). Em relação ao grupo de família ajudou muito, ali na rodinha a gente se ajudava, colocava as fraquezas; o que podíamos fazer pra ajudar, acho que aquilo lá desenvolveu um papo legal entre as famílias e tentando achar uma solução para o problema.

A partir dos relatos são evidenciadas as melhorias obtidas com a participação no grupo de família desenvolvido no CAPS ad Continente. Duas afirmam ter aprendido a lidar com o “problema”. Contudo, Maria acredita haver uma grande necessidade na valorização da família, visto que não se promove meios para romper com os

preconceitos da própria família em relação ao dependente. Dina ressalta a necessidade de todas as pessoas relacionadas com o problema da dependência química buscar auxílio no CAPS ad, por entender esse acompanhamento como fundamental para compreender a doença, o dependente e as mudanças familiares sofridas, assim como impor limites e regras para uma melhor convivência em seu âmbito. Todavia, acredita ser necessário ampliar o quadro de profissionais, destacando principalmente os psiquiatras, já que como a mesma afirma “a parte da psiquiatria não espera”.

Na visão de Fabiana os CAPS ad representam um bom serviço, pois ali as famílias e os usuários encontram apoio. Em relação ao grupo, compreende ser um espaço importante por proporcionar a socialização das fraquezas, conflitos e pensar coletivamente em estratégias para vencer os problemas. Contudo, em suas palavras “é preciso ter mais avanços, investir em coisas novas para ajudar as pessoas”. Em concordância com esta afirmativa, remeto a experiência de estágio, quando questionado a um usuário do serviço sobre sua visão em relação ao CAPS ad, ele afirma ser um bom lugar, porém sempre têm as mesmas atividades, as mesmas coisas. Considero esse fato relevante, pois ao pensar no quadro de atividades diárias dos CAPS devemos nos atentar para o fato de trabalharmos com diferentes sujeitos e dentro de um serviço com grande rotatividade, sendo assim necessário o monitoramento e avaliação do trabalho, percebendo se as mesmas conseguem dar conta da realidade e melhorar a qualidade do atendimento.

Acredita-se que capacitar a família a lidar com o dependente químico não garante que esta tenha seus direitos assegurados, como por exemplo, o lazer, a liberdade, a saúde, à vida, entre outros, ao contrário só afirma e transfere a responsabilidade do Estado de cuidar desses sujeitos. Estes conhecimentos são importantes, já que com o processo de desinstitucionalização a família assume esta responsabilidade, mas isso evidencia o fato do Estado simplesmente devolver para a “família a responsabilidade com a reprodução social, sobrecarregando-a com encargos que são de responsabilidade do poder público” (ALENCAR, 2010, p.64). Neste sentido, considera-se primordial que os serviços de saúde desenvolvam estratégias que auxiliem a família não somente a compreender a dependência química, mas enfrentar os embates cotidianos. Desse modo, é fundamental se investir na rede de serviços em saúde mental,

pois em certa medida se observa que, dadas as responsabilidades familiares das cuidadoras, há queixa pela ausência de suporte.

Maria - Olha se eu falar que não me sinto acolhida eu estaria mentindo, mas na verdade embora o SUS tenha alguns defeitos que devem ser melhorados, eu particularmente me sinto acolhida. O posto de saúde fornece os remédios que eu preciso, sou bem atendida, a uma prioridade em relação a minha idade, então eu me sinto acolhida! Embora eu ache que o SUS deva melhorar muito. Em relação ao Vinícius ele tem a rede de apoio, ele já teve inclusive apoio da Colônia Santana. Então tem também o Centro pop que eu acho que é sensacional.

Dina - O posto é uma parte boa, mas as outras redes eu não posso informar, porque o Carlos quase não participa das outras redes. Sabes? Do posto ele já participa, o posto tem sido muito legal comigo.

