



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS - CCHL
PROGRAMA DE PÓS -GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS - PPGPP

ELLYNE KAROLINE BEZERRA DA SILVA

**AS REPERCUSSÕES SOCIAIS PARA OS FAMILIARES NA PROTEÇÃO SOCIAL
DE GESTANTES OU PUÉRPERAS QUE CONSOMEM SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS: um estudo de caso na Maternidade Dona Evangelina Rosa**

TERESINA-PI

2019

ELLAYNE KAROLINE BEZERRA DA SILVA

**AS REPERCUSSÕES SOCIAIS PARA OS FAMILIARES NA PROTEÇÃO SOCIAL
DE GESTANTES OU PUÉRPERAS QUE CONSOMEM SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS: um estudo de caso na Maternidade Dona Evangelina**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas do Centro de Ciências Humanas e Letras da Universidade Federal do Piauí como exigência parcial para a obtenção do título de Doutora em Políticas Públicas.

Área de Concentração: Estado, Sociedade e Políticas Públicas.

Orientadora: Profa. Dra. Lucia Cristina dos Santos Rosa.

TERESINA-PI

2019

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco
Divisão de Processos Técnicos

S586r Silva, Ellayne Karoline Bezerra da.
As Repercussões sociais para os familiares na proteção social de gestantes ou puérperas que consomem substâncias psicoativas : um estudo de caso na Maternidade Dona Evangelina / Ellayne Karoline Bezerra da Silva. -- 2019.

207 f. : il.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Piauí, Centro de Ciências Humanas e Letras, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Teresina, 2019.

“Orientação: Prof^a. Dr^a. Lucia Cristina dos Santos Rosa.”

1. Família - Aspectos sociais. 2. Saúde mental. 3. Substâncias Psicoativas - Gestação. 4. Substâncias Psicoativas - Puerpério. 5. Reforma Psiquiátrica. I. Título.

CDD 362.293 3

ELLAYNE KAROLINE BEZERRA DA SILVA

**AS REPERCUSSÕES SOCIAIS PARA OS FAMILIARES NA PROTEÇÃO SOCIAL
DE GESTANTES OU PUÉRPERAS QUE CONSOMEM SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS: um estudo de caso na Maternidade Dona Evangelina**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas do Centro de Ciências Humanas e Letras da Universidade Federal do Piauí como exigência parcial para a obtenção do título de Doutora em Políticas Públicas.

Área de Concentração: Estado, Sociedade e Políticas Públicas.

Orientadora: Profa. Dra. Lucia Cristina dos Santos Rosa.

Data de aprovação: 15/ 02/ 2019

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Lucia Cristina dos Santos Rosa

Orientadora e Presidente (Universidade Federal do Piauí)

Profa. Dra. Solange Maria Teixeira

1ª Examinadora (Universidade Federal do Piauí)

Profa. Dra. Rita de Cássia Cronemberger Sobral

2ª Examinadora (Universidade Federal do Piauí)

Prof. Dr. João Paulo Sales Macedo

3ª Examinador (Universidade Federal do Piauí)

Profa. Dra. Izabel Herika Gomes Matias Cronemberger

4ª Examinadora (Centro Universitário Santo Agostinho)

TERESINA-PI

2019

Dedico este trabalho a família que construí, em especial, ao pequeno grande ser que habita em mim e que mudou o sentido da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Eis que chega o momento de agradecer!

Para além da finalização de mais uma etapa, eis que agradeço o iniciar de outra vida cheia de aprendizados, conquistas, mas, sobretudo, o reconhecimento da GRATIDÃO a cada um que direta ou indiretamente fortaleceu – me em cada degrau alcançado em minha vida.

À Deus, em primeiro lugar e como costume dizer “sou a filha escolhida”, só assim consigo explicar todas as vitórias concedidas em minha vida. Esforços são necessários sim, mas a iluminação divina é obrigatória!

Aos meus pais (Jesus e Zaqueo), por serem os principais responsáveis por quem sou hoje. Sou fruto da educação e princípios que me transmitiram, sou cada vez melhor por vocês! Nunca vou estar sozinha, pois vocês existem!

À minha irmã, Éllida Karine, minha âncora, minha definição de companheirismo. Amo incondicionalmente no nosso sempre!

Ao Fabrício, esposo, companheiro, amigo, minha fortaleza. Agradeço em especial a você que tem cotidianamente expressado o verdadeiro sentido do amor e do cuidado com o outro. Meu muito obrigada!

À minha mestre e orientadora, Lucia Rosa, um anjo que Deus direcionou em minha vida, além de profissional gabaritada, dedicada e com um potencial indescritível, és um ser humano incrível. Tenha plena certeza que seus direcionamentos foram além de orientações, carregarei as suas palavras e incentivos para todos os âmbitos da minha vida. Não tenho dúvidas que esse caminho foi mais suave, prazeroso, e nem por isso menos trabalhoso, por saber conduzir tão bem esse processo. Sem você nada disso seria possível! Essa vitória é nossa “teacher”!

Aos amigos e amigas que sempre estiveram presentes me incentivando, apoiando e acreditando no meu potencial, em especial, Deide, Lole, Alinne, Adelânia, Adriana, Raíla, Lia, Élico e Eugênio.

Aos amigos de turma pela força e amizade ao longo dessa jornada, destaco aqui a grande amiga Sofia que desde o mestrado vem estreitando cada vez mais os laços e sendo uma parceira forte.

À professora Solange, pelos ensinamentos direcionados desde a graduação, e por gentilmente ter aceitado me acompanhar no caminho trilhado no

mestrado e doutorado. Suas contribuições foram valiosas para o meu amadurecimento acadêmico e profissional.

As profissionais, amigas de profissão da Maternidade Dona Evangelina Rosa, Faculdade Evangélica do Piauí – FAEPI, Faculdade São José – FSJ e Faculdade Ademar Rosado – FAR pelo constante apoio e palavras de incentivo.

Aos professores, João Paulo, Rita Sobral e Izabel Herika (destaco aqui um agradecimento duplo a você pela amizade e apoio), por aceitarem contribuir no aperfeiçoamento deste trabalho.

Aos demais familiares e amigos que torceram por mim.

Aos familiares, usuárias e profissionais da Maternidade Dona Evangelina Rosa por cederem um pouco de seu tempo e atenção para a concretização desse trabalho.

Muito Obrigada!

*Fiz a escalada da montanha da vida removendo pedras e plantando flores.
(Cora Coralina)*

RESUMO

A questão do consumo nocivo de substâncias psicoativas, desde o ano 2000, passa a ser reconhecida como problema social de saúde pública que requer uma atenção especial pelas políticas públicas, especificamente a de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, sob a égide da redução de danos. Essa política é oficializada como inerente à rede de assistência aos sujeitos com transtornos mentais acometidos pelo uso nocivo/arriscado de substâncias psicoativas tendo como marco significativo o movimento de reforma psiquiátrica. Nesse contexto, a família é situada como partícipe dos serviços de saúde mental, protagonistas e parceiras na produção do cuidado a pessoa com transtorno mental, bem como sujeitos que precisam de cuidado diante da trajetória intensa que enfrentam. Dessa forma, o presente trabalho objetivou analisar as repercussões sociais para os familiares das necessidades circunscritas à proteção social de gestantes ou puérperas que consomem substâncias psicoativas, atendidas pela Maternidade Dona Evangelina Rosa – MDER em Teresina-Piauí, no ano 2018. A pesquisa, de natureza qualitativa, tem como cenário a Maternidade Dona Evangelina Rosa em Teresina, Estado do Piauí e como participantes; profissionais desse serviço, usuárias e familiares que acompanhavam a internação dessas usuárias que fazem uso nocivo/ arriscado de SPA, totalizando 14 participantes. Os instrumentos privilegiados para a obtenção das informações foram a entrevista semiestruturada, o questionário e a observação participante. Os resultados obtidos apontam que a naturalização da proteção social no âmbito familiar é marcante, sendo esta instituição responsabilizada pelos cuidados da gestante ou puérpera com seu recém-nascido, Tal fato precisa ser problematizado, tendo em vista que a família tem sido afetada com o desinvestimento social, com as mudanças sociodemográficas e do modelo assistencial, com expressivas sobrecargas objetivas e subjetivas advindas das “novas”/recomposição de velhas formas de produzir cuidado. Além de necessitarem uma total reorganização de vida para conseguirem dispor esses cuidados.

Palavras-chave: Família. Cuidado. Gestação. Puerpério. Substâncias Psicoativas. Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

Since the year 2000, the problem of harmful use of psychoactive substances has become recognized as a social public health problem that requires special attention for public policies, specifically Mental Health, Alcohol and Other Drugs, under the aegis of reducing damage. This policy is made official as an integral part of the care network for people with mental disorders affected by the harmful / risky use of psychoactive substances, with a significant mark of the psychiatric reform movement. In this context, the family is placed as a participant in mental health services, protagonists and partners in the production of care for the person with mental disorder, as well as subjects who need care in the face of the intense trajectory they face. Thus, the present study aimed to analyze the social repercussions for the relatives of the needs limited to the social protection of pregnant or puerperal women who consume psychoactive substances, attended by Maternity Dona Evangelina Rosa - MDER in Teresina-Piauí, in the year 2018. qualitative nature, is based on the Maternity Dona Evangelina Rosa in Teresina, State of Piauí and as participants; professionals of this service, users and family that accompanied the hospitalization of those users who use harmful / risky SPA, totaling 14 participants. The privileged instruments for obtaining the information were the semistructured interview, the questionnaire and the participant observation. The results obtained indicate that the naturalization of social protection in the family context is remarkable, being this institution responsible for the care of the pregnant woman or puerperal with her newborn. This fact needs to be problematized, considering that the family has been affected by the divestment with social and demographic changes and the assistance model, with expressive objective and subjective overloads from the "new" / recomposition of old ways of producing care. In addition to needing a total reorganization of life to be able to dispose of this care.

Keywords: Family. Caution. Gestation. Puerperium. Psychoactive Substances. Psychiatric Reform.

RESUMEN

La cuestión del consumo nocivo de sustancias psicoactivas desde el año 2000 pasa a ser reconocida como un problema social de salud pública que requiere una atención especial por las políticas públicas, específicamente la de Salud Mental, Alcohol y Otras Drogas, bajo la égida de la reducción de daños. Esta política es oficializada como inherente a la red de asistencia a los sujetos con trastornos mentales acometidos por el uso nocivo / arriesgado de sustancias psicoactivas teniendo como marco significativo el movimiento de reforma psiquiátrica. En este contexto, la familia se sitúa como partícipe de los servicios de salud mental, protagonistas y asociados en la producción del cuidado a la persona con trastorno mental, así como sujetos que necesitan cuidado ante la trayectoria intensa que enfrentan. De esta forma, el presente trabajo objetivó analizar las repercusiones sociales para los familiares de las necesidades circunscritas a la protección social de gestantes o puérperas que consumen sustancias psicoactivas, atendidas por la Maternidad Doña Evangelina Rosa - MDER en Teresina-Piauí, en el año 2018. La investigación, la naturaleza cualitativa, tiene como escenario la Maternidad Dona Evangelina Rosa en Teresina, Estado de Piauí y como participantes; profesionales de ese servicio, usuarias y familiares que acompañaban la internación de esas usuarias que hacen uso nocivo / arriesgado de SPA, totalizando 14 participantes. Los instrumentos privilegiados para la obtención de las informaciones fueron la entrevista semiestructurada, el cuestionario y la observación participante. Los resultados obtenidos apuntan que la naturalización de la protección social en el ámbito familiar es marcante, siendo esta institución responsabilizada por los cuidados de la gestante o puérpera con su recién nacido, Tal hecho necesita ser problematizado, teniendo en vista que la familia ha sido afectada con la desinversión social, con los cambios sociodemográficos y del modelo asistencial, con expresivas sobrecargas objetivas y subjetivas surgidas de las "nuevas" / recomposición de viejas formas de producir cuidado. Además de requerir una total reorganización de la vida para conseguir estos cuidados.

Palabras clave: Familia. Cuidar. El embarazo. puerperio. Sustancias Psicoactivas. Reforma Psiquiátrica.

LISTA DE FIGURAS

| | | |
|------------------|-----------------------------|-----|
| FIGURA 01 | Fluxograma da Admissão..... | 117 |
|------------------|-----------------------------|-----|

LISTA DE QUADROS

| | | |
|------------------|--|----|
| QUADRO 01 | Componentes da Rede de Atenção Psicossocial, conforme Portaria nº 3. 088/2011..... | 47 |
| QUADRO 02 | Componentes da Rede De Atenção Psicossocial, conforme Portaria Nº 3.058/ 2017..... | 49 |

LISTA DE SIGLAS

| | |
|---------|---|
| AA | Alcoólicos Anônimos |
| ABRASME | Associação Brasileira de Saúde Mental |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| AIDS | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| BA | Bahia |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CAPS AD | Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas |
| CEP | Comitê de Ética e Pesquisa |
| CF | Constituição Federal |
| CID | Classificação Internacional de Doenças |
| CIT | Comissão Intergestora Tripartite |
| CNPM | Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres |
| COFEN | Conselho Federal de Entorpecentes |
| CONAD | Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas |
| CRAS | Centro de Referência da Assistência Social |
| CREAS | Centro Especializado da Assistência Social |
| CRR | Centro Regional de Referência |
| CT | Conselho Tutelar |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| EUA | Estados Unidos da América |
| FIOCRUZ | Fundação Instituto Oswaldo Cruz |
| GPTM | Grupo Permanente de Trabalho da Mulher |
| GTEDEO | Grupo de Trabalho para a Eliminação da Discriminação no Emprego e na Ocupação |
| HAA | Hospital Areolino de Abreu |
| HIV | Vírus da Imunodeficiência Humana |
| HPM | Hospital Dirceu Arcoverde da Polícia Militar |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| INAMPS | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social |
| MDER | Maternidade Dona Evangelina Rosa |

| | |
|-----------|--|
| NASF | Núcleo de Atenção à Saúde da Família |
| NOB/ SUAS | Norma Operacional Básica/ Sistema Único de Assistência Social |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| ONG's | Organizações Não – governamentais |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| PAISM | Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher |
| PCTM | Pessoa com Transtorno Mental |
| PI | Piauí |
| PNAISM | Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres |
| PNASH | Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar |
| PNH | Política Nacional de Humanização |
| PNPM | Plano Nacional de Políticas para as Mulheres |
| PRD | Política de Redução de Danos |
| PRH | Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS |
| PROERD | Programa Educacional de Resistência as Drogas |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| PST | Projeto Singular Terapêutico |
| RAPS | Rede de Atenção Psicossocial |
| RAS | Redes de Atenção à Saúde |
| RD | Redução de Danos |
| RN | Recém – nascido |
| SAMU | Serviço de Assistência Móvel |
| SENAD | Secretaria Nacional Antidrogas |
| SESAPI | Secretaria de Saúde do Estado do Piauí |
| SHRAD | Serviço Hospitalar de Referência em Álcool e outras Drogas |
| SIH | Sistema de Internação Hospitalar |
| SISNAD | Sistema Nacional Antidrogas |
| SP | São Paulo |
| SPA | Substância Psicoativa |
| SRT | Serviço de Residência Terapêutica |

| | |
|--------|--|
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UAA | Unidade de Acolhimento Adulto |
| UCINCA | Unidade de Cuidados Intermediários CANGURU |
| UFPI | Universidade Federal do Piauí |
| UTI | Unidade de Terapia Intensiva |

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| 1 INTRODUÇÃO | 17 |
| 2 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL, ALCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL E NO PIAUÍ | 29 |
| 2.1 Trajetória histórica das Políticas públicas sobre saúde mental, álcool e outras drogas no Brasil | 29 |
| 2.2 Contextualizando a Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas no Estado do Piauí | 53 |
| 3. POLÍTICAS PÚBLICAS E GÊNERO | 58 |
| 3.1 Uma breve discussão sobre gênero | 58 |
| 3.2 Conhecendo as Políticas Públicas direcionadas às mulheres..... | 62 |
| 3.3 A questão de gênero nas Políticas de saúde, saúde mental, álcool e outras drogas | 66 |
| 4. FAMÍLIA, GESTAÇÃO E USO NOCIVO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA | 73 |
| 4.1 Perspectivas teóricas sobre família..... | 73 |
| 4.2 Mulher, Gravidez e uso nocivo de substâncias psicoativas..... | 84 |
| 4.3 A Família e a gravidez no contexto do uso nocivo de substâncias psicoativas..... | 89 |
| 5. AS REPERCUSSÕES SOCIAIS PARA OS FAMILIARES DAS NECESSIDADES CIRCUNSCRITAS À PROTEÇÃO SOCIAL DE GESTANTES OU PUÉRPERAS QUE CONSOMEM SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS, ATENDIDAS PELA MATERNIDADE DONA EVANGELINA ROSA – MDER EM TERESINA – PIAUÍ, NO ANO DE 2018 | 109 |
| 5.1 Maternidade Dona Evangelina Rosa e seus leitos de saúde mental..... | 110 |
| 5.2 Perfil sociodemográfico dos familiares cuidadores e das consumidoras de SPA, considerando as dimensões de classe social, gênero e etnia..... | 118 |
| 5.3 O espaço ocupado pela substância, gestação/puerpério e recém-nascido na vida das famílias | 123 |
| 5.4 “A FAMÍLIA TEM QUE TOMAR DE CONTA”: o familismo na leitura das atribuições e necessidades direcionadas aos familiares..... | 131 |
| 5.5 A (des) assistência das redes de proteção primária e secundária direcionados aos familiares de gestantes ou puérperas que fazem uso nocivo de substâncias psicoativas..... | 143 |
| 5.6 As dificuldades e as estratégias utilizadas pelos familiares no lidar cotidiano com gestantes ou puérperas que fazem uso de substâncias psicoativas..... | 157 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 172 |
| REFERÊNCIAS..... | 179 |

| | |
|--|------------|
| APÊNDICES | 190 |
| APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 191 |
| APÊNDICE B – Termo de Confidencialidade..... | 193 |
| APÊNDICE C - Declaração das Pesquisadoras..... | 194 |
| APÊNDICE D - Entrevista realizada com familiares de gestantes ou puérperas que fazem uso de substâncias psicoativas atendidas na Maternidade Dona Evangelina Rosa – MDER | 196 |
| APÊNDICE E - Entrevista realizada com gestantes ou puérperas que fazem uso de substâncias psicoativas atendidas na Maternidade Dona Evangelina Rosa – MDER | 197 |
| APÊNDICE F - Questionário destinado a levantar o perfil das usuárias dos leitos de Saúde Mental - MDER e de sua família | 198 |
| APÊNDICE G – Entrevista realizada com os profissionais responsáveis pelos leitos de saúde mental na Maternidade Dona Evangelina Rosa – MDER..... | 201 |
| ANEXOS | 202 |
| ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí | 203 |
| ANEXO B – Parecer da Comissão de Ética em Pesquisa da Maternidade Dona Evangelina Rosa | 206 |
| ANEXO C – Carta de Anuência do Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Dona Evangelina Rosa..... | 207 |

1 INTRODUÇÃO

O estudo em tela tem por objeto a repercussão social para os/as familiares das necessidades circunscritas à proteção social/cuidado de gestantes ou puérperas com consumo nocivo de substâncias psicoativas.

A atuação como assistente social, desde 2017, na equipe multiprofissional dos leitos de atenção psicossocial da Maternidade Dona Evangelina Rosa, instituição pública gerida pela instância estadual do Sistema Único de Saúde, permitiu à pesquisadora observar as diversas necessidades que são postas para a família, mas em especial, para os familiares cuidadores¹ advindas da realidade de gestantes ou puérperas internadas na instituição, com consumo nocivo de substâncias psicoativas, bem como necessidades vocalizadas pelas mesmas na relação com o serviço.

Embora a demanda à particularidade desse segmento já existisse diluída na instituição anteriormente à implantação desses leitos específicos, foi notória as dificuldades direcionadas para o lidar com esse público, principalmente por conta dos olhares estigmatizantes quanto a geração, gestação e parto de um filho por mulheres que fazem uso de substâncias psicoativas e são consideradas como “não tendo jeito”. Tal preconceito é estendido aos familiares dessas mulheres, quando não se “auto estigmatizam” pela situação que vivenciam e não se consideram dentro dos padrões estipulados pela sociedade, inclusive, muitas vezes, culpando-se por acreditar que não souberam conduzir de forma satisfatória os demais membros familiares. Preconceitos esses que são arraigados na sociedade, frutos da herança sociohistórica e cultural de uma política militarizada, que criminalizou e contribuiu para a estigmatização desse segmento, mesmo diante dos ganhos consignados recentemente através da Política de Saúde Mental, álcool e outras drogas, conforme será visualizado adiante.

Sabe-se que a expansão da circulação e consumo nocivo de substâncias psicoativas vem ganhando cada vez mais destaque na agenda pública, principalmente a partir do início do século XX, tanto pela crescente importância do narcotráfico quanto pelo crescente uso prejudicial, inclusive por crianças e

¹ Entende-se como familiar cuidador aquele que independe dos laços consanguíneos dispensam cuidados à pessoa com transtorno mental advindo do uso nocivo de substância psicoativa; os que estão diretamente envolvidos na provisão de cuidados e respondem oficialmente diante da MDER pelo acompanhamento da gestante/puérpera e seu bebê.

adolescentes, e até mesmo pelos efeitos resultantes do consumo compulsivo, tornando-se um problema econômico, social e político complexo.

A Política Brasileira de Álcool e outras Drogas acompanhou os modelos dominantes no contexto internacional, adotados pela Organização Mundial da Saúde, influenciada pelo modelo proibicionista, que postula uma sociedade livre das drogas, com forte predominância da experiência norte americana, que criminaliza, segmenta e exclui a população com uso nocivo de álcool e outras drogas, tendendo a psiquiatrizar o indivíduo, centrando sua ação no modelo biomédico e repressivo, conjugando portanto, a saúde pública e a área da Segurança Pública, havendo primazia da abordagem da segunda política.

A partir dos anos 80, com o advento e dificuldades de controlar a epidemia da AIDS e sua disseminação entre os consumidores de substâncias injetáveis, pelo compartilhamento de seringas, estratégias de redução de danos são incorporadas, paulatinamente, nas ações em saúde. Tais estratégias, concebidas como uma produção de saúde alicerçado na minimização dos efeitos negativos/prejudiciais do uso de SPA (MAYER, 2010), permitiram o avanço na prevenção, recuperação e reinserção dos usuários de drogas, que são reconhecidos enquanto detentores de direitos, com destaque ao direito à saúde, ou reinvenção dela, coexistindo com o modelo proibicionista.

No Brasil, a consolidação das políticas públicas de saúde pública direcionadas aos usuários de álcool e outras drogas, a partir dos anos 2000 configurou-se numa arena de disputas entre a política de segurança pública e de saúde. A primeira numa abordagem inicialmente predominantemente proibicionista, com um horizonte de construir uma sociedade sem drogas e a segunda mais na perspectiva da redução de danos, mais humanista e pragmática, fundamentada nos direitos humanos e em uma concepção de que é impossível uma sociedade livre das drogas, havendo necessidade de conviver com as mesmas e proteger os direitos humanos de seus consumidores e compreender a função das mesmas em suas vidas, a complexidade da vida mediada pelo consumo. E, acompanhar suas possibilidades de se inserir em projetos de cuidado, com foco na produção de vínculo e defesa da vida. Há um realinhamento entre as duas instâncias e políticas, e a redução de danos passa a ganhar maior aceitação. O tema do álcool e outras drogas é integrado à política de saúde mental, como questão de saúde pública apenas no ano 2002, com o lançamento da Portaria 816, que institui o Programa

Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2005b), passando a fazer parte das estratégias de redução de danos, coerente com os princípios das políticas de saúde pós Constituição de 1988.

As legislações e orientações emanadas do Ministério da Saúde postulam a construção de uma rede de atenção psicossocial – RAPS, oficializada em 2011, a qual inclui os usuários de álcool e outras drogas, através da implementação de leitos de saúde mental/atenção psicossocial em hospitais gerais, sendo este um dos instrumentos estratégicos no ordenamento da rede, dentre outros dispositivos comunitários e fortalecedores dos vínculos familiares e sociais, tais como os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad), os consultórios na rua e as unidades de acolhimento.

Deste modo, o movimento da reforma psiquiátrica é tido como marco histórico na política de saúde mental, álcool e outras drogas consolidado a partir de 2001, com a promulgação da Lei 10.216, que trata dos direitos das pessoas com transtorno mental, e reorienta o modelo de atenção, incluindo as pessoas que têm transtornos resultantes do consumo nocivo de álcool e outras drogas. E, complementado pela Lei 11.343/2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, estabelece normas para repressão a produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crimes.

Neste novo contexto, os familiares das pessoas com transtornos mentais passam a ocupar outros lugares e funções nos novos equipamentos reformados, sendo exigidos a dividir com os serviços de saúde mental o cuidado da pessoa com transtorno mental, o que antes era assumido integralmente pelos hospitais psiquiátricos/manicômios.

Os familiares são convocados a ser parceiros (BRASIL, 2004a) da política de saúde mental, álcool e outras drogas, uma condição em processo de construção, mas, cujos reflexos observa-se na multiplicidade de funções e lugares ocupados pelos mesmos no cotidiano assistencial e nas ações políticas.

A família e suas dinâmicas em torno da produção e provisão de cuidado comunitário/territorial na saúde mental ganha maior visibilidade na produção da literatura do campo. Desta forma, sobrecargas objetivas e subjetivas (ROSA, 2003; BANDEIRA, 2013) são evidenciadas e tecnologias assistivas são requeridas para cuidar dos cuidadores, ou seja, ampliar a produção do cuidado para abarcar além do

“paciente identificado”, haja vista o transtorno mental decorrente do consumo nocivo de SPA atingir a família como um todo, impondo novas demandas e reorganização interna do grupo. As sobrecargas distribuem-se desigualmente no interior da família, haja vista que, historicamente, as mulheres, na divisão social e sexual do trabalho, ficaram encarregadas de prover a proteção social e os cuidados dos enfermos.

As famílias também são destacadas, na literatura da área, como avaliadoras dos novos equipamentos que implementam a nova política de saúde mental, álcool e outras drogas, mas, há estudos como o de Campos e Soares (2005) que explicitamente excluem “familiares de alcoolistas e drogadictos” (CAMPOS; SOARES, 2005, p. 223), havendo maior priorização de familiares de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia ou transtornos associados à psicose, o que é a tônica dominante nos estudos no campo.

Com a lacuna posta, conjugada à ação profissional nos leitos de saúde mental que estão localizados na Ala E da Maternidade Dona Evangelina Rosa, por ser um serviço pioneiro no âmbito nacional (referindo-se a leitos direcionados para essas mulheres dentro de uma maternidade pública) que foi inaugurado em março de 2017, e que teve a participação da pesquisadora desde a sua inauguração na função de assistente social, compondo a equipe multiprofissional em conjunto com enfermeiros (as), técnicas (os) de enfermagem, psicólogas e médicos (as), incluindo psiquiatras, justifica-se a pertinência do estudo.

Foi relevante direcionar o estudo para a Maternidade Dona Evangelina Rosa – MDER por ser caracterizada como um serviço que preconiza o projeto do cuidado comunitário/territorial, perspectiva da reforma psiquiátrica, que remodela a relação entre a sociedade e a gestante ou puérpera que faz uso nocivo de substância psicoativa (SPA). Tal equipamento é estratégico na desconstrução do estigma e na atenção singular, equânime a tal segmento na perspectiva de reinserção em espaços igualmente destinados a todos, muito embora se destine a um segmento ainda mais específico, as gestantes ou puérperas que tem transtorno mental e/ou fazem uso nocivo de substâncias psicoativas.

Neste cenário, os modelos assistenciais encontram-se na fase de transição, em que se encontra a reforma psiquiátrica brasileira, onde ainda mesclam-se os modelos psiquiátricos tradicionais; e o novo modelo, pautado no reforço da priorização do cuidado do sujeito na sua “integralidade”, enfocando os determinantes sociais, econômicos e culturais circundantes à pessoa com transtorno

mental e/ou que fazem uso de SPA, convocado a expandir sua ação para a família como um todo.

A escolha pela pesquisa com a família é resultado de um caminho trilhado desde a graduação em Serviço Social, quando surgiu o interesse pela temática ainda nas vivências acadêmicas da pesquisadora, com enfoque na experiência de estágio obrigatório em Serviço Social, realizada no CAPS II Leste em Teresina-Piauí no segundo semestre de 2009, na qual emergiram as primeiras inquietações sobre a atuação do Serviço Social em atividades grupais e individuais junto aos familiares, despertando o interesse pelas implicações no seio familiar do uso nocivo de substâncias psicoativas por parte das pessoas com transtorno mental - PCTM. O resultado foi a realização do trabalho de conclusão de curso da pesquisadora, concretizado com as famílias dos usuários do CAPS II Leste de Teresina - Piauí, intitulado como “Avaliação dos serviços do CAPS II Leste na visão dos familiares cuidadores das pessoas com transtornos mentais”; e, portanto, trazendo um estudo na perspectiva de avaliação das ações do equipamento. A continuidade de estudo com a família na saúde mental é parte do desejo da pesquisadora em contribuir para o empoderamento das famílias das pessoas com transtornos mentais frente aos desafios que surgem a este público diante das novas configurações contemporâneas das políticas sociais e do próprio desenho e dinâmica familiar.

Acrescenta-se também a aproximação da pesquisadora em relação à Política de Álcool, Crack e outras Drogas quando participou, em 2013, enquanto ministrante de um módulo no Curso de atualização sobre intervenção breve e aconselhamento motivacional em crack e outras drogas para agentes comunitários de saúde, redutores de danos, agentes sociais e profissionais que atuam nos Consultórios na Rua da região entre rios – Piauí, oferecido pelo Centro Regional de Referência em Formação Permanente aos Profissionais que atuam nas Redes de Atenção Integral à Saúde e de Assistência Social com Usuários de Crack e Outras Drogas – CRR através do Núcleo de Pesquisas em Saúde Pública da Universidade Federal do Piauí (UFPI).

Neste momento a pesquisadora já tinha percebido que a pesquisa com famílias de PCTM era complexa e merecia um aprofundamento, levando ao trabalho de dissertação de mestrado cuja abordagem recaiu sobre as interfaces entre o público e o privado no provimento de cuidado às pessoas com transtornos mentais

pós-reforma psiquiátrica: estudo de caso no serviço hospitalar de referência em álcool e outras drogas – “Hospital do Mocambinho”, datado de 2014/2015.

Além do mais, as inquietações acerca do tema tratado pelo projeto em questão, também foram frutos da aproximação da pesquisadora através de seu exercício profissional na Maternidade Dona Evangelina Rosa – MDER, e mais precisamente com as gestantes e/ou puérperas que passam pela referida instituição com histórico de consumo nocivo de substâncias psicoativas.

Nesse contexto, observa-se que novas exigências são colocadas para a família, que era tida pelo modelo manicomial como uma mera visita e recurso eventual ao seu familiar enfermo (ROSA, 2003).

A família é tida como referência principal, dentre outros, pela proximidade e por conhecer as necessidades imediatas do seu ente acometido pelo transtorno mental. E, também, porque é o principal elo entre o Estado e a sociedade para a pessoa com transtorno mental acometido pelo consumo nocivo de álcool e outras drogas.

Mas, a complexidade de suas necessidades singulares em contexto de ter que gerir a proteção social de gestantes e puérperas que consomem substâncias psicoativas, ainda encontra-se silenciada, o que determinou indagações, como: Quais as repercussões sociais vivenciadas por esses familiares no que concerne ao uso nocivo de SPA por gestantes ou puérperas que são atendidas na MDER? O que a gestação e o filho da consumidora de SPA trazem como necessidade para os familiares cuidadores? Qual o perfil sociodemográfico dos familiares cuidadores e consumidora de SPA, considerando as dimensões de classe social, gênero e etnia? Qual o espaço ocupado pela substância, gestação/puerpério e recém-nascido na vida da família? Quais as dificuldades vivenciadas pelos familiares cuidadores diante do contexto de uso nocivo de SPA por gestantes ou puérperas? Quais as estratégias construídas pela família/familiar cuidador face às necessidades postas? Qual o suporte que as políticas públicas oferecem aos familiares cuidadores?

Desse modo, o estudo teve por objetivo geral, analisar as repercussões sociais para os familiares das necessidades circunscritas à proteção social de gestantes ou puérperas que consomem substâncias psicoativas, atendidas pela Maternidade Dona Evangelina Rosa – MDER em Teresina-Piauí, no ano 2018. E, por objetivos específicos, qualificar o que a gestação e o filho da consumidora de SPA trazem como necessidade para os familiares cuidadores; traçar o perfil

sociodemográfico dos familiares cuidadores e consumidora de SPA, considerando as dimensões de classe social, gênero e etnia; analisar o espaço ocupado pela substância, gestação/puerpério e recém-nascido na vida da família; identificar as dificuldades vivenciadas pelos familiares cuidadores diante do contexto de uso de substância psicoativas por familiares gestantes ou puérperas; caracterizar as estratégias construídas pela família/familiar cuidador face às necessidades postas; e suporte oferecido pelas políticas sociais e avaliar o suporte que as políticas públicas oferecem aos familiares cuidadores.

Para contemplar tais objetivos, a pesquisa caracterizou-se por ser de cunho qualitativo, pois teve a preocupação em analisar e interpretar aspectos mais densos, descrevendo a complexidade de processos sociais (MARCONI; LAKATOS, 2006, p. 269). Para Minayo (2002):

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha como o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 2002, p.21-22).

Portanto, a dimensão qualitativa nesta pesquisa esteve direcionada à identificação e análise dos processos sociais, relacionadas as repercussões sociais do uso nocivo de SPA no período da gestação ou do puerpério para o âmbito familiar.

Os participantes da pesquisa foram os (as) familiares, que estavam respondendo pelas gestantes ou puérperas com transtornos mentais decorrentes do uso nocivo SPA durante sua internação na Maternidade Dona Evangelina Rosa – MDER, especificamente nos leitos psiquiátricos localizados na Ala E, enfermaria 36, no período de abril a outubro de 2018. Para se constituir como participantes da pesquisa foram adotados como critérios de seleção: a) aceitar participar da pesquisa; b) ser maior de 18 anos; c) ser acompanhante das usuárias na MDER e no período anterior à internação nessa instituição. Destaca-se que o presente trabalho considerou a denominação de família unipessoal e, portanto, também incluiu a própria gestante/puérpera como família, que estava em condição de diálogo e não estivesse interdita, enquanto participante a ser entrevistada. Ainda teve

como sujeitos participantes, os profissionais que aceitaram participar da pesquisa e que atuavam diretamente nos referidos leitos, a saber: médicos, psiquiatra, psicólogos, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

O cenário da pesquisa contemplou os leitos de Saúde Mental localizados na ALA E da Maternidade Dona Evangelina Rosa, instituição estatal, localizada na Av. Higino Cunha, 1552 Bairro Ilhotas, em Teresina – PI. Os leitos de Atenção Psicossocial foram inaugurados em 16 de março de 2017, e contempla desde então as usuárias gestantes e/ou puérperas com sofrimento mental e/ou que fazem uso nocivo de SPA. São acolhidas por uma equipe multiprofissional que oferece atenção qualificada diante de suas necessidades.

Quanto aos objetivos, a pesquisa também se enquadrou como pesquisa exploratória, visto que buscou constatar algo em um determinado local, objetivando proporcionar maior familiaridade com um assunto pouco abordado pela literatura acadêmica (GIL, 2002, p. 41).

Levando em consideração os procedimentos que foram empregados, a pesquisa foi considerada do tipo bibliográfica e estudo de caso. A pesquisa bibliográfica foi contínua, e teve por foco a revisão da literatura pertinente ao tema, com a construção do “estado da arte” recorrendo-se a livros disponíveis, assim como bases digitais de informação, como a Biblioteca Digital de Dissertações e Teses, Biblioteca Virtual em Saúde, Scielo e congêneres. Tratou-se de um Estudo de Caso por referir-se “ao levantamento com mais profundidade de determinado caso ou grupo humano sob todos os seus aspectos” (MARCONI; LAKATOS, 2006, p. 274). Assim, foi um estudo limitado à instituição estudada, isto é, a Maternidade Dona Evangelina Rosa, em Teresina - PI, não podendo ser generalizado para as demais com a mesma denominação, sendo esta maternidade pioneira a nível nacional, que habilitou leitos de Saúde Mental direcionados à gestante ou puérpera com transtorno mental e/ou que fazem uso nocivo de substâncias psicoativas.

Os instrumentos de construção das informações para o estudo pautaram-se em: observação participante, o questionário, o diário de campo e a entrevista semiestruturada. A observação participante, de acordo com Chizzotti (2003, p. 90) “é obtida por meio do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado, para recolher as ações dos atores em seu contexto natural, a partir de sua perspectiva e seus pontos de vista.” Essa observação participante deu-se com a aproximação da instituição cenário da pesquisa, onde a pesquisadora está inserida enquanto

assistente social responsável diretamente pela enfermagem direcionada ao tema/objeto a ser estudado. O questionário socioeconômico foi desenvolvido para traçar um perfil das famílias, familiares cuidadores e gestantes ou puérperas e ter maior aproximação da realidade do sujeito pesquisado, sendo “um conjunto de questões pré-elaboradas, sistemática e sequencialmente dispostas em itens que constituem o tema da pesquisa” (CHIZZOTTI, 2003, p. 55). Também foi utilizado um diário de campo, que consiste em um caderno de anotação, instrumento que foi utilizado no cotidiano da pesquisa, para fins de preservação da memória do dia a dia da pesquisa, preservando registros passíveis de serem analisados/ interpretados à luz do objetivo da pesquisa.

Para a concretização da pesquisa também foi utilizada a entrevista, onde “através dela o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais” (NETO, 2002, p. 57). Assim, consistiu em uma conversa intermediada pelos objetivos da pesquisa, mediada pelas dimensões éticas e pelas implicações da pesquisadora com o cenário da pesquisa, “se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objetos da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada” (NETO, 2002, p. 57).

A entrevista foi direcionada para os familiares, gestantes ou puérperas e profissionais e classificou-se como semiestruturada pois buscou “a obtenção de informações importantes e de compreender as perspectivas e experiências das pessoas entrevistadas” (MARCONI; LAKATOS, 2006, p. 278), de modo que teve liberdade de direcionar a entrevista em qualquer aspecto que considerasse adequada para fortalecer os objetivos da pesquisa. Foi baseada em um roteiro prévio com algumas questões norteadoras, mas, permitiu a inclusão de novos elementos, inclusive pelo sujeito entrevistado, garantindo interatividade.

O número de entrevistas realizadas teve por base o critério da possibilidade de acesso e aceitação para participação na pesquisa, sobretudo por parte da família, haja vista tratar de um tema relacionado a estigma e que suscita o autoestigma, o que gerou dificuldade na aceitação para participar da pesquisa. Nesse contexto de 12 pessoas convidadas a participar, apenas se tornou viável entrevistar 06, 04 com os familiares e 02 com usuárias.

A construção de informações obedeceu os aspectos éticos da pesquisa, de acordo com as exigências dispostas na Resolução 510/2016 (que trata das pesquisas na Ciências Humanas e Sociais) do Conselho Nacional de Saúde. Antes

de ir a campo, o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí e do Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Dona Evangelina Rosa. Ainda foi solicitado aos participantes, o aceite e autorização para a entrevista e observações, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre, onde foi informada que sua participação seria voluntária e livre de ônus, além de lhe ser garantido o anonimato bem como o direito de interromper a entrevista a qualquer tempo.

Desse modo, o período da construção de informações, com base nas entrevistas e questionário aconteceu no período de 05 de abril de 2018 a 21 de dezembro de 2018, considerando os aspectos éticos da pesquisa, de acordo com a já mencionada Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Portanto, a pesquisadora iniciou esta etapa após cadastro do projeto da Plataforma Brasil e apreciação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí (aprovado sob CAEE nº 86324818.8.0000.5214) e do Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Dona Evangelina Rosa.

