



Londrina PR, de 02 a 05 de Julho de 2019.

**III CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL:
DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS
IV SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLITICAS SOCIAIS
III CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL**

(Gênero, Família e Políticas Públicas)

Relato de experiência: grupo operacional para familiares de usuários de substâncias psicoativas em um CAPS- AD-II no município de Santa Maria- RS

Patricia de Oliveira Berger¹

Laura Regina da Silva Câmara Maurício da Fonseca²

Resumo: Este trabalho tem como objetivo relatar a participação em um grupo operacional para familiares, e apresentar o projeto Fortalecer. Para tanto, no primeiro momento, recorreu-se a aspectos significativos sócio-históricos da trajetória psiquiátrica a criação dos Centros de Atenção Psicossociais. Posteriormente, ao relato de experiência a partir do estágio supervisionado I, em um CAPS Ad-II, a qual foi oportunizado a participação em um grupo operacional para familiares de usuários em acompanhamento no serviço, sendo possível observar possíveis reafirmações dos papéis sociais de gênero. Além de apresentar o projeto de intervenção, que será aplicado durante o estágio supervisionado II

Palavras-chave: família; gênero; álcool e outras drogas

Abstract: The object of this paper is to narrate the participation inside an operative group and introduce the "FORTALECER" project. To do so, at first, it was appealed to significant socio-historical aspects of the psychiatric trajectory, the creation of the Psychosocial Care Centers. Afterwards, it was appealed the telling regarding the experience from the Supervised practice I, in a CAPS Ad-II, in which it was taken a participation in an operative group for relatives of users whom were taking a part in a following service, being possible, in that way, the observation of possible reaffirmations of the social gender roles. Apart from introducing the intervention project, which is going to be applied during the Supervised Practice II

Keywords: family; gender; alcohol and drugs

¹ Acadêmica do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Maria- UFSM, patricia.berger15@hotmail.com

² Professora Doutora, Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Maria- UFSM, laurafonseca.22@gmail.com



1. INTRODUÇÃO

A família, segundo Michuchin e Fishiman (1990) é formada por um grupo natural que desenvolve padrões de interação, que governam o funcionamento de seus membros, delineando seus comportamentos e facilitando seu convívio, construindo um sistema, onde o comportamento de um membro influenciará o comportamento dos outros membros.

O indivíduo não nasce inserido na sociedade, como afirma Lehen (1996) vai ser através do convívio com a família que irá inseri-lo e atribuir-lhe valores, ou seja, as práticas educativas e as maneiras de viver de cada família poderão ou não servir de estimulante para seus filhos buscarem o uso de álcool e outras drogas como fonte prazerosa e/ou de fuga. Ademais, conforme ressaltam as autoras (Rosa; Melo, 2009), às unidades familiares são as principais mediações entre a sociedade e as pessoas com transtornos mentais.

Sendo assim, e levando em consideração todos os avanços das lutas dos movimentos de reformas, como, Sanitária, Psiquiatria e Antimanicomial e a Constituição Federal de 1988, a família e os serviços prestados na comunidade no âmbito territorial adquiriram maior relevância, sendo necessário seu fortalecimento diário.

A partir disso esse trabalho tem o objetivo de relatar a experiência durante a participação em um grupo operacional para familiares e apresentar o projeto Fortalecer.

Para tanto, no primeiro momento, recorreu-se aos aspectos significativos sócio-históricos da trajetória psiquiátrica a criação da portaria que possibilita a criação dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS). Além de abordar sucintamente as Políticas sobre substâncias psicoativas no Brasil. Posteriormente, apresentar o relato de experiência a partir do estágio supervisionado I em Serviço Social, da Universidade Federal de Santa Maria, em um CAPS Ad-II, onde foi oportunizada a participação em um grupo operacional para familiares de usuários em acompanhamento no serviço. E através dessas participações possibilitou-se *observar o número de participantes, chamando atenção para possíveis reafirmações de papéis sociais de gênero, ou seja, números que reforçam funções para os membros da família*. E por fim apresentar o projeto de intervenção, que foi planejado a partir da participação nesse grupo, durante o segundo período do ano de 2018, e que será aplicado durante o estágio supervisionado II no primeiro período do ano de 2019, na mesma instituição.