Fabiana - Eles precisam dar mais apoio aos dependentes químicos, porque para muitas famílias quando tem condições é mais fácil buscar tratamento, elas podem recorrer a clínicas particulares, onde tem mais recursos, mas pra a gente que não tem condições daí entra o SUS dando apoio a essas famílias e aos dependentes. É complicado porque quando vamos marcar consulta com um médico, um bom psiquiatra demora anos para conseguir, daí muitos já tem morrido pela espera. Na época que Diego usava não tinha um acompanhamento do posto de saúde. O CAPS veio algumas vezes! Mas acho que o posto tinha que dar mais apoio, porque quando é pra cobrar eles sabem. Uma vez eles vieram aqui em casa saber por que meu neto não foi em uma consulta, na verdade elas chamaram nossa atenção, então porque com o dependente não tem esse acompanhamento, deveria ter mais esse cuidado.

Em suas falas, Maria e Dina discorrem o bom acolhimento que recebem do posto de saúde, afirmando que apesar das melhorias eles conseguem prestar assistência diante das suas necessidades. Maria destaca, ainda, seu conhecimento acerca do apoio prestado pelo IPQ e Centro Pop, sendo este último, um serviço da política de assistência social, voltado a pessoas em situação de rua. Contudo, Fabiana pondera para a fragilidade do apoio prestado ao dependente químico na atenção básica, pois como afirma não existiu acompanhamento do posto quando Diego está envolvido com as drogas, pensando aqui na prevenção deste problema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises feitas ao longo deste trabalho ponderaram questões significativas de como as famílias são afetadas pelo problema da dependência química e criam estratégias para enfrentar as dificuldades e desafios encontrados em seu cotidiano diante da atual conjuntura das políticas públicas, cujo alicerce esta na perspectiva “familista”. Assim, evidenciamos um sistema de proteção cada vez mais delineado na recuperação dos agravos sociais e não na prevenção dos mesmos, tendo a participação familiar como principal estratégia no enfrentamento das demandas de responsabilidade pública.

Ao trabalhar com famílias na contemporaneidade, nos deparamos com o Estatuto da Família (2013), que ao mesmo tempo que fomenta a visibilidade e definição das políticas de proteção social à família, reduz e desclassifica essa instituição a imagem idealizada e estereotipada de família como instituição nuclear tradicional, tornando este, o único arranjo com direitos reconhecidos legalmente e alvo da proteção especial do Estado, reforçando assim o preconceito e a “deseestrutura” em relação aos arranjos que não se encaixam ao que foi legalmente instituído.

Neste sentido, o Estado através de seus serviços oferece os instrumentos para que a família aprenda gerir e “otimizar” seus recursos, a fim de desenvolver ações para superar a “incapacidade” em garantir sua qualidade de vida e assegurar sua sobrevivência e convivência. Dito isso, cabe ressaltar que no âmbito da dependência química esta condição torna-se bem expressiva, tendo como parâmetro a organização dos serviços de saúde mental, pois estes ainda são escassos e desenvolvem sua intervenção no espaço doméstico centrada no indivíduo “problema” e não na família, ou seja, a quantidade de serviços é limitada e os grupos desenvolvidos servem mais aos interesses institucionais do que as necessidades da família e do familiar cuidador.

A ausência de políticas públicas articuladas e integradas para atender as famílias dos dependentes químicos contribui para o agravamento da situação, pois a dependência química exerce influências nocivas sobre vários aspectos da vida doméstica, afetando a interação social e os laços familiares; a saúde física dos cuidadores que em seu cotidiano assumem mais responsabilidades e abandonam aspectos de suas vidas, seus

sonhos, sua liberdade e seu lazer em prol de seu familiar adoecido; e emocional que se expressa no sofrimento psíquico da família que enfrenta preconceitos e discriminação por parte dos parentes, amigos e da sociedade em geral.

Sabe-se que o impacto que a dependência química provoca no grupo familiar é expressivo e com base na vivência de estágio e nos relatos das pessoas participantes da pesquisa parece afetar muito mais as mulheres, visto que ela ainda se mantém como principal responsável pelo trabalho (invisibilizado e não pago) de cuidado e proteção da família, que incluem alimentação, limpeza, vestuário, higiene pessoal e saúde de crianças, idosos, pessoas com deficiência e doentes realizados na esfera da vida privada. Sua identidade permanece vinculada a figura materna, sendo assim cobrada para que proteja e cuide da família independentemente das condições objetivas vividas. Neste sentido, ainda que o cuidado de seus filhos e sobrinhos represente sacrifícios e exija renunciar às próprias escolhas, as cuidadoras acreditam que a responsabilidade do cuidado é principalmente da família, seguindo culturalmente as normas sociais e tradicionais que a colocam como principal responsável pelo desenvolvimento e sociabilidade de seus membros. Acredita-se que as famílias de modo geral consideram a dependência química mais como uma demanda individual, do que da coletividade, culpabilizando-se pelos problemas enfrentados e não percebendo a responsabilidade do Estado sobre esta questão.