Frisa-se que ao tempo em que a inserção da pesquisadora no campo de coleta de informações foi um fator facilitador, por estar cotidianamente com os profissionais, familiares e usuárias, também se mostrou como um fator dificultador, principalmente com os familiares e usuárias que ainda reforçam o dialogar sobre a questão do uso nocivo de SPA como um tabu social, algo “desviante” das normas estabelecidas pela sociedade. A pesquisadora, portanto, teve dificuldades na aceitação da participação das entrevistas por parte desses familiares e usuárias, haja vista ser percebida como representante da instituição e de seu coletivo de trabalho, ou seja, um agente potencialmente estigmatizador.

A análise das informações construídas na pesquisa teve por finalidade:

[...] estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural da qual faz parte (GOMES, 2002, p. 69).

Baseando-se em Minayo (2002), a análise das informações construídas partiu de alguns procedimentos: 1) ordenamento das informações, onde foi mapeado e distribuído todos os dados consignados, inclui-se aqui a transcrição das

entrevistas, bem como das observações e anotações registradas no diário de campo da pesquisadora; 2) classificação das informações, depois de leituras exaustivas das fontes de informação, onde identificou-se as categorias específicas, levando em consideração os objetivos da pesquisa; e 3) análise final, onde se fez articulações entre as informações construídas e os referenciais teóricos da pesquisa. Neste momento, buscou-se responder às questões da pesquisa, fazendo uma articulação dos achados com o referencial teórico adotado.

Os dados, portanto, foram analisados considerando o procedimento de triangulação que contribuiu para a interpretação dos significados das categorias estudadas, reforçando a relevância do diálogo das informações obtidas e com as referências bibliográficas adotadas, possibilitando uma análise das repercussões sociais para os familiares do uso nocivo de SPA por mulheres gestantes ou puérperas, num contínuo movimento dialético.

Os resultados da pesquisa foram expostos em quatro capítulos. O primeiro capítulo que teve como Título “Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas No Brasil e no Piauí” que trouxe o percurso histórico dessa Política no Brasil e no Piauí, elencando seus avanços e retrocessos, perpassando seus marcos legais.

O segundo capítulo “Políticas Públicas e Gênero” expõe a discussão sobre a categoria gênero, como fundamental para a compreensão das Políticas Públicas para as mulheres, além de elencar o tratamento dessa categoria nas Políticas de Saúde, saúde mental, álcool e outras drogas, firmado a lacuna que existe na mesma e a necessidade da transversalidade de gênero.

O terceiro capítulo “Família, gestação e uso nocivo de substâncias psicoativas” trata sobre a família, mostrando a influência das mudanças societárias e políticas na construção dessa categoria. Discute ainda sobre as famílias no contexto do uso de substâncias psicoativas no período gestacional ou puerperal.

O quarto capítulo “As repercussões sociais para os familiares das necessidades circunscritas à proteção social de gestantes ou puérperas que consomem substâncias psicoativas, atendidas pela Maternidade Dona Evangelina Rosa – MDER em Teresina-Piauí, no ano 2018” traz a apreciação das informações construídas e interpretadas através das entrevistas realizadas com as mulheres gestantes ou puérperas que fazem uso de substâncias psicoativas, seus familiares e profissionais da MDER que atuam nos leitos de saúde mental, considerando como

principais categorias o cuidado/proteção social, famílias e gestação/puerpério; bem com as referências teóricas que embasaram a pesquisa.

E por fim, as considerações finais, onde se realizou um balanço dos resultados encontrados, e se recuperou as questões norteadoras que orientaram o trabalho de campo.

Com essa pesquisa, espera-se contribuir na produção de conhecimentos estratégicos sobre a caracterização e qualificação de elementos que permitam trazer maiores subsídios para identificar e analisar as repercussões sociais para os familiares do uso de substâncias psicoativas por gestantes ou puérperas. Conhecer o suporte oferecido pelas políticas sociais a essas famílias, bem como as lacunas das ações da Rede de Atenção Psicossocial e demais redes socioassistenciais de outras políticas. Constituir espaço de vocalização das necessidades sociais de familiares e consumidoras de substâncias psicoativas, fomentando o protagonismo e maior visibilização de sua identidade e possibilidades, em contraposição das políticas familistas, que onerem e sobrecarreguem as famílias. Dessa forma, trazer elementos para acrescentar novos conhecimentos ou ângulos de análise e tensionar o campo da proteção social em relação às famílias.

2 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL E NO PIAUÍ

Este capítulo objetiva descrever e analisar o percurso das ações governamentais nas expressões da questão social envolvendo o uso nocivo/arriscado de substâncias psicoativas no contexto brasileiro e piauiense. Para tanto, efetivou-se a explicitação de alguns conceitos-chaves que permearão o estudo, bem como revisão de literatura frente às ações governamentais e análise documental a partir dos textos das políticas.

2.1 Trajetória histórica das Políticas públicas sobre saúde mental, álcool e outras drogas no Brasil

Para entender esta discussão, é necessário inicialmente explicitar alguns conceitos que nortearam este estudo ou ao menos explicitar algumas concepções quanto a determinados aspectos envolvendo o tema, tendo em vista que o conceito de drogas variou muito em diferentes conjunturas/tempos históricos sendo utilizado o termo drogas, entorpecentes, substâncias psicoativas, e, inclusive, na contemporaneidade não há um consenso preciso quanto aos termos a serem adotados neste campo.

Na linguagem mais técnica, “droga” serve para designar amplamente qualquer substância que, por contraste ao “alimento”, não é assimilada de imediato como meio de renovação e conservação pelo organismo, mas é capaz de desencadear no corpo uma reação tanto somática quanto psíquica, de intensidade variável, mesmo quando absorvida em quantidades reduzidas. [...] “Psicoativo” é um dos termos cunhados para referir às substâncias que modificam o estado de consciência, humor ou sentimento de quem as usa – modificações essas que podem variar de um estímulo leve, [...] até alterações mais intensas na percepção do tempo, do espaço ou do próprio corpo, como as que podem ser desencadeadas por alucinógenos vegetais, como a ayahuasca, ou “anfetaminas psicodélicas” sintéticas, como o MDMA, popularmente conhecido como ecstasy (LABATE, 2008, p.13).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), droga “é qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar

sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento” (NICASTRI, 2010, p. 16).²

Mas, o termo droga adquiriu uma concepção negativa, associada no senso comum à um produto que produz danos ao organismo e a seu consumidor. Farmacoterapeuticamente, as diferenças entre drogas e veneno, está na dosagem. O conceito de substância psicoativa – SPA tem mantido uma dimensão mais neutra.

Desta feita, é relevante informar que embora contemporaneamente as SPA (termo que será usado no decorrer do trabalho) tenham se manifestado como uma problemática internacional, este assunto tem suas raízes desde as origens do ser humano na Terra, quando estas eram utilizadas em cerimônias e rituais para a obtenção de prazer, divertimento, bem como em ações medicinais e experiências místicas. Os índios já utilizavam bebidas fermentadas em rituais sagrados, e os egípcios usavam vinhos e cerveja como medicinal, para o alívio da dor ou para aborto (SANTOS; OLIVEIRA, 2012).

A utilização de SPA nesta época era concebida a partir de um enquadre mais cultural, não representando ameaça para o indivíduo e nem para a sociedade em geral, bem como não havia conhecimento dos malefícios do consumo, por que a produção e a distribuição eram dominadas pelos anciãos, que controlavam o conhecimento que se preservava pela tradição oral e a sociedade não era medicalizada como a contemporânea.

No entanto, com o processo de industrialização e urbanização – final do século XIX e início do século XX, o uso e o abuso de vários tipos de SPA começaram a ser problematizados, principalmente com o desenvolvimento da indústria fármaco-química, que contribuiu para o aumento e diversificação das SPA, isto porque com o “avanço científico, os laboratórios passaram a sintetizar as substâncias psicoativas produzidas pela natureza, produzindo-as em escala industrial” (TRAD, 2010, p.100).

O consumo intencional, sem prescrição médica, com a intencionalidade de produzir alterações no estado de consciência dissemina-se, com vários padrões de consumo. O consumo experimental, não passa da fase da curiosidade, dos

² Seu uso pode ser prescrito por médicos ou não, havendo juridicamente a destinação entre SPA lícitas (aprovadas legal e socialmente como álcool e cigarros) e aquelas condenadas legalmente, denominadas ilícitas (como maconha, crack e cocaína). Para fins deste trabalho essa distinção é irrelevante pois tanto uma quanto as outras podem causar prejuízos em diferentes aspectos da vida, embora, o consumo de SPA não prescrito tenha se ampliado, o que se torna uma preocupação geral do mundo ocidental.

primeiros contatos. O consumo nocivo, é aquele, caracterizado por ser frequente e trazer alguns prejuízos na vida da pessoa, pelo aumento da tolerância e o consumo dependente, é aquele classificado como enfermidade, sendo classificado por 3 elementos principais: tolerância, compulsão e prejuízos na vida.

No contexto brasileiro, que sofreu influência dos organismos internacionais, cuja concepção é hegemônica pela política dos Estados Unidos, frente à crescente demanda por políticas públicas vinculadas ao combate do narcotráfico e do uso nocivo/ arriscado de SPA, inicialmente as intervenções governamentais foram marcadas por um viés proibicionista, com discursos pautados na criminalização e medicalização dos usuários de SPA, sendo de responsabilidade do sistema judiciário, que teve como resposta principal as internações compulsórias. De acordo com FIORE (2012), as premissas fundamentais do paradigma proibicionista são: “1) o uso dessas drogas é prescindível e intrinsecamente danoso, portanto, não pode ser consumido; 2) a melhor forma de o Estado fazer isso é perseguir e punir seus produtores, vendedores e consumidores.” (FIORE, 2012, p. 10)

O proibicionismo brasileiro esteve firmado pelos preceitos internacionais, como por exemplo, em ações dos Estados Unidos que revelaram este posicionamento diante do aumento da industrialização de bebidas alcoólicas no país e, por conseguinte a extensão mercantil do consumo, o que propiciou, inclusive intervenções militares dos EUA na América Latina no reforço ao seu imperialismo.

Em 1830 foi visualizado as primeiras ações de caráter proibicionista quanto ao uso de SPA no Brasil Império, onde a Câmara Municipal do Rio de Janeiro aplicava, arbitrariamente, penalidades aos negros que fossem pegos fumando maconha (SANTOS; OLIVEIRA, 2012). O primeiro registro legal remete ao ano de 1890, no artigo 159, Capítulo III - Dos Crimes contra a Tranquilidade Pública do Código Penal Republicano, que previa como crime “expor à venda, ou ministrar, substâncias venenosas sem legítima autorização e sem as formalidades prescritas nos regulamentos sanitários” (SANTOS; OLIVEIRA, 2012, p.85). A pena era de multa. Nesse contexto, havia uma clara direcionalidade da política, voltada para um público específico, os negros, que eram criminalizados pelo consumo da maconha, também denominada “fumo de angola”, configurando na origem, uma política racializada e discriminadora.

Logo, as leis eram direcionadas para a população pobre, negros e escravos, demonstrando seu viés excludente, estigmatizador e segregador (SANTOS; OLIVEIRA, 2012). Portanto, os marcadores de classe social atravessam desde o início o tratamento da questão, pois, desde a abolição da escravatura e institucionalização da República os pobres e negros passam a serem considerados os segmentos sociais inferiores e que demonstravam perigo para os demais membros da sociedade, pois se encontravam à margem do processo civilizatório moderno.

O modelo de intervenção proibicionista caracteriza-se pela demonização da substância e pela criminalização dos usuários de SPA, o que se reflete diretamente na garantia dos seus direitos em geral, assim como eram desmoralizados mesmo ao fazer uso das SPA em condições não prejudiciais ao sujeito e à sociedade. Este modelo ainda vigora em outros países, como os Estados Unidos e Japão, e pode ser visualizado sua coexistência no Brasil com o modelo de redução de danos, que desde o ano 2000 vem ganhando espaço crescente no discurso da política pública da área da saúde pública.

Nos anos iniciais do século XX, o cenário brasileiro, embora as informações epidemiológicas mostrassem indícios do aumento do consumo de bebidas alcoólicas, não era alvo de preocupações dos governantes, sendo esta função tomada por entidades privadas, como a Liga Antialcoólica de São Paulo, a Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária e a União Brasileira Pró-Temperança, que atuavam com medidas educativas antialcoólicas de cunho moralista e higienistas.

Em 1924, reforçando o proibicionismo, foi incluído no Código Penal Brasileiro, o Decreto nº 4.294 que propunha pena de prisão para aqueles que vendessem ópio e seus derivados e cocaína, e o Decreto nº 14.969 que criou o sanatório para toxicômacos (SANTOS; OLIVEIRA, 2012). A internação compulsória era tida como a correção adequada aos usuários de SPA sendo determinado pela legislação penal. Ou seja, a internação compulsória, era uma decisão judicial, portanto, criminalizadora e segregadora, sem haver intermediação da área da saúde em sua definição inicial.

Por conseguinte, no ano de 1930, foi promulgada a Lei de Fiscalização de Entorpecentes através do Decreto nº 891/ 1938, que criminalizava o porte de SPA “ilícitas” sem considerar a quantidade apreendida ou mesmo se a SPA era para

consumo próprio ou tráfico, sendo a mesma penalidade para ambos os casos. Este decreto foi incorporado ao Código Penal de 1940.

Na década de 70, sob influência das três convenções internacionais realizadas pela Organização das Nações Unidas – ONU - em Nova Iorque, 1961 e Viena, 1971, 1988, o Brasil aprovou a Lei nº 5.726/ 1971 que dispunha sobre as medidas preventivas e repressivas ao tráfico e ao uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica. É importante mencionar que esta lei não faz menção ao tratamento de saúde aos usuários de SPA, com exceção daqueles denominados “infratores viciados”, que referia aos sujeitos internados compulsoriamente em hospitais psiquiátricos, sendo, portanto, não um direito à saúde e sim, uma reabilitação criminal pelo “vício” (SANTOS; OLIVEIRA, 2012), o que sugere uma moralização e penalização em relação ao consumo.

Em seguida, no ano de 1976, esta lei foi substituída pela Lei nº 6.368, que dispõe acerca das medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso “indevido” de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica. Essa lei vem a contribuir para o avanço no modelo de atenção à saúde aos usuários de SPA, tendo em vista que amplia a abordagem quanto ao tratamento e recuperação destes sujeitos, agora tidos como dependentes e não mais como “viciados infratores”.

No entanto, a lei supracitada ainda carrega consigo a concepção centrada no médico psiquiatra, sendo o usuário de drogas considerado somente enquanto doente psiquiátrico, sendo uma medida vinculada ao Ministério da Justiça, atrelando a matéria ao paradigma médico-jurídico.

De acordo com a Lei nº 6.368 /1976, ainda era previsto para tratamento aos usuários de SPA, os serviços da rede de atenção à saúde extra-hospitalar, sobretudo ambulatoriais, caso o usuário não necessitasse de internação psiquiátrica, embora o país ainda não tivesse estruturas institucionais para o recebimento deste público, deixando os indivíduos que tinham condições ou que contribuíam para a Previdência Social a mercê dos serviços de saúde privados, conveniados ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Fato que explica a utilização dos serviços de internação psiquiátrica como a única opção/ resposta do Estado aos usuários de SPA que não tinham condições de pagar por outros serviços.

A década de 80 foi fundamental para a consolidação de uma política nacional de enfrentamento ao uso nocivo/arriscado de SPA no Brasil, tendo o Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN) como órgão central neste processo, embora este tivesse suas ações voltadas à repressão da produção, do tráfico e do consumo de SPA. As ações deste órgão tiveram grande relevância no país, principalmente por apoiar os centros de referência em tratamento, pesquisa e prevenção na área de álcool e outras drogas, bem como às comunidades terapêuticas e aos programas de redução de danos voltados inicialmente para a prevenção de transmissão do HIV/ AIDS entre usuários de drogas injetáveis.

Em substituição ao COFEN, foi criado em 1988, o Conselho Nacional de Drogas, o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD) e a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), que mantiveram a abordagem das drogas como assunto de Segurança Nacional, na perspectiva de livrar a sociedade deste mal, criando uma utópica “sociedade sem drogas”, sendo organizados com uma estrutura preponderantemente de cunho militar.

Com a epidemia da AIDS e a disseminação da enfermidade entre os usuários de SPA injetáveis, tem início as primeiras ações de redução de danos no País, sobretudo na cidade de Santos-SP e Salvador-BA, estado com o primeiro programa nacional orientado por essa perspectiva. Vale aqui mencionar o conceito de redução de danos, como explicita Cruz (2010):

Redução de danos (RD) constitui uma estratégia de abordagem dos problemas com as drogas que não parte do princípio que deve haver imediata e obrigatória extinção do uso de drogas, seja no âmbito da sociedade, seja no caso de cada indivíduo, mas que formula práticas que diminuem os danos para aqueles que usam drogas e para os grupos sociais com que convivem. (CRUZ, 2010, p. 176)

A inclusão da Redução de Danos como política de prevenção ao uso nocivo/arriscado de SPA surgiu mediante a necessidade de alternativas ao modelo hegemônico baseado no paradigma médico-jurídico, que vem paulatinamente coexistindo e tendo seu predomínio disputado pela Estratégia de Redução de Danos.

Os registros apontam as primeiras tentativas de implantação da estratégia de Redução de Danos no ano de 1926, na Inglaterra, por um grupo de médicos que manifestaram no Relatório de Rolleston, que a forma mais eficaz no tratamento de

dependentes de heroína e morfina seria a realização da administração dessas SPA de maneira monitorada, objetivando aliviar os sintomas da abstinência (MAYER, 2010).

No entanto, somente em meados dos anos 80, houve a sistematização da Redução de Danos em programas de saúde, objetivando a redução da contaminação de hepatite B entre os que faziam uso de SPA injetáveis, bem como pela contaminação do HIV. Em 1984, realizou-se um experimento do programa de trocas de seringas, em Amsterdã e Holanda.

A primeira experiência no Brasil foi no ano de 1989, na cidade de Santos, não passando de mera tentativa de implantação do programa de redução de danos, tendo em vista que o programa sofreu retaliações pelo Ministério da Justiça e de outros setores conservadores da sociedade civil, impedindo que os profissionais trocassem seringas com os usuários de drogas injetáveis, o que fez com que estes mesmos profissionais estimulassem “o uso de hipoclorito de sódio para a desinfecção de agulhas e seringas reutilizadas” (MAYER, 2010, p. 06). Assim, em 1993, o governo de Santos efetivou a implantação do primeiro projeto brasileiro de redução de danos na promoção e prevenção em saúde.

Em 1995, em Salvador (BA), o projeto ganha aspecto de Programa de Redução de Danos (PRD) voltado para a realização de trocas de seringas. E assim, vai se multiplicando por vários estados brasileiros até que em 1998 é instituída a primeira lei estadual que torna legal a troca de seringas no estado de São Paulo.

É através da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas que a Redução de Danos é reconhecida como estratégia pública de saúde, ampliando suas ações para além da troca de seringas, constituindo ações “que transversalizam os serviços da rede assistencial do SUS, em especial, os serviços de saúde mental [...] e os serviços de atenção primária à saúde [...]” (MAYER, 2010, p. 07).

A promoção de estratégias e ações de redução de danos, voltados para a saúde pública e direitos humanos, deve ser realizada de forma articulada inter e intra-social, visando à redução dos riscos, das consequências adversas e dos danos associados ao uso de álcool e outras drogas para a pessoa, a família e a sociedade (BRASIL, 2003, p. 19).

Tal proposta ainda é reforçada pela Lei n 11.343, de 23 de agosto de 2006 quando define em seu artigo 18 que as atividades de prevenção do uso nocivo/arriscado de SPA são todas aquelas direcionadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e risco e para a promoção e o fortalecimento dos fatores de proteção.

Desse modo, a Redução de Danos:

[...] é uma alternativa de saúde pública para os modelos moral/criminal e de doenças do uso e da dependência de drogas que apresenta os seguintes princípios: reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam os danos; constitui uma abordagem “de baixo para cima”, baseada na defesa do dependente, em vez de uma política de “cima para baixo” promovida pelos formadores de política de drogas; promove acesso a serviços de baixa exigência como alternativa para abordagens tradicionais de alta exigência; baseia-se na tese do pragmatismo empático versus idealismo moral (MARLATT, 1999, p. 46).

Portanto, a lógica da Redução de Danos tem um ganho significativo neste período da construção da Política, firmando-se em ações que visam à diminuição dos riscos e danos aos usuários de SPA, e pautando-se na concepção de compreender o indivíduo em sua singularidade, entendendo que estes sujeitos estabelecem uma relação particular com as substâncias e necessitam por isso, de medidas distintas para cada caso. Em outras palavras, não se obtém êxito no tratamento/ cuidado e recuperação dos sujeitos que fazem uso de SPA com ações padronizadas e impositivas. Reconstitui ainda a complexidade que norteia a produção de cuidado mediado por direitos e ações cidadãs.

Apesar das grandes contribuições trazidas pela Estratégia de Redução de Danos, ainda é questionável as lacunas quanto a legislação brasileira direcionada ao usuário de álcool e outras drogas, principalmente quanto a distinção entre o “ser usuário” e o “ser traficante”, embora a lei 11.343/2006 procure fazer distinção entre um e outro.

O Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002, que institui a Política Nacional Antidrogas, retrata as SPA como ameaças a humanidade e à vida em sociedade, objetivando a construção de uma sociedade livre do uso ilícito de drogas, o que demonstra ainda a associação das drogas à violência. Neste mesmo ano foi instituída a Lei nº 10.409, que determina o tratamento do dependente ou usuário de SPA por uma equipe multiprofissional, tendo o acompanhamento, sempre que

possível, da família, indicando estratégias de redução de danos, sob regulação do Ministério da Saúde. Os avanços trazidos pela Lei nº 10.409 não extinguiu a Lei anterior (nº 6.368/1976), somente vetou alguns de seus artigos (SANTOS; OLIVEIRA, 2012).

Até então, as políticas voltadas para o consumo nocivo estiveram associadas prioritariamente à Segurança Pública, uma questão de polícia e do Ministério da Justiça, com a intensificação da criminalização e indiferenciação entre consumidor e traficante. A política de saúde passa secundária e periféricamente a se inserir na questão. Em 2001 é realizado o 1º levantamento domiciliar sobre o uso de drogas no Brasil em que o consumo de álcool é evidenciado como principal questão. Nesse mesmo ano, é realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que destina um capítulo específico sobre o consumo de álcool e outras drogas, que desponta como um problema de saúde pública e mental, merecendo uma atenção específica do campo.

O atraso histórico no reconhecimento do uso problemático ou dependência de SPA enquanto questão de saúde pública somente foi enfrentada ou equacionada com a formulação da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, em 2002, que determina como responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) a garantia da atenção especializada aos usuários de álcool e outras drogas, anteriormente realizado, preponderantemente, por instituições não governamentais, focado no uso nocivo/arriscado e, sobretudo, na dependência. Ressalva-se que muitos problemas relacionados ao consumo eram direcionados para os serviços hospitalares, sem haver uma política específica da saúde para a questão. Tal fato, deu vazão a ações de natureza benemerente, proselitista, culpabilizante e voluntariada, sem inscrição na lógica dos direitos e da cidadania. A supracitada política prevê a construção de uma rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas através da implementação de leitos de saúde mental/atenção psicossocial em hospitais gerais, sendo este um dos instrumentos estratégicos no ordenamento da rede, dentre outros dispositivos comunitários e fortalecedores dos vínculos familiares e sociais, tais como os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad), os consultórios de e na rua e as unidades de acolhimento.

A Política do Ministério da Saúde para Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas é resultante da confluência de várias questões dentre elas, o avanço

da política de redução de danos, consolidação da democracia, combate ao HIV, em especial as ações para o não compartilhamento de seringas, organização dos consumidores e trabalhadores, bem como dos embates políticos advindos principalmente do Movimento da Luta Antimanicomial em prol do cuidado mais humanizado, digno e cidadão aos usuários de álcool e outras drogas. Este movimento de lutas em prol do reconhecimento da cidadania da PCTM e da reorientação do modelo assistencial objetivou a consolidação da Reforma Psiquiátrica, em busca de mudanças quanto ao sistema manicomial para o tratamento de PCTM, para serviços de base comunitária, extra-hospitalares, humanizados e não excludentes/ segregadores, tais como os CAPS, grupos de auto-ajuda, ajuda mútua, hospital-dia, hospitais gerais, dentre outros.

A Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001 é o marco legal da Reforma Psiquiátrica e da garantia dos direitos dos usuários da saúde mental e, por conseguinte, dos que sofrem com transtornos decorrentes do consumo nocivo/arriscado de SPA, ao acesso de forma integral e universal da rede de serviços de saúde centrados no ideário do convívio social e familiar, de modo a fortalecer a cidadania destes sujeitos e vem a firmar a responsabilidade do Estado no desenvolvimento dessas ações. Esta lei demonstra a articulação íntima existente entre a Política de Álcool e outras drogas e a Política de Saúde, através da Política de Saúde Mental, a partir de 2011, ampliada sua denominação incluindo álcool e outras drogas, exatamente como estratégia de sua manutenção na saúde pelas disputas históricas no campo por diferentes modelos e paradigmas.

No Brasil, historicamente, a questão do uso abusivo e/ou dependência de SPA era de responsabilidade da segurança pública e da justiça, assim como, pontualmente foi vista sob um viés predominantemente psiquiátrico/médico, isto é, centrado na atuação de policiais e/ou pelo tratamento psiquiátrico, centrado no médico psiquiatra, sendo, portanto vinculado a práticas criminosas e violentas, e por comportamentos que destoavam da normalidade, concebidos como atos antissociais, num reforço ao binômio médico-jurídico.

A Política de Saúde Mental brasileira, desde a década de 1990, passa a conviver com outras perspectivas, com rumos distintos, tendo em vista o novo

modelo de atenção à PCTM, advindos com os ideais da Reforma Psiquiátrica³ e SUS e com as conquistas da Luta Antimanicomial⁴, que visam à substituição do modelo hospitalocêntrico, centrado nas internações e medicalização da enfermidade, devendo ser priorizado o sujeito em sua totalidade, o contexto social em que está inserido, sendo necessário investir nos determinantes sociais, econômicos e culturais implicados no processo saúde/doença, no sentido de melhorar a qualidade de vida e de prestar uma atenção integral e intersetorial aos sujeitos.

Dessa forma, o novo modelo de assistência às PCTM e, extensivamente à PCTM acometido pelo uso nocivo/arriscado de SPA, ganha maior visibilidade com a aprovação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que redireciona a atenção a saúde mental para uma rede de base comunitária e dispõe sobre os direitos das PCTM.

Ela garante ser de responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais. Esta preconiza que o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio, e a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (VELOSO; CARLOS, 2009, p. 104).

Assim, a Reforma Psiquiátrica brasileira tem como eixos: 1) O processo de desinstitucionalização como desconstrução dos aparatos manicomiais, legislativos e culturais; 2) A descentralização da atenção na internação hospitalar em manicômios para o cuidado comunitário, isto é, a cidadania da PCTM, o cuidar em liberdade e, 3) Rede diversificada de Atenção à Saúde Mental, implicando a reconstituição da complexidade das necessidades sociais subjacentes à enfermidade, ativando a intersetorialidade. A intersetorialidade é inerente ao

³ Para Amarante (2007), a Reforma psiquiátrica pode ser caracterizada como um processo complexo que envolve quatro dimensões principais: 1) teórico-conceitual, pois busca romper com a visão biomédica e de psiquiatria tradicional no trato da saúde mental; 2) técnico assistencial, pois se concentra na construção de serviços substitutivos, e conseqüentemente na mudança de assistência, não mais pautada no cuidado isolado e segregador; 3) jurídico-política, propondo mudanças nas legislações sanitária, civil e penal; e 4) sociocultural, pois traz a tona um novo lugar social para a loucura e para o louco.

⁴ Movimento organizado que luta em favor dos direitos das pessoas com sofrimento mental.

processo, pois é reconhecida a complexidade do cuidar na comunidade exigindo ações integrais, pois ao transtorno associa-se no geral a pobreza, o desemprego, o analfabetismo, ou seja, as vulnerabilidades sociais em geral, requerendo um diálogo mínimo, e ações conjuntas, entre a saúde, a assistência social, os direitos humanos, dentre outras políticas.

O processo de desinstitucionalização caracteriza-se por implicar, reinventar a vida, ou seja, novos contextos de vida para as PCTM, bem como para seus familiares e “pretende mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos, modificar as relações de poder entre os usuários e as instituições e produzir diversas ações de saúde mental substitutivas à internação no hospital psiquiátrico” (OLIVEIRA; MARTINHAGO; MORAES, 2009, p.33).

O paradigma da atenção psicossocial é o balizador das mudanças em curso, compreendido como sinônimo de cidadania (SARACENO, 2001), tendo três eixos estruturantes: 1) o morar, ou seja, habitar conquistando territórios novos na cidade; 2) o trocar identidade, multiplicando-a, combatendo e desconstruindo estigmas e mitos; e 3) produzir valores de trocas sociais, o que implica em ampliação de laços sociais, ampliando a contratualidade a partir dos valores destacados pela sociedade, assegurando processos de geração de emprego e renda, potencializando as capacidades das PCTM, fomentando várias competências sociais, relacionais e laborais.

É interessante mencionar que a desinstitucionalização não pode ser confundida com a desospitalização, visto que a proposta da Reforma não se resume a retirada dos usuários de hospitais, envolvendo um cenário mais amplo caracterizado pela extinção do preconceito e maus-tratos existentes dentro das instituições, além da compreensão do sujeito na sua totalidade e não mais centrado na doença, implicando mudanças culturais e outras relações entre a sociedade, loucura e uso de SPA.

De acordo com Oliveira, Martinhago e Moraes (2009) baseado na Declaração de Caracas (1990), que marca as reformas na atenção à saúde mental das Américas, o processo de redução da internação hospitalar nos manicômios é explicado pela necessidade de transformação das ações como, o isolamento das PCTM da sociedade e dos principais meios de convivência; a captação de recursos financeiros elevados, sem ao menos proporcionar condições humanas e físicas para

os usuários; e também por ser um modelo que não respeita as reais necessidades dos usuários do sistema de saúde, tendo, historicamente violado seus direitos.

A Política Nacional Antidrogas é instada a se aprimorar frente às transformações econômicas pelas quais passava o País, assim como o resultado das experiências resultantes da implementação de programas de redução de danos na atenção à saúde de usuários de drogas injetáveis e à formulação da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (2003). A Política de Drogas brasileira incorpora a perspectiva de Redução de Danos passando a denominar-se enquanto Política Nacional sobre Drogas (2005), que passa a coexistir com a perspectiva proibicionista, que se mantém hegemônica.

Também houve mudanças quanto à nomenclatura e estrutura política organizacional do Conselho Nacional Antidrogas, que passou a denominar-se Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas; a Secretaria Nacional Antidrogas passa a chamar-se Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e o Sistema Nacional Antidrogas, conhecido então como Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas.

A Política Nacional sobre Drogas em consonância com a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas objetivam a implantação da rede de assistência aos sujeitos com transtornos decorrentes do uso de SPA, implicando no tratamento, recuperação e reinserção social destes em articulação com as instituições governamentais e não governamentais do setor de saúde e da assistência social.

No entanto, enquanto a Política Nacional sobre Drogas (2005) do Ministério da Justiça/ SENAD admite a existência tanto da lógica da redução de danos quanto à proibicionista, a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (2003) adota somente a concepção de redução de danos, tendo em vista que esta atrelada à Política de Saúde Mental, que se contrapõe nitidamente ao modelo de atenção baseada a internação psiquiátrica (compulsória ou forçada) ou em comunidades terapêuticas que propõem a abstinência e segregação espacial/ social como único meio de tratamento, conforme visualizado em alguns pressupostos dessas políticas mencionadas nos trechos abaixo:

- Buscar, incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas.
- Reconhecer as diferenças entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante de drogas, tratando-os de forma diferenciada.
- Tratar de forma igualitária, sem discriminação, as pessoas usuárias ou dependentes de drogas lícitas ou ilícitas. - Buscar a conscientização do usuário e da sociedade em geral de que o uso de drogas ilícitas alimenta as atividades e organizações criminosas que têm, no narcotráfico, sua principal fonte de recursos financeiros.
- Garantir o direito de receber tratamento adequado a toda pessoa com problemas decorrentes do uso indevido de drogas.
- Priorizar a prevenção do uso indevido de drogas, por ser a intervenção mais eficaz e de menor custo para a sociedade.
- Não confundir as estratégias de redução de danos como incentivo ao uso indevido de drogas, pois se trata de uma estratégia de prevenção.
- Intensificar, de forma ampla, a cooperação nacional e internacional, participando de fóruns sobre drogas, bem como estreitando as relações de colaboração multilateral, respeitando a soberania nacional.
- Garantir ações para reduzir a oferta de drogas, por intermédio de atuação coordenada e integrada dos órgãos responsáveis pela persecução criminal, em níveis federal e estadual, visando realizar ações repressivas e processos criminais contra os responsáveis pela produção e tráfico de substâncias proscritas, de acordo com o previsto na legislação. (BRASIL, 2005b, p.01-02)

- 1) alocar a questão do uso de álcool e outras drogas como problema de saúde pública,
- 2) Indicar o paradigma da redução de danos – estratégia de saúde pública que visa reduzir os danos causados pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas, resgatando o usuário em seu papel autoregulador, sem a preconização imediata da abstinência e incentivando-o à mobilização social – nas ações de prevenção e de tratamento, como um método clínico-político de ação territorial inserido na perspectiva da clínica ampliada;
- 3) Formular políticas que possam desconstruir o senso comum de que todo usuário de droga é um doente que requer internação, prisão ou absolvição;
- 4) Mobilizar a sociedade civil, oferecendo as mesmas condições de exercer seu controle, participar das práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras, bem como estabelecer parcerias locais para o fortalecimento das políticas municipais e estaduais. (BRASIL, 2003, p. 27)

Em 2006, são revogadas as leis nº 10.409/2002 e nº 6.368/1976 através da Lei nº 11.343/2006, considerada a mais atual na legislação direcionada à Política de Álcool e outras Drogas, que vem a destacar um posicionamento mais ameno em relação às SPA, em virtude de determinar medidas para prevenção do uso, atenção

e reinserção social de usuários e dependentes de SPA; embora estabeleça normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas.

Esta lei representou um grande avanço nas Políticas de Álcool e outras Drogas, dentre outros por garantir serviços de atenção à saúde aos usuários e dependentes de SPA que estiverem cumprindo pena privativa de liberdade ou estejam submetidos a alguma medida de segurança. Além do mais, esta lei distingue os usuários/ dependentes de SPA dos traficantes, mesmo que continue reconhecendo o porte de drogas como crime, os usuários e dependentes não terão sua liberdade privada e sim estarão sujeitos às medidas socioeducativas e cuidados em saúde.

O surgimento de vários tipos de SPA, atreladas às velhas SPA conhecidas, fazem com que a Política seja adequada e atualizada diante das novas demandas. Dessa forma, com o *boom* midiático do Crack no Brasil, em 2010, o Ministério da Saúde instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, objetivando a prevenção ao uso, o tratamento, e o enfrentamento do tráfico de crack e outras SPA consideradas ilícitas.

Assim, o percurso histórico da política de álcool e outras drogas mostra-se como relevante ao contexto brasileiro, principalmente por investir na superação do modelo estigmatizante, moralizante e segregador da atenção aos usuários de álcool e outras drogas e lentamente propor o modelo redutor de danos moldado ao reconhecimento da cidadania dos sujeitos enquanto detentores de direitos, inclusive o da garantia da saúde enquanto política universal, apesar da coexistência de concepções e modelos assistenciais em disputa, e a hegemonia do proibicionista em algumas políticas e na sociedade em geral, reforçados pelo fortalecimento de grupos conservadores dessa política.

Nesse contexto e para que houvesse a redução da internação hospitalar nos manicômios e efetivação do cuidado comunitário, foi desconcentrada a ação da pessoa com transtorno mental e/ ou que fazem uso nocivo de álcool e outras drogas de um único serviço de saúde, para a atuação em rede, postulada pela Lei 7.508/2001. É criada a Rede de Atenção à Saúde Mental, via portaria 3088, de dezembro de 2011, sendo esta conceituada como “uma teia que engloba todos os serviços de saúde, mecanismo que pode promover autonomia e cidadania das pessoas com transtornos mentais” (OLIVEIRA; MARTINHAGO; MORAES, 2009, p.39).

Assim, novos serviços, dispositivos e estratégias começaram a formar a rede de atenção à saúde mental, diversificando-a, sobretudo para responder às demandas complexas vinculadas a questão do uso nocivo/ arriscado de SPA.

Nesse contexto contribuíram para tal organização as portarias que juntamente com a Lei nº 10.216 instituiu as experiências institucionais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços de Residências Terapêuticas (SRT), e o Programa de Volta para Casa.

Os CAPS – Centros de Atenção Psicossocial, atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002, é destinado a acolher as PCTM severos e persistentes, de forma a inseri-las na vida comunitária e familiar, buscando assim, a sua autonomia. Funcionam como porta de entrada aos serviços para ações relacionadas à saúde mental, sendo um articulador com outras redes que oferecem serviços a este público, como o Programa de Saúde da Família, ambulatórios, Residências Terapêuticas, entre outros.

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) ou Residências Terapêuticas, de acordo com Brasil (2004a) são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de PCTM graves, com dois anos ou mais de vida institucionalizada. Assim, são direcionadas as pessoas que estão internadas há um período significativo em hospitais psiquiátricos e não possuem vínculos familiares ou comunitários que garantam “espaço adequado de moradia” e retorno à vida na cidade, com direitos civis preservados.

Outro dispositivo de substituição ao antigo modelo psiquiátrico é o Programa de Volta para Casa que foi instituído pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003 e regulamentada pela portaria nº 2077/2003, que apregoa a assistência e acompanhamento das PCTM fora da unidade hospitalar e que tinham passado por longo período de internação psiquiátrica equivalente a dois ou mais anos.

Percebe-se ainda a implementação do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) e o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH), que dinamizam a avaliação da qualidade assistencial hospitalar e intensificam a redução dos leitos psiquiátricos; assegurando-se a qualidade assistencial mínima do modelo assistencial em hospital psiquiátrico ainda coexistente com os novos equipamentos comunitários e como estratégia indutora para pressionar gestores a criar serviços de base comunitária e preservadores da cidadania da PCTM.

No caso de uso prejudicial de álcool ou de outras drogas, medidas de proteção social em dispositivos transitórios de acolhimento, como casas de passagem, têm se revelado eficazes para momentos específicos e breves, seguidas de esforços processuais de recuperação e reintegração social. A abordagem de rua, extra-muros, também vem se revelando essencial para o enfrentamento da barreira ao acesso que se impõe aos grupos submetidos a grandes processos de exclusão social, como é o caso das pessoas em situação de rua. Por esta razão, novas estratégias e serviços estão em estágio de implementação no SUS, devendo ser monitorada nos próximos anos. (BRASIL, 2011b, p. 28)

Além do mais, foi instituída a Portaria nº 2.197 de 30 de abril de 2004 que redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, através da criação do serviço hospitalar de referência para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. Este dispositivo não significou a desassistência deste público nos hospitais gerais com leitos para desintoxicação e repouso, mas ampliou os serviços a serem direcionados às pessoas que fazem uso nocivo/arriscado de SPA, no sentido de proporcionar: 1) tratamento de intoxicação aguda (tempo de permanência: 24 a 48 horas); 2) tratamento da síndrome de abstinência do álcool (tempo de permanência: 3 a 7 dias); e 3) tratamento de dependência do álcool, com a presença de intoxicação aguda com evolução para a instalação de síndrome de abstinência grave, ou ainda outros quadros de síndrome de abstinência seguidos por complicações clínicas, neurológicas e psiquiátricas (comorbidades com tempo de permanência em média de 3 a 15 dias).