2. DESENVOLVIMENTO



1. Aspectos significativos sócio-históricos

A história dos manicômios e da falta de assistência às pessoas com transtornos mentais foi deflagrada pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial no Brasil, em que se explorou a discussão sobre as precárias condições de trabalho que eram oferecidas aos profissionais e os maus-tratos aos pacientes das instituições psiquiátricas (Guimarães, Fogaça, Borba, Paes, Larocca, & Maftum, 2010; Tavares & Sousa, 2009). Inicialmente, as políticas públicas, os programas governamentais e os hospitais de iniciativas privadas estavam pautados na medicalização, isolamento e práticas abusivas. As instituições eram criadas para cumprir o duplo papel de retirar do espaço público os indesejáveis, que perturbam o espaço urbano, e também o de encontrar, experimentalmente, métodos terapêuticos próprios, ou seja, tentar “curar a loucura”, como afirma Teixeira (1993) transformar o corpo violento em corpo pacífico.

Ainda, aliado ao contexto em que se rediscutia o papel do Estado na saúde, as Conferências de Saúde apontavam a necessidade da democratização da saúde. Os avanços na atenção em saúde e direitos sociais conquistados pelos movimentos da Reforma Sanitária, Reforma Psiquiátrica e a luta pela superação dos modelos manicomiais de tratamento, em consonância com a Constituição Federal de 1988 preconiza que a saúde é universal, instituindo os parâmetros para o Sistema Único de Saúde (SUS) (Pereira, 2008). Com isso, implementou-se um novo modelo de cuidado em saúde, aliado às ideias da Reforma Sanitária e de redemocratização da saúde, sob os princípios de um atendimento universal, integral e que garantisse a equidade, descentralizado e que esteja sob controle social. (Borges & Baptista, 2008).

Em 1989, ocorreu a primeira experiência de desinstitucionalização no Brasil. A partir disso, surgiu o Projeto de Lei nº 3.657 de 1989, que foi transformado na Lei Ordinária 10216/2001, que propõe a progressiva extinção das instituições manicomiais e assim, sua substituição por outros recursos que prestem assistência, bem como sobre a regulamentação da internação psiquiátrica compulsória, caso os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficiente. A Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Nas disposições preliminar, desta lei, no Art. 1º regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

No título I, onde encontra-se as Disposições Gerais, os artigos trazem a saúde como direito de toda população, independente de renda, classe, raça e gênero, e um dever do



Estado. Ainda mostra que mesmo sendo dever do Estado, não exclui a responsabilidade da sociedade.

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. § 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. § 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. (LEI Nº8.080, 1990)

No âmbito da saúde mental, a Lei nº.10.216, de 6 de Abril de 2001, que dispõem sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Onde o Art. 1º traz, que os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, devem ser assegurados sem qualquer forma de discriminação, igualmente supracitado, e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno (LEI Nº10.216, 2001).

O artigo 2º em seu parágrafo único, legitima todos os direitos aos usuários da Saúde Mental, de qualquer natureza e seus familiares. Direitos que devem ser cumpridos pelo Estado, pelas instituições públicas e privadas, pelos profissionais e seus familiares.

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (LEI Nº10.216, 2001).

A Política de Saúde Mental, com base na Reforma Psiquiátrica tem como desafio a consolidação e ampliação da rede de atenção um modelo aberto e de base comunitária e territorial, que tenha condições de atender as pessoas em sofrimento psíquico, ou seja, garantir a permanência em sociedade e a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços. Contempla também, atender as pessoas que sofrem com a crise social, a violência e o desemprego, de forma a garantir a cidadania (BRASIL,2005).