Diante dessas considerações é necessário refletir a atuação profissional do assistente social nos dispositivos comunitários de saúde mental, pois, essas transformações interferem diretamente no trabalho do assistente social, já que sua intervenção se estende a instituição familiar, logo, ao conceituar família como instituição social composta pela união entre homem e mulher, restringe-se o acesso aos bens e serviços ofertados a determinados sujeitos, estabelece apenas um tipo de família aceitável, dando margem a uma intervenção estigmatizante, infringindo assim, os direitos de cidadania. Desse modo, segundo o código de ética profissional, o assistente social tem como princípio fundamental a defesa intransigente dos direitos humanos, a ampliação e consolidação da cidadania, visando “à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras” (CFESS, 1993).

Assim, compreende-se que apesar de inserido num contexto marcado pelo sucateamento dos direitos sociais, que fomenta a burocratização, tecnocracia e focalização a sujeitos específicos, o assistente social deve manter seu foco no reconhecimento da autonomia, na emancipação e plena expansão dos direitos sociais a todos os usuários, rompendo com práticas fragmentadas, imediatistas e biologizantes que não dão conta de responder as demandas apresentadas pelas famílias.

Além disso, é necessário refletir sobre os canais de participação familiar nas decisões institucionais, pois como podemos observar neste estudo esses são inexistentes no CAPS ad, inviabilizando o monitoramento e avaliação das famílias em relação aos serviços ofertados a elas. Assim, cabe destacar que o propósito desta pesquisa consistiu na investigação de fazer uma análise da dependência química no contexto familiar, ficando, portanto, suas conclusões apenas num primeiro ensaio na investigação desta relação. Neles poderiam ser estudadas formas alternativas de intervenção de atendimento para trabalhar com a família e o dependente químico, onde se acredita que o Serviço Social tem um papel fundamental a desempenhar neste contexto.

Por fim, ressalta-se que não somente a política atual de saúde mental precisa necessariamente dar conta das demandas que aqui foram expostas, mas a rede intersetorial sendo esta, talvez, uma forma mais efetiva de lidar com todos os aspectos existenciais e sociais da vida em sociedade no tocante as especificidades das situações e questões relatadas e analisadas.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, Mônica Maria Torres. Transformações econômicas e sociais no Brasil dos anos 1990 e seu impacto no âmbito da família. In: SALES, Mione A.; MATOS, Maurílio C.; LEAL, Maria Cristina (Orgs.). *Política social, família e juventude: uma questão de direitos*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010. p.61-78.
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Coord.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- AROUCA, A. S. S. Saúde e democracia. Anais 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 35-47.
- BISNETO, José Augusto. *Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. In: CFESS; ABEPSS. (Orgs.). *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS, 2009. 18 p. [p.323-340].
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. *Diário Oficial da União*, Brasília, 05 out. 1988.
- BRASIL. Emenda Constitucional n. 65, de 13 de julho de 2010. Altera a denominação do Capítulo VII do Título VIII da Constituição Federal e modifica o seu art. 227, para cuidar dos interesses da juventude. *Diário Oficial da União*, Brasília, 14 jul. 2010.
- BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 set. 1990.
- BRASIL. Lei n. 8.662, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 08 jun. 1993.
- BRASIL. Lei n. 10.216, de 06 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, 09 abr. 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. *DOFC*, Brasília, 20 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 276, de 30 de março de 2012. Institui o sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS). *DOFC*, Brasília, 02 abr. 2012.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Portaria n. 6.583, de 2013. Dispõe sobre o Estatuto da Família e dá outras providências. link: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1159761&filename=PL+6583/2013>

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera; GARCIA, Joana. Contribuições para a supervisão dos programas sociais com foco na família. *Katálysis*, Florianópolis, v.10, n.1, p.95-104, jan./jun. 2007.