O SHRAD teve a aprovação de suas normas de funcionamento e credenciamento/habilitação instituída através da Portaria nº 1.612 de Julho de 2005, definindo ainda as atividades que devem ser contempladas no projeto terapêutico da instituição, como segue:

- a - avaliação clínica, psiquiátrica, psicológica e social, realizada por equipe multiprofissional, devendo ser considerado o estado clínico / psíquico do paciente;
- b - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- c - atendimento em grupo (psicoterapia, orientação, atividades de suporte social, entre outras);

- d - abordagem familiar, à qual deve incluir orientações sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento em dispositivos extra-hospitalares;
- e - quando indicado, integração com programas locais de redução de danos, ainda durante a internação;
- f - preparação do paciente para a alta hospitalar, garantindo obrigatoriamente a sua referência para a continuidade do tratamento em unidades extra-hospitalares da rede local de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (CAPSad, ambulatórios, UBS), na perspectiva preventiva para outros episódios de internação;
- g - mediante demandas de ordem clínica específica, estabelecer mecanismos de integração com outros setores do hospital geral onde o SHR-ad estiver instalado, por intermédio de serviços de interconsulta, ou ainda outras formas de interação entre os diversos serviços do hospital geral;
- h - deve ser garantida a remoção do usuário para estruturas hospitalares de maior resolutividade e complexidade, devidamente acreditados pelo gestor local, quando as condições clínicas impuserem tal conduta;
- i - utilização de protocolos técnicos para o manejo terapêutico de intoxicação aguda e quadros de abstinência decorrentes do uso de substâncias psicoativas, e complicações clínicas/psíquicas associadas;
- j - utilização de protocolos técnicos para o manejo de situações especiais, como por exemplo a necessidade de contenção física; e
- k - estabelecimento de protocolos para a referência e contra-referência dos usuários, o que deve obrigatoriamente comportar instrumento escrito que indique o seu destino presumido, no âmbito da rede local / regional de cuidados. (BRASIL, 2005c, p. 02)

Também foi criado através da Portaria GM 2.841/10, os CAPS ad III que objetivam “ampliar os cuidados existentes na rede SUS de atenção em álcool e outras drogas, visando dar maior resolutividade e retaguarda aos usuários” (BRASIL, 2011b, p. 49). Os CAPS ad III tem seu funcionamento 24h oferecendo atenção integral e continuada as PCTM acometidas pelo uso nocivo de SPA, incluindo leitos de acolhimento noturnos, tratamento intensivo em situações de crise, repouso e observação.

Esses e outros dispositivos tiveram seu funcionamento reforçado com a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, (representada pelo quadro abaixo) para PCTM e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

QUADRO 01 - Componentes da Rede de Atenção Psicossocial, conforme Portaria nº 3. 088/2011

| COMPONENTES DA RAPS | PONTOS DE ATENÇÃO |
|---|--|
| I - Atenção Básica em Saúde | - Unidade Básica de Saúde (UBS) - Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) - Equipe de Consultório na Rua - Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; - Centros de Convivência |
| II - Atenção Psicossocial Especializada | - Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades: I, II, III, AD, AD III e infanto-juvenil. |
| III - Atenção de Urgência e Emergência | - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) - Sala de Estabilização - Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas) - Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro |
| IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório | - Unidade de Acolhimento - Serviços de Atenção em Regime Residencial; |
| V - Atenção Hospitalar | - Enfermaria especializada em Hospital Geral - Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas |
| VI - Estratégias de Desinstitucionalização | - Serviços Residenciais Terapêuticos - Programa de Volta para Casa |
| VII - Reabilitação Psicossocial | - Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda - Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais |

Vale ressaltar que a Rede de Atenção à Saúde Mental não se reduz as instituições substitutivas aos hospitais psiquiátricos, envolve desde as mencionadas instituições, incluindo também os vínculos familiares, as associações e comunidades que de forma compartilhada contribuem para a produção e provimento de cuidados e reinserção das PCTM no convívio social.

Essas conquistas resultantes da luta antimanicomial e do processo de redemocratização da sociedade brasileira, ampliação da cidadania para minorias, controle social refletiram na mudança ideopolítica, ao reconhecer as PCTM,

incluindo aqui as PCTM advindos do uso nocivo/arriscado de SPA como cidadãos de direitos. E como consequência, foi sancionada, em 2002, a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, sendo um dos desdobramentos da Política Nacional de Saúde Mental.

É importante salientar que a portaria que institui a RAPS foi impulsionada pela Portaria nº 4.270/ 2010 que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo, portanto, a RAS um “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2014). Impulsionada também pela Lei 7.508/2011.

Assim, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) institui cinco redes temáticas, a saber: 1) Rede Cegonha, 2) Rede de Atenção Psicossocial, 3) Rede de Atenção as pessoas com doenças crônicas, 4) Rede de cuidado à pessoa com deficiência e 5) Rede de Urgência e Emergência (BRASIL, 2014).

Desse modo, o cenário da política voltada para as PCTM, inclusive aquelas que fazem uso de substâncias psicoativas, é marcado pela transição gradual do modelo hospitalocêntrico para o modelo proposto pela Reforma Psiquiátrica, onde ainda verificam-se práticas hegemônicas pautadas no modelo médico, herança da longa tradição manicomial presente no modo como as PCTM foram e são tratadas⁵, convivendo com práticas orientadas para a reabilitação psicossocial, ampliando os laços sociais das PCTM.

No governo atual - Temer houve modificações normativas traduzidas como retrocessos na Política Nacional de Saúde Mental através da instituição da Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017 que sob o discurso de fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) vem reforçar a “indústria da loucura” com investimentos nos manicômios, comunidades terapêuticas e no modelo ambulatorial. Além da aprovação da Portaria nº 3. 588, de 21 de dezembro de 2017 que altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial.

⁵ Formação profissional ainda pautada no modelo biomédico e monoprofissional, não interdisciplinar.

QUADRO 02 – Componentes da Rede de Atenção Psicossocial, conforme Portaria nº 3.088/ 2017

| COMPONENTES DA RAPS | PONTOS DE ATENÇÃO |
|---|--|
| I - Atenção Básica em Saúde | - Unidade Básica de Saúde (UBS) - Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) - Equipe de Consultório na Rua - Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; - Centros de Convivência |
| II - Atenção Psicossocial Especializada | - Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades: I, II, III, AD, AD III e AD IV, infanto-juvenil. - Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental / Unidades Ambulatoriais Especializadas |
| III - Atenção de Urgência e Emergência | - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) - Sala de Estabilização - Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas) - Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro |
| IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório | - Unidade de Acolhimento (Adulto e Infanto-juvenil) - Serviços de Atenção em Regime Residencial - Comunidade Terapêuticas |
| V - Atenção Hospitalar | - Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral - Hospital Psiquiátrico Especializado - Hospital dia |
| VI - Estratégias de Desinstitucionalização | - Serviços Residenciais Terapêuticos (Tipo I e II) - Programa de Volta para Casa |
| VII - Reabilitação Psicossocial | - Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda - Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais |

A Resolução nº 32/2017 foi aprovada pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT) com o intuito de estabelecer as diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). E para isso ampliou a RAPS inserindo os hospitais psiquiátricos especializados, hospitais-dia, unidades ambulatoriais e uma nova modalidade de CAPS, o CAPS IV AD (direcionado para atender pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com funcionamento 24h), além dos serviços já existentes anteriormente. Ou seja, a RAPS passa a ser formada pelos seguintes serviços:

CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) em suas diferentes modalidades, Serviço Residencial Terapêutico (SRT), Unidade de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil), Enfermarias Especializadas em Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico, Hospital-Dia, Atenção Básica, Urgência e Emergência, Comunidades Terapêuticas e Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental (BRASIL, 2017).

A RAPS também expande seus serviços com a apresentação de duas modalidades de SRTs, tipo I e II. O SRT tipo I será direcionado “àquelas pessoas com internação de longa permanência que não possuem vínculos familiares e sociais” (BRASIL, 2017). E o SRT tipo II, destinado “àquelas pessoas com maior grau de dependência, que necessitam de cuidados intensivos específicos, do ponto de vista da saúde em geral, que demandam ações mais diretas com apoio técnico diário e pessoal, de forma permanente.” (BRASIL, 2017).

Além do mais, houve o incentivo financeiro por parte do Governo Federal para o atendimento ambulatorial e funcionamento de equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental para atuar nos ambulatórios, com o intuito de integralização entre a atenção básica e os CAPS. Garantiu ainda a atualização dos valores a serem repassados para os hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2017).

E por fim, direcionou investimento público em Comunidades Terapêuticas para dispensar serviços às pessoas que fazem uso nocivo de substâncias psicoativas, estabelecendo critérios para o funcionamento, expansão e financiamento desses serviços, com o propósito de haver um acompanhamento próximo do poder público (BRASIL, 2017).

Essas mudanças foram duramente criticadas por vários grupos e movimentos sociais, destacando-se aqui o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial que em nota de repúdio contra o desmonte da Política de Saúde Mental afirma ser desfavorável as modificações elencadas, por significar um retrocesso das conquistas tidas pela Reforma Psiquiátrica, além de ter sido realizada de forma não participativa, “de cima para baixo”, o que fere os princípios constitucionais de controle e participação social (MOVIMENTO NACIONAL DE LUTA ANTIMANICOMIAL, 2017).

O movimento supracitado também se posiciona contra o investimento em Hospitais Psiquiátricos e o financiamento das Comunidades Terapêuticas, pois

afirmam serem alvos de denúncias graves de violações de direitos, além de estar fora dos parâmetros firmados pela RAPS quanto as bases para o cuidado territorializado e comunitário (MOVIMENTO NACIONAL DE LUTA ANTIMANICOMIAL, 2017).

Há registros consistentes, como o do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, que constataram em seus relatórios de inspeção, em Hospitais Psiquiátricos e Comunidades Terapêuticas, a presença de violações de Direitos Humanos nesses estabelecimentos, como: maus tratos, trabalho análogo ao escravo, violações de correspondências, impedimento de visitas, entre outros. O hospital psiquiátrico tem uma história de horrores, como é o de Damião Ximenes Lopes morto em 1999 em um hospital psiquiátrico em Sobral (CE). Essa grave violação resultou na primeira condenação do Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos da OEA em 2006. (MOVIMENTO NACIONAL DE LUTA ANTIMANICOMIAL, 2017, p. 1).

Para Bravo, Pelaez e Pinheiro (2017, p.8), essas mudanças vêm firmar os retrocessos da saúde, e mais especificamente da saúde mental pelo atual governo, “por estar na contramão do modelo de atenção em saúde mental que preconiza a desinstitucionalização e reabilitação psicossocial das pessoas com transtornos mentais, como consubstanciado na Lei 10.216/2001”.

A Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) também repudia as modificações realizadas pelo governo quanto a Política Nacional de Saúde Mental, pois essa traz:

[...] os interesses de determinados grupos econômicos, como as comunidades terapêuticas, e a defesa ideológica da mentalidade manicomial. A nova política retoma o financiamento dos hospitais psiquiátricos e cria serviços ambulatoriais, em prejuízo do investimento em serviços de base territorial e comunitária (LEMES, 2018, p. 01).

Em síntese, as críticas foram focadas em alguns pontos que vão contra os pressupostos da Reforma Psiquiátrica (RP), a saber: 1) Manutenção de vagas em hospitais psiquiátricos, sendo que a RP tinha o pressuposto de extinção gradativa desses serviços; 2) O investimento de leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais, o que pode significar, na prática, o funcionamento de “mini-hospícios”; 3) Os ambulatórios que não eram contemplados anteriormente são fortalecidos com essa nova legislação e com a criação de equipes de assistência multiprofissional em saúde

mental, o que remete a desconstrução da lógica de cuidado no território; 4) Investimento exacerbado e expansão de Comunidades Terapêuticas, isto é, investimento em serviços privados que deveriam ser acionados apenas quando os serviços públicos falhassem. Investimento esse que se sobressai em relação aos serviços comunitários (BOLETIM, 2018).

Vale mencionar que também na atual gestão houve mudanças nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas através da Resolução CONAD nº 1/2018 para o realinhamento da referida política em obediência as modificações trazidas pela nova Política de Saúde Mental. Diante disso, segue abaixo os principais destaques:

I - O realinhamento da política nacional sobre drogas deve considerar prioritariamente estudos técnicos e outros elementos produzidos pela comunidade científica, capazes de avaliar as práticas atuais e apontar caminhos de efetiva e eficaz utilização dos recursos disponíveis para estruturação de programas e projetos;

II - A orientação central da Política Nacional sobre Drogas deve considerar aspectos legais, culturais e científicos, em especial a posição majoritariamente contrária da população brasileira quanto às iniciativas de legalização de drogas;

III - Os programas, projetos e ações no contexto da política nacional sobre drogas devem considerar, em sua estruturação, iniciativas de ampliação e reorganização da rede de cuidados, acolhimento e suporte sociais, conceitualmente orientadas para a prevenção e mobilização social, promoção da saúde, promoção da abstinência, suporte social e redução dos riscos sociais e à saúde e danos decorrentes;

IV - O fomento e incentivo aos programas de prevenção próprios ou adaptados à realidade brasileira em articulação com organismos internacionais devem ser direcionados exclusivamente às iniciativas cujos resultados de impacto sejam satisfatoriamente mensuráveis no cumprimento dos objetivos de proteção;

V - Entende-se por necessária a imediata reorientação dos mecanismos de apoio e fomento à produção científica e formação, garantindo a participação equânime de pesquisadores e instituições atuantes em diversas correntes de pensamento no campo das políticas sobre drogas;

VI - A imediata integração institucional e legal da gestão de programas entre os Ministérios da Saúde, Desenvolvimento Social, Trabalho, Justiça, Extraordinário da Segurança Pública e Direitos Humanos;

VII - O fortalecimento do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD deve considerar a descentralização das ações e atuação conjunta e integrada com órgãos gestores estaduais. (CONAD, 2018, p.1)

Dito de outro modo, as mudanças fortalecem o alinhamento dessa política com a “nova” Política de Saúde mental, destacando que as ações de prevenção, promoção à saúde e tratamento baseadas em evidências científicas, tem posição contrária à legalização de drogas; as estratégias não devem ser baseadas apenas na Redução de Danos, e sim, em ações que visam usar os preceitos do proibicionismo; o fomento à pesquisa deve ser igualitário a participação aos pesquisadores com diversos correntes de pensamento e ação; as ações devem ser intersetoriais; e deve haver apoio dos usuários e familiares em articulação com Grupos, Associações e Entidades da Sociedade Civil, incluindo as Comunidades Terapêuticas, o que demonstra a transferência de responsabilidades do Estado para estas.

Esse contexto demonstra os (des) arranjos na Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, confirmando “a intensificação das políticas que contribuem para o desmonte do Estado brasileiro, configurando uma nova fase de contrarreformas estruturais que atacam os direitos dos trabalhadores” (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 03).

2.2 Contextualizando a Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas no Estado do Piauí

Terceiro maior estado nordestino, o Piauí teve sua colonização marcada pelo uso do território para a criação de gado, que se deu do interior para o litoral. A agricultura também se desenvolveu paralelamente à atividade pecuária, embora somente para o consumo de subsistência. Dessa maneira, era frequente a disputa territorial e agrária no Estado, revelando aspectos autoritários e coronelistas ainda hoje presentes no Piauí. Tais características são tão marcantes que também estiveram presentes no desenvolvimento da Política de Álcool e outras Drogas no Estado.

No Estado Piauiense, o contexto histórico que marcou a implantação de ações na prevenção e cuidado/ tratamento do uso nocivo/ arriscado de SPA não foi muito diferente da que ocorreu no restante do Brasil, sendo vista como problema atinente à justiça e segurança pública, e pontualmente vinculada a área de saúde (ROSA, 2008), sobretudo em reforço ao modelo curativo, via internações.

O Hospital Areolino de Abreu (HAA), criado em 1907, foi um dos primeiros serviços de saúde a direcionar suas ações para o tratamento de pessoas com dependência de álcool e outras substâncias psicoativas, sendo por muito tempo a única alternativa para esse público.⁶ Em 1954, foi criado o Sanatório Meduna, que também passou a abarcar esse público.

Nos anos 80, os serviços direcionados as pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas no Estado foi ampliado com a criação do Pavilhão de Alcoolismo no Hospital Areolino de Abreu, ofertando serviços de desintoxicação e tratamento, sendo exclusivo para o público adulto. De acordo com Rosa (2003), os profissionais que atuavam nesta instituição foram treinadas no Hospital São Pedro de Porto Alegre – Rio Grande do Sul.

Nesta mesma década, mais precisamente em 1987, o Conselho Estadual de Entorpecentes foi criado, “integrado apenas por representantes das instituições governamentais e com a atuação precária em função da desatualização” (CARVALHO, 2008 *apud* ROSA, 2003, p. 43).

No final dos anos 90, o Pavilhão de Alcoolismo no Hospital Areolino de Abreu foi fechado, em virtude da orientação do Ministério da Saúde em atender o usuário de SPA em serviços abertos, sobretudo, hospitais gerais, serviços hospitalares de referência e nos centros de atenção psicossocial para álcool e outras drogas. Com o fechamento do Pavilhão de Alcoolismo, e por iniciativa de profissionais do serviço, foi desenvolvido um serviço de atenção ambulatorial aos “dependentes químicos”, por meio de trabalhos de grupos, sendo coordenados por uma assistente social, Ester Costa; e por uma psicóloga, Alzira Carvalho, sendo extinto em 2006.

Por volta de 1976 é criado a Irmandade de Alcoólicos Anônimos no Piauí, que tem por base a criação de grupos de ajuda mutua, baseado no testemunho de vida dos consumidores, com base nos 12 passos, mas, como um serviço que funciona de portas abertas e baseado na ação grupal. A partir de meados da década de 1990, iniciam-se e proliferam as ações das Organizações Não – Governamentais (ONG’s), sociedade civil em geral, na atuação com esse segmento, que visam prestar assistência direta, sendo criadas as primeiras comunidades

⁶ Os dois hospitais psiquiátricos (HAA e Sanatório Meduna), vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e, localizados na capital prestavam atenção intensiva ao segmento que usava SPA através de internações integrais e prolongadas. Através dos grupos desenvolvidos no Sanatório Meduna, em 1975, passam a serem criados os grupos de Alcoólicos Anônimos (AA) e AI - Anon no Estado, para a retaguarda dos usuários e seus familiares.

terapêuticas do Estado: Fazenda da Paz e Oficina da Vida; e grupos de ajuda mútua como Narcóticos Anônimos, pelo vácuo deixado pela ausência do Estado.

O primeiro CAPS ad foi implantado no município de Teresina, em 2001 e habilitado pelo Ministério da Saúde em 2004, pela Portaria SAS 195, com a “transformação do Núcleo de Atenção Psicossocial, criado em 1996” (ROSA, 2003, p.42). Essa instituição foi criada com o intuito de atender aos funcionários públicos que apresentavam problemas de uso nocivo/ arriscado de álcool. A partir de 2005, esse serviço foi se multiplicando no Estado, atualmente possuindo 05 nos municípios de Parnaíba, Picos, Piripiri, Floriano e Teresina.

Em 2006, a Unidade Integrada de Saúde do Mocambinho, vinculado ao governo estadual, instituiu um projeto para a realização de uma pesquisa sobre a realidade local em relação ao uso nocivo/ arriscado de SPA; e em novembro de 2008, a Portaria nº 704, estabeleceu a habilitação do Serviço Hospitalar de Referência em Álcool e Outras Drogas na Unidade de Saúde do Mocambinho.

Observa-se que a rede de atenção governamental ao dependente químico no Estado ainda é precária, pouco diversificada e bem recente, poucos membros de suas equipes estando capacitados para uma abordagem a tal segmento e na lógica da estratégia da redução de danos (ROSA, 2003, p. 43).

Diante deste cenário, a Secretaria Estadual de Saúde do Piauí deu início a um projeto de capacitação dos profissionais na área de álcool e outras drogas, trazendo um técnico do Ministério da saúde para proferir o curso, no entanto, não teve continuidade, sendo realizado apenas o primeiro módulo.

Outro setor do Estado que também teve sua atuação direcionada para as SPA foi a Polícia Militar, especialmente na realização de vários projetos educacionais, destacando – se o Pelotão Mirim e Programa Educacional de Resistência as Drogas (PROERD).

Sob influência da Lei nº 11.343/06, é realizado no Estado piauiense o Ante - Projeto de Lei Estadual Sobre Drogas que criaria o Sistema de Políticas Públicas sobre Drogas, o Conselho e o Fundo Estadual sobre Drogas, dentre outras providências, sendo este aprovado pelo Poder Legislativo, mas não obteve aprovação do Poder Executivo Estadual.

Neste mesmo ano, foi realizado pela Fundação da Paz, o III Fórum Social Antidrogas, articulando vários setores e entidades envolvidas com essa causa,

resultando na definição de reuniões mensais permanentes para o enfrentamento dessa problemática. Além do mais, ficou definido enquanto prioridade desse Fórum, a formulação do Ante-Projeto de Lei Estadual e projetos de recuperação de “dependentes químicos”, tendo em vista que a versão apresentada ao Poder Executivo Estadual já estava ultrapassada diante da nova legislação nacional, e foi somente em 23 de julho de 2008 que foi instituída a Lei nº 5775, que legaliza o sistema estadual de Políticas Públicas sobre Drogas do Piauí, o que passa a assegurar um orçamento específico para essa questão.

Atualmente, a Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Piauí é constituída pelos seguintes serviços: 44 CAPS I, 09 CAPS II, 03 CAPS i, 07 CAPS AD, 02 CAPS AD III Regional, 01 CAPS III, 06 Unidade Integradas de Saúde com ambulatório de Psiquiatria, 01 consultório de Rua (Gestão da Fundação Municipal de Saúde), Serviço de Assistência Móvel - SAMU, 01 Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu, 44 leitos em Hospital Gerais do Estado do Piauí: 07 no Hospital Dirceu Arcoverde da Polícia Militar - HPM (em processo de implantação), 04 no Hospital Regional de Oeiras (em processo de implantação), 04 no Hospital Regional de Bom Jesus (em processo de implantação), 04 no Hospital Estadual Mariana Pires em Paulistana (em processo de implantação), 06 na MDER, 10 na Unidade Integrada Mista de saúde no Mocambinho, em Teresina – PI, 09 leitos no Hospital de São Raimundo Nonato ((em processo de implantação); 01 Unidade de Acolhimento para Adultos em Floriano (UAA) e 06 Serviços Residenciais Terapêuticos.⁷

A rede de atendimento às pessoas que fazem uso nocivo/ arriscado de SPA tem crescido timidamente, especialmente no que se refere aos aparatos governamentais, tendo uma gama de serviços não governamentais, de aproximadamente 26 Comunidades Terapêuticas, fruto do cenário contemporâneo, marcado pela restrição de gasto social, crescente privatização, crise fiscal, crise do Estado e avanço do ideário neoliberal que impõem barreiras para a implementação do que é preconizado pela Reforma Psiquiátrica (a parceira com a família, sem minimizar a intervenção estatal), tendo em vista que tais pressupostos vão contra o projeto neoliberal que apregoa a redução de gastos, desregulamentação do Estado e maior responsabilização da sociedade civil e das famílias. Esse cenário, portanto,

⁷ Informação obtida através de diálogo realizado com uma técnica da Gerência de Saúde Mental do Estado do Piauí.

geram tensões e conflitos entre a delimitação das funções da política pública e dos seus agentes informais e primários de proteção social, como as famílias.

Diante da contextualização histórica das políticas públicas sobre saúde mental, álcool e outras drogas no Brasil e no Piauí, serão discutidos adiante acerca da inserção (ou não) da discussão de gênero nesse percurso dialético de avanços e retrocessos dos direitos da pessoa com transtorno mental que fazem uso nocivo de substâncias psicoativas.

3. POLÍTICAS PÚBLICAS E GÊNERO

O capítulo em questão objetiva traçar alguns apontamentos acerca da categoria gênero, como elemento primordial para o entendimento da construção das Políticas Públicas direcionadas para as mulheres. Traz ainda a discussão da categoria gênero nas Políticas de Saúde, saúde mental, álcool e outras drogas, mas especificamente sobre a lacuna existente dessa categoria e da necessidade da transversalidade de gênero, bem como de firmar e ampliar as Políticas para as Mulheres em Políticas de gênero.

3.1 Uma breve discussão sobre gênero

Para discutir “gênero”, faz-se necessário, inicialmente, a compreensão da diferença entre este e sexo, tendo em vista que por muito tempo tais categorias assemelhavam-se e foram confundidas de maneira não intencional ou intencional, visando despolitizar a questão subjacente às diferenças entre esses conceitos.

O sexo, masculino e feminino, tem um significado legal, atribuindo a cada uma das determinadas especificidades jurídicas como em documentos e legislações específicas que determinam tratamento diferenciado para o homem e mulher. Desse modo, o sexo compreende os aspectos fisiológicos, anatômico e jurídico do sujeito (KORIM, 2010).

Giddens (2004, p. 107) ao diferenciar sexo e gênero, define o primeiro, enquanto anatômico e fisiológico, e o segundo “[...] diz respeito às diferenças psicológicas, sociais e culturais entre homens e mulheres. O gênero [portanto] está ligado a noções socialmente construídas de masculinidade e feminilidade”.

Desta feita, considera-se equivocado entender gênero como sinônimo de sexo, já que por muitas vezes, a distinção entre o homem e a mulher não recai apenas na dimensão biológica, enfatizando-se a “identidade e a personalidade do indivíduo”, diferenças essas que pesam em sua maioria, no contexto social e histórico em que estão inseridos.

Em outros termos:

O termo *gênero* se refere à construção social da identidade sexual, construção que designa às pessoas diferentes papéis, direitos e

oportunidades, de acordo com seu sexo; enquanto o *sexo* se refere às diferenças biológicas entre homens e mulheres. As diferenças de gênero são constituídas hierarquicamente: a construção social do ser homem tem um maior *status* que a construção social do ser mulher. O gênero é um termo relacional, que nomeia a interação entre o masculino e o feminino; portanto, o estudo de um é coadjuvante do estudo do outro. O conceito de gênero é uma categoria de análise de grande poder para explicar as desigualdades entre as pessoas. Não obstante, é apenas parte de uma construção social complexa de identidade, hierarquia e diferença (SOARES, 2004, p.113-114).

Em contrapartida, alguns autores (as) distanciam-se dessa dualidade entre sexo-gênero, por acreditarem que esta “envolve implicitamente uma distinção ‘corpo-consciência’ de um tipo racionalista ou cartesiano, onde o corpo aparece como categoria neutra ou passiva.” E que mesmo existindo essa distinção, não precisa ser uma polaridade, sendo importante ter consciência sobre como utilizá-la e percebê-las, sem, no entanto dissociá-las (ALVES, 2015, p. 27).

No presente trabalho adotou-se a compreensão do termo gênero de modo mais amplo, englobando aspectos para além do sexo, a saber, aspectos de ordem cultural, psicológica e social. Assim,

[...] compreende-se que o gênero é determinado conforme as atribuições culturais que são oferecidas aos sexos, masculino e feminino, visando justificar as distinções e relações de poder ou de opressão ocorridos entre eles. Portanto, conforme as mudanças de valores ocorridas no tempo, histórico; e no espaço, geograficamente, a perspectiva de gênero também se altera, tal condição não ocorre com o sexo, pois é uma estrutura biológica (MELLO, 2014, p. 06).

Nesse direcionamento, Scott (1995) inclui gênero como categoria analítica, transpondo a visão apenas descritiva, buscando a utilização de formulações teóricas, com o que concordam muitas pesquisadoras. E ainda mostra com seus estudos a articulação do gênero com a classe e a raça/etnia, reforçando sua “construção histórica e social, tendo em vista, que o gênero traz consigo contextos, que unidos explicam parte das relações de dominação que podem existir” (SILVA, 2015, p. 14). Desse modo, há o interesse não apenas do compromisso com a inclusão da fala dos oprimidos, como também da convicção de que as desigualdades de poder organizam - se, no mínimo, conforme estes três eixos:

O interesse pelas categorias de classe, de raça e de gênero assinalavam primeiro o compromisso do pesquisador com uma

história que incluía a fala dos oprimidos (as) e com uma análise do sentido e da natureza de sua opressão; assinalavam também que esses pesquisadores(as) levavam cientificamente em consideração o fato de que as desigualdades de poder estão organizados segundo, no mínimo, estes três eixos. (SCOTT, 1995, p.02)

Ainda sobre a categoria gênero, Joan Scott (1995) analisa três visões teóricas sobre gênero para fundamentar a sua proposta. A primeira, visão dos teóricos do patriarcado, em que eles analisam o sistema de gênero e mostra sua primazia “em relação à organização social no seu conjunto” (SCOTT, 1995, p. 06). Procuram explicar a dominação da mulher pelo homem utilizando-se da reprodução e da sexualidade. A crítica feita pela autora a essa teoria situa-se na demonstração de como a desigualdade de gênero estrutura as outras desigualdades sociais.

A segunda, as análises feministas marxistas fundamentam-se na base material para o gênero e a localizam na divisão sexual do trabalho, o que para Scott (1995) é considerado como mero produto.

E a terceira é teoria dos psicanalistas que acreditam que a identidade do sujeito é criada nas primeiras etapas da vida da criança. Mas para a autora, essa teoria universalizaria as categorias homem-mulher “como uma oposição binária que se auto-reproduz” (SCOTT, 1995, p. 12).

Nesse contexto, Scott distancia-se dessas teorias e com a contribuição de dois filósofos, Foucault e Derrida, pauta-se no paradigma pós-moderno na busca pela historicização e desconstrução dos termos que procuram denominar a diferença sexual.

Apona então o seu conceito de gênero, onde denomina duas partes e várias sub-partes que estão imbricadas: “o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos; e o gênero é uma forma primária de significar as relações de poder” (SCOTT, 1995, p.14). Acrescenta ainda que o gênero:

[...] é utilizado para designar relações sociais entre os sexos. Seu uso rejeita explicitamente explicações biológicas, como aquelas que encontram um denominador comum, para diversas formas de subordinação feminina, nos fatos de que as mulheres têm capacidade de dar à luz e de que os homens têm uma força muscular superior. Em vez disso, o termo “gênero” torna-se uma forma de indicar “construções culturais” – a criação inteiramente social de ideias sobre os papéis adequados aos homens e às mulheres. Trata-se de uma forma de se referir às origens

exclusivamente sociais das identidades subjetivas de homens e mulheres (SCOTT, 1995, p.75).

Assim, para a referida autora, o gênero é compreendido como uma construção social, sendo passível de modificações. Não considerando, portanto, a naturalização das diferenças de gênero, defendendo essas diferenças como explicadas pela cultura, sendo produzida socialmente e em determinado contexto histórico.

Para Saffioti (1987), gênero está imbricado ao conceito de patriarcado. Esta traz em seu conceito, a exploração-dominação dos homens sobre as mulheres. A autora defende o entrelaçamento do patriarcado-racismo-capitalismo, manifestando a importância da categoria gênero nesse meio, visto que o patriarcado explica a exploração-dominação que ainda é marcante na vida das mulheres. Além do mais, como as relações de gênero são construídas socialmente, estas são aptas a modificações e atualmente, pautadas na busca pela igualdade feminina.

Em publicação mais recente, Scott afirma que a discussão de gênero está longe de ser resolvida, tendo em vista que “as palavras tem histórias e múltiplos usos. Elas não só são elaboradas para expressar certas concepções, mas elas também têm diferentes efeitos retóricos” (SCOTT, 2012, p. 331). Fato que explica a utilização deste termo ainda como algo restrito às questões biológicas, o que gera a percepção de gênero enquanto determinismo biológico mantendo o “ser homem” e “ser mulher” em papéis de dominação e procriação, quando na verdade, os estudos de gênero buscam compreendê-lo não apenas enquanto masculino/ feminino, homem/mulher, em um sistema binário, e sim, para recusar “a idéia de que a anatomia da mulher era o seu destino insistindo, ao contrário, que os papéis alocados para as mulheres eram convenções sociais, não ditames biológicos” (SCOTT, 2012, p. 333).

A referida autora conclui o texto trazendo que:

Gênero como uma categoria analítica pode parecer estar diretamente ligado à arena que chamamos de social, mas o objeto de análise (as construções históricas das relações entre os sexos) é, irrevogavelmente, conectado à esfera psico-sexual. É por esta razão que gênero não pode estar livre de sua associação com sexo, isto é, com a diferença sexual. Desde que diferença sexual é referente de gênero, e desde que diferença sexual não tem nenhum significado inerente e fixo, gênero permanece uma questão aberta, um lugar de

conflito sobre as definições que nós atribuímos (e outros) a ele (SCOTT, 2012, p. 346).

Deste modo, compreender gênero significa ir além da discussão sobre mulheres e homens, do masculino e feminino, devendo compreender as grandes estruturas e processos pelas quais as “relações sociais são formadas e fronteiras políticas patrulhadas” (SCOTT, 2012, p. 337), sendo, portanto, um “lugar perpétuo para a contestação política, um dos locais para a implantação do conhecimento pelos interesses do poder” (SCOTT, 2012, p. 346).

Connell e Pearse (2015) atrelam o conceito de gênero à estrutura social e utilizam-se de três conceituações básicas, a saber: “ordem de gênero”, referindo-se aos padrões maiores que enquadram os regimes de gênero; os “regimes de gênero”, arranjos de gênero característicos de uma instituição, organização ou agência que formatam as práticas de gênero; e as “relações de gênero” que são as relações sociais que surgem dentro e em torno da arena reprodutiva na vida cotidiana.

Baseando – se nesses conceitos, Connell e Pearse (2015) mapeiam quatro dimensões do gênero que estão interligadas, influenciando-se e apoiando-se mutuamente, além de sofrer influências por outras estruturas sociais: poder, produção, cartexia (relações emocionais) e simbolismo. Desse modo, a interação das estruturas de gênero com as estruturas sociais ocasionam o surgimento de forças/movimentos de transformação, o que provoca “pressões” para mudanças ou não na política de gênero.

3.2 Conhecendo as Políticas Públicas direcionadas às mulheres

A discussão aqui sinalizada impõe que se reporte para a compreensão de política pública, entendida como “[...] uma estratégia de ação pensada, planejada e avaliada, guiada por uma racionalidade coletiva, na qual tanto o Estado como a sociedade, desempenham papéis ativos” (PEREIRA, 2008, p. 96).

Em outras palavras, a política pública é um conjunto de ações coletivas ou não, direcionadas à garantia dos direitos sociais, com a intervenção estatal e envolvimento dos mais diversos atores da sociedade. Mas, é uma arena de disputas de modelos de sociedade e de gestão do Estado.

Firmando-se na percepção de políticas públicas como espaço de disputas, estas vêm para dar respostas às demandas societárias, principalmente

“dos grupos sociais excluídos, setores marginalizados, esferas pouco organizadas e segmentos mais vulneráveis onde se encontram as mulheres” (BRASIL, 2018, p. 03).

Nessa lógica, as Políticas Públicas para as mulheres surgem no Brasil a partir de 1970, com o fortalecimento do movimento feminista e na área acadêmica, tendo reflexos imediatos, “na tentativa de incorporação da perspectiva de gênero nas políticas públicas e programas governamentais, com o intuito de estabelecer pautas políticas específicas e/ou direcionadas às mulheres” (BRASIL, 2018, p. 03).

[...] ao propor políticas públicas “de gênero” é necessário que se estabeleça o sentido das mudanças que se pretende, sobretudo, com vistas a contemplar a condição emancipatória e a dimensão de autonomia das mulheres. Para que as desigualdades de gênero sejam combatidas no contexto do conjunto das desigualdades sócio-históricas e culturais herdadas, pressupõe-se que o Estado evidencie a disposição e a capacidade para redistribuir riqueza, assim como poder entre mulheres e homens, entre as regiões, classes, raças, etnias e gerações (BRASIL, 2018, p. 03 – 04).

Assim, no Brasil, a institucionalização das demandas dos movimentos feministas inicia-se com a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, em 1985, ampliando a discussão nas Políticas Públicas da figura feminina para além da figura materna, tendo em vista que tais políticas voltavam-se, até então, para a amamentação e os cuidados dos filhos e do lar (PINTO, 2006), restrita ao binômio mãe/bebê, focando apenas a mulher na sua dimensão reprodutiva, e em seguida, o foco recai no planejamento familiar.

As lutas dos movimentos feministas centram-se, desse modo, nos direitos das mulheres na participação política e social, primordialmente com o novo cenário apresentado no contexto brasileiro com esgotamento dos governos pós-ditadura militar (PINTO, 2006).

Gradualmente e resultante dessas lutas, as mulheres conseguiram várias conquistas, dentre elas: em 2002, foi criada a Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher, que era vinculada ao Ministério da Justiça e tinha por objetivo “combater à violência contra a mulher, participação da mulher no cenário político do país e sua inserção no mercado de trabalho”; a formação do Grupo Permanente de Trabalho da Mulher (GPTM) e o Grupo de Trabalho para a Eliminação da Discriminação no

Emprego e na Ocupação – (GTEDEO); introdução da perspectiva de gênero nos programas do Ministério do Desenvolvimento Agrário (PINTO, 2006, p. 05 - 06).

Outro marco frente à ampliação dos direitos das mulheres e no estabelecimento de relações de gênero mais igualitárias no contexto brasileiro foi a elaboração e aprovação da Constituição Federal de 1988, bem como a realização da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (I CNPM), em julho de 2004, sendo delineado o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) e tendo como pontos fundamentais para o direcionamento das Políticas Públicas para as Mulheres:

Igualdade e respeito à diversidade – mulheres e homens são iguais em seus direitos. A promoção da igualdade implica no respeito à diversidade cultural, étnica, racial, inserção social, situação econômica e regional, assim como os diferentes momentos da vida das mulheres;

Eqüidade - todas as pessoas devem ter garantida a igualdade de oportunidades, observando-se os direitos universais e as questões específicas das mulheres;

Autonomia das mulheres - poder de decisão sobre suas vidas e corpos deve ser assegurado às mulheres, assim como as condições de influenciar os acontecimentos em sua comunidade e seu país;

Laicidade do Estado – políticas públicas voltadas para as mulheres devem ser formuladas e implementadas independentemente de princípios religiosos, de forma a assegurar os direitos consagrados na Constituição Federal e nos instrumentos e acordos internacionais assinados pelo Brasil;

Universalidade das políticas – devem garantir, em sua implementação, o acesso aos direitos sociais, políticos, econômicos, culturais e ambientais para todas as mulheres;

Justiça social - redistribuição dos recursos e riquezas produzidas pela sociedade e a busca de superação da desigualdade social, que atinge de maneira significativa as mulheres, devem ser assegurados;

Transparência dos atos públicos - respeito aos princípios da administração pública, tais como legalidade, impessoalidade, moralidade e eficiência, com transparência nos atos públicos e controle social, deve ser garantido;

Participação e controle social – debate e a participação das mulheres na formulação, implementação, avaliação e controle social das políticas públicas devem ser garantidos e ratificados pelo Estado brasileiro, como medida de proteção aos direitos humanos das mulheres e meninas (BRASIL, 2005, p.07 – 08).

É importante frisar que essa Conferência foi coordenada pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher tendo a participação massiva dos poderes executivos estaduais e municipais, diversos ministérios e secretarias especiais, além de organizações de mulheres e

feministas, sendo, portanto, o Plano resultante de uma discussão/construção coletiva que se iniciou nos municípios e Estados, através das conferências municipais e estaduais (PINTO, 2006).