Ademias, por meio de Decreto Presidencial Nº4.345, de 26 de agosto de 2002, foi estabelecida a primeira Política Nacional Antidrogas (PNAD) do Brasil, que coube a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) (vinculada diretamente à Casa Militar da Presidência da República) mobilizar diferentes atores para a sua criação. Essa política tinha o intuito de redução da demanda e da oferta de atividades relacionadas à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas. Também a prevenção do uso de drogas lícitas e ilícitas que causam dependência química, à redução de danos, à reinserção social de usuários e dependentes (BRASIL,2014).

O Ministério da Saúde (MS), no ano de 2003, reafirmou que o uso de álcool e outras drogas é questão de saúde pública, apresentando assim, a Política para Atenção Integral ao Uso de Álcool e outras Drogas. Essa Política está embasada na Lei 10.216 de 06 de abril de 2001 (BRASIL,2004). Em 2004, após o Seminário internacional de Políticas Públicas sobre Drogas, que contou com expressiva participação popular, a política foi readequada, tirando-se o prefixo “anti” da Política Nacional Antidrogas, passando a ser Política Nacional “sobre” drogas. E no ano de 2008, através da Lei Nº 11.754, o Conselho Nacional Antidrogas passou a se chamar Conselho Nacional de Políticas sobre drogas (CONAD), modificando também a Secretária de antidrogas para sobre drogas (SENAD).

Contemplando a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com transtornos mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de álcool e/ou outras drogas. O CAPS, que se encontra na atenção Psicossocial Estratégica (que faz parte da RAPS), onde o Ministério da Saúde no uso de suas atribuições dispõe a Portaria Nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002, que legitima a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, onde o Art.1º estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) deverão constituir-se nas modalidades de serviços: CAPS I (de 20.000 e 70.000 habitantes), CAPS II (70.000 a 200.000 habitantes) e CAPS III (+ 200.00 habitantes), definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional.

Nesta Portaria, o Art. 4º define, as modalidades de serviços estabelecidas pelo Artigo 1º, ainda, o que deve conter em cada uma dessas unidades. Em especial, o CAPS AD II, que se constitui como em serviço ambulatorial especializado e diário para usuários com transtornos mentais decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. Que deve ser gestado pelo gestor local. Consta também todos os profissionais que devem estar na equipe multiprofissional e como deve ser a assistência e tratamentos realizados nas



unidades. Além de atividades de apoio às famílias e atividades comunitárias com foco a integração do usuário na comunidade e na sua família.

O CAPS AD preconiza a proteção em saúde e cuidado a quem está em situação de vulnerabilidade, compreendendo o sujeito de forma biopsicossocial e com enfoque à autonomia e humanização dos usuários em detrimento dos preconceitos morais (BRASIL, 2011). Para isso, como afirma Lima (2015), o CAPS oferece diferentes modalidades de tratamento para cada caso, respeitando assim o protagonismo do sujeito na sua própria história. Os tratamentos são oferecidos nas seguintes modalidades: intensivo (frequência todos os dias), semi-intensivo (de duas a três vezes por semana) e não-intensivo (uma vez por semana, quinzenal, ou mensal para atendimento psiquiátrico).

2.2 Relato de experiência: grupo operacional de familiares.

No decorrer do Estágio Supervisionado I do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Maria, realizado no Centro de Atenção Psicossocial, CAPS Ad-II, localizado na cidade de Santa Maria, foi oportunizado a vivência na instituição, e além do convívio com os usuários, a participação no grupo de familiares. O grupo foi criado no ano de 2010, pelo Assistente Social da Instituição, para atender a demanda dos próprios usuários, ocorre semanalmente e tem duração de uma hora.