CAMPOS, Marta Silva; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Política de assistência social e a posição da família na política social brasileira. *SER Social*, Brasília, n.12, p.165-190, 2003.

CAMPOS, Marta Silva; TEIXEIRA, Solange Maria. Gênero, família e proteção social: as desigualdades fomentadas pela política social. *Katálysis*, Florianópolis, v.13, n.1, p.20-28, jan./jun. 2010.

CARNEIRO, Henrique. O uso das drogas na sociedade. In: OLIVEIRA, Walter Ferreira de; CARNEIRO, Henrique (Orgs.). *Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas, da Coerção à Coesão*. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014.

CARVALHO, Inaiá Maria Moreira; ALMEIDA, Paulo Henrique. Família e proteção social. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v.17, n.2, p.109-122, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Resolução n. 273, de 13 de março de 1993. *Institui o Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais e dá outras providências*. Brasília, 1993.

CONSELHO NACIONAL ANTIDROGAS. Resolução n.03/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005. *Aprova a Política Nacional sobre Drogas*. Brasília, 2005.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão Municipal de Saúde Florianópolis*. 2013.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria de Saúde. *Planejamento Institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ad Continente*. 2012.

FONTE, Liane Maria Monteiro da Fonte; MELO, Danielle Duarte Gomes de. Apoio social e sobrecarga familiar: um olhar sobre o cuidado cotidiano ao portador de transtorno mental. *Sociedade em Debate*, Pelotas, v.16, n.1, p.173-194, jan./jun. 2010.

FONTENELE, Iolanda Carvalho. A família na mira do Estado: proteção ou controle? In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 3., 2007, São Luís. *Anais...* São Luís: UFMA, 2007a.

FONTENELE, Iolanda Carvalho. A política de assistência social no Brasil: o foco na família e a questão dos mínimos sociais. *Sociedade em Debate*, Pelotas, v.13, n.2, p.153-173, jul./dez. 2007b.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2008.

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.9, n.2, p.48-55, abr. 2001.

GRANDI Ana Lúcia de; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini. Convivência e rotina da família atendida em CAPS. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v.10, n.4, p.763-772, 2011.

GUEDES, Olegna de Souza; DAROS, Michelli Aparecida. O cuidado como atribuição feminina: contribuições para um debate ético. *Serviço Social em Revista*, Londrina, v.12, n.1, p. 122-134, jul./dez. 2009.

HERRERA FLORES, Joaquín. *A (re)invenção dos direitos humanos*. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Estado, classes trabalhadoras e política social no Brasil. In: BOSCHETTI, Ivanete et al. (Orgs.). *Política social no capitalismo: tendências contemporâneas*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p.13-43.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Família como referência nas políticas públicas: dilemas e tendências. In: TRAD, Leny A. B. Bomfim (Org.). *Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010a. p.51-66.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre processos familiares. *Katálysis*, Florianópolis, v.2, p.20-26, maio 1998.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Família, trabalho com famílias e Serviço Social. *Serviço Social em Revista*, Londrina, v.12, n.2, p.163-176, 2010b.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sociofamiliar. In: SALES, Mione A.; MATOS, Maurílio C.; LEAL, Maria Cristina (Orgs.). *Política social, família e juventude: uma questão de direitos*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010c. p.43-59.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; CAMPOS, Martha Silva; LIMA, Telma Cristiane Sasso. Quem cobre as insuficiências das políticas públicas? Contribuição ao debate sobre o papel da família na provisão de bem-estar social. *Revista de Políticas Públicas*, São Luís, v.10, n.1, p.165-183, 2006.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; SILVA, Maria Jacinta; SILVA, Selma Maria Muniz Marques. A relevância da família no atual contexto das políticas públicas brasileiras: a

política de assistência social e a política antidrogas. *Revista de Políticas Públicas*, São Luís, v.11, n.2, p.197-220, 2007.

PEGORARO, Renata Fabiana; Caldana Regina Helena de Lima. Sobrecarga de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v.11, n.3, p.569-577, set./dez. 2006.