Os desafios ainda perpassam a sociedade e as políticas públicas na atualidade, no que se refere à superação da igualdade entre os homens e mulheres, elucida-se aqui a necessidade da existência efetiva da transversalidade de gênero nas políticas públicas que é entendida como uma:

[...] ideia de elaborar uma matriz que permita orientar uma nova visão de competências (políticas, institucionais e administrativas) e uma responsabilização dos agentes públicos em relação à superação das assimetrias de gênero, nas e entre as distintas esferas do governo (BANDEIRA, 2005, p. 05).

Essa transversalidade então garantiria ações articuladas e integradas nas instâncias governamentais e, conseqüentemente na eficácia das políticas públicas, diminuindo a assimetria de gênero, reconhecendo que essas diferenças existem não apenas de forma conjuntural, mas prioritariamente de forma estrutural.

Dito de outro modo faz-se necessário a transposição da compreensão de gênero como sinônimo de mulher, onde se busca priorização da “garantia de direitos das mulheres no desenvolvimento da política, prevalecendo uma combinação de ações voltadas para a igualdade de tratamento entre mulheres e homens e a valorização das diferenças” (MARCONDES; DINIZ; FARAHA, 2018, p. 56-57) e se desprende de uma abordagem transformadora das relações de gênero.

Embora a política para mulheres possa ser compreendida como uma condição para a efetivação da igualdade de gênero [...] ela não necessariamente incorpora a complexidade de uma abordagem transformadora. Essa última poderia ser mobilizada para incorporação dos homens e das masculinidades e, de outro, contribuir para a construção de novas representações sociais de gênero [...] (MARCONDES; DINIZ; FARAHA, 2018, p. 49).

Contudo, as políticas públicas para as mulheres pouco abarcaram as particularidades das mulheres com transtorno mental decorrente do consumo nocivo de substâncias psicoativas. Por outro lado, a política de saúde mental esteve distante das políticas públicas para as mulheres, não sendo permeável à discussão e categoria gênero, como bem analisou Pedrosa (2006), em sua dissertação de mestrado.

3.3 A questão de gênero nas Políticas de saúde, saúde mental, álcool e outras drogas

Ao tratar da saúde da mulher, esta somente foi incorporada às políticas públicas a partir do século XX, restringindo – se às demandas da gravidez e do parto, o que traduzia “uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares” (BRASIL, 2004b, p.16). Nesse sentido, a política de saúde prioriza o binômio mãe - bebê, ou seja, a mulher no seu período reprodutivo e a criança, o que se firmava no discurso de proteção ao grupo de risco e nos segmentos considerados mais vulneráveis.

Tal dimensão excluía os direitos sexuais da mulher e as questões de gênero, bem como os outros ciclos de vida das mulheres. Essa perspectiva somente começa a ser modificada com as conquistas feministas, consignadas a partir da elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) pelo Ministério da Saúde, em 1984, que foi consolidado a partir da inquietação do movimento feminista no âmbito da saúde, que trouxe para o debate político a questão das desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres enquanto impacto para problemas de saúde que afetava mais diretamente as mulheres. Reivindicaram assim, as condições das mulheres como sujeitas de direitos que perpassam não só o momento da gestação, mas todos os seus ciclos de vida (BRASIL, 2004b).

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004b, p. 16-17).

Assim, o aperfeiçoamento do PAISM acompanhou a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), apropriando-se dos princípios e diretrizes do SUS, como a hierarquização, descentralização, regionalização dos serviços, equidade e integralidade.

Desse modo, a definição da saúde reprodutiva da mulher só veio à tona, em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, sendo definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não apenas mera ausência de doença ou enfermidade” (BRASIL, 2004b, p. 11). Nesse contexto, a saúde reprodutiva parte do pressuposto que a mulher terá uma vida sexual segura e satisfatória, podendo ter livre escolha na decisão da reprodução.

E em 2003, verificou-se a necessidade de propor novos delineamentos que atendessem as mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas, bem como a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente. Logo, busca-se alargar o conceito mulher, trazendo inclusive a pluralidade do ser mulher, para a esfera da discussão pública e sua inscrição no texto da política, pluralizando-as, através do conceito mulheres.

Isso resultou na consolidação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM), em 2004.

Em seu texto legal, a PNAISM incorpora a conceituação de gênero baseado em Scott (1995), sendo um elemento resultante das relações sociais entre homens e mulheres, portanto, uma construção social e histórica. Considera assim, que em função da organização social das relações de gênero, homens e mulheres, estão expostos a padrões diferentes de sofrimento, adoecimento e morte, sendo necessário entender e incorporar a categoria gênero para a elaboração, planejamento e execução das ações na área de saúde. Deste modo, a PNAISM:

[...] incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades. (BRASIL, 2004b, p. 05).

Nesse sentido, a PNAISM objetiva:

– Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e

ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.

– Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.

– Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2004b, p.67)

Buscando contemplar a PNAISM, em 2005, foi lançado pelo Ministério da Saúde o Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada que tratou de firmar a organização da rede assistencial, capacitação profissional e normatização das práticas e garantir a atenção humanizada e qualificada no pré-natal e puerpério para as mulheres do país.

Há ainda no campo da atenção à saúde da mulher, a Rede Cegonha, que é instituída pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. A Rede Cegonha consiste numa rede de cuidados que tem como objetivo assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério, bem como às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

No entanto, essas normativas não dirigem seus textos legais para uma discussão específica sobre a mulher consumidora de SPA em período reprodutivo ou gestacional, sendo esta excluída até então (ARAÚJO, 2014).

Nesse sentido, Pedrosa (2006) ao analisar os documentos técnicos do Ministério da Saúde, conclui que os mesmos dialogam com a figura genérica e abstrata do “paciente” sem que a categoria gênero seja empregada pelo texto oficial. Em sintonia com a mesma direção, mostra que as políticas públicas para as mulheres tendem a, igualmente, silenciar as particularidades das mulheres com transtorno mental e consumo nocivo de substâncias psicoativas.

Essa lacuna somente foi preenchida com a formulação do Caderno de Atenção Básica - Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, elaborado pelo Ministério da Saúde, em 2012 em que é discutido sobre a complexidade em lidar com a situação, sendo necessários os profissionais de saúde afastar-se dos julgamentos, considerando os cuidados físicos e psíquicos e para a saúde da mulher. Além da necessidade dos profissionais entenderem o espaço ocupado pela substância na vida da família e da própria gestante, avaliando subjetivamente o impacto da relação sujeito/droga/contexto e estimulando o cuidado de si e do outro (BRASIL, 2013).

Ainda menciona a relevância de se estabelecer uma confiança entre as gestantes, famílias e profissionais, criando-se um vínculo, que facilite a identificação dos fatores de risco e com isso, buscar alternativas ao uso de drogas, tomando como referência a estratégia de redução de danos (BRASIL, 2013).

Quando se trata de gestantes ou puérperas que fazem uso nocivo de SPA, as pesquisas nacionais ainda têm se firmado nas consequências desse uso para mãe e para o bebê, embora seja um problema de saúde pública que merece maiores análises frente ao crescimento do consumo de SPA por mulheres em idade reprodutiva, bem como no período gestacional (ARAÚJO, 2014).

Especificamente sobre os estudos que averiguam o consumo entre as mulheres, muitos priorizam as repercussões associadas aos efeitos das substâncias psicoativas sobre seu organismo feminino, nomeadamente sobre seu sistema reprodutor e à saúde do bebê, quando engravidam (ROSA; ALVES, 2014, p.118).

São secundarizadas as vulnerabilidades sociais desse segmento, incluindo o pouco poder de negociação nas relações sexuais, a própria violência sexual, de gênero, a violência doméstica que tendem a ser perpetrada de maneira mais intensa nesse grupo, podendo redundar, inclusive, em gravidez indesejada.

É importante ressaltar que as desigualdades sociais, econômicas e culturais também atravessam o processo saúde/ doença/ cuidado, pois como esclarece Rita Barata (2009):

Os empregos femininos, além dos salários menores, geralmente são mais monótonos, com pequeno ou nenhum grau de autonomia na execução das tarefas, menores perspectivas de progressão, vínculos trabalhistas mais precários, movimentos repetitivos, contato com o público e outras características de desgaste psicológico e emocional. [...] Às condições muitas vezes nocivas no trabalho remunerado acrescem-se às demandas do trabalho doméstico não pago (sintetizado na) “dupla jornada” [...]. A associação entre ter dupla jornada, ser casada e ter filhos em idade pré-escolar dobrou o risco de apresentarem sintomas psiquiátricos (BARATA, 2009, p. 84-5).

Logo, a mulher, comumente tem que conciliar trabalho formal com trabalho doméstico, ficando sobrecarregada e, portanto, passível de maior carga de adoecimento.

É esse cenário que convoca a discussão de gênero enquanto determinante na saúde e, por conseguinte, estar inserida nas Políticas Públicas, haja vista a constatação de que,

Os estudos sobre consumo de drogas acabam por secundarizar ou até mesmo negligenciar as análises de gênero, a despeito de terem sido evidenciadas diferenças relevantes entre o consumo e as consequências do uso de drogas entre homens e mulheres, por parte de diversos autores [...] o ainda reduzido número de pesquisas que abordam, a questão da mulher, usuária de drogas parece se dever, entre outros fatores, ao inegável predomínio masculino nas cenas abertas de tráfico e consumo de drogas em todo o mundo. Além disso, há também o fato de serem as mulheres um grupo mais difícil de ser acessado pelos pesquisadores, em virtude do caráter privado de muitas de suas práticas e do constrangimento e estigmatização que lhes são impostos em diversos contextos (BASTOS; BERTONI, 2014, p. 87).

Assim, verifica-se que a efetiva execução da PNAISM apresenta algumas lacunas ao tratar-se da saúde mental, muito embora, traga em seu texto legal, em um de seus objetivos específicos e estratégias a necessidade de implantação de um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero a fim de:

- melhorar a informação sobre as mulheres portadoras de transtornos mentais no SUS;
- qualificar a atenção à saúde mental das mulheres;
- incluir o enfoque de gênero e de raça na atenção às mulheres portadoras de transtornos mentais e promover a integração com setores não-governamentais, fomentando sua participação nas definições da política de atenção às mulheres portadoras de transtornos mentais (BRASIL, 2004b, p. 71).

Tal preocupação sinaliza que as mulheres sofrem duplamente com as consequências dos transtornos mentais, considerando suas condições sociais, culturais e econômicas, que reforçam a desigualdade de gênero. Além do mais, registros do SUS sobre internações psiquiátricas, entre 2000 e 2002 (SIH/SUS), mostram que houve uma diminuição do total das internações psiquiátricas a partir de 2001. Em contrapartida, as internações psiquiátricas de mulheres por conta de sofrimento causadas pelos transtornos de humor vêm aumentando, juntamente com o uso de álcool, e com transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Outro índice alarmante é sobre os transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério, como a depressão e a ocorrência de suicídio (ou tentativas de suicídio, que sempre foi maior entre as mulheres) (BRASIL, 2004b).

Quanto se trata da Política Nacional de Saúde Mental e dos documentos oficiais da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde percebeu-se a ausência textual direcionada ao gênero e raça, refletindo na “inexistência prática de políticas de saúde mental que considerem ‘os pacientes’ como sujeitos marcados por outros pertencimentos que não o do transtorno mental” (PEDROSA, 2006, p. 155), sendo estas categorias chaves que interferem no “sofrimento – existência”.

De acordo com Rosa e Alves (2014), é relevante que as políticas públicas foquem na relação “saúde mental, gênero e consumo de substâncias psicoativas”, sendo então a questão do gênero, uma discussão transversal à política, haja vista as peculiaridades e especificidades culturais, sociais e psicológicas do tratar o homem e a mulher. Para as mencionadas autoras, essas particularidades podem estar direcionadas as relações de poder que em menor ou maior proporção podem determinar variados modos de acesso e consumo entre homens e mulheres.

Assim, se consumir substâncias psicoativas não tem o mesmo significado para homens e mulheres, tampouco é visualizado da mesma forma pelas demais pessoas. Se pensamos em comportamento/papéis determinados socioculturalmente, se praticado por homens, o consumo de drogas é dito como conduta ou até ritual de reforço à masculinidade, conseqüentemente, social e culturalmente aceitável (exceções para os casos de condutas violentas ou antissociais). Por outro lado, se por mulheres, é considerado uma transgressão aos valores sociais dominantes, o que implica num maior grau de reprovação social e, comumente, em menos apoio familiar ou social (ROSA; ALVES, p. 119, 2014).

Portanto, reforça-se aqui a visão social direcionada às mulheres que fazem uso de SPA tidas enquanto “comportamento desviante”, principalmente quando não conseguem responder/ dar conta de todos os papéis estipulados pela sociedade, do ser esposa, mãe, dona de casa e cuidadoras de seus filhos.

Nota-se, portanto, que na consolidação das Políticas de Saúde, Saúde Mental e Álcool e Outras Drogas a discussão acerca de gênero encontram-se ainda bem fragilizadas, sendo necessário o que se denomina da transversalidade de gênero, isto é, introduzir uma “ruptura radical no seio dessas políticas, pois contemplará a realização da democracia social através da participação com igualdade de oportunidades de mulheres e de homens no trabalho, na economia, na sociedade e na política” (BANDEIRA, 2005, p. 36).

Dito de outro modo, as Políticas devem propor não apenas a incorporação da perspectiva de instituições/ repartições/ secretarias com atuação específica para a área da mulher; e sim, a transversalidade de gênero nas políticas públicas propostas pelo Estado Democrático de Direito que considere as especificidades das mulheres e dos homens (BANDEIRA, 2005).

É perceptível, portanto, que as políticas direcionadas para as mulheres não contemplam políticas de gênero em sua totalidade, haja vista que a segunda, seriam políticas públicas sensíveis às questões de gênero e objetivam:

[...] contribuir para o empoderamento das mulheres.” Portanto, o ponto central das políticas de gênero é o empoderamento das mulheres, o que significa “a remoção de todos os obstáculos à participação ativa das mulheres em todas as esferas da vida pública e privada através de uma divisão total e igual nas tomadas de decisão econômicas, sociais, culturais e políticas. Isto significa que o princípio da divisão de poder e responsabilidade deveria ser estabelecido entre mulheres e homens em casa, no local de trabalho e nas mais amplas comunidades nacional e internacional. Igualdade entre mulheres e homens é uma matéria de direitos humanos e uma condição para a justiça social e é também um pré-requisito necessário e fundamental para a igualdade, o desenvolvimento e a paz (NOVELLINO, 2005, p. 13).

Conclui-se então, que há o reconhecimento dos avanços das Políticas Públicas, em especial, as de Saúde, Saúde Mental e Álcool e Outras Drogas na direção do reconhecimento e consolidação da pessoa com transtorno mental com sujeito de direitos, no entanto, ainda são esperadas a transversalidade e intersetorialização das políticas públicas para dar conta das demandas específicas das mulheres frente a desigualdades culturais, sociais, políticas e econômicas que lhes foram direcionadas no decorrer dos anos no contexto brasileiro.

Nesse contexto, destaca-se a família que historicamente esteve atrelada ao tema e questão das mulheres, sobretudo no Brasil, em função dessa figura ser o elo mediador das relações familiares, administradora do orçamento doméstico e principal provedora de cuidado de crianças, idosos e enfermos, parcial ou integralmente dependentes de terceiros.

4. FAMÍLIA, GESTAÇÃO E USO NOCIVO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA

O presente capítulo está dividido em três subitens, o primeiro que fará um apanhado sobre a categoria família, considerando as mudanças societárias e políticas que influenciaram diretamente em sua concepção. Além do mais, trará no segundo subitem uma discussão sobre os entrelaçamentos existentes no uso nocivo de substâncias psicoativas no período gestacional e por fim, como tem sido as repercussões desse uso para os familiares dessas mulheres, envolvendo um novo ser que está sendo gerado pelas mesmas.

4. 1 Perspectivas teóricas sobre família

Identificada como uma das mais antigas instituições balizadoras de valores e tradicionalmente considerada base principal da sociedade, a família, em especial, a família brasileira, tem sua caracterização singularizada em cada momento histórico, político e econômico que viveu o país, caracterizando - se, portanto, como uma instituição social não - natural e mutável, “podendo assumir configurações diversificadas em sociedade, conforme as classes e grupos sociais heterogêneos” (TEIXEIRA, 2013, p. 23), influenciando e sendo influenciadas pelas mudanças históricas. Assim, faz-se necessário esclarecer as concepções e configurações das famílias dominantes durante a formação socioeconômica do Brasil, pois é esse grupo que fornecerá o modelo ideal que inspirará a organização das famílias dos demais grupos, sobretudo no plano legislativo, apesar de muitas famílias se organizarem em função de suas possibilidades e condições reais de existência, permitida por sua inserção no mercado de trabalho e na sociedade como um todo.

Para tanto será reportado inicialmente ao período colonial, no qual conforme Rosa (2003) a estrutura familiar englobava o casal, seus filhos, outros parentes, afilhados e até mesmo os escravos. Essa família, denominada Família patriarcal, era chefiada pelo homem, que exercia as funções “militares, religiosas, afetivas e empresariais” (ROSA, 2003, p. 175). Era o modelo dominante, sendo considerado a referência oficial mais valorizada pela sociedade, no entanto,

coexistiam outras formas de organizações familiares, de acordo com a cultura, região e condição sócio econômica de seus indivíduos.

De acordo com Bruschini (1993), a família patriarcal caracterizava-se:

[...] pelo controle da sexualidade feminina e regulamentação da procriação, para fins de herança e sucessão. A sexualidade masculina se exercia, no entanto, livremente. Os casamentos eram realizados por conveniência, entre parentes ou entre grupos econômicos que desejavam estabelecer alianças. Como a atração sexual ou outras razões de ordem afetivas estivessem alheias a esse contrato, considerava-se legítimo que os homens buscassem satisfação sexual e emocional fora da órbita legal do matrimônio, mantendo concubinas, com as quais tinham filhos ilegítimos (BRUSCHINI, 1993, p. 67).

Esse modelo de família estava alicerçado em uma rígida divisão sexual do trabalho, sendo reservado às mulheres preponderantemente os afazeres domésticos, tendentes a submissão ao marido. Essa divisão de papéis tendia a restringir a atuação feminina somente ao âmbito privado do lar tendo suas funções econômicas e sociais bem delimitadas para esse espaço. Era demonstrado “o caráter altamente repressivo desta estrutura familiar, reprodutora das normas de disciplinamento e controle social (e sexual) ditadas pela Igreja ” (NEDER, 2010, p. 26).

Nos anos 1910 a mulher brasileira luta pelo direito de voto, buscando participar da sociedade, embora o feminismo não tenha tido a mesma influência no País como teve em outros e tenha sido apropriado cercado pelo valor da família (PINTO, 2006).

A incorporação da mulher na cidadania ocorreu a partir das lutas sociais, paulatinamente, configurando-se no País, inicialmente uma cidadania do homem branco e proprietário de terras, conseqüentemente, excluindo vários atores sociais que lutam paulatinamente pelo seu reconhecimento como sujeito de direito. A mulher conquista o direito de voto em 1932, o que foi conquistado de maneira inicialmente facultativa, ou seja, não obrigatória.

Nesse contexto, a família patriarcal cede lugar a família nuclear, “fundada no casamento por amor, na valorização do indivíduo psicologizado, centrada na criança e no casal – no triângulo edipiano”. (ROSA, 2003, p. 179). Esse modelo de família contemporânea é portanto, centrado na figura do chefe da família (pai), mãe e seus descendentes legítimos. Ainda caracterizado pela centralidade na figura

masculina enquanto provedor e mantenedor da casa e a mulher como dona do lar e responsável pela educação dos filhos, embora houvesse diminuição da autoridade paterna frente ao modelo hegemônico anterior. Isso porque de acordo com Bruschini (1993):

[...] a família passa a se concentrar em suas atribuições específicas de procriação e disciplina do impulso sexual. A ampliação e diversificação das oportunidades de trabalho, já no final do século, a valorização da capacidade intelectual e da instrução libertam os filhos da rígida tutela do patriarca. O ingresso da mulher na força do trabalho rompe a tradicional divisão do trabalho. Os casamentos começam a ser realizados por interesses individuais. As atitudes em relação ao namoro se alteram e este se desloca dos limites da casa para os espaços abertos. Entre pais e filhos começa a haver maior intimidade, ao mesmo tempo que diminui a prática de infringir aos filhos castigos corporais. Na “nova família” há maior igualdade entre os sexos, maior controle da natalidade, maior número de separações e de novos casamentos. (BRUSCHINI, 1993, p. 69)

Mesmo com tais avanços, o modelo de família nuclear preserva alguns traços característicos do modelo patriarcal, entre eles, a “dupla moral sexual” (BRUSCHINI, 1993), que permite o adultério masculino e julga e controla a sexualidade e o adultério feminino.

Esse modelo é considerado da chamada “primeira modernidade” que vai do século XIX até os anos 60, trazendo como características principais a focalização nas relações interpessoais, no casamento, nas relações entre os cônjuges e filhos, na afetividade e intimidade (TEIXEIRA, 2013).

Os valores deste modelo ainda sobrevivem e tem sido revigorado pela força de grupos neopentecostais na sociedade contemporânea brasileira, visto que ainda se observa no imaginário social da família o poder da estrutura triangular/edipiana contendo mãe, pai e filhos, como uma estrutura familiar ideal e pelos valores orientados pelo machismo.

Com a industrialização e a urbanização há intensificação do êxodo rural nos anos 50, esse cenário altera-se, com mudanças significativas no lugar social da mulher, sobretudo das classes dominantes, o que vai repercutir na dinâmica familiar e, paulatinamente, na relação da família e das mulheres com as políticas sociais. A mulher começa a exercer um papel mais ativo dentro da sociedade com a sua entrada no mercado de trabalho e também nas universidades. Além do mais, com a necessidade de mão – de – obra, muitas famílias deslocavam-se da zona rural para

as cidades, passando a morar em ambientes menores, propiciando uma aproximação maior entre seus entes, modificando também o tipo de união entre eles que passa a ser por vínculos afetivos e não mais por interesses econômicos e políticos.

Barsted (1994), ao realizar um balanço das conquistas das mulheres no plano legislativo no País, destaca que o discurso das leis informa algo sobre as relações sociais, no caso específico, sobre as relações de gênero, permitindo articular a “[...] permanência de um modelo assimétrico e as inovações” (BARSTED, 1994, p. 235).

Apenas em 1962, com a assunção do Estatuto Civil da Mulher Casada (Lei n. 4.121, de 27 de agosto), a capacidade plena da mulher casada foi assegurada legalmente, sendo-lhe reconhecidas dimensões de direitos civis. Contraditoriamente, tais direitos foram capitaneados pelo contexto econômico desenvolvimentista, que requeria ampliação de consumidores e, conseqüentemente, a mulher foi incorporada nas possibilidades de acesso ao crédito, podendo acessar diretamente o sistema financeiro e o setor comercial.

As Nações Unidas instituíram o ano de 1975 como o Ano Internacional das Mulheres, o que reforçou as lutas internas pela ampliação de direitos e visibilização das questões sociais relacionadas à mulher, em um contexto de ditadura militar, ou seja, de restrição de direitos. Neste cenário, a organização das mulheres avançou. Um significativo avanço legal manifestou-se na Lei do Divórcio, sancionada em 1977, que instituiu a igualdade de direitos entre os cônjuges por ocasião da dissolução da sociedade conjugal.

Barsted (1994) explica ainda que as organizações e as lutas sociais das mulheres produziram uma série de propostas de mudanças que se consumaram em conquistas nos planos previdenciário, trabalhista e constitucional. Neste último, a organização das mulheres ficou conhecida como “*lobby* do batom”.

As mudanças constitucionais impuseram transformações em várias arenas: nas políticas públicas, na legislação civil, no campo assistencial de um modo geral e na esfera institucional.

Em 1985, foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, seguido dos conselhos estaduais da condição feminina e, posteriormente, das delegacias de atendimento especializado às mulheres vítimas de violência.

A Constituição Federal de 1988 é a única que institui a igualdade entre homens e mulheres, em termos de direitos e deveres, e reconhece outras formas de famílias, para além da família conjugal moderna; assegura os direitos reprodutivos na perspectiva da autonomia da decisão do casal; reconhece os filhos, independentemente do tipo de vínculo entre os pais; e oferece mecanismos para combater a violência doméstica, iniciando pelo seu reconhecimento como um problema atinente às políticas públicas. Tal aspecto é reforçado na revisão do Código Civil em 2002.

Com a multiplicação na concepção e configuração de famílias, as mulheres, antes direcionadas apenas para o cuidado do lar e dos filhos, são reconhecidas como partícipes do meio social e passam a ajudar no sustento da casa, junto com o homem, além de terem o poder decisório na geração dos filhos, conquistado com a Constituição de 1988. Cabe lembrar que muitas mulheres operárias e de segmentos populares já trabalhavam em fabricas, e chefiando famílias, mas o modelo dominante, historicamente foi colocado como ideal, inclusive passa a ser perseguido por outros segmentos sociais, pela ação do Estado, a exemplo das ações higienistas, inclusive fomentando a regularização de uniões consensuais.

Genlinski e Moser (2015), com base no Censo Demográfico de 2010 destacam como principais mudanças sociodemográficas nas famílias a diminuição de tamanho, média de 3,1 de pessoas, o que implica em menor número de pessoas para prover cuidado. Elevação da expectativa de vida com o conseqüente envelhecimento das pessoas que ocupam o lugar de chefia da família

Assim, as significativas mudanças que ocorreram na sociedade brasileira modificaram a estrutura das famílias, pluralizando-as e juridicamente, é crescente o reconhecimento de direitos de vários de seus integrantes, a partir de suas singularidades, mulheres, criança e adolescentes, idosos, dentre outros. As transformações mais radicais são reconhecidas a partir dos anos 80/ 90 com as conquistas resultantes das lutas do movimento feminista que marcam o deslocamento do lugar ocupado pelas mulheres na sociedade. Neste período há a entrada maciça das mulheres no mercado de trabalho, fruto do aumento do número de vagas nas escolas superiores e da proteção desse público através das leis trabalhistas (ROSA, 2003). O movimento feminista ainda permitiu o avanço quanto a igualdade de gênero através de textos legais como à Lei do Divórcio, e mais, a

produção e difusão do uso de anticoncepcionais, a partir dos anos 60, o que permitiu o direito das mulheres de decisão quanto à reprodução.

Tais conquistas possibilitaram o crescimento do número de separações e divórcios, e reconhecimento das “novas” famílias”, tendo em vista que as relações matrimoniais passaram a estar alicerçadas pela igualdade de gênero. Nesse contexto, surgem diversas organizações familiares “alternativas”, famílias recombinadas, resultantes de casamentos sucessivos com companheiros diferentes e filhos de outras uniões; casais homoafetivos conquistam o direito de adoção, etc.

Assim, multiplicam-se os tipos de configurações familiares, denominados por Dias (2007) como famílias plurais, resultante da multiplicidade das relações parentais, sobretudo as promovidas pelo divórcio. Caracterizam-se por serem famílias com uma pluralidade de vínculos afetivos, marcadamente organizados por uma reconstrução de casais, onde um ou ambos já haviam se casado e levam consigo filhos de relações anteriores.

Essa mudança iniciada a partir dos anos 60 denominou-se de “segunda modernidade” caracterizada pela crítica ao modelo que priorizava a mulher na condição de dona de casa, firmada pelos movimentos sociais de mulheres e pelo feminismo, pautado ainda na desestabilização do casamento, com o surgimento do divórcio, pelo crescimento da coabitação fora do casamento, pela existência de famílias chefiadas por mulheres e crescimento de indivíduos morando sozinhos ou mesmo de casais homossexuais (TEIXEIRA, 2013).

Dentre os vários tipos de configurações familiares destaca-se a família monoparental, formada por um dos pais e os descendentes. Para Dias (2007), essa constituição familiar possui características frágeis por sobrecarregar apenas um ente da família que é responsabilizado para o cuidado do lar e dos filhos, bem como o sustento da casa.

Outro tipo de configuração familiar é o unipessoal que tem por composição apenas uma pessoa, ou seja, é um indivíduo que mora só. Essa configuração não é consensual entre os pesquisadores, alguns afirmando que apenas um sujeito não pode ser considerado família, visto que esta instituição implicaria relações entre indivíduos.

A família eudemonista é uma modalidade de família caracterizada pelo envolvimento afetivo dos seus membros, que buscam juntos a realização individual e

a emancipação de todos os entes. Nessa configuração prevalece os laços de união por amizade e amor de seus componentes (DIAS, 2007).

A família informal é aquela onde não existe o vínculo matrimonial, família constituída sem as formalidades do casamento civil. Esta é reconhecida na Constituição de 1988 como união estável, consensual.

Dias (2007) também expõe a família paralela como sendo aquela que é constituída por relações afetivas livres, casuais e adulterinas. Essa relação não é reconhecida como união estável pela esfera jurídica, sendo alvo de críticas pela sociedade, embora ainda muito praticada.

Há também a existência da união entre casais homoafetivos, que ainda é um fato polêmico e permeado por preconceitos na sociedade. Isso é explicado, de acordo com Dias (2007) por ser uma opção de vida rejeitada pela Igreja, e excluída durante muito tempo, de forma a desaprovarem as leis dirigidas aos direitos dessas minorias discriminadas.

Trata-se de uma reconfiguração da organização familiar em função de uma melhor realização de interesses afetivos e existenciais de seus componentes, refletida em novas formas de convívio em torno das necessidades, afetos e bem-estar do grupo familiar.

Como observado, esta multiplicidade de formas e configurações familiares exigiu mudanças conceituais, mas também jurídicas. Prova disso são as mudanças observadas no âmbito legislativo, onde as famílias por um longo período eram limitadas aos laços matrimoniais, tendo em vista que as Constituições de 1943, 1946, 1947 e 1969 reconheciam apenas as famílias constituídas pelo casamento (SALES, 2010). Essas famílias eram chefiadas pelo homem, ao qual era devido a obediência dos filhos e da esposa. Reforçava a sociedade patriarcal, hierarquizada e patrimonialista.

Com o advento da Constituição de 1988, houve a ampliação legal do conceito de família, que agora abrange a união estável entre o homem e a mulher, a igualdade de direitos e deveres entre o casal, a família formada somente por um dos pais e seus descendentes, bem como o reconhecimento do divórcio entre os casais.

Nesse contexto, as famílias passam a ser legalizadas e reconhecidas socialmente em suas diferentes configurações, ultrapassando a concepção tradicional, e tendo o Estado como assegurado da proteção social a todos os componentes.

Mesmo com tais avanços, ainda percebe-se a discriminação quanto a algumas novas configurações familiares por parte da sociedade, e, principalmente por alguns profissionais da saúde, como destaca Fonseca (2005) que considera a família padrão (edipiana/triangular) como modelo principal de família, sendo as demais consideradas por alguns, como “desestruturadas/ desordenadas”.

Essa pesquisa parte do pressuposto que há necessidade de pluralizar as concepções de família, bem como de mulher, na contemporaneidade, visto que a estrutura familiar acompanha o constante processo de transformação da sociedade nos vários âmbitos: social, econômico e político, influenciando e sendo influenciada pelo seu entorno.

Desse modo, o conceito de família estabelecido pelo NOB/SUAS (Norma Operacional Básica/ Sistema Único de Assistência Social) 2005 e adotado nesse trabalho é o que a nosso ver, melhor atende à dinâmica colocada acima. A família é entendida como um “núcleo afetivo, vinculada por laços consanguíneos, de aliança ou afinidade, onde os vínculos circunscrevem obrigações recíprocas e mútuas, organizadas em torno de relações de geração e de gênero” (BRASIL, 2005a, p. 19), tendo em vista que a família não se resume aos parentes de sangue, englobando pessoas do meio social em que se encontra amigos e vizinhos, por exemplo.

E ainda enquadra-se nesse conceito a concepção sociológica desta categoria, sendo então o:

[...] conjunto de pessoas ligadas por laços de sangue, parentesco ou dependência que estabelecem entre si relações de solidariedade e tensão, conflito e afeto [...] e [se conforma] como uma unidade de indivíduos de sexos, idades e posições diversificadas, que vivenciam um constante jogo de poder que se cristaliza na distribuição de direitos e deveres” (BRUSCHINI, 1989, p. 08).

Logo, a família é esfera de proteção, solidariedade, mas, também, conflitos, até porque a diversidade atravessa a sua dinâmica, requerendo negociações, e incluindo a todos os seus membros em processos de aprendizagem, que parametram suas relações sociais com a sociedade mais ampla.

Essa compreensão é fruto de uma construção histórica, pois acompanha as mudanças sociais, históricas, demográficas, políticas e econômicas das organizações familiares tendo por base, principalmente o advento das transformações societárias.

As famílias, no contexto brasileiro, são as primeiras instituições balizadoras de valores, costumes, ensinamentos do indivíduo. É uma organização social e cultural em que mais diretamente os sujeitos iniciam suas relações sociais e constituem a principal esfera de conformação de sua identidade social, de pertencimentos e cuidados. É um espaço dinâmico, em que o jogo de poder se desenvolve mediado por relações intergeracionais, de gênero e hierárquicas.

Como sinalizam autores da antropologia como Fonseca (2005) e Sarti (1996) a família tem diferentes sentidos para os integrantes das diferentes classes sociais, mas seu valor mais intenso entre os segmentos de trabalhadores e os pobres, tem relação com as dimensões culturais, mas, também com a restrita proteção social historicamente oferecida pelo Estado brasileiro, que teve sua matriz no seguro social, fundamentado na cidadania regulada, voltada para os trabalhadores urbanos, reconhecidos legalmente e sindicalizados. Nesse contexto, a “ilusão de atendimento” (SPOSATI, 1985) constituiu a marca histórica das políticas sociais do Estado brasileiro, com políticas pobres para os pobres, haja vista que ao se massificarem, perderam qualidade, tendo, por exemplo, a política de educação, cuja qualidade reflete - se sobremodo nos cuidados promovidos em saúde, sobretudo da mãe em relação aos cuidados dos filhos, haja vista o reconhecimento do nível de escolaridade como fator que influencia essa díade.

Nesse contexto, a pluralidade de modelos familiares ainda que seja reflexo do momento sócio histórico, econômico e cultural no qual se vive, não é acompanhada efetivamente pelas garantias legais e assistenciais que envolvem os modelos mais tradicionais de família, como a família nuclear, por exemplo, que ainda é predominante na sociedade atual. Nesse contexto, protege menos ainda outras configurações, com maior vulnerabilidade, o que coloca em xeque o princípio da equidade que as regem. Isso porque novas configurações familiares implicam em novas formas de lidar com as transformações societárias, principalmente quando se considera que a família por si só já é, conforme destaca Teixeira (2013, p. 27):

[...] uma instituição contraditória e conflituosa heterogênea e não necessariamente harmoniosa; expressa e reproduz relações assimétricas entre gêneros e gerações, em termos de poder, de recursos e de capacidade de negociação; constitui-se em espaço de conflitos diversificados. (TEIXEIRA, 2013, p. 27)

O resultado desta interface (Estado e família), pode se configurar em uma série de reforço às vulnerabilidades e dificuldades enfrentadas pelas novas organizações familiares, indo desde o comprometimento do exercício das funções de cuidado, seja pela inserção das mulheres no mercado de trabalho, incidência da pobreza em famílias cuja chefia é feminina, bem como nas configurações, nos quais os avós são os provedores, até as funções provedoras e cuidadoras prejudicadas, fruto da sobrecarga e fragilidade das famílias que devido a naturalização da produção e provimento do cuidado, e conseqüente desresponsabilização do Estado, que não tem sido capaz de realizar de modo satisfatório suas funções, nem mesmo básica em relação às crianças, a exemplo das limitações de creches, o que liberaria as mulheres para o mercado de trabalho. E quando elas existem, a qualidade é duvidosa, a exemplo do ensino fundamental, cuja matrícula universalizou-se, mas, a qualidade do ensino ainda deixa a desejar, no geral não se conformando com uma escola atrativa para crianças, adolescentes e jovens.

Neste ponto, a relação entre famílias e Políticas Sociais ou mais especificamente entre famílias e Estado no que se refere às responsabilidades sociais da primeira é também conflituosa e contraditória haja vista os debates no meio acadêmico situarem-se ora no caráter invasivo do Estado para com a família, ora na inefetividade das ações do Estado enquanto protetor social.

A proteção social é provida na sociedade Ocidental capitalista pelo Estado, família e mercado. Para compreender como se configura em cada formação social, há que se implica entender os contornos históricos assumidos pelo Sistema de Proteção Social Brasileiro, que se conformou de maneira muito restrita.

De acordo com Draibe (1993), entre os anos 30 e a década de 70 foi consolidado institucionalmente no Brasil o Estado Social, considerando – como um caso particular, “anômalo”, dotado de especificidades. Para tal afirmação, a autora baseia-se no seu próprio conceito de *Welfare State*:

Por *Welfare State* estamos entendendo, no âmbito do Estado capitalista, uma particular forma de regulação social que se expressa pela transformação das relações entre o Estado e a economia, entre o Estado e a sociedade, a um dado momento do desenvolvimento econômico. Tais transformações se manifestam na emergência de sistemas nacionais públicos ou estatalmente regulados de educação, saúde, previdência social, integração e substituição da renda, assistência social e habitação que, a par das políticas de salário e emprego, regulam direta ou indiretamente o volume, as taxas e os

comportamentos do emprego e do salário da economia, afetando, portanto, o nível de vida da população trabalhadora. Concretamente, trata-se de processos que, uma vez transformada a própria estrutura do Estado, expressam-se na organização e produção de bens e serviços coletivos, na montagem de esquemas de transferências sociais, na interferência pública sobre a estrutura de oportunidades de acesso a bens e serviços públicos e privados e, finalmente, na regulação da produção e distribuição de bens e serviços sociais privados. (DRAIBE, 1993, p. 21).

Draibe (1993) baseia-se na tipologia de Ascoli (1984), que é uma reformulação clássica da tipologia de Titmus (1963) para atribuir ao *welfare state* nacional um caráter meritocrático - particularista e um padrão conservador que beneficiam tendencialmente a quem menos deles necessitam.

O modelo meritocrático - particularista fundamenta-se, por sua vez, na premissa de que cada um deve estar em condições de resolver suas próprias necessidades, em base a seu trabalho, a seu mérito, à performance profissional, à produtividade. A política social intervém apenas parcialmente, corrigindo as ações do mercado. O sistema de *Welfare*, por mais importante que seja, é tão somente complementar às instituições econômicas. (DRAIBE, 1993, p. 16)

Dessa forma, o modelo de *Welfare State* brasileiro dominante o meritocrático – particularista, no qual o Estado tem suas ações pautadas no exaurimento da capacidade de provimento de cuidado das famílias, ou seja, o Estado só intervém quando as famílias não são capazes de responderem às demandas colocadas a elas, implicando a impossibilidade de recorrer ao mercado para resolver suas necessidades, e sobrecargas, associadas a uma fragilidade de difícil reversão no âmbito familiar, considerando, inclusive, a incapacidade do Estado de manter um diálogo eficaz com as famílias e ao familismo enraizado na cultura brasileira, que obsta a metamorfose das dimensões pessoais/ familiares como questões políticas que podem ser reconfiguradas pelas políticas públicas.

Familismo este caracterizado pelo direcionamento máximo de obrigações à unidade familiar, ou seja, a constituição e a oferta de recursos e serviços significam a responsabilização primeira e máxima das famílias na provisão do seu bem-estar e de seus membros em detrimento da desresponsabilização estatal.

Desta feita, no Brasil, as famílias consistem na primeira rede social da pessoa e é no seio destas que as sociabilidades são desenvolvidas, no contexto das relações sociais capitalistas. Na família, é onde se produz e reproduz a teia de

relações desenvolvidas pela sociedade, sejam seus valores, positivos ou negativos, como também seus preconceitos, ou seja, as famílias não estão isoladas do mundo social, interferindo e sofrendo influência na manutenção ou ruptura dos padrões existentes na sociedade.