O grupo, além de suprir uma necessidade dos usuários e familiares compreende o contexto histórico e a dinâmica da sociedade que passam por inúmeras transformações no campo da saúde, como as que ocorreram no fim da década de 80, com a implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil, e a Constituição Federal, que afirma que a saúde é um direito de toda população e um dever do Estado (BRASIL, 1988). Também, neste cenário, as implementações foram baseadas nos novos conceitos em relação aos saberes e práticas defendidos por estudiosos que acreditavam na atuação diferenciada dos profissionais diante ao processo saúde/doença, ou seja, do entendimento que saúde não é apenas ausência de doença, mas, multicausal, a partir de seus determinantes econômicos, sociais, biológicos, culturais entre outros. Assim, no momento em que as enfermidade e transtornos mentais passaram a ser entendidas também como expressão de processos sociais e não apenas como resultados ou manifestações de processos internos ao indivíduo. Deste modo, deve-se velo como um todo, através da família, onde seus membros estão dinamicamente articulados. (MIOTO, 1998).

Em conformidade com, ressalta-se o Plano Terapêutico Singular, que engloba propostas de ações terapêuticas articuladas e direcionadas a um sujeito, família ou



coletividade. Desta maneira tem como objetivo estabelecer estratégias de intervenção para o usuário, que contam com recursos do território, do próprio sujeito e da família, todos esses elementos devem estar articulados.

O Serviço Social, que integra a equipe multiprofissional, tem um papel importante no trabalho com essas famílias, visto que o cenário dessas, que acompanham seus familiares com transtornos mentais, por vezes apresenta um cenário com diversas expressões da questão social. Assim, a família é um “espaço privilegiado e insubstituível de proteção e socialização primárias, provedora de cuidados aos seus membros, mas que precisa também ser cuidada e protegida” (PNAS, 2004, p. 41). Saliendo assim, que a família também necessita ser assistida através do suporte social e assistencial visto que, a família também passa por um processo de adoecimento. (MOTTA, 1997).

Fazendo 8 anos da sua formação, e inúmeros familiares seguindo a participação contínua, o grupo possui autonomia e identidade. Pode-se perceber, durante os encontros, quando recebe-se familiares novos, os antigos o acolhem, aconselham, empoderam e contam suas trajetórias de forma a mostrar que os mesmos não estão sozinhos nessa jornada. Ademais, é possível perceber que a maioria dos familiares que frequentam o grupo são mulheres, esposas, irmãs ou mães. A sociedade capitalista patriarcal e hierárquica se divide por classe e gênero, distribuindo funções e papéis distintos para cada indivíduo, e a família não seria diferente. Ou seja, a média de participantes do grupo é de 10, sendo majoritariamente 8 mulheres e 2 homens, quando não são apenas mulheres.

Sendo assim, conforme as ideias de Rosa e Alves (2012), que o estigma que permeia as questões de gênero é devido ao estereótipo de que cabe às mulheres, atividades relacionadas ao cuidado: maternidade, tarefas domésticas, família, o que acaba por excluir mulheres que não adotam esses hábitos. Desta forma, o papel que a figura feminina ocupa nessas famílias, nesse grupo, e na obrigação do cuidado, acaba reforçando os conjuntos de crenças baseados em um sistema de pensamento patriarcal, que permanece no imaginário contemporâneo, trazendo e acentuando desigualdades, além de diversos percalços ao estabelecimento de políticas públicas mais coerentes voltadas para as mulheres (SOUZA, OLIVEIRA E NASCIMENTO, 2014).

Além disso, as mulheres em sua maioria, só frequentam o serviço enquanto cuidadoras da população masculina, mas o mesmo não acontece tão comumente na situação inversa. O que se pode observar durante os encontros em seus relatos de como foi a semana, o papel que essas mulheres ocupam, e/são ensinadas e influenciadas a ocupar, refletem exatamente essa falta de discussão e reflexão nas inúmeras instituições sociais, como também nos serviços de saúde psicossociais. Essa realidade é permeada, pelas desigualdades de gênero construídas socialmente, configurando as identidades de



masculino e feminino, bem como os espaços a serem ocupados pelos sexos, ou seja, a definição do espaço privado para as mulheres e a esfera pública para os homens. A construção social das relações de gênero se fundamenta no patriarcado que, segundo Santos et al. (2007, p. 68), embasa “a organização da vida de muitas sociedades, norteadas pela ideia de que existiria uma superioridade física [...], produtiva e intelectual dos homens em relação às mulheres”, sendo assim, cabe as mulheres o cuidado com a família e ao homem o prover o sustento da casa.