PEREIRA, Potyara A. P. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: SALES, Mione A.; MATOS, Maurílio C.; LEAL, Maria C. (Orgs.). *Política social, família e juventude: uma questão de direitos*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008. p.25-42.

PEREIRA, Potyara A. P. Políticas públicas e necessidades humanas com enfoque no gênero. *Sociedade em Debate*, Pelotas, v.12, p.67-86, 2006.

RANGEL, Maria Ligia. Desafios e Limites de Estratégias de Promoção da Saúde Dirigida à Família. In: In: TRAD, Leny A. B. Bomfim (Org.). *Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p.157-178.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos. Perfil e desafios dos assistentes sociais que atuam na assistência psiquiátrica no Piauí. In: ROSA, Lucia Cristina dos Santos; GUIMARÃES, Lucas Dannilo Aragão; BRANCO, Edna de Melo Castelo (Orgs.). *Saúde mental e assistência social: tecendo a rede de experiências no Piauí*. Teresina: Edufpi, 2008. p.13-30.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.13, n.6, p.1027-1034, nov./dez. 2005.

SANTOS, Tânia Steren dos. Gênero e políticas sociais: novos condicionamentos sobre a estrutura familiar. *SER Social*, Brasília, v.10, n.22, p.97-128, jan./jun. 2008.

SARTI, Cynthia. O lugar da família no programa de saúde da família. In: TRAD, Leny A. B. Bomfim (Org.). *Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p.91-103.

SILVA, Marcela Bruno de Carvalho; SADIGURSKY, Dora. Representações sociais sobre o cuidar do doente mental no domicílio. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.61, n.4, p.428-434, jul./ago. 2008.

SOARES, Carlene Borges; MUNARI, Denize Bouttelet. Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtornos mentais. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v.6, n.3, p.357-362, jul./set. 2007.

TRAD, Leny A. Bomfim. A família e suas mutações: subsídios ao campo da saúde. In: _____. (Org.). *Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p.27-49.

TRAD, Sérgio. Princípios e desafios para a integração da família nas políticas de drogas. In: TRAD, Leny A. B. Bomfim (Org.). *Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p.179-197.

TEIXEIRA, Solange Maria. 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.

TEIXEIRA, Solange Maria. Família na política de assistência social: avanços e retrocessos com a matricialidade sociofamiliar. *Revista de Políticas Públicas*, São Luís, v.13, n.2, p. 255-264, jul./dez. 2009.

TEIXEIRA, Solange Maria. Políticas públicas para a família: o desafio da superação do subdesenvolvimento em serviços de apoio à família. *SER Social*, Brasília, v.12, n.27, p.63-87, jul./dez. 2010.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). *Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. São Paulo: Cortez, 2000.

VIANNA, Paula Cambraia de Mendonça; BARROS, Sônia. O significado do cuidado para a família na reabilitação psicossocial do doente mental: uma revisão teórica. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v.8, n.1, p.223-228, 2004.

Roteiro da entrevista semi-estruturada com os familiares cuidadores de pessoas com problemas relacionado ao uso/abuso de substâncias psicoativas do CAPS ad Continente Florianópolis/SC.

Questões norteadoras:**Dados do Cuidador:**

Nome, idade, sexo, grau de escolaridade, estado civil, profissão

Dados do familiar “adoecido”:

Idade, sexo, grau de escolaridade, estado civil, profissão e condição de trabalho da pessoa com transtorno mental cuidada por familiar:

Composição (número de pessoas no domicílio e parentesco):

- 1- Como era a rotina pessoal e familiar antes de se tornar cuidador/a do familiar dependente químico?
- 2- Desde quando é cuidador/a familiar? Como foi enfrentar os problemas de saúde mental de um integrante da família?
- 3- O que mudou na rotina pessoal e familiar com a dependência química de seu familiar?
- 4- Como se sente diante das tarefas e atividades executadas quanto ao cuidado diário de familiar adoecido? Existe uma sobrecarga?
- 5- Tem o apoio de outras pessoas em sua casa?
- 6- Como percebe a Reforma Psiquiátrica (desinstitucionalização)?
- 7- Qual sua percepção dos serviços do CAPS ad Continente?
- 8- Em que medida como cuidador (a) sente-se apoiado/auxiliado nessa nova política de saúde mental?