4.2 Mulher, Gravidez e uso nocivo de substâncias psicoativas

É sabido que o envolvimento das mulheres com o uso de SPA dá-se de diferentes formas, como consumidoras, protagonistas do tráfico, companheira e/ou familiar de consumidores e/ou traficantes. Sendo, portanto, seu envolvimento direto ou indireto.

[...] no envolvimento indireto, as mulheres convivem na condição de mãe, companheira/esposa ou filha de uma pessoa, que faz uso e/ou trafica drogas. No envolvimento direto, a mulher é quem faz o uso da droga ou trafica. Sendo que, de um modo geral, o envolvimento direto se dá com mulheres jovens diferentemente do envolvimento indireto (ARAÚJO, 2014, p. 19).

Em outros termos, há a necessidade de um olhar para a figura feminina, não somente sobre o aspecto do uso da SPA, mas sobre o significado que essa SPA tem para a mesma em seu âmbito familiar, social e cultural, permeando suas relações intra e extra lar.

Essa discussão foi e ainda é protelada pela literatura, que tem se firmado, majoritariamente, nas consequências do uso nocivo dessas substâncias, principalmente ao envolver o filho, no momento da gravidez.

De acordo com a pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em 2012, que estabeleceu o perfil dos usuários de crack e /ou similares no Brasil, foi verificado que o consumo de SPA por homens representa aproximadamente 60% e 40% é registrado entre as mulheres. Embora tais números demonstrem uma porcentagem maior para os homens, é analisado que os impactos desse uso para as mulheres têm sido mais intensos, pelas maiores vulnerabilidades e fragilidades que perpassam a vida da mulher brasileira.

Ao tratar acerca do perfil das mulheres usuárias de crack e/ou similares no Brasil, a referida pesquisa afirma que a idade média do uso por essas mulheres foi de 29 anos, ou seja, idade produtiva e reprodutiva; 78, 56% declaram-se não

brancas; possuíam baixa escolaridade, com 80% tendo cursado somente até o ensino fundamental, e cerca de um quarto apenas até a 3ª série do ensino fundamental; 36, 28% são casadas ou moram com companheiros; 45, 66% estavam em situação de rua nos 30 dias anteriores à pesquisa; uma em cada cinco das mulheres referiu-se a algum trabalho ilícito vinculado às SPA; 35, 43% possuía história prévia de prisão pela polícia; 55, 36% relataram estar engajadas em trabalho sexual ou troca de sexo por droga; e 66,52% dessas mulheres referiu atividade sexual nos 30 dias anteriores à pesquisa com parceiro fixo (BASTOS; BERTONI, 2014).

Destaca-se ainda que, aproximadamente 46% das mulheres relataram quatro ou mais gestações ao longo da vida. Essa informação contrapõe-se aos dados trazidos pelo Censo de 2010, em que a taxa de fecundidade das mulheres decresceu da média de 1,9 filho, em 2010 para 1,77 filho, em 2013. Isso pode ser explicado pelo fato da pesquisa ser restrita as mulheres que fazem uso de SPA, sendo, portanto, que essa realidade específica não acompanha a taxa de fecundidade das mulheres, de modo geral.

A pesquisa da FIOCRUZ também sinaliza para a tendência da mulher consumidora ficar mais vulnerável na relação sexual, por não conseguir negociar o uso de preservativo e adotar a troca de sexo por dinheiro ou drogas, ficando no maior risco de gravidez indesejada. Essas mulheres também estão mais expostas a infecção pelo HIV (duas vezes mais em comparação aos homens e dez vezes mais em relação a população feminina em geral) (BASTOS; BERTONI, 2014).

O quadro geral, como visto, sinaliza para uma realidade de intensa vulnerabilidade social das mulheres, compreendida como grupos sociais que apresentam suscetibilidade diferenciada em decorrência das dimensões sociais, econômicas e políticas; mas especificamente maior exposição ou menor chance de proteção diante do consumo nocivo de SPA.

As considerações da pesquisa da FIOCRUZ sinalizam ainda para a importância de investimentos para além da esfera obstétrica, para abranger a saúde integral da mulher, “com ênfase na prevenção, acesso amplo e não discriminatório ao tratamento e reinserção social” (BASTOS; BERTONI, 2014, p. 99).

Assim, percebe-se que a gravidez, é, em sua maioria, portanto, concebida de modo acidental por essas mulheres, distanciando-se da idealização desse momento como algo programado e desejado por estas, que também não realizam o

acompanhamento (pré-natal) dos filhos, sendo direcionadas ou direcionando-se ao hospital apenas no momento do parto (e não no ciclo gravídico-puerperal) ou quando envolvidas em situação de risco de vida.

Considera-se, nessas circunstâncias, o ciclo gravídico-puerperal o período que demarca a gestação, o trabalho de parto, o parto e o puerpério. Para Souza (2008, p. 09):

O ciclo gravídico-puerperal é um período que envolve transformações profundas para a mulher nos aspectos físicos, psíquicos e sociais, podendo, no seu transcurso, aparecer importantes alterações na sua personalidade e gerar um sofrimento psíquico com intensidades variadas, tonando-se um fator que pode dificultar o estabelecimento de um futuro vínculo afetivo seguro entre mãe e filho, interferindo, particularmente, nas relações interpessoais.

A literatura trata o ciclo gravídico-puerperal majoritariamente sob a dimensão biológica e intimista/individual, quando é perceptível o viés sociocultural que contorna a experiência, pois trata-se de uma vivência que afeta/modifica a vida de um coletivo, no geral o grupo familiar e muitas vezes, em particular, alguns membros, sobretudo as pessoas do sexo feminino, haja vista que as mulheres gestantes e puérperas poderão, em alguns momentos, requisitar a proteção para si e para o filho que nascerá. Portanto, a perspectiva desse trabalho estará firmada nesse período para além do biológico, firmando-se no ciclo gravídico-puerperal envolvendo também as transformações na dinâmica sociofamiliar dessas mulheres, e mais especificamente os reflexos dessas transformações para os familiares cuidadores, aquelas pessoas que são encarregadas de gerir diretamente o cotidiano do cuidado da pessoa com transtorno mental, respondendo diante da sociedade por sua proteção social de maneira mais geral.

Historicamente, o ciclo gravídico-puerperal foi em sua totalidade trabalhado sob a visão de “criação do recém – nascido (RN) saudável e nunca uma assistência voltada para as verdadeiras necessidades físicas e psicológicas da mulher” (SOUZA, 2008, p. 18).

Isso porque, histórica e culturalmente o período da maternidade, a partir da sociedade moderna, foi valorizado e ganhou um significado como um momento feliz para a mulher que deveria estar receptiva para o filho, apta para ser mãe, sem deixar de lado, o ser esposa, dona-de-casa, e outras funções tradicionalmente

direcionadas para o “ser mulher” (ROCHA, 1989), na divisão sexual do trabalho. Assim, o meio circundante, espera que a mulher seja uma boa mãe, sem considerar todas as transformações físicas, psicológicas e sociais que estas vivenciam nesse período. Fato que reflete com mais contundência nas mulheres que fazem uso nocivo de SPA e que engravidam.

A projeção direcionadas às mulheres, a partir da assunção da sociedade moderna, e não menos para as mulheres que consomem SPA é o surgimento “natural” e incondicional do amor materno logo no período gestacional, sendo inconcebível o contrário.

Desta feita, o fato da mulher engravidar, foi histórica e ideologicamente apropriado, um fato da biologia feminina, traduzido como algo “essencial” para reforçar a feminilidade, como se a maternidade fosse um destino “natural” das mulheres.

Os estudos feministas vêm demonstrando que o “amor materno não é inato” e sim “exato”, sendo a maternagem “adquirido ao longo dos dias passados ao lado do filho, e por ocasião dos cuidados que lhes dispensamos” (BADINTER, 1985, p. 14-15). Além do mais, “o amor materno existe desde a origem dos tempos, mas não penso que existia necessariamente em todas as mulheres, nem mesmo que a espécie só sobreviva graças a ele” (BADINTER, 1985, p. 17).

Dessa maneira, há várias formas de ser mulher e se relacionar com a feminilidade, com o corpo, a relação com os filhos, inclusive a maternagem e a maternidade.

Mas, quando uma mulher gestante associa tal circunstância de vida com o consumo de SPA, é comum o preconceito expresso em leituras de “não ter amor com os filhos”, pois é socialmente difundida a informação de que na gestação não se pode consumir SPA, por não existir padrão seguro de consumo, podendo colocar o feto em risco e a própria mulher estar propícia a uma gravidez de risco. Tal entendimento, balizado cientificamente, comumente ocorre sem que os significados e as funções do consumo para as gestantes e/ou puérperas, bem como suas repercussões na vida em geral, inclusive de sua família, sejam considerados.

Quando uma mulher chega na maternidade e relata o uso/abuso de drogas, em especial o crack, causa grande inquietação na equipe de saúde e normalmente o atendimento a essas usuárias são carregados de desdobramentos e encaminhamentos, tanto para a atenção à saúde da mulher, mas em especial, quanto a atenção à

saúde de seus filhos e, não raro, estão guiados por simplificações e reduções do real e de preconceitos. Quando falo em simplificações e reduções do real quero dizer que ao relatarem “uso de drogas” mesmo que em algum momento de sua vida, essas usuárias recebem uma marca moral. Há um tabu em relação ao tema do uso de drogas, somados ao medo de que a mãe possa ser negligente com a criança devido ao uso/abuso/dependência de drogas, principalmente, as ilícitas (SILVA, 2016, p. 04-05).

Nessa situação (gravidez e uso de SPA), as preocupações são circunscritas às questões de saúde da gestante e do bebê e, principalmente nos direitos desses dois sujeitos, mas tendente a sobressair o direito do bebê, considerado um ser a priori indefeso. Nesse sentido quando se fala de direitos, é perceptível que os direitos da mulher quanto ao exercício da maternidade são, muitas vezes, protelados, em detrimento dos direitos da criança, priorizando sua segurança e proteção para seu pleno desenvolvimento. Nas circunstâncias em que essas mulheres têm referências familiares bem presentes em seu cotidiano, esse cuidado é direcionado para essas mulheres, na condição de estarem sob total vigilância de seus membros familiares. De um modo geral, nessas condições, os serviços de saúde exigem a presença de um acompanhante, que terá entre suas funções o monitoramento 24hs desses dois sujeitos. Tal fato está contornado pelo pressuposto da periculosidade e incapacidade da provisão de cuidado que envolve as mulheres que fazem uso de SPA.

Assim, os estudos se centram apenas nos efeitos desse consumo nocivo para a saúde da mãe e do bebê, refletindo sobre a necessidade de, no momento da descoberta da gravidez, que essa mulher redobre os cuidados quanto sua alimentação, ingestão de bebidas alcólicas e uso de SPA, pois refletirá diretamente na saúde física e mental desse novo ser.

Desse modo, as discussões restringem-se a essa perspectiva, devendo ir além, e considerar que, comumente, essas mulheres, em sua maioria, engravidam acidentalmente, por conta das condições já mencionadas de submissão/dependência de SPA. E que, portanto, deve ser considerado não a falta de desejo de distanciar-se das SPA, mas, contudo, como sendo um problema de saúde que, em sua maioria, impede-a de cessar o uso no momento da gestação, não podendo ser restrito ao discurso de culpabilização das mesmas em prejudicar seus filhos e sim, entender o significado do uso dessas substâncias na vida dessas mulheres.

4.3 A Família e a gravidez no contexto do uso nocivo de substâncias psicoativas

No campo da Saúde Mental, historicamente, tão carregado de estigmas e tensões, a trajetória de vida dos familiares cuidadores da PCTM acometidos pelo uso nocivo/arriscado de SPA assim como da pessoa que faz uso é perpassada por muito sofrimento e aflições. Isso porque, nesse contexto, a produção da construção da proteção social é complexa, pois contornada pelo despreparo/desconhecimento, por parte dos familiares e trabalhadores da saúde; por estigmas, que são extensíveis às famílias, pela pobreza e múltiplos processos sociais que agravam a vulnerabilidades, como as múltiplas destituições de direitos (expressas, por exemplo no analfabetismo, gravidez indesejada, dentre outros), associados à ausência ou precário suporte social das políticas sociais, caracterizados pela segregação social e, baixa efetividade, com rede socioassistencial pouco articulada para fomentar um cuidado integral que abarque de maneira potente a família.

Como destacam Mota e Ranzani (2013) a cobertura de CAPSad é insuficiente e a

[...] atuação do CAPS ad na articulação da rede também é questionável, pois este serviço encontra-se desarticulado de diversos serviços que seriam fundamentais para se efetivar a atenção integral aos usuários (...) Desse modo, a oferta de recuperação dos usuários é pontual e insuficiente, e as práticas de prevenção e reinserção social não são sistematizadas (MOTA; RANZANI, 2013, p. 310).

Além disso, o CAPSad tem um formato de processo de trabalho voltado mais para a pessoa do sexo masculino, sendo as mulheres uma minoria, que não tem uma linha de cuidado específico. A mulher gestante ou puérpera necessitaria de uma linha de cuidado específica, até com suporte complementar ao bebê, como berço e acompanhamento para seu filho, como uma forma de manter – la estimulada ao cuidado de si e do outro, ao tempo em que firma os vínculos com seu filho.

A complexidade da produção do cuidado é ainda mais intensificada por, comumente, o consumo nocivo/dependente envolver uma pessoa que não admite ou não aceita estar enferma ou necessitar de cuidados. Assim, não quer, não pode ou não consegue “aderir” a um cuidado, requerendo manejo específico e um processo de vinculação e construção de possibilidades a longo prazo.

Ademais, a proteção social/cuidado é, no geral, marcado por sentimentos diversos e contraditórios, tais como: raiva, culpa, medo, tristeza, cansaço, estresse, vergonha, piedade, compaixão, irritação e impotência.

Alguns sentimentos mencionados levam a uma das manifestações da questão social, pois gera um questionamento por parte das famílias a respeito de “onde foi que eu errei”, como se pai e mãe fossem a priori culpados pelo adoecimento/padrão de consumo de seu familiar. Este pensamento é reflexo do individualismo capitalista e da tradição judaico cristã que prega a responsabilização total do indivíduo pelos seus sucessos e fracassos em todos os setores da vida, como se a PCTM não vivesse em sociedade e fosse afetada diretamente pelo meio em que vive. As famílias acabam tentando guardar para si o sofrimento gerado por todo esse processo como algo pessoal, o que tende a impedi-la de problematizar sobre a questão. Reflete também a compreensão moralista/moralizadora e criminal que cercou o tema e conformou as políticas sociais, sobretudo de Segurança Pública, e se difundiu no imaginário social, estigmatizando também os familiares nessa condição.

Assim, comumente é direcionado a esta instituição uma excessiva responsabilidade, inclusive culpabilizando-a pelos possíveis desvios de conduta de seus integrantes, como esclarece Medeiros (2013).

[...] à família é atribuída a responsabilidade pela construção moral dos filhos e pelo crescimento adequado da sua personalidade; podendo ela ser responsabilizada tanto pelo desencadeamento da fase de experimentação e continuidade do uso de drogas quanto pela criação de fatores de proteção (MEDEIROS, 2013, p. 02).

Contudo com poucas expressões numéricas, observa-se que há famílias que se organizam em torno do consumo ou até mesmo são estruturadas economicamente pelo tráfico de SPA, com isso não se quer responsabilizar ou culpabilizar essa instituição, pois o entorno é complexo. No escopo deste estudo, a compreensão sobre as substâncias psicoativas retoma o tripé proposto por Oliverstein (1990) que se fundamenta na análise baseada no indivíduo e sua personalidade, na substância, seus efeitos e importância e no contexto de vida em geral, incluindo o universo familiar.

Nenhum grupo familiar está qualificado para atuar com um de seus membros consumidor nocivo de SPA, um evento experimentado como inesperado no curso da vida familiar e não incorporado no repertório cultural.

Dessa forma, a vergonha também é decorrente do fato da doença ser considerada algo íntimo, privativo da família e que ao tornar-se público via uso nocivo/ arriscado passa a ser visto como falha de caráter, fruto da estigmatização social, ilustrada no “olhar do outro”. A preocupação dos familiares passa também para a esfera da “imagem” que terão socialmente. E aqui se faz referência a uma doença que acomete mais diretamente os familiares cuidadores, mas com o mesmo grau de severidade ou até pior das enfermidades físicas e mentais, a “doença do olhar do outro” ilustrada pelo preconceito da sociedade. A necessidade de aprovação social tão latente nos dias atuais pode ficar comprometida e pode ter efeitos devastadores na esfera mental, física.

A família toma para si o juízo de reprovação a que é submetido o familiar com transtorno decorrente do consumo de SPA pela sociedade, tendo em vista que a mesma deixou de seguir o “padrão” proposto no “*script*” social. Em outras palavras, tornou-se um desviante, pois, rompeu com a norma social. Deixou sua posição ocupacional no nível de estrutura produtiva, como diria Draibe (1993) e por isso é motivo de vergonha por não se enquadrar mais no padrão capitalista de exploração do trabalhador, enquanto pessoa economicamente ativa.

As referidas sobrecargas têm consequências negativas no seio das famílias cuidadoras levando a brigas, tensões, desgastes e em alguns casos específicos, até mesmo o aparecimento de transtornos mentais nos familiares cuidadores, tamanho o sofrimento emocional e estresse a que são submetidos, bem como a representação do familiar com transtorno mental, por parte do cuidador, como ameaça ao bem estar físico e mental da família como um todo.

Em se tratando das relações das famílias das pessoas com transtorno mental - PCTM acometidos pelo uso nocivo/ arriscado de SPA observa-se que houve transformações produzidas pelas alterações no modelo assistencial em saúde mental advindas com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, principalmente no que concerne a sua organização, atribuições/funções e tarefas, embora de forma velada nos textos legais.

O movimento de Reforma Psiquiátrica, concebido como um conjunto de “[...] transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais em torno do

'louco' e da 'loucura', mas especialmente em torno das políticas públicas para lidar com a questão" (BRASIL, 2004a, p. 58), constrói um novo modelo de assistência na área de saúde mental, baseado na desinstitucionalização dos manicômios, no reconhecimento da cidadania da PCTM e no cuidado na comunidade.

Segundo Amarante (1996), a desinstitucionalização recebeu três endereçamentos históricos nos processos reformistas ocorridos no mundo Ocidental. Conforme o autor, um deles vinculado à experiência norte americana, do Governo Kennedy, fundamentado na psiquiatria preventiva e comunitária, redundou num processo de desospitalização, ou seja, retirada das PCTM de serviços fechados, desospitalizando-as, circunscrito a deliberações saneadoras e racionalizadoras.

Outra vertente, ligada à primeira, mas intensificando-a, tem por eixo os desdobramentos de processos desospitalizadores, que resultaram em desassistência, ou seja, saída do Estado do processo de proteção social às PCTM, refletindo-se no seu abandono,

[...] seja pela premissa crítica, correta, de que seu objetivo pode ser o de reduzir ou erradicar a responsabilidade do Estado para com estas pessoas e familiares, seja por uma compreensão pouco correta do conteúdo teórico que está em jogo (AMARANTE, 1996, p. 21).

A terceira vertente abraçada pelas lideranças do movimento reformista brasileiro orienta a desinstitucionalização para a desconstrução de saberes, práticas e perspectivas que levem à segregação, estigma e destituição de direitos da PCTM. Vincula-se à tradição italiana construída por Franco Basaglia, exigindo a presença do Estado na proteção social à PCTM e a seus familiares, reconstruindo a complexidade do viver com o transtorno mental, no sentido de reinventar a vida e produzir saúde.

Mas, Rotelli (1990) chama a atenção que a direção do processo desinstitucionalizante não está dada a priori, exigindo vigilância constante acerca de seus rumos, haja vista que propostas orientadas por setores de esquerda e progressista, mesmo na terceira perspectiva, podem ser apropriadas e redirecionadas pelo ideário neoliberal, levando à desresponsabilização do Estado com a proteção social.

Assim, novas convocações são colocadas, de forma implícita, para a família, pelo redirecionamento do modelo assistencial pautado no cuidado comunitário, que inverte a complexidade da clássica hierarquização do sistema de saúde, pois cuidar na comunidade no geral exige: 1) a mediação da família, que passa a ter que conviver com o preconceito, que lhe são extensíveis; um manejo complexo, sobretudo nos cenários (agudização) de crise psiquiátrica, haja vista que nenhuma família está preparada para cuidar de uma PCTM em seu meio (MELMAN, 2001), até porque a pedagogia hospiciocêntrica/hospitalocêntrica destituiu as famílias como possuidoras de um saber e provedoras de cuidado, limitando-a a ser visita (muitas vezes inconveniente), e informante, um recurso instrumental (ROSA, 2003), isto é, desresponsabilizando - a parcialmente do cuidado direto, que era assumido integralmente por “instituições totais” (GOFFMAN, 1992); 2) ter que alterar rotinas na produção e provisão de cuidado e destinar cuidadores leigos/cuidadores familiares, em um contexto de intensas mudanças sociodemográficas do grupo familiar, que se encontra em uma circunstância de vulnerabilidades crescentes, inclusive pelo aumento da violência urbana; 3) atuar na desconstrução do estigma, que social e historicamente acompanhou a PCTM, sob a presunção da periculosidade e incapacidade.

Assim, no modelo hospitalocêntrico, a família, bem como explicita Rosa:

[...] fica restrita ao papel de identificar a loucura, encaminhar o seu portador ao asilo para os cuidados médicos, visitá-lo, bem como fornecer as informações necessárias sobre a história de sua enfermidade. Ou seja, a relação da família com o portador de transtorno mental passa a ser mediatizada por agentes médicos e por agências estatais, encarregadas da cura, da custódia e da assistência (ROSA, 2003, p.144).

Dessa forma, as famílias eram tratadas “como informantes; como um recurso episódico ou como uma visita, muitas vezes inconveniente” (ROSA, 2009, p. 161), tendo horário marcado para tal. A família deveria ser coparticipante no cuidado, restringindo-se à “remissão dos sintomas associados ao uso do álcool e outras drogas. A apreensão da família parecia passar pelo seu lugar coadjuvante na assistência e retaguarda no cuidado ao usuário” (ROSA; LIMA, 2014, p. 42).

De acordo com Rosa (2009), esse cenário vem se modificando, embora morosamente, desde a implantação da Portaria nº 251/GM, de 31 de janeiro de

2002, que estabelece as diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS. Essa portaria prevê o preparo para o retorno da PCTM à residência e, o conseqüente preparo das famílias quanto à orientação acerca do diagnóstico e tratamento/ cuidado do usuário pós alta hospitalar.

Assim, com o novo modelo assistencial pautado na desinstitucionalização psiquiátrica, e na visão ampliada da PCTM, vai-se além do modelo biomédico e da doença em si, para só então dar conta da “complexidade do novo objeto: a pessoa em suas múltiplas conexões com o social” (MELMAN, 2001, p. 60), orientando também para uma nova forma de compreender as famílias no cuidado e na atenção psicossocial da PCTM, entendida como sinônimo de cidadania (SARACENO, 2001).

Como analisa Rosa (2003) os familiares passam a ocupar diversos lugares e representações na literatura do processo de reforma em saúde mental, em pelo menos cinco direções: a) como recurso eventual; b) como um lugar de convivência, mas, não obrigatório, desde que determinadas precondições sejam asseguradas; c) como sujeito a ser assistido, pelos impactos oriundos das sobrecargas advindas do processo de produção de cuidado comunitário e repercussões do transtorno mental no seio familiar; d) como sujeito avaliador dos serviços; e) como provedora de cuidados. Acrescenta-se a isso a dimensão política que pode ser ocupada pelos familiares como “ação estratégica para extrapolar a dimensão das sobrecargas objetivas e subjetivas na direção de maior empoderamento e apropriação da agenda das políticas públicas” (ROSA, 2017, p. 151). Tais nuances não são excludentes entre si, conformando um mosaico que evidencia determinadas dimensões dependendo do contexto, usuário ou necessidades em jogo.

Assim, na política de saúde mental orientada pelos princípios da reforma psiquiátrica, a família é considerada como parceira do cuidado. Logo, há intensos deslocamentos dos lugares e requisições em relação aos familiares, sobretudo dos familiares cuidadores, aquelas pessoas que são encarregadas de gerir diretamente o cotidiano do cuidado da pessoa com transtorno “mental e, no geral, responder pela mesma diante dos serviços de saúde/saúde mental e da sociedade em geral, haja vista a produção do cuidado comunitário impactar de maneira diferente, as distintas pessoas do seio familiar.

Nos textos ministeriais, paradoxalmente, a família é compreendida de maneira dual. De um lado, como um sujeito cuidador, estimulador da adesão do PCTM em relação ao projeto terapêutico singular. Nesse sentido, o vínculo previamente existente com a PCTM, é potencializado como um recurso para o serviço assistencial, podendo tal ação se estender para as tecnologias assistenciais produzidas no ensaio e erro da produção do cuidado cotidianamente. De outro lado, o núcleo familiar, é apreendido como também precisando de cuidados e atenção, principalmente por geralmente, ser apenas um cuidador, no geral a mulher, em função da divisão sexual do trabalho. As famílias então, não são mais tidas como sujeitos extras no cuidado, e sim como fazendo parte deste, como provedoras e receptoras de cuidado, numa outra divisão de cuidado com o Estado. Nesse contexto, com os referenciais feministas, a produção do cuidado realizado no âmbito doméstico, invisível, sem reconhecimento social, passa a ser concebido como trabalho.

Em termos gerais, podemos conceber o cuidado como uma atividade feminina geralmente não remunerada, sem reconhecimento nem valoração social. Compreende tanto o cuidado material como o imaterial que implica um vínculo afetivo e emocional. Supõe um vínculo entre quem presta e quem recebe o cuidado. Baseia-se no relacional e não somente em uma obrigação jurídica estabelecida por lei, mas também emoções que se expressam nas relações familiares, ao mesmo tempo em que contribuem para construí-las e mantê-las. Pode ser fornecido de forma remunerada ou não. Porém, mesmo fora do marco familiar, o trabalho de cuidados está marcado pela relação de serviço com um caráter de proximidade. O cuidado pode ser remunerado ou não como consequência de escolhas políticas, valores culturais e do regime de gênero imperante (GAMA, 2012, p. 34).

Desta feita, cuidar pode configurar-se dentro do contexto neoliberal, de desoneração do Estado de investimentos sociais, símbolo de sobrecargas para um ente familiar, normalmente a mulher, principalmente no que concernem as questões de saúde-doença.

Nesse contexto, no geral, as famílias organizam-se e reorganizam-se para suprir as novas necessidades geradas pelas questões do transtorno mental, decorrente do consumo nocivo de SPA (uma questão de saúde pública), e mais ainda quando se envolve outro indivíduo para cuidar, o filho dessa mulher, estereotipada enquanto “não detentora do saber cuidar nem mesmo de si”. Essas

mulheres, familiares cuidadores (as) tendem a substituir forçadamente seus projetos individuais e construídos coletivamente em torno da família, para dar conta das novas demandas impostas às mesmas, por um ou mais membros familiares, com prejuízos severos decorrentes do consumo de SPA.

As famílias, portanto, buscam dentro de seus limites, “no seu interior, atender as necessidades particulares de cada um de seus membros e para solidificar-se como um conjunto” (CECAGNO; SOUZA; JARDIM, 2004, p. 108).

Acrescenta-se a isso que também têm necessidades de “estabelecer outras relações interpessoais e com distintas instituições da comunidade na qual se insere” (CECAGNO; SOUZA; JARDIM, 2004, p. 108). Podendo inclusive, adotar uma postura de isolamento dos ambientes sociais, “com vergonha de mostrar sua realidade, e assim todos vão se fechando, quebrando laços sociais importantes e se organizando em torno do problema (BRASIL, 2004a, p. 189).

Mas, as famílias que majoritariamente utilizam os serviços do SUS são pobres/de baixa renda (ROSA, 2015), marcadas por intensas vulnerabilidades, relacionadas às desigualdades estruturais e históricas da sociedade capitalista e brasileira. Ou seja, tem limites visíveis para prover uma proteção contornada por tamanha complexidade, o que, no geral, fica secundarizado e sem suporte extra das políticas sociais, o que compromete o princípio da atenção integral e da equidade, posto pelo SUS/reforma psiquiátrica.

A revisão de literatura sinalizou duas perspectivas majoritárias sobre as repercussões do transtorno mental, inclusive decorrente do consumo de SPA no meio familiar, uma direcionada para uma dimensão clínico terapêutica e outra, ao qual esse estudo filia-se, mais próxima do paradigma da atenção psicossocial.

Vale destacar que a maioria dos estudos focalizam as pessoas com transtorno mental diagnosticada pela esquizofrenia, psicoses, por ser o diagnóstico paradigmático da psiquiatria, ou seja, ser considerada a enfermidade “modelo”, em função de estar associada a ausência de discernimento, ruptura com a realidade. Estudos como o de Campos e Soares (2005), por exemplo, excluem os consumidores de substâncias psicoativas, que começaram a ganhar maior visibilidade e investimentos orçamentários das políticas sociais, inclusive nas pesquisas, a partir de 2010, na eleição presidencial, ação midiática que alardeava a “epidemia” do crack” e intensificação de pesquisas, orientadas, sobretudo para o consumo de crack. Os consumidores de substâncias psicoativas com consumo

prejudicial, também estão “enquadrados” no Código Internacional de Doenças – CID – 10, mas, como, comumente, os padrões de consumo considerados experimental e moderado, ou seja, aceitos socialmente, e mesmo a maioria dos quadros de consumo nocivo estão associados à preservação do discernimento, há o pressuposto no senso comum de que o consumo excessivo é feito “por desejo”, por que considerado “falta de vergonha na cara”, ou seja, é remetido ao registro do estritamente individual, da moral e da culpa, o que simboliza a imagem de uma representação distante da leitura da enfermidade.

Ressalta-se ainda que os estudos enquadrados no escopo dessa pesquisa como do paradigma da atenção psicossocial, não são originariamente do campo da saúde mental *stricto sensu*, tendo sua origem, no geral, na saúde coletiva ou nas ciências sociais, podendo contribuir sobremodo com as discussões em apreço.

As pesquisas e as análises focalizadas no paradigma clínico-terapêutico, circunscritas aos estudos impregnados pelos conhecimentos médico-psicológicos, são aqueles orientados pela clínica tradicional, cujo alcance é mais terapêutico e orientado para o micro relações do “paciente” com seu entorno social, incluindo a família. Tais estudos influenciaram a formação, a intervenção profissional e a conformação das políticas sociais de saúde mental, álcool e outras drogas. Mas, sua concepção e enquadre fundamentam, sobretudo, a prática liberal e ações ambulatoriais, apresentando alcance para resolução de alguns problemas do cotidiano e a construção de algumas estratégias e, sobretudo ângulos de análises das relações familiares, para além do “paciente identificado”, sem convocar mudanças macro societárias, apesar de também destacar elementos sociais, principalmente culturais. Tal perspectiva é forte e convive com outras, durante o processo de formação e na intervenção profissional.

É constituído por ampla gama de trabalhos e perspectivas, mas, serão destacadas as tendências dominantes. Nesses estudos, o que parece ser consensual é a concepção do consumo nocivo ou dependente como uma enfermidade, uma patologia/doença, contemplada no Código Internacional de Doenças – CID 10, que afeta não apenas o consumidor/doente, mas as pessoas envolvidas diretamente em sua rede de relações, principalmente a família/os familiares. Na esfera familiar, o consenso gira em torno do entendimento do consumo nocivo ou dependente de SPA como um elemento gerador de estresse,

causando “caos”, desorganização na dinâmica familiar, o que pode ser um elemento reforçador da união do grupo, em prol de superar ou conviver com a questão, ou fator de deterioração das relações, podendo provocar rupturas de vínculos, na trajetória da família. As respostas são voltadas para um enquadre terapêutico.

A teoria sistêmica parece ter um papel proeminente, circunscrevendo o consumo de SPA nas relações circulares no interior do próprio grupo. Ilustrativo dessa leitura, Rocha Brasil (2004), ao analisar o impacto do consumo de SPA para as famílias, afirma que pode variar de acordo com as características externas e internas do sistema familiar, a história intergeracional, o contexto sociocultural em que estão inseridas, dentre outros.

A repercussão frente ao consumo nocivo de SPA no âmbito familiar é “variável e estabelece um processo contínuo de inter-relações em que a família influencia a drogadição de um ou mais de seus membros e é influenciada por ela” (ROCHA BRASIL, 2004, p. 189). Ao tempo em que as famílias podem ser consideradas fatores de proteção ao uso de SPA por seus membros, elas também podem constituir um fator de risco.

Em outros termos, a depender do sistema familiar, o consumo de SPA pode significar um fator de união ou de rupturas. Algumas famílias passam a firmar-se em prol do(s) membro(s), fazendo do consumo de SPA a identidade delas, ou seja, “as crenças, a história, as atitudes, as atribuições, as qualidades, as relações, os valores, a imagem de si mesma, o pertencimento, tudo se estrutura em torno da dependência química” (BRASIL, 2004a, p. 190). Nesse sentido, conceitos como de co-dependência ganha destaque, remetendo aos membros da família, com relação parentalizada que, pela influência ou convivência com um consumidor de SPA, assumiram “responsabilidades inadequadas para a idade e o contexto cultural” (MORAES; BRAGA; SOUZA; ORIÁ, 2009).

Outros grupos familiares podem dissolver-se frente as constantes crises por conta dos prejuízos que o padrão nocivo/dependente gera nos desempenhos das pessoas, a depender da posição que o consumidor ocupa no grupo.

Silva (2002), na revisão de literatura que processou no período 1990-1994 mostrou que predominou o foco analítico na figura do homem consumidor, sobretudo ocupante da condição de marido, pai e provedor do grupo familiar. Nesse sentido, as análises recaiam, de um lado, sobre os prejuízos econômicos do consumo para a vida financeira da família, pois parte significativa do orçamento era destinado para o

consumo de SPA. De outro lado, o foco voltava-se para as repercussões do consumo de SPA por pessoas centrais, estruturantes da vida familiar, destacando os impactos do consumo na vida dos filhos, por ser frequente a inversão de papéis. “A filha ou filho mais velho, geralmente assumindo o papel de “herói da família”, sente-se responsável por todos e tenta recompor as fragilidades da família, tomando para si encargos abandonados pelo pai ou mãe” (SILVA, 2002, p. 279), tais como gerar renda para o grupo, ou cuidar do pai e de toda família.

Logo, as repercussões do consumo são visualizadas a partir dos reflexos do consumo de SPA por um dos pais no desenvolvimento dos filhos (BRASIL, 2004a); ou mesmo de outras figuras centrais para a formação da identidade de crianças e adolescentes.

Outros endereçamentos, na mesma perspectiva, remetem o foco analítico para a repercussão do consumo nocivo no “ciclo de vida familiar”, compreendido como “as tarefas desenvolvimentais familiares” (CARTER; MAcGOLDRICK, 1995), ou seja, as tarefas previstas para o grupo familiar em sua história construída, dimensionando os efeitos do consumo nocivo/dependente nessa trajetória.

O ciclo familiar remete para o desenvolvimento do grupo familiar na linha do tempo da história da família, demarcando pontos significativos que implicam alterações significativas, positivas e negativas, produzindo tensionamentos, requerendo outras dinâmicas, ou até mesmo criando rupturas importantes. A análise do consumo de SPA no ciclo de vida familiar tem origem na terapia de família, sobretudo da tradição americana, tendo seu desenho traçado, tendo por parâmetro as famílias de classe média.

Um aspecto dominante na leitura clínico terapêutica recai sobre as repercussões emocionais, sobre o sofrimento subjetivo produzido pela convivência com uma pessoa com um padrão de consumo nocivo/dependente.

Nesse sentido, Payá e Fligie (2004) ao analisar o impacto do consumo sobre o grupo familiar, o enfatizam a partir das dimensões emocionais a partir de cinco estágios: 1) Negação do problema: fase pela qual há a dificuldade na aceitação que o membro familiar está envolvido com SPA, o que provoca atritos no seio familiar; 2) Família preocupada com a questão: as famílias preocupam-se, no entanto optam por manter o problema em âmbito privado com a falsa ilusão de que as SPA não estão causando problemas para a família. É o momento em que é identificado sentimentos de raiva, culpa e acusação mútua. Momento em que a

máxima “onde foi que eu errei”, impera.; 3) A desorganização familiar é intensa: nesta fase a família tende a assumir para si toda a responsabilidade da situação, ao ponto inclusive, de retirar a responsabilidade do seu ente “dependente químico”; 4) Exaustão emocional: a família está desgastada emocionalmente, o que pode ocasionar na intensificação de conflitos entre seus membros, bem como enfermidades e o afastamento deles 5) Enfrentamento do problema: nesta fase a família procura ajuda fora do âmbito privado com o intuito de enfrentar o problema. Nestas fases são visualizadas as oscilações dos familiares em aceitar e enfrentar ou não a situação.

No mesmo enfoque, há os estudos que salientam as sobrecargas que remetem para as repercussões negativas relacionados a existência de uma pessoa com transtorno mental ou consumo nocivo de SPA no meio familiar.

Os impactos emocionais e materiais, denominados também como sobrecargas e “custo social” são investidos. As dimensões emocionais sinalizam para os determinantes socioculturais, haja vista nenhum familiar estar preparado para cuidar (MELMAN, 2001) de uma pessoa com um padrão de consumo prejudicial, nocivo de substâncias psicoativas. Envolve um rol amplo e variado de demandas que implica a compreensão do fenômeno, o lidar com estigmas sociais, o manejo de si e do outro, a relação com serviços de saúde e com a comunidade em geral. Nos aspectos materiais, objetivos, implica em alguém dedicar tempo para produzir cuidado e intensos investimentos em várias frentes.

Bandeira, Calzavara e Varella (2005) distinguem as sobrecargas objetivas das subjetivas. As primeiras são contornadas pela

[...] consequências negativas concretas e observáveis resultantes da existência da doença mental na família, como perturbações na rotina, na vida social e profissional dos familiares, perdas financeiras, tarefas cotidianas de cuidados com o paciente (higiene, transporte, medicação, alimentação, atividades ocupacionais, etc), supervisão dos comportamentos problemáticos dos pacientes (comportamentos embaraçosos, agressões físicas e verbais, condutas sexuais inadequadas, etc) e o suporte ao paciente (BANDEIRA; CALZAVARA; VARELLA, 2005, p. 207).

Por sua vez, as sobrecargas subjetivas, têm suas particularidades remetidas à

[...] percepção ou à avaliação pessoal do familiar sobre a situação, sua reação emocional e o sentimento de estar sofrendo uma sobrecarga, atribuída por ele à presença da doença mental na família. Refere-se ao grau em que os familiares percebem a presença, os comportamentos e a dependência dos pacientes como uma fonte de pensamentos e sentimentos negativos, preocupações e/ou tensão psicológica. [...] Envolve sentimentos de desamparo, tristeza, culpa, assim como um sentimento de perda, semelhante ao luto. Além disso, a natureza e o estigma da doença mental podem provocar sentimentos de vergonha diante das pessoas (BANDEIRA; CALZAVARA; VARELLA, 2005, p. 207).

Nesse contexto paradigmático, são propostas escalas que permitam a mensuração de “sobrecarga dos familiares de pacientes psiquiátricos” (BANDEIRA; CALZAVARA; VARELLA, 2005).

Esses estudos trazem informações importantes sobre a dinâmica familiar e contribuem para intervenções pontuais e dirigidas para as microrrelações sociais, para processos de ressignificação e redesenho interativos. Contudo, limitam-se aos movimentos internos do grupo, sem maiores interlocuções com dimensões macro societárias, que igualmente interferem e impactam a produção da proteção social.