Dentro da família que cuida, a mulher exerce papel fundamental, como assinalam vários estudos (Gonçalves e Sena, 2001), ou seja, a mulher ganha destaque como representante da família do usuário de serviços públicos de saúde mental no Brasil. E o CAPS é um local de apoio por meio do cuidado proporcionado pela equipe multiprofissional e da interação com os usuários, portanto trabalhar a reflexão de homens e mulheres no que tange às questões de gênero e o papel social desses torna-se essencial.

2.3 Projeto de intervenção: Projeto Fortalecer.

A partir da participação no grupo operacional para os familiares dos usuários em acompanhamento no CAPS AD-II, foi pensado o presente projeto que tem por objetivo acompanhar e continuar a promover o fortalecimento da saúde mental dos familiares dos usuários com transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas, álcool e outras drogas, assim como ampliar a participação da família no cuidado dos usuários e principalmente o autocuidado, que se encontram em tratamento e acompanhamento e também para as famílias que o usuário não aceita comparecer à instituição.

Pretende-se, continuar a promover a integração transversal dos familiares ao tratamento/acompanhamento dos usuários. Por compreender a família como um núcleo de pessoas que convivem em um mesmo lugar (ou não) e que possuem valores e costumes semelhantes, e compreendendo-a como a primeira e a mais importante instituição social presente no cotidiano do usuário (MIOTO, 2000). Para tanto, é da unidade familiar que o sujeito vem e depois retorna todos os dias. Portanto, a família necessita de acompanhamento e assistência para compreender e se fortalecer para assim conseguir dar suporte para seu membro familiar que se encontra vinculado ao serviço ou não e principalmente conseguir se ver como peça fundamental desse processo mas, que não deve anular suas vontades, desejos e suas rotinas diante da situação problema de seu membro.

O grupo foi criado para o fortalecimento desses familiares, para que assim possam dar continuidade no acompanhamento ao dependente de substâncias psicoativas em seu tratamento. Porém percebeu-se, a partir da participação, a necessidade de ser trabalhado outras questões como o autocuidado e a reflexão sobre as relações de gênero, os



processos de codependência e anulação da família. Pois os encontros tornam-se relatos de como foi a semana do usuário, como está o uso da substância pelo usuário, como começou, o porque procurou o serviço, ou seja, a centralidade das falas está no dependente de substâncias psicoativas, como mostram estudos feitos no Brasil, elas tinham aquele de quem cuidavam como centro de suas vidas, e dele não conseguiam se perceber outro ser (Gonçalves, 1999). Quando expressavam-se sobre o familiar que recebia seu cuidado, falavam sobre si mesmas, e não em toda sua integralidade que perpassa inúmeros setores e instituições sociais e principalmente a família.

Levando-se em consideração, os princípios do Sistema Único de Saúde, integralidade, equidade e universalidade, necessita-se pensar a integralidade como a garantia do indivíduo como cidadão, e que possui inúmeros direitos. E que o direito à saúde, transcende a prática curativa, contemplando o indivíduo em todos os níveis de atenção e considerando que o sujeito está inserido em um contexto social, familiar e cultural. Sendo assim, conforme a LEI Nº 10.216, de 6 de abril de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Faz-se necessário destacar o Art. 2º:

“Art. 2º [...] Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade.” (BRASIL, 2001).

Ademais, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (2001), para cada dependente químico há de uma a cinco pessoas envolvidas (pais, cônjuges, filhos, amigos, etc.), revelando um número muito maior de pessoas afetadas pelos problemas da drogadição do que a estatística do número de dependentes químicos existentes (LINS, 2008).

A partir disso, entende-se a necessidade do autocuidado e da reflexão para os cuidadores, que na instituição, são os familiares, pois esses, prestam dedicação constante, e assim os cuidadores acabam anulando ou deixando de lado sua rotina, desejos, objetivos, sonhos, principalmente no caso daqueles em que o cuidado é prestado somente por eles, tornando-os sobrecarregados e acarretando assim a anulação de suas identidades e necessidades.

A sobrecarga diária de afazeres e cuidados ao familiar em tratamento acaba por comprometer o autocuidado e a saúde geral do cuidador. Cuidar de uma pessoa, faz com que o estilo de vida do cuidador seja modificado em função das necessidades do outro. Suas atividades de lazer e convívio social acabam sendo anuladas; há a sensação de não



possuir mais autonomia para gerenciar a própria vida e de ter que viver em função do outro, a Organização Mundial de Saúde destaca a dependência de substâncias psicoativas como uma doença crônica, catalogada no DSM IV (OMS,2001), ou seja, que necessita de acompanhamento diário, a longo prazo e até para o resto da vida. Sotili (2016), analisou a qualidade de vida dos familiares cuidadores de alcoolistas crônicos, identificando que a qualidade de vida dos familiares sofre negativamente, gerando neles problemas neuropsicológicos.

Moreira (2013) observou que os familiares adoecem juntos com o usuário, principalmente familiares com alta codependência. Segundo Silva (2015), os próprios familiares compreendem que essa doença gera diferentes consequências, tanto para vida do usuário quanto na de todos os membros da família. Além do mais, atualmente, o Serviço Social na saúde, apesar dos inúmeros avanços, ainda está inserido em uma realidade que possui uma relação muito forte com o modelo hospitalocêntrico, modelo que foi causa da reforma psiquiátrica. Mesmo o CAPS, sendo de atenção secundária especializada, acaba centralizando na doença. Sendo assim, o mesmo, o profissional, precisa romper este vínculo e tem o desafio de adquirir um novo olhar, isto é, a reconstrução dos fazeres profissionais tradicionais, com novas práticas e modelos de intervenção. (ROSA; MELO, 2009).

E o projeto vem na tentativa de modificar essa relação cuidador e cuidado, de família e dependência de substâncias psicoativas e de saúde e doença, promovendo a ampliação e o debate sobre o autocuidado e a retomada da autonomia, da subjetividade e a dinâmica do cotidiano dos membros da família. Desmistificando assim as relações de codependência e anulação da família e da subjetividade de cada membro em prol da dedicação exclusiva ao dependente de substâncias psicoativas e suas necessidades.

Sendo assim, as atividades a serem realizadas serão construídas previamente, observando as necessidades e demandas advindas do grupo e as demandas particulares das famílias. Bem como dar continuidade nos momentos de fala. Essa metodologia foi pensada a partir de uma intencionalidade e instrumentalidade onde pretende-se intervir para modificar através de momentos e atividades reflexivas, como diz a autora

é por meio desta capacidade, adquirida no exercício profissional, que os assistentes sociais modificam, transformam, alteram as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais existentes num determinado nível da realidade social: no nível do cotidiano. (GUERRA, 2000)

Ademais, acrescentar atividades, que causem reflexões, sobre esses papéis reforçados pela sociedade e que despertem o autocuidado é de extrema importância, ou seja, encontros mais lúdicos, como afirma Rosa (2012), que existem diversas percepções



sobre terapias de famílias as quais possuem limites no trabalho com a população mais vulnerável, que nem sempre compreende o ato de ir em um serviço e “apenas falar” do seu sofrimento. No entanto, reagem de uma forma mais positiva com atividades mais lúdicas, interativas e reflexivas que permitem de uma forma mais aprazível enfrentar e refletir sobre o processo saúde-doença e todos seus determinantes.

Assim, sendo possível afirmar que a tarefa central da família é a socialização de seus membros e a formação da identidade. (ACKERMAN, 1971). Portanto, Segundo Souza, Kantorski e Mielke (2006), o âmbito da recuperação é formado pela união da família, amigos e demais pessoas que são importantes para o usuário. É necessário que as famílias dispam-se de preconceitos e busquem informações sobre assuntos relacionados ao tema, e assim consigam enfrentar melhor as articulações por parte dos usuários, a codependência e a anulação da subjetividade de seus membros para assim estarem fortalecidas.