As fases pelas quais passam os familiares, bem como as sobrecargas, são contornadas não apenas pela gestão de dimensões emocionais ou materiais, mas, também por determinantes macro societários, haja vista, vários condicionantes que atravessam as relações da família com os seus enfermos. Há, de um lado, o desconhecimento do consumo dependente como uma das “enfermidades/uma enfermidade crônica não transmissível”, que requer a atenção de serviços de saúde. Objetivamente, as famílias não sabem o que são e não estão preparadas para “cuidar” de “enfermidades/transtornos mentais” (MELMAN, 2001). Enfermidade ainda é representada no imaginário social e familiar como lesão em um órgão ou tecido do corpo ou uma ação sem conexão com o desejo, vontade. O alcoolismo e as enfermidades relacionadas ao consumo nocivo iniciam-se no geral com parte de sociabilidade, dos encontros sociais, ou rituais de uma fase de vida, sendo contornado pela vontade do indivíduo. Sua configuração como enfermidade, dependência está relacionada com a perda do controle, da liberdade. Como explica Silveira (1996, p. 05):

[...] entendem-se os fenômenos em questão como a relação de um indivíduo com um objeto de dependência, que se modifica ao longo de sua vida segundo as características e seu ambiente. O que passa

a importar não é mais o produto em si, mas as reações do indivíduo aos acontecimentos de sua vida. Em última análise, o que se contrapõe à dependência não a abstinência, mas sim a liberdade. A perda da liberdade constitui a doença.

Nesse diapasão, a representação do alcoolismo como doença é delicado para os familiares. Socioculturalmente, os impactos do consumo prejudicial e nocivo de SPA não foram integrados aos repertórios socioculturais das famílias, haja vista ainda a presunção no imaginário social, reforçado pela mídia e por muitos textos acadêmicos, da existência de uma família “normal/normalizada”, ou “saudável”, como paradigma a orientar a prática social. O “desvio” é visto como algo fora do *script* familiar, como exceção.

Nesse contexto, a família é apresentada em muitos textos, orientados pela tradição clínica e terapêutica tradicional, no singular, como uma, e com um único percurso, tendo como parâmetro, no geral, a família de classe média. Ademais, o consumo nocivo e dependente de substâncias psicoativas é contornado por estigmas, que são extensíveis aos demais familiares, todos situados como “desviantes”.

O movimento da reforma psiquiátrica trouxe um novo paradigma para compreender a experiência com o transtorno mental, o paradigma da atenção psicossocial, considerado sinônimo de cidadania (SARACENO, 2001). Dessa forma, há associação entre produção de cuidado em saúde mental e proteção social, exercício de direitos e proteção social.

A partir dos anos 70 no Brasil, com o processo de redemocratização da sociedade brasileira, com a reorganização dos movimentos sociais, sobretudo com a contribuição do referencial teórico marxista e análises feministas, as relações familiares, ganham outra leitura.

Nesse contexto, outras tendências analíticas - críticas, ao qual esse estudo se filia, ganham projeção, com múltiplas nuances, que procura fazer a intersecção entre as necessidades e dinâmica da família com as relações mais gerais da sociedade. Tais análises são reforçadas pelas conquistas dos movimentos, sanitário e da luta antimanicomial, cujo entendimento da saúde é influenciada pela forma de organização da sociedade, ampliada para os determinantes sociais do processo saúde e pela luta dos direitos sociais como direito de cidadania, e portanto, dever do Estado, o que é assegurado pela

Constituição de 1988, outras dimensões ganham força nas análises em saúde, sobretudo, marcadores de classe social e gênero, ou ambos e as relações das famílias com as políticas sociais.

A preocupação com a família deixa de ser o possível suporte aos procedimentos de remissão da sintomatologia clínica do usuário de drogas – como na desintoxicação – e passa a atuar como um sujeito ativo na rede, a qual será orientada pelas múltiplas demandas do exercício dos direitos: a família tanto pode propiciar atenção na rede como também ser assistida no território. (ROSA; LIMA, 2014, p. 43-44)

As famílias inseridas no contexto da Reforma Psiquiátrica são responsáveis por mediar as relações de seu ente familiar que tem transtorno mental com os serviços de saúde, e com os profissionais que prestam atendimento aos mesmos, bem como darem o suporte e apoio no convívio social. Mas muitas vezes são culpabilizadas pelo uso nocivo/arriscado de SPA, por se constituírem ao mesmo tempo em fator de risco e proteção para o consumo (GUIMARÃES, 2016) ou vistas de maneira naturalizadas como lugar primeiro, “natural” de produção/ provisão de cuidado como se apenas o amor bastasse, sem que seu contexto social e de vida seja avaliado.

Para Guimarães (2016), em pesquisa realizada com as mulheres usuárias de crack em uma instituição teresinense, os principais fatores de vulnerabilidades e risco que permeiam a vida dessas mulheres são: ruptura de vínculos familiares, influência do grupo de pares, expectativa social negativa, falta de ocupação, fragilidade da rede de apoio. Em contrapartida, os fatores de proteção são direcionados para a percepção positiva da família, mudança de grupo social, autodeterminação/auto eficácia, ocupação, percepção da rede de apoio e crença/ fé.

Confirma-se nessa pesquisa, que ao tempo que as famílias podem se configurar um fator de vulnerabilidade e risco, também se considera uma fonte de apoio e suporte emocional necessários para a descontinuidade do consumo (GUIMARÃES, 2016, p. 31-32). Mas, estudos nesse enquadre mais clínico, desconsideram determinantes mais gerais da organização da sociedade.

Longe de culpabilizar essas famílias, entende-se que é um contexto envolto de complexidades, que vão além dos fatores ou recursos das famílias. Vivências, sobrecargas, conflitos, entre outros, que exigem esforços acima das

condições familiares, que podem levar a rupturas de vínculos, são construídas historicamente na sua relação com as políticas sociais do Estado, que tem por função principal minimizar as desigualdades sociais inerentes ao sistema capitalista.

Entende-se que as dificuldades no “lidar cotidiano” constituem sempre uma demanda importante dos familiares cuidadores e a permanência da PCTM na comunidade depende da proteção estatal exatamente no potencial dos familiares cuidadores em se sentirem capazes em cuidar e também em contribuir na minimização ou desconstrução do estigma social. Por sua vez, as famílias precisam de proteção social do Estado para assegurarem sua condição de produtoras e provedoras de cuidados (MIOTO, 2010).

Pela forma histórica com que o Estado configurou-se no País, a família, no Brasil, é o principal elo de enfrentamento das dificuldades no que se refere ao relacionar-se com a enfermidade, com os estigmas e com o isolamento social ao qual está propícia a pessoa com transtorno mental, reconstruindo assim, o convívio do ente com a sociedade, até pela configuração restrita do *welfare state* no País, baseado na cidadania regulada/ocupacional, que sofreu mudança com a CF de 1988, pela configuração da Seguridade Social e universalização da política de saúde. Mas, persiste toda cultura das políticas públicas brasileiras, que historicamente atuaram de forma pontual, fragmentada em indivíduos, faixas etárias, e situações específicas, e sem considerar o contexto social das famílias, o que têm que ser considerado.

Desse modo, considera-se importante a nova visão dos familiares no cuidado comunitário da pessoa com transtorno mental colocada pela Reforma Psiquiátrica, visto que o contexto atual busca a permanência, reconstrução do elo sócio-familiar, desde que seja possível. Ressalta-se que o cuidado proposto é comunitário e não familiar, exigindo a proteção social do Estado e da sociedade em geral.

Além disso, está sobrecarregada pela crise econômica e social e pelas intensas alterações sociodemográficas em seu interior, que se reflete na sua dinâmica societária.

Fonseca (2005) ao analisar as concepções de família e as intervenções da área da saúde a partir da contribuição da antropologia, adotando o conceito de “categoria social”, apreende as distintas formas de relação das famílias com os serviços de saúde, a partir das desigualdades sociais, afirmando que “as condições

objetivas de vida levam as pessoas a olharem para o mundo de um ângulo ou de outro [...] a demanda apresentada por cada família aos serviços públicos de saúde, isto é, ao Estado, varia muito conforme suas condições concretas de vida” (FONSECA, 2005, p. 57).

Logo, a concepção, assim como o significado e o valor da família, as dinâmicas internas, a relação com o Estado diferenciam-se, conforme o lugar social ocupado pela família na organização da sociedade capitalista, marcada pelas desigualdades sociais.

Nesse contexto, o lugar e a relação da família com a pessoa que apresenta consumo nocivo ou dependente de SPA sofrem injunções macro societárias. Baseada em Elsen e Althoff, Fonseca (2005) destaca ainda que pode haver incompatibilidades entre as necessidades coletivas de uma família e as necessidades singulares de seus membros. Se as necessidades, sobretudo relacionadas ao processo saúde-doença, de seus membros individuais pode comprometer o projeto coletivo de reprodução e manutenção da família, essa poderá lançar mão de várias estratégias, entre elas, buscar dividir com o Estado, via políticas sociais, a tarefa de produzir cuidado/proteção social. Pode ainda, a depender do balanço que processa, excluir esse membro de seu meio.

Fonseca (2005) inova também ao demonstrar os limites do conceito de ciclo de vida familiar para a análise do modo de vida dos “grupos populares”. Recuperado tal conceito do autor Fortes, que a divide em 3 momentos: formação inicial (fase inicial de constituição do grupo); expansão (com ampliação do grupo, no geral por nascimentos) e declínio, momento de “esvaziamento do ninho, a autora mostra que entre esse segmento há borramento de fronteiras, não sendo tão nítido, quanto na clássica classe média, os marcadores, os acontecimentos significativos, que não segue etapas previamente previstas e delineadas, muitas vezes um evento se antecipando ou se sobrepondo ao outro, como o nascimento de filhos antes da consolidação civil de uma união.

Sob outra nuance, estudos como o de Rosa (2003) evidenciam os marcadores de classe social e gênero, que atravessam a produção e provisão de cuidados no meio familiar.

Apesar da universalidade da política de saúde, a partir da Constituição Federal de 1988, os principais usuários das políticas sociais no País, persistem entre os segmentos da classe trabalhadora, sobretudo as frações pobres/empobrecidas,

que vivem do trabalho informal, precarizado ou figura no desemprego ou subemprego. Consequentemente, há um evidente recorte de classe social entre os usuários majoritários da política de saúde. Rosa (2003) ao descrever o perfil das famílias de um hospital psiquiátrico, destaca que 30,19% são famílias monoparentais, sob responsabilidade das mulheres, mostrando a desproporcionalidade entre o número de famílias monoparentais que empregam a estratégia de internação integral, em comparação com o percentual dessa mesma configuração familiar para o Piauí como um todo no período, representado em 15,79%. A autora conclui que tal dado “sugere que as famílias que não mantêm a divisão de gênero tradicional tendem a procurar mais a internação psiquiátrica como um recurso no rol de suas estratégias de sobrevivência” (ROSA, 2003, p. 238).

É confirmado nesses estudos, que o convívio com uma pessoa diagnosticada com algum tipo de transtorno mental, principalmente se for prolongado ou que apresente constantes crises, podem proporcionar uma sobrecarga a alguns membros da família e desgastes de caráter emocional, físico e econômico, mas, as mesmas distribuem-se desigualmente no meio familiar, tendendo a afetar, com maior intensidade as mulheres, historicamente as principais cuidadoras de pessoas enfermas no grupo, conforme a divisão social e sexual do trabalho. Ou seja, a produção do cuidado no seio da família é recortada por marcadores de gênero, tendendo a um alto “custo mulher” (SILVA; ROSA, 2014).

As dimensões de gênero são enfatizadas ainda na repercussão desigual do impacto e do consumo nocivo de SPA entre homens e mulheres, havendo maior rechaço social ao consumo nocivo/dependente por pessoas do sexo feminino, pois ficam mais expostas ao estigma, em função de ocuparem outros lugares, a exemplo da prostituição, empregada em alguns cenários como estratégia para obter dinheiro ou a substância, que deslocam o que historicamente figurou como destinado às mulheres na divisão social e sexual do trabalho. “As mulheres usuárias estão mais vulneráveis a danos e agravos pessoais e à saúde” (ROSA; ALVES, 2014) à violência, ao HIV, pois nas relações sexuais tem menor poder de negociação em torno do uso do preservativo, e à gravidez indesejada, fatos que convocam a participação da família, requerida para a produção do cuidado.

Lima (2012) ao analisar as políticas sociais públicas e a centralidade da família, a partir da assistência na área de álcool e outras drogas, identifica que na política do Ministério da Saúde, havia uma expectativa em relação aos familiares na

perspectiva de oferecerem suporte às ações de reabilitação, como entende a autora a “percepção da família parecia passar pelo seu aparente lugar de não consumidora prejudicial dessas substâncias e pela sua possibilidade de ser coadjuvante na assistência e retaguarda no cuidado ao usuário” (LIMA, 2012, p. 174).

A autora mostra que historicamente a assistência em saúde/saúde mental a esse segmento produziu uma ruptura entre a família e seu representante, posto na figura do cuidador familiar, e o “paciente”, identificado como o único e principal alvo da intervenção dos equipamentos e de seus profissionais.

Lima (2012) defende a desconstrução da cisão entre consumidor de SPA e sua família, no sentido de:

[...] apreender a família em sua unidade – mesmo que frágil – rompendo com a delimitação entre os membros que usam de forma nociva as drogas e aqueles que não a consomem. Qualquer usuário de drogas tem como identidade primária um lugar na família: ele é pai, marido, filho, mãe, esposa, etc. De forma simultânea, ele é um indivíduo, sujeito único, mas parte de uma família (LIMA, 2012, p. 188-189).

Nesse contexto, convoca os estudiosos da área a ampliar as vozes familiares para além dos cuidadores familiares, historicamente representado pela mãe, esposa ou filha/irmã, trazendo o (a) próprio (a) consumidor (a) para a cena familiar.

Nesse mesmo sentido, Rosa (2009) traz as particularidades de mulheres e homens como produtores de cuidado no âmbito doméstico, sinalizando para a necessidade de maior interlocução com essa figura do meio familiar.

Mioto (2010) ao analisar a correlação de forças pendentes para a centralidade das famílias nas políticas públicas remete para duas tendências, uma familista e a outra protetiva. A primeira, orientada pelo ideário neoliberal, postula a centralidade da família “apostando na sua capacidade imanente de cuidado e proteção” (MIOTO, 2010, p. 56), devendo arcar com o principal ônus do bem-estar de seus integrantes, sendo a esfera principal da provisão de bem-estar. De outra maneira, a perspectiva protetiva, correlaciona a capacidade de produção de cuidado e proteção social das famílias à “proteção que lhe é garantida pelas políticas públicas” (MIOTO, 2010, p. 57).

Com o fortalecimento do ideário neoliberal a orientar as políticas sociais no Brasil, o protagonismo de todos, inclusive da família tem que ser enfatizado, para assegurar e manter as conquistas consignadas, na perspectiva protetiva.

Como visto, o consumo e a proteção social são perpassados por questão de gênero, pelo viés do consumidor, haja vista o consumo de substâncias psicoativas influenciar diferentemente homens e mulheres, havendo maior rechaço social ao consumo nocivo por pessoas do sexo feminino, pelo lugar social que as mulheres historicamente ocuparam, inclusive na divisão sexual do trabalho.

Ao abordar a especificidade do consumo de SPA por gestantes ou puérperas, há uma maior exigência no que concerne aos cuidados direcionados pelos familiares por envolver outro ser, a criança e todas as relações implicadas com a maternagem. Assim, os impactos, referem-se tanto ao próprio uso das SPA, quanto por outras atribuições que recaem sobre a mesma no cuidado/criação das crianças ou delegação de tal tarefa a outros integrantes da família.

Nesse contexto, há necessidades específicas, bem como reconfiguração dos papéis dos membros familiares, incluindo mudanças no cotidiano familiar, e conseqüentemente, modificações nos projetos coletivos de vida dessa família em prol dessa nova realidade, o que persiste invisível na literatura do campo, configurando desafio para esse trabalho decifrar.

5. AS REPERCUSSÕES SOCIAIS PARA OS FAMILIARES DAS NECESSIDADES CIRCUNSCRITAS À PROTEÇÃO SOCIAL DE GESTANTES OU PUÉRPERAS QUE CONSOMEM SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS, ATENDIDAS PELA MATERNIDADE DONA EVANGELINA ROSA – MDER EM TERESINA – PIAUÍ, NO ANO DE 2018

Este capítulo tem por objetivo analisar as repercussões sociais para os familiares das necessidades circunscritas à proteção social de gestantes e puérperas que consomem substâncias psicoativas.

As repercussões sociais remetem, o primeiro termo à “reverberação” [...] “efeito amplo, indireto e imprevisto de algo” (HOUAISS, 2015, p. 816) e o segundo às relações sociais da família com seu entorno, no contexto de consumo nocivo de substância psicoativa por uma gestante ou puérperas. Dito de outro modo, as repercussões sociais remetem para os efeitos direto e indireto, sobretudo imprevisto, sobre o consumo de substâncias psicoativas por mulheres gestantes e puérperas, principalmente para o seio familiar.

Assim, será apresentado neste capítulo a análise do conteúdo resultante das entrevistas realizadas com as mulheres gestantes ou puérperas que fazem uso de substâncias psicoativas, com seus familiares e com os profissionais da Maternidade Dona Evangelina Rosa - MDER que trabalham diretamente com os leitos de saúde mental. Assim, buscou-se analisá-los considerando as principais categorias: cuidado, famílias e gestação/puerpério; bem com as referências teóricas que embasaram a pesquisa.

As entrevistas foram realizadas com 08 profissionais que atuam diretamente nos leitos de saúde mental da Maternidade Dona Evangelina Rosa, a saber: 02 psicólogas, 02 enfermeiras, 01 assistente social, 01 psiquiatra, 02 técnicos de enfermagem; 04 familiares e 02 usuárias. É importante mencionar que houve uma resistência dos familiares e usuárias na participação da pesquisa, e mesmo com o convívio diário com a pesquisadora, percebeu-se que as que aceitaram participar são as que menos tiveram contato com a mesma.

Além disso, nos meses destinados a coleta de dados, os leitos de saúde mental receberam majoritariamente usuárias que possuíam transtorno mental, o que não contemplaria os critérios estabelecidos para recrutamento dos sujeitos da pesquisa, definidos como mulheres com consumo nocivo de substâncias

psicoativas. E ainda observou-se o esvaziamento de atendimento nesses leitos no mesmo período.

Assim, os resultados da pesquisa foram distribuídos em 06 eixos analíticos, que seguem.

5.1 Maternidade Dona Evangelina Rosa e seus leitos de saúde mental

A Maternidade Dona Evangelina Rosa - MDER, fundada em 15 de julho de 1975 e inaugurada em 15 de julho de 1976 pelo governador e médico Dr. Dirceu Mendes Arcoverde deu continuidade aos serviços oferecidos pela antiga Maternidade São Vicente, que foi inaugurada em 1953. A maternidade recebeu essa denominação em homenagem à mãe do governador e engenheiro que a projetou, Alberto Silva (JÚNIOR; GUIMARÃES, 1989).

O contexto de inauguração da MDER foi marcado pelo período da Ditadura Militar, momento em que o país sofria forte repressão, centralização do poder e repressões sociais. Esse período significou para a sociedade brasileira:

[...] a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político que modelou o país. Os grandes problemas sociais estruturais não foram resolvidos, mas aprofundados, tornando-se mais complexos e com uma dimensão ampla e dramática. Em face da “questão social, no período 64/ 74, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar poder e regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital. A “medicalização da vida social” foi imposta, tanto na Saúde Pública quanto na Previdência Social (RODRIGUES; SOUSA, 2010, p.23).

No período de sua inauguração também se podia visualizar a desigualdade no atendimento dos usuários, com duplicidade de distribuição das usuárias, tendo em vista que havia o privilégio da classe que dispunha de maiores recursos financeiros, sendo destinado o primeiro pavimento da MDER às pessoas sem vínculos empregatícios, e o pavimento superior direcionado aos usuários de plano e/ou particular, tendo estas acesso aos apartamentos e mais tarde, às suítes (CUNHA; SILVA, 2010).

Esse cenário foi modificado com a redemocratização na década de 80. Com o movimento pela reforma sanitária⁸ e a promulgação da Constituição Federal de 1988, a concepção de saúde ganha novos contornos e passa a ser entendida como “direitos de todos e dever do Estado”. Tal fato modifica então o modelo de atenção à saúde na MDER que teve a participação da ala de apartamentos/particular apenas de maneira complementar, extinta, o que se refletiu na redução das desigualdades no modo de atendimento a suas usuárias (CUNHA; SILVA, 2010).

Acredita-se que o contexto de inauguração desta instituição reflete diretamente no cenário atual da Maternidade Dona Evangelina Rosa, que embora modernizada com equipamentos e tecnologias, e com a assistência pautada nos novos direcionamentos da Política de Saúde, ainda apresenta fortes resquícios da centralidade na medicalização da vida e na figura do médico na condução de suas atividades e na própria estruturação organizacional da mesma, com poucas incursões na atenção integral e intersetorial.

A Maternidade Dona Evangelina Rosa - MDER, instituição pública e Hospital de Referência e de Ensino, atualmente situada na Avenida Higino Cunha, 1552, Bairro Ilhotas, na cidade de Teresina Estado do Piauí, está subordinada diretamente ao titular da pasta da saúde, integrante do patrimônio e da estrutura da Secretaria de Saúde do Estado do Piauí (SESAPI) e por esta administrada (MDER, 2017).

A MDER é uma instituição de assistência, ensino, pesquisa e extensão, sendo considerada a única maternidade de referência do Estado do Piauí para atendimento de alta complexidade obstétrica e neonatal. E para tanto, possui como missão e visão, respectivamente:

Prestar assistência qualificada e humanizada às mulheres gestantes e puérperas, aos recém-nascidos, às crianças até 06 (seis) anos (Lei nº 13.257/16 que define a faixa de idade da primeira infância), através de equipe multiprofissional especializada, além de prestar-se

⁸ Movimento que se baseava no fortalecimento da sociedade civil e na construção de um sistema de saúde universal e de responsabilidade estatal. O Movimento de Reforma Sanitária propôs a transformação do sistema de saúde vigente por um sistema democrático, universal, acessível e socialmente equitativo. Esses objetivos foram alcançados com a Constituição Federal de 1988, que deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS) que definiu no seu Art. 196 a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

à formação de profissionais de saúde em nível de graduação e pós – graduação.

Contribuir para a formação e consolidação de um Sistema de Atenção à Saúde marcado por pressupostos éticos, morais e humanísticos, no qual a paciente e o seu conceito sejam vistos como cidadãos dotados de direitos inalienáveis à vida e ao bem-estar físico, emocional e social, sem descuidar-se, entretanto, da preservação e estímulo dos que compõem os diferentes segmentos funcionais desta instituição. (MDER, 2017, p. 01)

A referida instituição possui as seguintes finalidades, de acordo com seu Regimento Interno:

I – Prestar assistência multidisciplinar, hospitalar e ambulatorial, desenvolvendo as atividades específicas nas áreas de Obstetrícia Geral, Pré-Natal, Gravidez de Alto Risco, Revisão Puerperal, Neonatologia, Exames e Atividades Complementares; II – Promover, prevenir, recuperar e reabilitar a saúde na área materno-infantil do Estado; III – Servir de campo de ensino, pesquisa, extensão e treinamento na área de saúde materno-infantil; IV – Servir de referência às instituições que cuidam da saúde materno-infantil nas áreas de hemovigilância e farmacovigilância. (MDER, 2017, p. 01).

Para contemplar suas finalidades, a Maternidade Dona Evangelina Rosa oferece os seguintes serviços:

1. Assistência ambulatorial: consultas médicas de obstetrícia (pré-natal e puerpério), ginecologia, pediatria (incluindo consulta pediátrica pré-natal) e genética; Consultas de enfermagem obstétrica; consultas de nutrição para gestante e criança; consulta e orientação com equipe do Banco de Leite; acompanhamento por equipe multiprofissional do recém-nascido de alto risco; Triagem obstétrica; assistência odontológica para gestantes e crianças de zero a cinco anos; serviço de imunização para gestante e criança; Programa de acompanhamento à adolescente grávida; programa de planejamento familiar.
2. Exames complementares: serviço de ultrassonografia e Radiografia; laboratório de análises clínicas; citologia.
3. Atendimento de urgência e emergência: serviço de atendimento de urgência e emergência em obstetrícia-sistema de plantão 24h; serviço de atenção à mulher vítima de violência sexual (em sistema de plantão 24h).
4. Internação: Internação em apartamentos individuais e coletivos de 2 e 3 leitos e enfermarias com 6 leitos; UTI obstétrica com 6 leitos; Berçário de alto risco e de cuidados intermediários; Alojamento conjunto mãe/bebê; Alojamento conjunto especial onde ficam mães e recém-nascidos (RN) com peso a partir de 1.200g como incentivo ao aleitamento materno e para estimular o vínculo afetivo entre mãe e

filho que ficaram separados por problemas decorrentes das condições de nascimento do RN (SESAPI, 2018, p. 01).

Diante disso, a MDER possui uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, radiologistas, auxiliares administrativos, administradores, contadores, cozinheiros, zeladores, dentre outros.

Visando dispensar um atendimento acolhedor, humanizado e solidário, a Maternidade Dona Evangelina Rosa encontra-se dividida em cinco alas, a saber: Alas A, B, C, D e E, sendo que as Alas A e B encontram-se no pavimento inferior e as Alas C, D e E no pavimento superior.

A Ala A é direcionada às enfermarias de patologia; a Ala B atua com enfermarias para puerpério, sem patologia e ocasionalmente ocorre internação para tratamento clínico, nos casos em que não houver vaga na Ala A. A Ala C e a Ala E que dispensa atendimento para as situações de puerpério com recém-nascidos com complicações leves e com peso acima de 1800g. E a Ala D que presta atendimento para recém-nascidos pré-maturos e de baixo peso com patologias leves, problemas neurológicos e também é onde se encontra a Unidade de Cuidados Intermediários CANGURU (UCINCA), cuja finalidade é incentivar o aleitamento materno e estimular o vínculo afetivo entre mãe e filho.

Em março de 2017, foram inaugurados, na Ala E, os leitos de saúde mental, cuja finalidade é dar atenção diferenciada às mulheres diagnosticadas com transtorno mental ou outras necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack ou outras drogas e violência.

Os leitos de saúde mental da Maternidade Dona Evangelina Rosa inaugurados em 16 de março de 2017 é um componente da rede de Atenção Psicossocial, instituída para minimizar o sofrimento das pessoas com necessidades de saúde mental e transtornos decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com necessidades de internação obstétricas durante o pós-parto, parto e puerpério, sob os cuidados de equipe multiprofissional, trabalhando de maneira interdisciplinar.

A sua implantação foi decorrente da fragilidade que assinala a rede instalada de serviços, no âmbito da atenção psicossocial e por extensão a carência de dispositivos que ofertem este nível de assistência. Fato que incitou a gestão

estadual do SUS, através de iniciativa protagonizada pela Gerência de Atenção à Saúde Mental a trazer alternativa viável ao atendimento desta linha de cuidado: gestantes e/ou puérperas usuários de crack e outras drogas com necessidades de assistência, de curta duração, orientada por equipe profissionalmente qualificada (SESAPI, 2017).

Os leitos de saúde mental da MDER visa fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída pela Portaria 3088, de 23 de dezembro de 2011, firmando-se como componentes da RAPS em obediência ao que preconiza o Ministério da Saúde quando estimula a implantação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas como um ponto de atenção do componente Hospitalar da Atenção Psicossocial (RAPS) por meio da Portaria Nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Assim, sua implantação justifica-se pela necessidade de realizar atendimentos qualificados na assistência e às urgências obstétricas e pediátricas, garantindo o atendimento multiprofissional todos os dias do ano às gestantes e suas crianças com necessidades de saúde mental, assim como realizar encaminhamento para a rede (SESAPI, 2017).

Desse modo, os 06 leitos de saúde mental da MDER localizados na ALA E, Enfermaria 36 objetivam especificamente:

- Receber o usuário em ambiente seguro e tranquilo, acolher e promover a escuta qualificada.
- Propiciar melhoria na qualidade de vida, autonomia, compreensão de sua complexidade, possibilitando a reinserção social;
- Desenvolver ações que garantam a integridade física e mental, considerando o contexto social e familiar;
- Oferecer um atendimento humanizados e qualificados as gestante e puérperas com necessidades de período de internação;
- Dialogar com a rede intersetorial, especialmente com a assistência social, educação, justiça e direitos humanos, com o objetivo de possibilitar ações que visem à qualidade de saúde da mãe e do neonato;
- Realizar internamentos para pessoas com transtornos mentais em leitos habilitados para o acompanhamento da mulher no período pré-parto, parto e pós-parto em sofrimento mental (SESAPI, 2017, p. 06).

Para tanto, disponibiliza de uma equipe multiprofissional formada por médicos obstetras, pediatras, psiquiatra, técnicos de enfermagem, assistentes

sociais, psicólogos, enfermeiros, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e nutricionistas. Essa equipe desenvolve suas atribuições específicas, de acordo com a sua profissão, e de modo geral, tem por atribuições:

- Estimular e sensibilizar os usuários ao aprimoramento de sua condição humana;
- Elaborar planos, programas e projetos terapêuticos singulares juntamente com a equipe de referência;
- Planejar e executar, avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e subsidiar ações profissionais;
- Efetivar acolhimento sempre que se fizer necessário – (acolhimento humanizado);
- Organizar e participar de grupos de estudos para aprimoramento profissional e da equipe;
- Participar e colaborar nos estudos de casos;
- Participar da elaboração de boletins para fins estatísticos;
- Programar ações educativas e preventivas intra e extra muros;
- Organizar prontuários e elaborar relatórios e anotações diárias dos serviços prestados;
- Observar as realizações das atividades oferecidas e desenvolvidas;
- Avaliar a participação dos usuários envolvidos nas atividades, através da observação, medindo-se a iniciativa, integração, comportamento e mudanças de hábitos frente ao que foi proposto;
- Contribuir para integração de trabalho em equipe;
- Possibilitar interação terapêutica e relacionamento de confiança;
- Articular a Rede intersetorial sempre que necessário para atender as necessidades específicas de cada usuário. (SESAPI, 2017, p. 12)

Vale ressaltar ainda que os referidos leitos reforçam a reorganização da assistência direcionada a esse público, firmando na assistência em rede, de base comunitária, evitando internações psiquiátricas desnecessárias (SESAPI, 2017). Possibilita ainda um cuidado singular à mulher em um contexto de vulnerabilidade, que conjuga o consumo de substância psicoativa à gestação, redundando em uma linha de cuidado, compreendido como:

[...] forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma região de saúde, para a condução oportuna (integral, de qualidade e humana) ágil, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância (BRASIL, 2013, p.186).

A assistência prestada na instituição deve resultar no projeto terapêutico singular a ser elaborado pelos técnicos de referência das usuárias em conjunto com as mesmas, que auxilia no processo de reinserção e ressignificação dos projetos individuais, familiares e sociais delas.

As usuárias internadas nos leitos de saúde mental da MDER terão seus direitos assegurados também pela Portaria nº 148/ 2012 do Ministério da Saúde, a saber, devem estar acompanhados de um familiar ou pessoa, com quem tenha vínculo afetivo ou social, durante o período de internação, como acompanhante, excetuando-se os casos que realmente não existam vínculos ou nos casos em que o familiar não apresentar condições justificadas à equipe para acompanhar o paciente (SESAPI, 2017, p. 03).

Esta norma interna vai de encontro com as diretrizes da Política Nacional de Humanização, e visa:

[...] promover a autonomia no autocuidado, melhorar a vinculação, aumentar a confiança, promover o acesso da equipe aos conhecimentos do acompanhante sobre a rede social do usuário e como acessá-la e o fortalecimento da co-responsabilização. A estrutura física da unidade deve possibilitar o acolhimento destes acompanhantes, incluindo acomodações para repouso destes (SESAPI, 2017, p. 03).

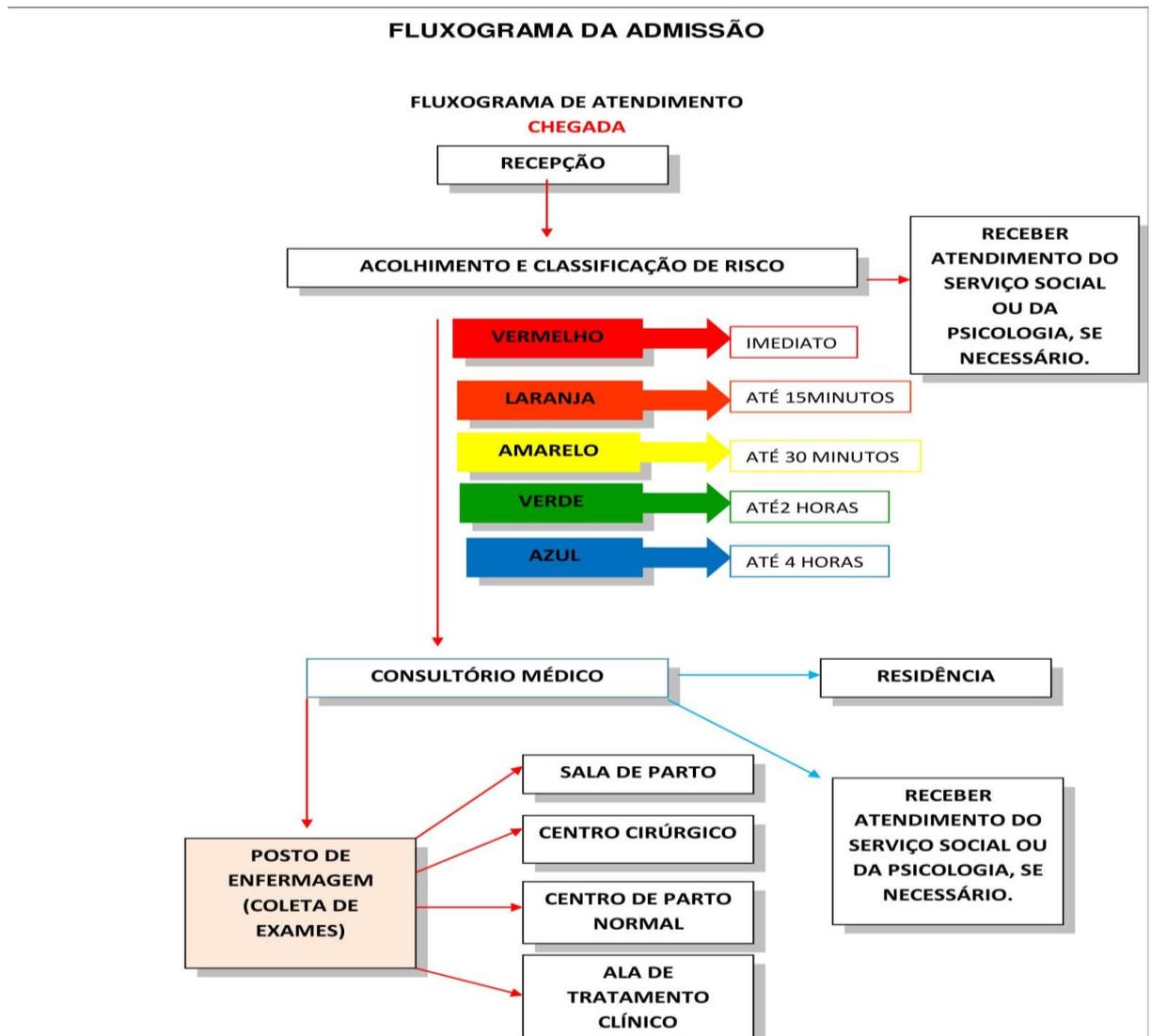
Menciona-se ainda que em algumas situações a presença do familiar pode ocasionar situações de estresse e desconforto para as usuárias que, no geral, estão em situações de relações familiares fragilizadas e conflituosas. Nesses casos, a equipe pode realizar as intervenções necessárias no apoio e mediação.

Mas, como princípio, há valorização da presença do familiar acompanhante, tendo em vista a quebra com a impessoalidade das relações e ambiência hospitalar (BOTEGA; DALGALARRONDO, 1993). Figura que também facilita a produção do cuidado, pois um familiar acompanhante não deixa de assumir algumas funções que seria do técnico de enfermagem, como acompanhar o banho, vigiar em momentos críticos, servindo inclusive de suporte institucional.

Conforme especificado no projeto de implantação dos leitos de saúde mental na MDER, estes serão acessados pelo trabalho em rede envolvendo CAPS, SAMU e Unidade Básicas de Saúde e o Hospital Areolino de Abreu, que é a

referência na assistência psiquiátrica deste e demais municípios do estado do Piauí (SESAPI, 2017). E seguirá o seguinte fluxo de atendimento:

FIGURA 01 - Fluxograma da Admissão



Destaca-se que a implantação dos leitos de saúde mental da Maternidade Dona Evangelina Rosa foi considerada como pioneira no âmbito nacional ao referir-se a leitos direcionados para as mulheres gestantes ou puérperas com transtornos mentais e/ou que fazem uso de substâncias psicoativas dentro de uma maternidade pública.

Dessa maneira, os leitos de saúde mental da Maternidade Dona Evangelina Rosa buscam viabilizar e efetivar os direitos das usuárias, em conjunto

com a equipe multiprofissional, objetivando melhorar a qualidade e a emancipação dessas usuárias na construção de seus projetos de vida.

5.2 Perfil sociodemográfico dos familiares cuidadores e das consumidoras de SPA, considerando as dimensões de classe social, gênero e etnia

A partir dos questionários adotados pelas profissionais de psicologia, e que geraram um levantamento, transformado em informação assistencial denominado de “Perfil das demandas dos leitos de saúde mental” foi possível caracterizar as principais informações sobre as usuárias que foram atendidas nos referidos leitos no ano de 2018. É necessário esclarecer que algumas usuárias não foram entrevistadas, pois os profissionais responsáveis não permanecem na instituição aos finais de semana e por não ter sido possível a realização desta entrevista com as usuárias pelos profissionais que estavam na instituição em contato direto com esse público. Logo, as informações não abarcam todo o universo de usuárias dos leitos de atenção psicossocial.

Foram analisados 28 questionários, o que demonstra a fragilidade do serviço quanto aos documentos e acesso ao universo de usuárias. Destes constataram-se que 03 usuárias deram entrada na instituição no período de gestação, apresentando algum problema clínico, ao tempo em que as demais tiveram como motivo da internação o parto, sendo atendidas nos referidos leitos na situação de puerpério. Tal informação sinaliza que esse público comumente procura ou é direcionada à Maternidade apenas no momento do parto ou em situações de urgência, não comparecendo as consultas de pré-natal que por serem caracterizadas como gestação de risco deveria ser acompanhadas pela MDER, que cobre todo o Estado do Piauí.

As usuárias que tinham idade de 20 a 30 anos, contabilizaram 18; 09 estavam na idade de 31 a 40 anos; e apenas 01 estava na adolescência, o que demonstra que a maioria, jovem, ao chegar na idade fértil provavelmente não fazem uso de preventivos, ou seja, estão vulneráveis a gravidez e doenças sexualmente transmissíveis. Além do mais, 21 das usuárias já possuíam outro filho, e 07 estavam na primeira gestação. Tal fato leva a indagações se seria uma gravidez desejada, planejada ou ocorreu pelo sexo desprotegido.