3. RESULTADOS E CONCLUSÕES

A partir dos objetivos que esse trabalho se propõe, verifica-se o papel fundamental que a família possui tanto na criação de identidades, valores, quanto no cuidado desses usuários, mas também no desenvolvimento dos serviços de bases comunitárias e territoriais. Pode-se ainda perceber que após a Reforma Psiquiátrica e a criação da Rede de Atenção Psicossocial, a família adquiriu ainda mais importância nesse processo, sendo necessário que esses serviços se consolidem, fortifiquem e se comuniquem enquanto rede, para assim suprir as demandas tanto dos usuários quando das famílias.

O projeto de intervenção Fortalecer, que está em andamento nesse período, primeiro semestre de 2019, no segundo estágio supervisionado, que continua sendo frequentado em sua maioria por mulheres, vem no intuito de ser fonte de apoio a essas usuárias, que prestam cuidados informais em saúde e que necessitam de atenção. E pensando nas relações sociais de gênero presentes na vivência do grupo operacional, os familiares são atores importantes para desconstrução desses papéis e funções socialmente e historicamente construídas, aceitas e reproduzidas, tornando-se necessário e relevante discutir o papel das mulheres como as principais representantes do cuidado dentro da esfera familiar. Segundo Carvalho e Dimenstein (2004), as mudanças em papéis assumidos socialmente pelo gênero feminino ao longo do século XX não têm sido consideradas pelos serviços de saúde, sendo que as alterações nos estilos de vida altera também as necessidades no cuidado à saúde.

Sendo assim, ao considerarmos as atuais políticas públicas de saúde mental no Brasil, que incentivam a criação de serviços extra-hospitalares e fortificação da rede assistencial de base território e comunitária é necessário que projetos como o apresentado nesse trabalho e



inúmeros outros que são desenvolvidos pelos três setores, sejam reconhecidos e incentivamos para que haja, principalmente, na atual conjuntura, de retirada de direitos, um fortalecimento da saúde mental dos familiares que formam a base de sustentação dos usuários dos serviços comunitários e territoriais, para que todos os direitos conquistados continuem sendo efetivados.

4. REFERENCIAS

ACKERMAN, N. Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. Buenos Aires: Hormé- Paidós, 1971.

BRASIL. Lei N°. 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm Acesso em: 06 mar. 2019.

____. Lei N°. 10.216, de 6 de abril de 2001. Brasília: DF. 2001. Disponível em <http://cgj.tjrj.jus.br/documents/1017893/1038413/politica-nac-saude-mental.pdf> Acesso em: 06 mar. 2019.

____. Portaria N°. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: DF. 2002. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html Acesso em: 06 mar. 2019.

____. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. 2.ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde 2004.

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

____. **O uso de substâncias psicoativas no Brasil:** módulo 1- 5.ed.-Brasília: Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, 2014.

CARVALHO, L. F.; DIMENSTEIN, M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 9, n. 1, p. 121-129, 2004.

Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. Port.) Ribeirão Preto, v.2, n,1, fev.2006. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v2n1/v2n1a03.pdf>> Acesso em 06 mar. 2019.

GONÇALVES, A. M. *A mulher que cuida do doente mental em família*. 1999. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1999.

GONCALVES, A. M.; SENA, R. R. de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos com o cuidado do doente mental na família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 48-55, mar./abr. 2001.

GUERRA, Yolanda. Instrumentalidade do processo de trabalho e Serviço Social. In: *Revista Serviço Social e Sociedade* n. 62. São Paulo: Cortez, 2000.



Guimarães, A. N., Fogaça, M. M., Borba, L. O., Paes, M. R., Larocca, L. M., & Maftum, M.A. (2010). **O tratamento ao portador do transtorno mental: um diálogo com a legislação federal brasileira (1935-2001)**. *Revista Texto & Contexto de Enfermagem*, 19(2), 274-282.

LEHNEN, Lacete. A taxonomia e a cadeia circular das interações familiares- a terapia familiar como teoria para reconstrução da cidadania. *Revista Psicologia- ciência e profissão*, v.16, p. 18-24. 1996.

LIMA, MZ. Percepção do cuidado em saúde no Caps ad: uma visão do paciente. **Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v.41, n.1, p. 239-248, jan./jul.2015.

LINS, Mara. Em *Revista Família em Foco: teoria e clínica: centro de estudos da família e do indivíduo*. – Ano 1, n. 1 (março 2008). – Porto Alegre: CEFI, 2008-.v.:il.

MINUCHIN, Salvador; FISHMAN Charles H. **Técnicas de Terapia Familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

MIOTO, R.C.C. Cuidados Sociais dirigidos a família e segmentos sociais vulneráveis. In: **CFESS; ABEPSS; CEAD/NED-UNB**. (Org). *O trabalho do assistente sociais e as políticas sociais*. 1ed. Brasília: NED-CEAD/UNB, 2000, v. 4, p. 216-22.

MIOTO, R. C. T. *Família e Saúde Mental*. Katálysis, Florianópolis, v. 2, p. 20-26, 1998.

MOREIRA, Taís de Campos. **Qualidade de Vida e voz em usuários de substâncias psicoativas**. Tese (doutorado em farmacologia e toxicologia). Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre, 2013.

MOTTA, A. A. **A ponte de madeira**: a possibilidade estruturante da atividade profissional na clínica da psicose. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Transtornos devido ao uso de substâncias*. Em Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde (Orgs.), *Relatório sobre a saúde no mundo, Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança*. Brasília: Gráfica Brasil (2001).

Pereira, I. B. (2008). **Dicionário da educação profissional em saúde**. (2.ed. rev. ampl.). Rio de Janeiro: EPSJV. Disponível em http://pap.fundap.sp.gov.br/arquivos/dic_profissoes_saude.pdf. Acesso em: 06 mar.2019.

Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004; Norma Operacional Básica – NOB/Suas. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – Secretaria Nacional de Assistência Social, 2004.

ROSA, L. C. S.; MASCARENHAS, A. F. AFINAL, O QUE FAZ O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL?. **Serviço Social & Saúde (UNICAMP)**, v. 13, p. 43-66, 2012

ROSA, L. C. S.; MELO, T. M. F. S. . **INSERÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL EM SAÚDE MENTAL: EM FOCO O TRABALHO COM AS FAMÍLIAS**. **Serviço Social & Saúde (UNICAMP)**, 2009.



Londrina PR, de 02 a 05 de Julho de 2019.

SANTOS, Graciete et al. Gênero e Economia Solidária: as mulheres rumo à IV plenária da economia solidária. In: Rumo à IV Plenária Nacional de Economia Solidária. **Caderno de aprofundamento aos debates**. FBES, 2007.

SOTILI, Micheli. **Abuso de Álcool e Síndrome de Wernicke-Korsakoff**: repercussões cognitivas e na qualidade de vida dos familiares de alcoolistas. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2016.

SOUZA, Jacqueline de; KANTORSKI, Luciane Prado; MIELKE, Fernanda Barreto. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob o tratamento CAPS AD. Revista.

SOUZA, M.R.R.; OLIVEIRA, J.F; NASCIMENTO, E.R. A Saúde de Mulheres e o Fenômeno das Drogas em Revista Brasileiras. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n.1, p. 92-100, jan.mar.2014.

SILVA, Nelson Júnior Cardoso Da. A compreensão da família sobre o usuário de substâncias psicoativas. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2015.

SIQUEIRA, D.F. **Ações de Cuidado à família do usuário de substâncias psicoativas**: perspectiva de profissionais e familiares. Tese (Doutorado Profissional em Cuidado, educação e trabalho em enfermagem e saúde). Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, 2018.

TEIXEIRA, Mário. **Hospício e Poder**. Brasília, 1993.