No que se refere ao estado civil, 13 consideravam-se solteiras, 01 casada e 14 em união estável, o que desmistifica a ideia de que as mulheres, na condição em tela, são todas solteiras, sem referência de companheiros fixos, 50% tem uma pessoa do sexo masculino de referência. Quanto ao nível de escolaridade, a maioria estudou até o ensino fundamental incompleto, mais especificamente, 22 usuárias; 04 pararam os estudos no ensino médio incompleto; 01 com ensino médio completo e 01 considerava-se apenas alfabetizada. Dado que demonstra a baixa escolaridade, o que a literatura informa como uma situação de vulnerabilidade para gravidez não desejada e, a não continuidade e investimentos em estudos, o que também indica a descrença na escolarização como projeto de mudança de vida, muito comum entre os pobres, como analisa Zaluar (1992).

A inserção no mercado de trabalho, mesmo que de modo informal, ainda é uma lacuna para esse público, que em sua maioria, 25 usuárias, consideravam-se na situação de desemprego; e 03 empregadas, como doméstica, diarista e garçonne, inserção ocupacional comum à baixa escolaridade.

Os questionários analisados mostram que as usuárias são procedentes majoritariamente do município de Teresina (17); seguida de outros municípios do Estado do Piauí (08); e de Timon, município do estado do Maranhão (03). Tal fato sinaliza que a proximidade do serviço da população teresinense, o torna mais acessível a esse público, dificultando o acesso para o público de outros municípios.

Das entrevistadas, 12 usuárias faziam uso apenas do crack, 04 usavam crack e maconha, 01 usava apenas maconha, 01 usava apenas cocaína, 01 usava crack e álcool, 01 maconha e álcool e, 08 faziam uso de múltiplas substâncias psicoativas. Ou seja, aproximadamente 50% usa o crack, um produto com intenso poder de produzir dependência. Um número igualmente significativo também faz uso cruzado, de mais de uma substância.

No que se refere aos familiares que participaram da pesquisa tiveram como critérios: 1) aceitar participar da entrevista, 2) ter mais de 18 anos (critério já estabelecido pela própria instituição quanto a permanência de acompanhantes) e, 3) estarem acompanhando as gestantes ou puérperas na Maternidade Dona Evangelina Rosa, especificamente nos leitos de saúde mental. Além de incluir as próprias usuárias que aceitaram participar da pesquisa.

As duas usuárias entrevistadas pela pesquisadora tinham a idade de 24 e 27 anos, estando ambas vivendo em situação de união estável. A primeira reside

com mãe, marido, pai, 03 irmãos e uma filha, configurando – se uma família conjugal ampliada; e a segunda reside apenas com o marido e três filhos, isto é, uma família conjugal.

No que se refere aos filhos, ambas têm mais de um filho, respectivamente, 03 e 06 filhos, contando com os recém-nascido. A que informa ter três filhos, convive apenas com uma filha (12 anos) e conviverá com o recém-nascido, o outro filho (5 anos, mais ou menos, não soube precisar a idade) está em situação de abrigamento. E a que possui 06 filhos, 04 convive com ela (recém-nascido, 02, 09 e 11 anos), e dois moram em São Paulo com o pai (02 e 05 anos).

As duas entrevistadas não frequentam a escola, tendo estudado uma até a 8ª série e a outra até o 4º ano do Ensino Fundamental. Residem no Estado do Piauí, uma em Elesbão Veloso e a outra em Teresina, sendo procedentes de Quixariú – Aiuaba – Ceará e Teresina – PI, respectivamente.

Não tem emprego fixo, fazendo esporadicamente “bicos”, principalmente faxinas e sobrevivem da renda do Programa Bolsa Família.

Coabitam com os maridos, ou seja mesmo na condição de serem consideradas desviantes do que é esperado socialmente da mulher na sociedade, seus companheiros persistem a seu lado, denotando mudanças no padrão de comportamento masculino em situações como essa.

Quando questionadas acerca do consumo de substâncias psicoativas, estas responderam que iniciaram o consumo com 17 e 24 anos, sendo o seu primeiro contato por curiosidade. A faixa de idade do início do consumo pode se considerada um pouco tardia, mais ao final da adolescência e da juventude, mas igualmente na fase da adolescência e juventude, um período de ampliação das esferas de sociabilidade, ocasião em que a centralidade da família perde importância, ganhando ênfase o grupo de amigos, que podem exercer influência, com seus valores. Nesse sentido, uma delas relatou que “viu os outros usando e foi experimentar e achou bom e não deixou mais”, inclusive, informou que as pessoas que usaram com ela inicialmente, todas deixaram de usar e ela não conseguiu. Tal fato denota a influência do grupo de amigos/de pares, que com seus valores e comportamento de aceitação do consumo de SPA, acaba por facilitar o acesso e a iniciação, o que nem sempre ocorre com o processo de interromper o uso, como visto. Já a outra entrevistada, relatou que “achou bom e quis mais e mais e mais”, “usou a 1ª, a 2ª e a 3ª vez e foi se viciando”. Ou seja, saindo do padrão de consumo

experimental, intensificando o uso, alterado para um padrão nocivo. Ambas entrevistadas relatam o início do consumo como prazeroso, incluído na perspectiva hedonista da contemporaneidade, orientada pelo prazer imediato, sem vislumbrar as consequências futuras.

As duas entrevistadas relataram nunca terem sido internadas por conta do uso nocivo de substâncias psicoativas e quando questionadas sobre como atualmente sentem-se quando usam a SPA afirmam que, “dá vontade de usar mais e mais, é só triscar que pronto”, sente ainda “uma agitação e nervosismo”. E a segunda afirma que “achava bom, tinha muita coragem”, só que “ultimamente quando usa, sente medo até do chão”. O uso da SPA fazia com que ela tivesse visões relacionadas a cobra, e tudo que estava no chão, tinha a sensação de movimentar-se, ou seja, produzia alucinação. Diante dessa situação, fazia uso em casa em cima da cama, sem colocar os pés no chão. Ou seja, ambas parecem estar ainda em uma fase contemplativa, de prazer com o consumo, todavia a segunda já sinaliza para alucinações.

Durante a entrevista também foi perguntado sobre os possíveis prejuízos perceptíveis que o consumo, segundo avaliação das mesmas, causava em suas vidas. Afirmaram que havia prejuízos sim, no âmbito das relações familiares, dos amigos ao redor. Uma em especial relatou que não se responsabilizava pelos cuidados dos filhos e afetava também sua saúde, perdeu mais de 20 quilos, mesmo considerando o momento da gravidez. Nesse contexto, a vida de terceiros foram afetadas, a do filho e com certeza, a da avó, que, no geral assume o encargo de cuidar do neto, o que é muito comum no Piauí, independente do consumo de SPA, sendo um dado culturalmente naturalizado (IBGE).

Ou seja, as relações familiares são intensamente afetadas, sobretudo no desempenho da mãe, que deixa de prover cuidado direto a seus filhos, delegados para a avó, que tem sua vida sobrecarregada duplamente, com o cuidado da filha e também do neto. Logo a condição materna é afetada, afetando a vida do filho e da avó de maneira mais intensas.

Além do mais, relataram que quando faziam uso, sentiam falta da família e dos amigos, que se distanciavam por conta do uso e até do sentimento de impotência que o consumo prejudicial gera, pois muitos familiares não conseguem ver seu ente “se acabando, sem poder fazer nada, por que ela não se ajuda”, como manifestam verbalmente. Nesse ponto, frisado pelas duas, mas enfatizado por uma

apenas que os amigos de verdade se preocupavam e queriam que ela parasse de fumar, esses eram afastados enquanto os outros, que não considerava amigos de verdade, esses fumavam com ela. E a família afastava-se por também não gostar e não querer que fumasse, ficando com raiva e preocupados. Ainda foi mencionado por uma delas que “deixei de ajudar o pai na roça, embora ele nunca tenha deixado de me sustentar”. Nesse sentido, o consumo nocivo repercutiu na economia familiar, pois houve a baixa de uma pessoa para trabalhar em prol dos objetivos grupais, redundando em uma pessoa a menos na geração da renda familiar. A alimentação também é afetada, pois não se cuidava quando estava fazendo uso de SPA.

Nos momentos de necessidade relataram que recorriam aos familiares próximos, a saber: pai, mãe, marido e irmãos. E uma delas frisou contar com o trabalho, quando a necessidade era vinculada ao dinheiro.

Atualmente, avaliaram ser a substância o problema de suas vidas, porque “foi destruindo tudo que elas tinham”, em todos os sentidos. Ou seja, o foco da questão é posta no produto, como ocorre com o imaginário social em geral, não na relação que estabelece com ele e do sentido que a spa ocupa em sua vida. Como visto, o consumo pode expressar insatisfação com a vida, e essa dimensão não fica claro para a consumidora, que consome por prazer, mas se vê, dialeticamente, consumida, pois tem a vida “destruída”.

E diante desse problema possuem como projetos de vida: “Ajeitar minhas coisas, cuidar dos meus filhos, trabalhar pra criar eles” e a outra entrevistada, “1º vou largar as drogas, 2º cuidar dos meus filhos e 3º seria terminar de ajeitar minha vida”. Ou seja, como mulheres, o projeto afetivo de cuidar dos filhos, ganha primazia. Nesse sentido, é um motivador para ser investido na perspectiva de um cuidado orientado para outra direção: ser mãe efetiva. Todavia, há uma idealização no “largar as drogas” e “ajeitar a vida”, duas situações conjugadas, posto que a dependência implica em 3 fatores associados, a compulsão, a tolerância e prejuízos na vida. Assim, deixar de consumir a SPA implica em um processo que, inclusive implica, no geral, em recaídas, em função até mesmo das vulnerabilidades sociais, incluindo o estigma que acompanha esse segmento, e que no geral, dificulta o acesso a trabalhos, sobretudo no mercado formal, mais protegido.

No que se referem aos familiares entrevistados, 02 são pais dos recém-nascidos e companheiros das usuárias, 01 era tia e 01 era irmão; e possuem escolaridade, 02, 4º ano do ensino fundamental; 01, o 1º ano do ensino médio e 01

ensino superior incompleto. Interessante a presença desses maridos como acompanhantes, homens cuidadores, pois no geral, as mulheres na circunstância em tela, tem o afastamento de seus companheiros. Os dois companheiros trabalham fora de casa, a saber: cuidando de criação de gados e lavoura e o outro na condição de pedreiro. O cuidador de gado recebe por volta de R\$ 40,00 por dia de trabalho e o pedreiro R\$ 1.000,00 por mês, a depender do serviço dispensado. Ambas ocupações que requisitam baixa qualificação. A familiar tia trabalha como “UBER”; e o familiar que é irmão não trabalha, estando recebendo auxílio- doença e de acordo com ele, já deu entrada na aposentadoria por invalidez.

Ao serem questionados sobre quem seriam as pessoas que eles contariam para cuidar dos recém- nascidos, 02 referiram-se a uma tia, 01 a avó paterna e uma tia, e 01 o RN e os demais filhos da usuária foram colocados em abrigos. E nos cuidados com a gestante, 02 referiram-se a mesma tia, 01 acrescentou que as irmãs da usuária iriam contribuir com os cuidados com ela, e 01 disse que só ele cuidaria dela. Ou seja, a rede primária é muito participativa, com tias atuando no cuidado. Um fato que chamou a atenção foi a dificuldade de encontrar a avó como familiar acompanhante, no geral, a principal cuidadora e, exatamente por isso, tem que ficar em casa para cuidar dos outros filhos, netos ou outras questões. Tal fato chamou a atenção pela presença marcante da avó no cuidado de netos no contexto piauiense, captados pelos dados do Censo do IBGE.

5.3 O espaço ocupado pela substância, gestação/puerpério e recém-nascido na vida das famílias

No depoimento dos profissionais, a centralidade do consumo de substância psicoativa ganha primazia na vida em geral, mas, sobretudo nos desgastes do convívio familiar cotidiano, ganhando maior gravidade na circunstância de uma gravidez em curso:

Olha, por si só, né, o consumo de substância psicoativa, já é uma condição que compromete muito o convívio familiar. E mais ainda, mais comprometedor quando tem um momento, a realidade de uma gestação, né. (Profissional 05)

Para os profissionais entrevistados, o uso de substância psicoativa, por si só, é considerado algo complexo para os familiares e isso se agrava quando atrelada a geração de um filho.

Na fala de um dos familiares, o significado do uso nocivo de SPA atrelado a gestação “não foi muito bom não” (Familiar 01), tendo em vista que a dependência fazia com que a usuária não considerasse os conselhos do familiar em afastar-se do uso. A fala do segundo familiar direciona-se para a preocupação de afetar a formação do recém – nascido, e especificamente por já ter perdido crianças por conta dessa situação.

A descoberta da primeira gestação, que em sua maioria não tem planejamento prévio pelas usuárias nem tampouco pelos familiares, é configurada com um processo impactante e gerador de preocupações para essas famílias, que já associam como resultante dessa situação a responsabilização da criação/cuidado de “um” ou de “mais um” dos filhos da usuária, assim como da própria usuária, ocasionando em sobrecarga subjetiva a terceiros, expressa em preocupação e reconhecimento do despreparo para lidar com a situação:

E aí já vem a gravidez e acaba assim, uma maior preocupação para os familiares. Então, essas pessoas, muitos, na sua grande maioria, são realmente pessoas que não se planejam pra isso. E se o próprio paciente não faz esse planejamento, a família também não espera. E aí, existe aquele impacto, né. Aquele impacto de que a família não sabe lidar com a situação e que de uma certa forma, vai ocasionar assim uma..., como é que se diz? Um transtorno grande, pra pessoa que ficou gestante e também pra os familiares. (Profissional 03)

Eu acho assim, que diante da, que a partir do momento em que essa família sabe que a filha ou irmã está grávida, ela já começa a entrar tipo em choque, porque vê que a pessoa ela é usuária de droga, e vê que ela vai ter que assumir aquilo. (Profissional 06)

Tal situação desencadeia nesses familiares um processo de sofrimento e adoecimento que pode ser explicada pelo não saber lidar com a própria situação, pelo cansaço/exaustão no cuidado e pelas constantes recaídas. Entre os profissionais, houve unanimidade no reconhecimento do cansaço dos familiares, que leva alguns a exaustão.

Ah, eu percebo assim, que a família, muitas vezes, ela tem até um adoecimento mesmo, ela somatiza devido as grandes dificuldades que aparecem quando é uma mulher gestante que faz uso de

substâncias. Eu percebo assim que muitas vezes, essa família tem dificuldade de lidar com os obstáculos, né, não é algo fácil que eu percebo, né. A família, ela sofre, nas falas dos familiares o que a gente percebe é um cansaço, às vezes. (Profissional 01)

Porque são famílias que já vem de muito sofrimento, entende? (Profissional 07)

Porque já tão cansados de lutar, né. A gente percebe que não é fácil lutar com a dependência química e a primeira pessoa que se cansa são os familiares. (Profissional 03)

E vejo assim, a família muito, como é que se diz, cansada também, né. Muitas vezes cansa até porque, claro que ela tá nessa situação. Não é ali a situação primeira. Muitas vezes a gente sabe que a situação que já vem. (Profissional 04)

Muitas vezes a família, já está muito cansada de toda essa carga, né, de situação que ela vivencia com essa jovem, com essa mulher, com essa gestante, né, que já vem de outras, muitas vezes, de muitos anos, né, de longos anos, né. (Profissional 04)

As falas dos profissionais também apontam que as situações de recaídas deixam esses familiares frustrados e muitas vezes desacreditados de sua recuperação, chegando até a desistirem do cuidado dessas usuárias. Isto demonstra a repercussão negativa da dependência da SPA para o seio familiar que muitas vezes, não depende apenas do querer da usuária em afastar-se do uso nocivo, mas de outros fatores que estão imbricados no processo saúde-doença e situações de vulnerabilidade, por falta ou insuficiência de proteção social e, inclusive pela expressão da compulsão, que implica em impossibilidade de controle no desejo de consumo de SPA e recaídas, vistas no cerne da lógica de redução de danos como inerente ao processo, mas de difícil compreensão pelos próprios profissionais e mais ainda pelos familiares, que pouco compreendem a dinâmica da dependência química, como captado pelos profissionais entrevistados:

Só que a gente vê, que a realidade, a grande realidade, é que quando essas usuárias chegam aqui elas já vem com todo um histórico, da família. Que a família já tentou, já procurou de "n" maneiras, e já estão mais assim tipo, deixando pra lá. (Profissional 02)

Mas a família, de tantas reincidências, já não acreditam. (Profissional 02)

Algumas [famílias] relatam que por muitos anos, já tentaram colaborar de alguma maneira, mas se sentiram frustradas e desistiram, né. (Profissional 01)

O estresse e problemas a que são submetidos os familiares na produção e provisão do cuidado, ou ainda pelo desconhecimento de como lidar com as usuárias e fragilidade decorrente de todo esse processo geram a desistência e descrença destes em relação ao restabelecimento de seu ente. O que poderia ser evitado, caso esses familiares fossem esclarecidos acerca do processo de tratamento e do movimento de vida de quem faz uso de substâncias psicoativas, e principalmente serem orientados quanto a “enfermidade”, e principalmente nos contornos que a mesma pode adquirir ao longo do tratamento, como por exemplo, a possibilidade de recaídas.

Nesse sentido, a recaída é vista como sempre a mesma, num continuum cristalizado que desemboca na exaustão e desistência do provedor de cuidado, Todavia, na perspectiva de redução de danos, a recaída deveria ser potencializada como um momento de aprendizado, por permitir reflexões como: “Que gatilhos propiciaram a recaída?”, “O que estava acontecendo na vida da mulher, que ocasionou a recaída?”, “Qual a função da SPA no contexto de vulnerabilidade?” Mas, os familiares e nem mesmo os profissionais, no geral, não tem preparo para disparar esses processos reflexivos e analíticos. Tal fato faz com que familiares cuidadores limitem-se ao ensaio e erro, o que dá certo e o que não dá certo, exaurindo suas energias, sempre nas mesmas estratégias, mesmo que não tenham se mostrado efetivas. Observa-se que os recursos dos serviços de saúde pouco aparecem, figurando o familiar cuidador como um lutador solitário. Nada é retratado de processos socioeducativas, de educação em saúde ou psicoeducação para responder a esse cenário, que é naturalizado. Destaca-se o projeto de uma estagiária nos leitos, durante o ano 2017. 2º e 2018.1º para desenvolver ações reflexivas.

Ademais, localiza-se a produção desse cuidado, em um cenário complexo, atravessado por múltiplas vulnerabilidades, e destituições.

Além das recaídas, foi percebido na fala dos profissionais a presença das repetidas gestações dessas usuárias, fato que é explicado pela ausência de medidas preventivas utilizadas por elas, assim como pela própria situação do uso de substâncias psicoativas, pois as mulheres, segundo relato dos profissionais, no geral

usam seu corpo para conseguirem a substância, e por muitas vezes, não tem apenas um parceiro sexual.

Na percepção dos profissionais, a reação/impacto na família quando é a primeira gestação é diferenciada quando comparada ao segundo, terceiro e demais filhos. Na primeira gestação, as falas indicam que os familiares são mais acolhedores e disponibilizam-se a ajudar/cooperar com a usuária e com o recém-nascido. Já quando se trata dos próximos filhos, o familiar cuidador tem se mostrado cansado por ter em mente que é uma situação que se repete e não acredita em mudanças, além de aumentar suas responsabilidades com os próximos filhos que chegam, conforme se verifica abaixo.

Desse modo, há uma trajetória, em que a primeira gestação em contexto de consumo nocivo, recebe maior suporte por parte dos familiares, decrescendo com a manutenção do padrão de consumo e novas gestações, sendo delegado o acompanhamento a figuras secundárias da família ampliada, como tias e primas:

Olha, assim, quando analisando uma puérpera ainda no primeiro filho, a gente vê que a família, ela ainda tá, digamos assim, com todo gás, pra ajudar, pra dar apoio, né, pra cooperar na gestação, no puerpério, no cuidado. A família está mais disposta, digamos assim, no começo, nas primeiras gravidez. Quando essa situação já se prolongou e já não é o primeiro filho, e já tem outros filhos, e já houve muita reincidência, a gente já não nota mais a família tão confiante, tão disposta, né. Então assim, tipo, cansou mais ou menos, já tentou muitas vezes. [...] Então é uma situação que vira recorrente e a família vai cansando. Tem dificuldade de acreditar na recuperação, às vezes lava as mãos: “- Ah, que já foi tantas vezes, e ela não recuperou. Esse já é o filho numero tal e...” Então assim, já não está mais confiante na recuperação dela, já não quer mais participar no cuidado, digamos assim. Já está tipo deixando pra lá, que aí a gente acompanha aqui e vê que no caso, do primeiro, as mais jovens, né, que a gente já acompanhou, que a família está mais disposta, a cooperar. E as mais maduras que já tem outros filhos, já não tem mais esse cuidado. Isso que eu observei. E às vezes, muitas vezes, a família de primeiro grau nem aparece, que já tem acontecido, casos aqui de sexta gestação, nona gestação, já não vem uma mãe, já vem uma tia, já vem uma prima, uma irmã, um parente mais distante. Isso mostra o que, que a sobrecarga da família de primeiro grau já está tão grande e ele já desacreditaram, que não estão mais querendo participar daquilo ali. (Profissional 02)

Às vezes é o primeiro, o segundo, o terceiro filho nessa situação, né [...] É, às vezes eu acho que têm situações que acho até que a família é receptiva, né. Mantém esse cuidado, procura dar esse cuidado pelo menos pra criança. Saber que quando nascer a criança vai ter onde ficar, vai ter o cuidado. Muitas vezes já diz assim: “- Não, a mãe eu não sei mais o que fazer, mas a criança a gente pode

cuidar, né, a gente pode cuidar." Muitas vezes elas assumem isso, né. Já desacreditou da mãe, já esgotou, não se se esgotou mesmo ou se... A família esgotou aquelas possibilidades e não acredita mais numa recuperação, mas sabe dessa responsabilidade, sabe um pouco dessa responsabilidade que tem para com o bebê. (Profissional 04)

Nesse contexto, de reincidência, de novas gestações, a família cansada, sobretudo a primeira geração, no geral, é apontada como desacreditada na recuperação. Logo, não investe mais na gestante ou puérpera. Na visão dos profissionais, há preocupação dos familiares em cuidar dos seres frágeis da família, do filho/neto recém-nascido. Tal fato corrobora o que Fonseca (2005) discute sobre as famílias dos segmentos populares, sintetizado no conceito de “circulação da criança”, como uma prática cultural comum, acionada entre uma casa e outra, no interior da família extensa e da vizinhança, deixadas para serem criadas por avós ou madrinhas em outros lares, em um sistema de “coletivização da responsabilidade por crianças” (FONSECA, 2005, p. 536), haja vista as mulheres desses segmentos historicamente estarem, comumente, vinculadas ao trabalho fora do espaço doméstico ou em outra situação vulnerabilizante, como o consumo de SPA, que como visto afeta o autocuidado e, sobretudo o cuidado com terceiros, no caso, um novo bebê.

Mas, observa-se entre os profissionais uma visão homogeneizadora das mulheres consumidoras como “pessoa que todos os anos engravidam”, sem que seja discutido as distintas relações de poder que marcam a vida dessas mulheres, que tem, no geral, muitas dificuldades em negociar no contexto das relações sexuais, o uso de métodos contraceptivos, tendo inclusive dificuldade de gerir o consumo de anticoncepcional ou outros métodos que requeiram atenção cotidiana. Nesse sentido, persiste uma visão culpabilizadora em relação às mulheres consumidoras, como irresponsáveis, por parte de alguns profissionais, que individualizam a questão, sem olhar para o contexto geral de vida e destituições.

Porque são pessoas que todos os anos engravidam. (Profissional 07)

Porque aquela pessoa, geralmente, já pode ser o quarto filho, o oitavo filho. E diante da situação dela ver dos filhos anteriores, a irresponsabilidade de só fazer e deixar na casa da mãe, do pai e da avó. Então, ela já imagina assim que, a responsabilidade que ela vai ter de acompanhar essa criança, de ficar com a paciente no hospital durante o momento da internação, do parto e do pós-parto. Então, já

de início, já fica algo assim constrangido pra ela, difícil até aceitar. (Profissional 06)

Importante lembrar que a prática de deixar o filho na casa da avó, para criação, é prática cultural muito comum no Piauí, portanto, não dá para simplificar como mera irresponsabilidade, por estar no bojo das construções sociais no plano local.

Além da circulação de crianças, e conseqüente cuidado com os seres frágeis da família, outra possibilidade, como segunda opção é a destinação da criança para adoção. Concomitantemente, muitos familiares, requisitam a laqueadura, como outra estratégia para impedir o nascimento de novas crianças, na impossibilidade de planejamento familiar, haja vista informarem que “já cuido dela”. A laqueadura pode ser solicitada para algumas situações no momento do parto cesário na MDER, a saber: 1) estarem realizando acompanhamento em pré-natal de risco, 2) serem encaminhadas por um médico, 3) terem capacidade civil plena, 4) terem mais de 25 anos de idade ou pelo menos 2 filhos vivos, 5) Prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico. Os critérios ora descritos, embora delineados pela legislação nacional, não são favoráveis a esse público que em sua maioria, não fazem acompanhamento pré-natal e não tem planejamento familiar para a realização desse procedimento, chegando na MDER apenas no momento do parto.

Nos casos em que a usuária não deseja realizar a laqueadura, alguns familiares têm recorrido à justiça, alegando a incapacidade da mulher em decidir por si, cabendo, portanto, a justiça decidir pela laqueadura ou não desta mulher. É considerado um método definitivo, eugenista, que fere direitos humanos, até porque nesses casos, a opinião da mulher consumidora é desconsiderada.

Outro aspecto mencionado refere-se aos sentimentos que envolvem esses familiares. Os familiares trazem consigo um misto de sentimentos que se apresentam de acordo com as situações que vivenciam. Assim eles sofrem, ao mesmo tempo têm vergonha, sentem-se impotentes e inseguros ao lidar com o uso de SPA atrelado a gestação.

Porque as pessoas, às vezes, ainda hoje, tem vergonha, porque o filho usa droga, ele tem vergonha de procurar o profissional e dizer que o filho usa droga. (Profissional 03)

Eu acho que fica um pouco de receio, de ansiedade, de angústia, né. (Profissional 04)

Então, eu acho que a família é um misto assim de, como é que se diz, de impotência e de... Impotência mesmo, às vezes não sabe como agir e muitas vezes, despreparo também, falta de conhecimento, de como lidar com essa situação, né. (Profissional 04)

A família é cheia de incertezas, de inseguranças. (Profissional 05)

Os sentimentos dos familiares identificados e caracterizados pelos profissionais figuram ainda no rol das sobrecargas subjetivas.

Na visão dos profissionais, os familiares cuidadores ainda moralizam o consumo nocivo de SPA, sem compreender sua dinâmica como uma enfermidade, que merece um trato diferenciado, profissional. Interessante que apesar de reconhecerem os sentimentos e necessidades dos familiares, vergonha, despreparo, angústia, impotência, incertezas, observando como se encontram solitários e acuados nesse contexto complexo, não visualizam ações voltadas para a qualificação dos familiares. Dessa forma, fazem um bom diagnóstico, sem conseguir propor ações condizentes com o diagnosticado.

Nesse sentido, é importante aqui referir-se ao significado da descoberta da gravidez diante do uso de substâncias psicoativas para as próprias usuárias que relataram não ter controle sobre o fazer uso da SPA, mesmo tendo medo de afetar o desenvolvimento do bebê. Ou seja, elas têm ciência dos possíveis prejuízos que a substância pode causar para o bebê, no entanto, a dependência as impede de deixar o uso.

Eu sabia que estava buchuda, mas a vontade era mais forte [vontade de usar droga]. No começo teve, porque eu estava grávida [significado de estar grávida], mas o pai dele não queria o menino. Aí eu fiquei, como é que se diz, aí eu fiquei triste. Fiquei com raiva. (Usuária 01)

Eu fiquei com medo, medo do neném nascer com algum problema. E eu pelejei pra deixar, mas não consegui não. Eu ia dormi, eu sonhava, tinha pesadelo. Só me acalmava quando eu usava. Eu sempre pensava que quando eu tivesse ele, eu iria procurar um tratamento pra eu deixar, pra não usar. (Usuária 02)

A dependência de SPA caracteriza-se pela tolerância, compulsão e prejuízos na vida. Como admite a usuária 01, “estava buchuda, mas a vontade era

mais forte”, sinalizando para um dos sinais da compulsão, fissura, ou seja, ausência de controle do impulso para consumir. Tudo indica que tal sintomatologia pode ser agravada pela reação do pai, de “não querer o menino”. Diante da tristeza e da raiva, o risco de novo ciclo de consumo, pode se instalar. Tudo indica que era uma gravidez indesejada, a mulher ficando sozinha nesse contexto. Nesse contexto, o consumo alivia a “dor” da rejeição, da falta de partilha do momento do conhecimento da gravidez.

No segundo relato, observa-se que apesar da gestante compreender os riscos inerentes ao consumo de SPA, do “neném nascer com algum problema”, buscou uma saída individual, “pelejando pra deixar”, sem sucesso. Tal fato e o relato de pesadelos e desespero pela circunstância sinalizam para o valor da maternidade para a consumidora. E para a função do consumo, que tinha o poder de aliviar a carga do sofrimento gerado pelas possíveis consequências do consumo para o futuro neném. Observa-se assim o dialogo solitário, bem como as tentativas igualmente solitárias de sair da situação, postergada para o pós parto. Assim, o filho é colocado em um lugar de motivador, determinante para o autocuidado, desmistificando a ideia de que a droga ocuparia todas as preocupações da mulher. Há desejo de parar, mas, as condições reais parecem tornar esse projeto inviável, sem a interveniência de profissionais e serviços de saúde que possam oferecer suporte para a realização dessa meta.

5.4 “A FAMÍLIA TEM QUE TOMAR DE CONTA”: o familismo na leitura das atribuições e necessidades direcionadas aos familiares

A atribuição das famílias por muito tempo ficou restrita a visitantes de seus entes, cabendo ao Estado o tratamento desses sujeitos através dos serviços de urgência e emergência em Hospitais Gerais, bem como em Hospitais Psiquiátricos, atendendo basicamente “quadros de intoxicação aguda e/ou acompanhados de síndrome de abstinência moderada à grave”. (ROSA; LIMA, 2014, p. 40).

Essa realidade vem se modificando com as conquistas trazidas pela Reforma Psiquiátrica, que convida os familiares a estarem e se sentirem atuantes no processo de cuidado de seus familiares, fato que foi observado durante a pesquisa quando na fala dos profissionais, eles reconhecem a importância dos familiares para

apoiarem e direcionarem cuidados as usuárias nesse momento de sua vida, que é a gestação de um filho.

Desse modo, aos familiares das gestantes ou puérperas que fazem uso de substâncias psicoativas é direcionado “um bocado de coisa” (Familiar 01), sendo mencionado como principais atribuições destes o “dar apoio/acolher”, “acompanhar no pré-natal” e “cuidar do recém-nascido e da usuária”, conforme elencado nas falas abaixo.

Assim, o que a gente ve aqui na Maternidade, sempre a gente procura que a família ajude no cuidado: no parto, no puerpério, que ela, é... tenha o cuidado, digamos assim, a responsabilidade também com a puérpera e o bebê, e o RN. Quando elas saem, elas saem sabendo, a família sai sabendo que precisa estar ali, né, no cuidado, estar presente, participar e ajudar. [...] Então, e a família sai também sensibilizada, que tem que ter o papel também da família, o apoio e até uma possível vigilância nesse cuidado da puérpera. Eu acredito sim, a meu ver, a família, quando sai, sai com a responsabilidade também, mas sai daqui com a sensação de que tem que manter uma certa vigilância sobre a puérpera, a usuária. Eu tenho observado isso, que eles se comprometem, em alguns casos, em até, tá ali perto, no suporte, pra saber se a coisa tá andando, se ela tá conseguindo [...] eles também são responsáveis por aquele RN, aquele bebê. Não só a puérpera. Isso que eu acho interessante, que eles saem esclarecidos, orientados, né, que tem também, que a parte delas no cuidado, a parte da família no cuidado, tanto no cuidado da puérpera como na do bebê. Isso sai muito claro pra eles, daqui. (Profissional 02)

Os cuidados, em primeiro lugar, eu acredito que seja o acolhimento, [...] É acolher de modo geral, na consulta, o acolher na conversa. O acolher, como é que se diz assim, acompanhando na própria maternidade[...]. (Profissional 03)

E aí, a gente pega, né, essa situação, encaminha essa pessoa, mas ela vai precisar de alguém que cuide do bebê. Uma pessoa que, é, que cuide, que ajude ou que assuma ter esse bebê. Porque às vezes, ela pode até dizer: "-Eu não posso, porque eu não dou conta de cuidar do bebê e cuidar do meu tratamento." Então, o familiar é essa pessoa. Ajudar a cuidar do bebê ou assumir o bebê enquanto ela faz o tratamento, né, é de suma importância. Eu acredito que por si só, a pessoa, não vá poder conduzir essa situação, tendo em vista que ela não foi preparada. (Profissional 03)

Ela requer atenção, né, porque ela tá nessa situação de muita vulnerabilidade. Tem um bebê ali que vai nascer e ela nessa situação requer muita essa atenção da família, porque precisa né. [...] Então precisa realmente desse apoio da família, a família tá junto. Então, requer essa atenção. E quando nasce a criança, também mais ainda, porque aí já tem um ser, né, indefeso, que precisa desses cuidados.

E que ela sozinha, ela não tem como prestar [o cuidado], né. Ela precisa dessa atenção da família. (Profissional 04)

Olha, é acompanhar, é fazer o acompanhamento realmente bem próximo, um cuidado a mais. (Profissional 05)

Eu acho assim, um dos principais cuidados é a partir do momento que ela sabe que aquela pessoa está gestante. Então é bom ela orientar, quanto a fazer o pré-natal, porque no pré-natal vai saber se ela tem alguma doença, alguma DST, já pra iniciar o tratamento pra não afetar a criança. [...] E da família, em relação à família, é isso aí, é a orientação. Dar toda atenção pro RN, observar, ter cuidados quanto à higienização do bebê, quanto ao aleitamento, incentivar a mãe a dar de mamar pro bebê. Porque muitas delas não aceita a criança, porque ela já imagina assim, na vida que ela já estava levando, nas ruas usando drogas, agora com essa criança ela vai ter que se dedicar mais a criança. Então, a família é pra dar esse apoio que durante esse tempo, pra ela ficar amamentando o bebê, fazendo a higienização do bebê, dando carinho pro bebê, pra manter o vínculo dos dois. (Profissional 06)

As falas acima sinalizam como principal atribuição dos familiares o cuidado da gestante/puérpera e do recém-nascido, mais especificamente no que concerne ao direcionar atenção, acolhimento, apoio e acompanhamento.

Percebeu-se que nas falas dos profissionais essas atribuições aos familiares focaram-se principalmente nos aspectos instrumentais do cuidado, ao direcionar para o acompanhamento as consultas de pré-natal, no momento do parto e puerpério, assim como no cuidado/vigilância parcial ou integral do recém-nascido.

Há o predomínio da visão familista, em que a família é destacada como principal e aparentemente única fonte de produção de cuidado (MIOTO, 2010; TEIXEIRA, 2013).

O profissional 02 é o mais enfático nessa perspectiva, prescrevendo minuciosamente o que é esperado dos familiares cuidadores “estar presente, participar e ajudar”. O foco é nos objetivos institucionais, ganhando nulo destaque em que condições os familiares produzem esse cuidado. Apenas a vulnerabilidade da consumidora e dos recém nascidos são enfatizados, negligenciando-se a perspectiva dos familiares cuidadores. Há simplificação da produção de um cuidado complexo, que requer conhecimento específico, qualificado. O trecho da fala de uma profissional que informa que “a família é para dar esse apoio” bem ilustra essa concepção, que não compreende todas as necessidades que estão em tensionamento. As respostas dos profissionais são igualmente simplistas, voltam-se para esclarecimento, conscientização, responsabilização.

É evidente o produto gerado pelos profissionais em termos de conformação dos familiares cuidadores aos ditames institucionais, haja vista reconhecer que “a família sai também sensibilizada, que tem que ter o papel também da família, o apoio e até possível vigilância”. Nesse contexto, indaga-se e a sensibilidade do profissional para a realidade do familiar cuidador? A relação mostra-se unilateral, sem nenhuma dialética e visão de totalidade.

A máxima de que “Ela precisa dessa atenção da família” assim como o recém-nascido, dominou a fala dos profissionais, que por sua vez, parecem conformados com as ferramentas de conscientização, esclarecimento e orientação, para moldar condutas e comportamentos orientados meramente para os objetivos institucionais.

Essa visão reforça a naturalização do cuidado para o âmbito familiar, além de transferir as responsabilidades da usuária para esses familiares, principalmente por acreditarem na impossibilidade dessas mulheres conseguirem cuidar de suas crianças por conta do uso nocivo de SPA. Sendo marcante em algumas falas o tom de obrigatoriedade dessas atribuições que são direcionadas aos familiares, sem a análise mais contundente da dinâmica de vida dos mesmos para receber tamanha e complexa responsabilidade.

[...] porque aqui mesmo na Maternidade é um, é assim, é o mais difícil que a gente acha, é esse contato com a família. Às vezes a gente consegue uma pessoa, uma segunda e na terceira é que é assertivo de ficar com a pessoa, de cuidar. Porque não pode ser qualquer pessoa, tem que ser uma pessoa que some. E muitas vezes a pessoa "A" não soma, a "B" também e a gente tem que caçar a terceira pessoa pra poder se encaixar. Então, é como eu já te falei, é uma questão de trabalho, de equipe, junto, todo mundo junto. (Profissional 03)

Porque a gente sabe que essas pacientes, é, elas ficam com a capacidade do cuidado comprometido, ou seja, elas podem levar um risco ao bebê. Então assim, a família ela tem que estar muito presente, tem que acompanhar, ela tem que estar ali do lado, ela tem que tá orientando. Então, em alguns casos, no caso da puérpera, ela não tem nem condição de dar continuidade ao cuidado daquela criança. Isso depende de que? Depende do tipo de droga consumida, depende se ela tem um transtorno de base, que geralmente a pessoa às vezes tem transtorno bipolar e usa drogas, né. Às vezes tem transtorno de personalidade e usa droga. Então, isso depende muito. Mas é isso, desse cuidado máximo com o bebê. Quando tem uma condição é, de a família está ali numa supervisão, ótimo. Mas, às vezes, infelizmente, a condição é tão comprometedoras como um todo

que, as vezes a família tem que tá ali, tem que assumir até o cuidado integral do bebê. (Profissional 05)

A principal atribuição que eles têm, eu acho que é a parte da gravidez, quando engravida. O que elas precisam fazer é acompanhar mesmo querendo ou não, porque é um momento que elas estão precisando. Querendo ou não elas têm uma família. E é um período que elas vão querer este apoio, mesmo que a família não queira dar, pelo fato que eu já falei né. Mas elas querem esse apoio.[...]. A família tem que tomar de conta, senão vai ser mais um no mundo pra... (Profissional 07)

Os familiares com a paciente é o apoio. Tanto o apoio dela e encaminhar não, ter um seguimento com ela em todas as referências e contrareferências como a gente fala. [...]. E em relação ao RN, é porque ele é uma pessoa frágil, né, não tem nenhuma defesa em relação a, em relação à mãe. Porque a mãe tem uma maior defesa, ela pode é, sair, ela tem onde comer, ela tem onde, ela pode procurar outros lugares pra comer, procurar outras coisas. E já o bebê não. Aí o apoio da família com o RN é sobre uma monitoração, um melhor monitoramento com a criança. É, fazer o acompanhamento do pós, a gente fala do puerpério, 45 dias, do puerpério do RN. Levar nos postos de saúde, fazer os exames, saber se ele não tem nenhuma. (Profissional 08)

Como detalha o profissional 03, não é qualquer familiar que os profissionais e a MDER procura, requisita, há pré-condições, um perfil de acompanhante, familiar cuidador desejável. É um familiar que some, seja assertivo, se encaixe, nos propósitos da equipe e da instituição. Em síntese, não traga mais problemas e facilite o fluxo das necessidades institucionais. Nesse contexto observa-se o parco investimento acerca de – em que condições essa família produz o cuidado? Pouco parece interessar em quem é de fato esse acompanhante, desde que atenda ao que é esperado. Ignora-se, por exemplo, que esse acompanhante, familiar cuidador, no geral é uma mulher, mãe, irmã, filha, que tem também que se escutada.

A palavra “encaixar”, como em um quebra cabeças institucionalmente estabelecido, parece sintetizar o resultado esperado. O lugar da família parece já bem desenhado, sem que haja espaço para o controle social, empoderamento dos familiares, que figuram em um lugar estanque de acompanhantes, provedores de cuidado. Ela parece ser pouco escutada pelos profissionais, que enfatizam a vulnerabilidade da mãe e, sobretudo do RN, exposto ao risco de uma mãe que não tem condições de cuidar de si. Nesse contexto, os profissionais só veem impossibilidades, tendo potência apenas com a presença, ou melhor, o trabalho da

família, exigida a ser uma presença constante e vigilante. É reconhecida a complexidade desse cuidado, mas, a ênfase recai no fato de que a família “tem que estar muito presente, tem que acompanhar”, incondicionalmente, à despeito de “às vezes, as circunstâncias serem tão comprometedoras”.

E nos casos em que esses familiares não cumprem com “suas responsabilidades” devido a alguma circunstância, como por exemplo, exaustão/cansaço, são taxados como os que “perdem o amor” ou “abandonam” seus entes que naquele momento necessitam de seu cuidado, conforme observado nas falas abaixo:

[...] porque essas pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, elas já são pessoas, eu não vou falar, assim abandonadas, mas elas são pessoas que às vezes os familiares não fazem muito caso. [...] (Profissional 03)

E devido sofrer tanto termina perdendo aquele amor, aquela, com é que se diz aquele afeto por conta das situações que sempre se repetem. (Profissional 07)

A família, então, é destacada como vilã, por abandonar, “não fazer muito caso”, “perder” o amor, havendo uma simplificação de uma relação muito tensa e complexa e que requer a mediação de profissionais para reinventar a vida e, inclusive as disposições para novos investimentos, novos olhares, outras possibilidades. Todavia, a família é prescrita como instrumento institucional.

Tal fato corrobora com a análise feita por Badinter (1985, p. 15), quando trata sobre o mito do amor materno,

Mais precisamente, os defensores do amor materno "imutável quanto ao fundo" são evidentemente os que postulam a existência de uma natureza humana que só se modifica na "superfície". A cultura não passa de um epifenômeno. Aos seus olhos, a maternidade e o amor que a acompanha estariam inscritos desde toda a eternidade na natureza feminina. Desse ponto de vista, uma mulher é feita para ser mãe, e mais, uma boa mãe. Toda exceção à norma será necessariamente analisada em termos de exceções patológicas. A mãe indiferente é um desafio lançado à natureza, a a-normal por excelência” (BADINTER, 1985, p. 15).

A família, e mais especificamente as mães dessas usuárias taxadas como figuras principais no cuidado, portanto, são desconsideradas quanto aos sentimentos e sofrimentos que passam diante do contexto do uso de substância

psicoativa. Além de que também se deve considerar que, por vezes, é exigido também da usuária gestante ou puérpera o amor incondicional ao filho, sendo estigmatizada quando do uso da SPA focando apenas nos seus efeitos, e distanciando-se do significado e dependência que muitas vezes, não deixam elas afastarem-se do consumo. A dependência caracteriza-se por 3 fatores associados obrigatoriamente: tolerância (necessidade crescente de ampliar a quantidade da dose do produto; compulsão, desejo incontrolável de uso e prejuízos na vida, afetando as esferas das relações familiares, trabalho, estudo, dentre outros. Nesse padrão de consumo, dependente, a abstinência, no geral, impõe uma missão impossível para muitas usuárias, que tendem a recair, o que é visto como parte do processo na lógica de redução de danos. Todavia, para o senso comum, é visto como “falta de vontade”, pela dificuldade em compreender os mecanismos inerentes à dependência. Fato que deve ser problematizado diante das particularidades e especificidades de casos.

Não será, porém, chegado o momento de abrir os olhos para as perturbações que contradizem a norma? E mesmo que essa tomada de consciência da contingência ameace nosso conforto, não será necessário levá-la finalmente em conta para redefinir nossa concepção do amor materno? Isso nos proporcionará uma melhor compreensão da maternidade, benéfica tanto para a criança como para a mulher (BADINTER, 1985, p. 18).

A perspectiva do amor materno, um sentimento valorizado a partir da sociedade moderna, traduz-se na divisão sexual do trabalho nas funções que historicamente foram atribuídas aos papéis e lugares das mulheres. As mulheres que não atendem ao script das funções socialmente construídas, são consideradas desviantes.

No que se refere às respostas dos familiares, através do que consideram serem suas atribuições é direcionada ao “dar conselhos” e responsabilizar-se pela usuária e pelo recém-nascido.

Eu tava dando conselhos pra ela [...]. (Familiar 01)

Aconselhava ela pra ver se ela botava a cabeça no lugar, tem uma filha já com 14 anos a filha dela. Aí eu falava pra ela. Minha atribuição [agora com o bebê] é deixar ela dentro de casa, fazer o possível, mas depende dela. E com o bebê também a mesma coisa. Ela vai direto lá pra casa mesmo. Cuidar, criar. (Familiar 02)

Percebe-se que a produção e provisão do cuidado deveriam ser resultantes da intersecção entre o Estado (através dos serviços dispensados para esse público) e as famílias, de modo a haver uma influência mútua, ou seja, na interface entre famílias e Estado o comportamento de um reflete diretamente na forma de ser e se organizar do outro.

Isso porque historicamente, as famílias são consideradas, no Brasil, primeira e principal rede de proteção do indivíduo, não só por ser no âmbito familiar que a sociabilidade do indivíduo inicia sua construção, mas também conforme Damatta (1997, p.38) por esta instituição constituir naturalmente um espaço marcado pela familiaridade e hospitalidade que tipificam aquilo que chamamos de “amor”, “carinho” e “consideração”. Daí se recorrer inicialmente a ela em momentos considerados difíceis, como nos casos de transtorno mental decorrente do uso nocivo/arriscado de SPA.

Essa naturalização da produção e provisão de cuidados nas famílias tem origem na divisão social e sexual do trabalho, sendo reforçada pela retração do Estado no cumprimento de suas funções de proteção social, tendo em vista o atual quadro das Políticas Sociais brasileiras. Políticas que por sua vez, são resultadas dos contornos adquiridos pelo Sistema de Proteção Social brasileiro ao longo do tempo, cujo molde se assemelha ao padrão revelado pela experiência de outros países ao privilegiar o modelo meritocrático.

De acordo com Santos (1979, p. 18), o credo meritocrático sustenta que “os homens são desiguais, e a distribuição de benefícios econômicos e sociais reflete essa desigualdade através do mercado, e nenhuma ação pública, tendo por objetivo modificar esse duro fato, é legítima.” Em outras palavras, o Estado deve intervir apenas quando os indivíduos não forem capazes de solucionar seus problemas sozinhos e apenas corrigindo as desigualdades existentes.

Nesse sentido constituiu-se no Brasil uma mentalidade arraigada nas famílias de tomar para si a função de principal cuidadora, conforme observado nos depoimentos dos sujeitos da pesquisa, sem a necessária divisão de trabalho com os equipamentos públicos. E também de o Estado, apesar dos avanços não assumir todas as funções que lhe cabem como protetor e combatidor das desigualdades sociais, culminando em um processo crescente de desresponsabilização desta instituição, ilustrado no sucateamento dos serviços públicos, em especial os de

saúde e conseqüente transferência de suas funções no âmbito da proteção social para a iniciativa privada, tanto da família quanto do mercado.

Diante do exposto, deveria haver um equilíbrio na produção e provisão de cuidado no que se refere ao papel do Estado, do mercado e das famílias, de modo a não continuar sobrecarregando estas últimas e conseqüentemente contribuindo para o enfraquecimento da enraizada naturalização desta instituição como única ou maior provedora de cuidado para o indivíduo. O que só será possível no plano legal e nos planos das intenções jurídicas com a real operacionalização do proposto pela Reforma Psiquiátrica.

Contraditoriamente as falas anteriores, foi possível destacar a posição de um profissional que sinaliza para uma análise mais aprofundada da condição dos familiares, ao mencionar exatamente a grande responsabilização destas nos cuidados da gestante ou puérpera e dos RNs e a conseqüente sobrecarga que é direcionada aos mesmos por conta da situação do uso de SPA e do “ter filhos”, sinalizando para a necessidade de proteção dos familiares, “acumuladas de atribuições”, como admite o profissional 01:

O que eu percebo é que é atribuído pra o familiar dessa gestante ou dessa puérpera, algumas tarefas que poderiam ser da própria gestante ou da puérpera, como, deixa eu ver se eu lembro de algum caso...Como desde os cuidados básicos, se for um RN, ou desde a ficar com outros filhos, ou desde a organização de um enxoval, o que mais que poderia está colocando... Ao filho saindo da condição de RN, o que a nossa experiência aqui, que é na verdade só a minha opinião, a gente percebe é que esse filho ou essa filha, muitas vezes fica a maior parte dos tempos sob os cuidados desses familiares. Que muitas pela própria condição de prejuízo do uso, né, acaba ficando mais ausente do que presente na rotina desse filho ou dessa filha. Então, é um acúmulo de atribuição que essa família tem, não é. (Profissional 01)

É nesse sentido que se faz necessário retratar sobre as sobrecargas que são submetidas esses familiares que assumem papéis antes não inseridos em suas rotinas de vida, como por exemplo, o cuidado de um filho, o acompanhamento cotidiano da usuária, além das dificuldades financeiras que assolam grande parte das famílias de usuárias de SPA acompanhadas pela Maternidade Dona Evangelina Rosa.

Pra ela não sair. Aí ela tem outra menina pequena, e ela dizia: Não, tem que cuidar da menina! E eu cuidava da menina dela, pra ela não

sair. Aí ela teimava e saía de novo. Aliás, lá em casa quem cuidava mais das coisas era eu, ela vivia mais fora de casa. [...] Eu cuidava dela, tinha que cuidar da menina, fazer as coisas de casa. (Familiar 01)

Vale lembrar que esse familiar é o companheiro, marido. Então, observa-se no contexto de consumo nocivo de SPA da mulher, a assunção do homem cuidador, o engajamento do homem no trabalho doméstico, que cuida dos filhos e da casa, com a mulher sendo identificada com o espaço da rua, “fora de casa”. Há, conseqüentemente, inversão dos papéis tradicionalmente fixados na divisão sexual do trabalho. O homem passa a assumir os encargos historicamente destinados à mulher, em uma subversão do que é esperado socialmente. Interessante que não pareceu haver um pesar na fala do marido, ao registrar essa realidade, assumida como parte das circunstâncias. Com certeza, acompanhando essa situação, há prejuízos nas outras esferas de vida desse homem, sobretudo na condição de gerador de renda para o grupo.

Entende-se que esses familiares comumente estão sujeitos a sobrecarga subjetiva e objetiva, estando a primeira relacionada aos aspectos emocionais e a segunda vinculada aos afazeres físicos do familiar no ato de cuidar (aspecto visualizado na fala acima).

Para Bandeira (2013):

O aspecto objetivo se refere às conseqüências negativas concretas e observáveis resultantes do papel de cuidador, tais como perdas financeiras, perturbações na rotina da vida familiar, excesso de tarefas que o familiar deve executar no cuidado diário com o paciente e supervisões aos comportamentos problemáticos do paciente. Estes aspectos são considerados como estímulos estressores para os familiares. O aspecto subjetivo da sobrecarga se refere à percepção ou avaliação pessoal dos familiares sobre a situação, envolvendo sua reação emocional e seu sentimento de estar sofrendo uma sobrecarga, atribuída por eles a papel de cuidador (BANDEIRA, 2013).

Diante disso mostra-se como imperativo desenvolver todo o potencial dos familiares no provimento de cuidado a PCTM, colaborando para resgatar os vínculos que estão fragilizados, oferecendo apoio social e psicológico e munindo-os das informações necessárias acerca do transtorno mental e de todas as peculiaridades do processo de cuidar, de modo a superar ou minimizar as sobrecargas objetiva e subjetiva decorrentes dos conflitos e tensões que envolvem o cuidar e de fato

transformar o familiar em um parceiro do tratamento da PCTM. Também, intensificar as ações governamentais não apenas para prover esclarecimentos e orientações, serviços baseados na ação profissional individual, mas, fornecimento de equipamentos e uma materialidade mais efetiva, como creches, restaurantes populares, o que poderia reduzir as sobrecargas objetivas. Apesar disso, observa-se que mesmo os familiares não endereçam reivindicações para as políticas públicas, figurando o apoio da família como o mais urgente e palpável.

Assim, os familiares têm como necessidades “as mais diversas possíveis” (Profissional 01) para dar conta de suas atribuições, dentre elas foi mencionado o “receber apoio da rede de serviços e de outros familiares”.

Falas que foram de encontro às necessidades que as próprias usuárias mencionaram quanto ao suporte da família, conforme relatado abaixo:

Agora eu preciso só de apoio, só. Apoio da família, de quem quiser me ajudar. (Usuária 01)

Eu vou precisar de muita coisa [referindo-se ao momento que passava, pois teve o bebê]. Eu vou precisar me dedicar mais ao bebê. Minha família precisa me ajudar, tentar me ajudar a deixar [a usar]. Aí eles vão me ajudar mesmo, no que eu precisar, eles me ajudam. Quando eu não estou usando, eles me apoiam [quando questionada quanto ao apoio da família sem considerar a droga]. (Usuária 02)

Logo, observa-se que o familismo também orienta a visão de mundo das usuárias, que delegam às suas famílias de origem todo encargo de prover apoio/ajuda, sem problematizar a participação ou ausência do Estado, que parece um ser abstrato, distante, inatingível.

Esse apoio desdobra-se no que eles relatam ser o acolhimento desses familiares que normalmente estão em situação de sofrimento e não possuem o acompanhamento ou divisão de cuidados com outros familiares ou mesmo com a rede de serviços.

Além de ter sido visualizado a necessidade desse apoio através de informações e esclarecimentos que poderiam fortalecer a atuação desses familiares, assim como direcionarem-se aos serviços adequados para o seu acompanhamento e tratamento de seus entes que fazem uso de SPA, inclusive para o compartilhamento de sobrecargas. Nesse horizonte, observa-se a presença de uma visão protetiva em relação à família, considerada em seus limites, sendo assim

visualizada uma parte da complexidade que cerca a relação família e mulher gestante e puérpera em condição de consumo nocivo de SPA, o que requer uma ação integral, pautada no trabalho em rede, intersetorial, para além dos serviços de saúde:

[...] Então assim, eu sinto a falta, a necessidade da rede chegar mais próximo para fazer essa ponte entre a paciente e a assistência, porque a família não está conseguindo, não conseguem levar. A família que, pode até ter casos em que eles tentem, mas não conseguem levar. Então assim, necessidades seria o apoio da rede em pegar essa paciente e fazer com que ela tenha esse acesso, porque a família não consegue. A meu ver, uma das maiores necessidades que eles têm, e assim, e também fazer com que depois, não só na gravidez, também ela se mantenha nessa continuidade daqui, né, de depois do parto, ela ter continuidade na assistência. (Profissional 02)

Primeiro, ela tem que ser acolhida, apoiada por alguém, por que, em ela lidar com essa situação, em lidar com pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas já é um problema sério. [...] elas têm que ser trabalhadas, porque essas pessoas precisam de apoio, de acolhimento, e é o que as famílias não têm pra oferecer, porque elas não tão preparadas. (Profissional 03)

Eu penso assim, a família precisa de apoio, né. De apoio pra poder oferecer também apoio, ajuda a essa gestante. Então, eu acho que ela é muito carente disso. [...] De orientação, de informação, como lidar com essa situação, que redes de serviços ela pode contar, que tipo de ajuda ela pode contar dentro da rede institucional, de outros familiares, entendeu? (Profissional 04)

Então assim, a família, ela, ela tem uma necessidade de, é, de maiores esclarecimentos sobre a situação, não é, sobre o tratamento, sobre as possibilidades de, de... De um resultado, de um acompanhamento. Então, a família tem esse tipo de necessidade. Realmente é muita dúvida pra família. (Profissional 05)

Então, a família não tem apoio e não pode dar aquele apoio, porque como é que vai dar apoio, se não tem um apoio. Eu acho que é mais ou menos isso, que eles mais precisam é de apoio. (Profissional 07)

O apoio, porque muitos familiares, eles são sozinhos. Por exemplo, a mãe, só ela acredita, ou então o pai, só ele acredita. Muitos não têm apoio da família porque trabalham, trabalham em outros lugares e não podem estar aqui todo o tempo aqui com os usuários, com os pacientes. Eles não podem. Aí eu acho que eles necessitam mais de apoio. De outras pessoas pra apoiarem eles [famílias], a conduzir uma melhor forma pra essa paciente. [...] E a família mesmo não tem apoio de outros das famílias, da própria família mesmo. (Profissional 08)

E eu acredito que essas pessoas deveriam sim ter um acompanhamento familiar, é assim, por parte da psicologia, uma equipe "multi", que pudesse trabalhar essa pessoa. (Profissional 03)

A rede de serviços é, portanto, um destaque na fala inicial trazida acima, ou melhor, a fragilidade da atuação desta para contemplar os familiares, bem como as gestantes e puérperas que fazem uso de SPA. Como bem sintetiza o profissional 04 “a família precisa de apoio [...] pra poder oferecer também apoio.” Logo, a família é retirada da condição de vilã (MELMAN, 2001) e ganha visibilidade em seus limites. Nesses, são destacados, a falta e precarização de orientação, informação, esclarecimentos de dúvidas, apoio. A solidão em que se encontra o familiar cuidador. A dificuldade de divisão do tempo para se dedicar a dois trabalhos, aquele para gerar renda que colide com o trabalho de cuidar.

Nesse sentido, são destacadas algumas manifestações da questão social, que tolhem as possibilidades da família e do familiar cuidador em estar assumindo a atribuição que lhe é atribuída pelos profissionais. Mas, o Estado fica invisível, nas suas ausências e omissões, timidamente visto através da rede ainda distante, que precisa se aproximar, para garantir o acesso. Nesse sentido, observa-se que o fluxo da atenção a essa mulher gestante e consumidora, ainda não está desenhado, configurando ações pontuais, que atendem a necessidade circunstanciais, sem que seja apreendida na integralidade de suas necessidades, sobretudo pós parto e de sua família, que fica com a responsabilidade principal de manter a produção do cuidado, no geral, solitariamente.

Os profissionais não se colocam como parte da solução, como servidores públicos e representantes do Estado, na efetivação da cidadania para oferecer respostas mais condizentes com a realidade apontada. Tal fato ficará bem visualizado na análise abordada no próximo item.

5.5 A (des) assistência das redes de proteção primária e secundária direcionados aos familiares de gestantes ou puérperas que fazem uso nocivo de substâncias psicoativas

Castel (2005) conceitua os sistemas de proteção social baseando-se na noção de sociabilidade e distinguindo a sociabilidade primária e secundária, sendo a primeira realizada pela família, vizinhança e por grupos de trabalho ou algumas

formas de filantropia que firmam a proteção naturalizada centrada em seus próprios indivíduos e comunidade. E a segunda proteção, a secundária, é aquela dispensada pelo Estado através das políticas públicas.

Assim, tratar sobre rede de proteção primária abarcará as relações sociais que envolvem os indivíduos que vai desde os familiares, amigos, vizinhos e serviços comunitários. E a rede de proteção secundária refere-se ao apoio que as instituições direcionam para estes sujeitos através de suas ações. Entende-se ainda que esse suporte pode refletir positiva ou negativamente no cotidiano desses sujeitos, sendo então um fator de redução de impactos ou até de seu agravamento, inclusive pela sua inexistência.

Quando questionados acerca dos principais atores que auxiliam (aram) os familiares no encontro das soluções para as dificuldades que encontram (ram) no contexto de gestação/ puerpério e uso nocivo de substâncias psicoativas de seus entes familiares, as respostas sinalizam para a ausência e/ou fragilidade nas redes de proteção primária e secundária que contemplassem as demandas dos mesmos, conforme ilustrado abaixo:

Ninguém me ajudou. O pai dela quando eu comecei a cuidar dela, o pai dela já vivia doente já. Quando eu me juntei com ela, ele começou com essas coisas. (Familiar 01)

Só as irmãs dela, as duas irmãs dela. A mãe dela, tipo assim, ajudou, né, mas disse que não podia fazer nada. [...] Não procurei ajuda pra nenhuma instituição pública. (Familiar 02)

Não. Sé eu mesmo. (Familiar 03)

Como visto, a solidão persiste, sem que se obtenha ajuda de nenhum ente público, ou, no máximo a ajuda vem das redes de proteção primárias, do que está próximo. A irmã, no geral a família de origem, figurando as políticas sociais como algo inalcançável para essas pessoas, o outro da cidadania, o pobre.

Para as usuárias entrevistadas, que expuseram as principais figuras que as auxiliaram no momento da gestação estava direcionada para os familiares mais próximos.

Foi só minha irmã, minha irmã que me ajudava. Ela me aconselhava muito, só vivia pegando no meu pé. Pra mim vir pra maternidade, pra cuidar do neném. [risos] A mais velha. Tinha também minha mãe,

minha mãe me reclamava. Eu sabia que era certo [as reclamações da mãe e da irmã], mas a vontade era maior que isso. (Usuária 01)

Quem mais me ajudava era meu pai. Agora ele não pode mais ajudar não, pois faleceu tá com um mês. Toda vida, ele ia atrás de mim. Quando eu saía a noite, ele saía atrás de mim, me procurando. Toda vida foi ele. (Usuária 02)

Assim, verifica-se que a rede fica restrita aos familiares mais próximos, sendo necessária a divisão de cuidados com o Estado e comunidade em geral. A rede de proteção primária apenas é citada, figurando as redes de proteção secundárias como inalcançáveis.

Quando as redes de proteção secundárias e, sobretudo, serviços das políticas sociais são mencionados são por profissionais, que relatam observar a presença do Conselho Tutelar, de Igrejas, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), CAPS e de alguns membros da família no auxílio de suas necessidades advindas do uso nocivo de seu ente familiar no período da gestação/ puerpério.

Eu percebo aqui mais o Conselho Tutelar, não sei se os agentes de saúde. Às vezes até uma figura da Igreja, de alguma religião, dependendo da religião dessa família. Então eu percebo que são esses que poderiam mais auxiliar no encontro de soluções. (Profissional 01)

Alguma instituição específica: os CAPS. (Profissional 03)

Sempre tem alguém da família que tem uma estrutura psíquica melhor, que tem uma educação melhor. Às vezes, não é nem questão de educação, às vezes tem conhecimento no geral. Tem um bom senso da situação, né. E às vezes aquela pessoa ali, ela assume, tem mais espírito de liderança, de cuidado, né. Mas além dessa pessoa da família que às vezes pode ser uma mãe ou não, às vezes um tio, enfim alguém próximo. (Profissional 05)

Como representante da rede e proteção secundária, observa-se a maior citação do Conselho Tutelar – CT e CAPS. Todavia, no cotidiano institucional e em reuniões da RAPS foram mencionados que em sua maioria, os CTs quando agem nessas situações, é, sobretudo em prol da criança. Muito voltado para proteger o RN do risco que representaria uma consumidora de SPA. No geral, esquecem que a manutenção do vínculo mãe bebê, pode ser igualmente benéfico para os dois polos da relação. Em nome da proteção do RN, há risco do bebê ser colocado para adoção, com o beneplácito do CT. Logo, a convivência familiar tende a ser pouco destacada. Por sua vez, o CAPS do Piauí não tem uma linha de cuidado voltado

para as mulheres consumidoras de SPA. Como esclarece Pereira (2018), o processo de trabalho dos CAPS está organizado pensando, sobretudo, na figura do “paciente”, mas, principalmente no homem como consumidor. Há pouco espaço para as mulheres, que são mais estigmatizadas como consumidoras, pelo papel histórico que tem na divisão sexual do trabalho.

Por outro lado, o suporte principal recai sobre a família, como mencionado na última fala (profissional 05) refere-se a um familiar que por ter um melhor conhecimento abarcará esse apoio. Apoio este associado à melhor educação e conhecimento do funcionamento dos serviços de saúde, estrutura psíquica e espírito de liderança. Nesse sentido, refere-se a algumas características que às vezes levam alguns cuidadores a tomar para si a gestão do cuidado doméstico de alguns enfermos, por deter maior capital cultural que permite maior facilidade de diálogo e trânsito com os profissionais e serviços de saúde.

O apoio das igrejas também é mencionado, pois a espiritualidade apresenta-se como suporte para alguns familiares no provimento de cuidado, de modo que estudos feitos nas últimas décadas no Brasil sugerem como aponta Koenig (2007) que crenças religiosas são usadas para lidar com o extremo estresse que o transtorno mental possa causar, podendo trazer implicações positivas.

Além disso, segundo Baltazar: “A religiosidade está colocada no modo particular como as pessoas, frente a situações limites da vida, recorrem a algo maior que elas próprias” (2003, p. 106). Configurando-se como válvula de escape face as já mencionadas sobrecarga objetiva e subjetiva a que estão sujeitos os familiares cuidadores, bem como um modo de encontrar amparo e reabastecer-se nas fontes de esperança.

No mais, a espiritualidade é particular de cada indivíduo, ela é acionada no ser de acordo com a experiência individual de cada um com o não explicado racionalmente pela ciência, constituindo-se em um fenômeno social e cultural.

Destacou-se nas falas a proximidade de algumas categorias profissionais quanto ao atendimento das demandas dos familiares de gestantes ou puérperas que fazem uso de substâncias psicoativas, a saber: Serviço Social, Agente Comunitário de Saúde, Enfermagem e Psicologia, conforme os relatos abaixo.

Eu acredito que assim, as pessoas, não tô falando assim os que mais ajudam, mas os que mais tão em contato com essas pessoas são os psicólogos e os assistentes sociais. Os assistentes sociais eles tem o potencial muito grande de lidar, de trabalhar com essa situação. Eles conhecem as políticas, de envolver, né, família, paciente, comunidade, é, gestores, mas infelizmente no nosso país, a gente não tem muito esse poder de resolutividade. Mas no meu caso seria o elo, o assistente social, o psicólogo. (Profissional 03)

O apoio, por exemplo, do serviço social e a psicologia tá muito presente. [...] O serviço social aqui na maternidade é o mais acionado pelos familiares. (Profissional 04)

Eu acho que a equipe multiprofissional. Assim, os médicos, eles agem mais em relação ao diagnóstico, em relação à medicação, em relação a isso. Mas o apoio à família é mais a enfermagem e a assistente social e a psicologia. Isso do apoio aqui dentro da maternidade. Eles falam muito da assistente social, a maioria conhece a assistente social do bairro e o agente comunitário de saúde e a enfermeira do posto. Eles falam da doutora, eles não falam do médico. Falam da doutora, mas eles se referem a enfermeira, assistente social e agente comunitário de saúde. Quase todos sabem o nome da agente comunitária de saúde, da assistente social e da enfermeira. (Profissional 08)

Nesse contexto, observa-se a divisão de trabalho entre os profissionais, figurando o médico como aquele encarregado do diagnóstico e terapêutica medicamentosa. De outra forma, os demais profissionais, figuram como retaguarda e acompanhamento mais direto e intensivo aso familiares, constituindo elo, apoio para os familiares. É importante mencionar que houve um relato específico quanto à desassistência das famílias, citando inclusive o desconhecimento do trabalho do CAPS com as mesmas, ficando a atuação do CAPS restrito apenas aos usuários com ações pontuais aos familiares, o que demonstra a fragilidade existente em alguns serviços dispensados por esta instituição que deveria abarcar as famílias em suas atividades, conforme explicitada nos textos legais que trazem enquanto uma prerrogativa dos CAPS o fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Pra ser sincera, assim, eu não vejo isso. Sinceramente, eu não vejo. Essa família não tem apoio, porque assim, se for falar em CAPS, eu não conheço o trabalho do CAPS com a família, assim, efetivo. Até onde eu conheço, tem um trabalho muito voltado para o paciente, mas pra família não tem uma coisa assim, tem pontual, mas efetiva, estou falando de trabalho efetivo. Assim, tem uma reunião, tem uma coisa, mas não tem um trabalho efetivo, tá entendendo, pra família especificamente, para as famílias, programas, essas coisas. Então assim, é muito mais voltado para o paciente e não família. (Profissional 02)

Apesar de a família ser reconhecida como parceira do CAPS, nos textos ministeriais, o foco do trabalho incide sobre a figura do paciente, com poucos investimentos com e sobre os familiares cuidadores.

E quando questionados sobre o conhecimento da existência de serviços públicos que poderiam contribuir com estes familiares no auxílio de suas necessidades, as respostas dos familiares foram direcionadas majoritariamente para o desconhecimento, o que pressupõe a falta de informação e necessidade de divulgação e orientação para os familiares que partiria inicialmente da rede de atenção básica enquanto serviços que estão mais próximos desses indivíduos e que naturalmente deveriam acompanhar e fazer os encaminhamentos devidos, conforme estabelecido pela Rede de Atenção Psicossocial, Portaria 3088/2011.

Não sei. Não conheço. [...] Toda vez que eu ia lá [referia-se ao PSF], a mulher que coisa, não estava lá. Aí eu até falei ainda com uma mulher lá, que é a assistente social de lá, aí eu conversei com ela lá, foi no mesmo tempo que ela engravidou, e eu falei com ela lá. (Familiar 01)

Eu acho que tem, eu conheço. Um colega meu disse que tem, se eu queria, tipo ver se eu queria internar ela pra ver se ela passava. Se fazia um tratamento. (Familiar 02)

Se tem, eu não conheço. (Familiar 04)

Observa-se que não há clareza, nem mesmo entre os profissionais da RAPS sobre o fluxo do cuidado à mulher gestante e puérpera com transtorno mental e consumo de SPA. Pelos documentos ministeriais, efetivamente a ESF é a porta de entrada para qualquer problema de saúde, mas, observa-se ainda uma certa centralidade dos CAPS no cuidado à pessoa com transtorno mental. Mas, a mulher gestante com consumo tende a ficar desassistida. Em Teresina o Consultório na Rua, em 2018 tentou um trabalho com as mulheres gestantes em situação de rua, sem sucesso, haja vista o itinerário delas nesse contexto não permitir o cumprimento de uma agenda semanal de cuidados. Como não é discutido o fluxo do cuidado a esse segmento pela rede em geral, fica essa lacuna, remetida a Maternidade no geral, no momento próximo ao nascimento ou quando há gravidez de risco, com alguma intercorrência.

No pré natal, no geral, não é perguntado sobre o consumo de SPA (VELOSO, 2011). Para agravar o quadro, é comum as mulheres nesse contexto não fazerem o pré natal, inclusive por receio de estigmatização.

Para as usuárias, quando questionada sobre os serviços que existem na rede pública mencionam apenas os CAPS e o CRAS, conforme relato abaixo.

Mas agora talvez pode ser o CAPS. Eu acho que vai me ajudar.
(Usuária 01)

Já me procuraram muito, mas eu recusava. A assistente social de lá, de Elesbão Veloso. Lá no CRAS. (Usuária 02)

Na fala dos profissionais ficou mais claro, o conhecimento sobre os serviços que devem direcionar suporte aos familiares, destacando serviços socioassistenciais como o Conselho Tutelar, Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e Centro Especializado da Assistência Social (CREAS),

Como já foi dito na anterior, né, o Conselho Tutelar, eu percebo que é o mais presente, nesse público. [...] Outros serviços até existem, mas eu acho que eles poderiam estar contribuindo mais, como o CAPS, como CRAS, CREAS, né. (Profissional 01)

[...] a rede socioassistencial, como os CREAS, né. [...] Eu acho que Isso aqui quando encaminha pro CREAS, eles já sabem, eles já conhecem aquela rede, né. [...] (Profissional 04)

Os serviços socioassistenciais mencionados atuam em dois âmbitos de complexidade, a saber: o CRAS dispensa um trabalho preventivo as famílias, o CREAS, atua a nível protetivo, estando no conjunto dos serviços de média complexidade, quando os laços familiares ainda não formam rompidos; e o Conselho Tutelar que caracteriza-se por ser um órgão autônomo no que concerne a administração pública e que busca zelar pelos direitos das crianças e dos adolescentes.

Os serviços de saúde como o Programa Saúde da Família (PSF), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospital Areolino de Abreu (HAA), Leitos psiquiátricos de hospitais gerais, e o Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) também foram mencionados como importantes instrumentos de auxílio para as usuárias e familiares, embora não sinalizem de que forma os mesmos podem

acompanhar essas famílias, conforme as falas abaixo. Além de frisarem a necessidade do fortalecimento e contribuição desses serviços com esses familiares.

A rede, ela pode até existir, na figura de, por exemplo, eu acredito que o PSF, que é ESF, poderia contribuir bem mais. Outros serviços até existem, mas eu acho que eles poderiam estar contribuindo mais, como o CAPS, como CRAS, CREAS, né. (Profissional 01)

Eu já falei, até pra prevenção, porque se trata da prevenção, pra mim, em primeiro lugar a Atenção Básica. Porque a gente sabe que a Atenção Básica é a Atenção Primária, sim. E aí vêm os CAPS, né, os CAPS são de grande importância, são de grande ajuda, né, no atendimento, no acompanhamento, no acolhimento dessas famílias. Até porque lá tem toda a equipe, é uma equipe “multi”, não é só individualizado. [...] Nós ainda temos aqui o Hospital Areolino de Abreu, mas o Hospital Areolino de Abreu ele só funciona hoje em caso de urgência ou emergência assim psiquiátrica. (Profissional 03)

[...] a rede de saúde mental, né, [...] Eles [família] falam do CAPS, eu acho que o CAPS é o mais assim, mais falado. (Profissional 04)

A Atenção Básica, que começa lá no próprio PSF, né. No NASF também né. Aí, era pra ter a questão de equipe, né, a questão de consultório de rua, pra tá orientando, pra tá encaminhando. Aí vai o CAPS também, nas suas modalidades como os CAPS AD. Às vezes quando não tem, tem município que não tem, mas a equipe tem que estar preparada pra poder lidar com aquele tipo de situação, né. E a gente tem também os leitos psiquiátricos de hospitais gerais, né. (Profissional 05)

O PSF, o CAPS. O CAPS e a aceitação também pela família da criança vai ajudar muito também. (Profissional 06)

O CAPS que tem que ter esse tipo de serviço pra auxiliar esses familiares. (Profissional 07)

Família, não lembro. Mas a família também, eu acho que o CAPS auxilia a família, em relação à família. [...] (Profissional 08)

Observa-se, portanto, a importância do investimento na Atenção básica como serviços que propõe um “conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.” (BRASIL, 2006, p.10). Como serviço mais próximo e voltado para toda família, é estratégico na atenção e continuidade dos cuidados da mulher consumidora de SPA e retaguarda para seu bebê e sua família. Mas, observa-se muita fragilidade nesse cuidado, ainda muito centralizado no CAPS.

A política de educação foi contemplada nas falas de alguns profissionais na figura das escolas e creches como serviços que auxiliariam os familiares e as próprias usuárias, inclusive como estratégia de tratamento para as usuárias. Ao tempo que estas buscariam serviços de saúde para tratamento, os filhos permaneceriam em escolas ou creches.

E outros serviços mesmo sem estar focando só no problema, como por exemplo, em cursos, em estimular voltar estudar, aqueles que pararam, né. A ter uma creche pra deixar o filho pra poder trabalhar ou estudar, enfim, eu acho que é toda uma integralidade, né, dessa mulher. Desde a questão de lazer dela, a questão financeira, a questão de trabalho, de capacitação. Pra mim a rede é isso, não é só... e para os familiares também, eles deveriam ser mais incluídos e cuidados nesses mesmos serviços. (Profissional 01)

[...] Olha, eu acredito assim, que dentro da própria comunidade, eu acredito que as escolas. As escolas sim, também podem fazer uma roda de conversa com os pais. Porque muitas vezes a gente pode até mesmo na própria escola, descobrir algum comportamento do filho, ou uma tendência, ou uma amizade, ou uma coisa. Isso aí poderia ser também da própria escola. Não necessariamente por toda equipe da saúde, mas a gente percebe que a maioria das escolas, elas tem psicopedagogo, né. Elas têm um profissional da saúde, embora não sendo equipe completa, eu acredito sim, que na própria escola poderia sim acontecer um trabalho preventivo. Um trabalho com, fazendo reunião com as famílias, com os pais, pra dizer como tá o desenvolvimento do aluno. Então poderia falar com os pais, tanto individual como em grupo. Pra falar quais são as dificuldades que se tem de lidar com o adolescente, ou no também com a criança, que já tem que começar a trabalhar de cedo. E aí a gente pode tá também identificando o comportamento do filho, né, enfim, eu acredito que tudo é válido, principalmente na parte da educação, que é quem forma a gente pra o futuro. (Profissional 03)

Então, a atenção integral que deveria considerar as dimensões biológica, cultural e social da usuária na orientação das políticas e ações capazes de atender suas demandas e necessidades no acesso à rede de serviços parece distante. Os serviços estão voltados para a dimensão curativa e para a atenção à crise. Não há ações preventivas voltadas ao consumo, apesar da Lei nº 11.434/2006 postular a priorização na prevenção. A escola e os professores têm excluído o tema do consumo de álcool e drogas como parte da educação para a cidadania, tratando como uma questão exclusiva da saúde, quando deveria ter interface com entre as duas políticas. Nesse sentido, observa-se a distância e pouco conhecimento de

Programas de Saúde na Escola, um exemplo ilustrativo do que poderia ser um trabalho educativo.

A escola se torna estratégia para ações de prevenção. A inserção no mercado de trabalho como analisou Maranhão (2018) tem se limitado à capacitação para o trabalho, com expedição de certificados, que no geral, não redundam em colocação de fato no mercado.

Os profissionais sinalizaram ainda para os serviços ofertados pelas Organizações Não Governamentais como Comunidades Terapêuticas; e para grupos de ajuda mútua como ALANON para os familiares e Alcoólicos Anônimos (AA) para as usuárias.

As Comunidades Terapêuticas [...] Organizações não governamentais. (Profissional 04)

Têm alcoólicos anônimos, tem os de drogas também, o ALANON. Tem esses grupos, mas não vejo eles [famílias] falarem não, comentando não. (Profissional 04)

Realmente, o Piauí conta atualmente com aproximadamente 30 comunidades terapêuticas, que vem crescendo no Estado à medida que o Estado tem destinado recursos orçamentários para tais equipamentos. O ALANON é um serviço voltado para os familiares e estão distribuídos pelos bairros, assim como o Amor Exigente. Também há um trabalho comunitário realizado pela Fraternidade o Amor é a Resposta. O crescimento do Terceiro Setor no Piauí firma a desresponsabilização do Estado no provimento de cuidado e reforça o contexto neoliberal pautado nos investimentos no mercado em detrimento dos investimentos sociais.

Um profissional elencou a necessidade de se ter o acompanhamento de um psiquiatra, independente da existência de problemas de saúde mental como estratégia de apoio e cuidado e si, focalizando na medicalização da atenção/cuidado.

E acredito também hoje que possa também você ter um médico, um psiquiatra. Não é porque você é usuário de droga, ou porque você tem um problema qualquer, mas todas as pessoas hoje em dia, diante da situação, das adversidades, a gente tem que ter esse profissional. Até pra que a gente possa envelhecer saudável, né, diante de certas situações. E nós, né, mas que nunca, como cuidador temos que nos precaver, né. Então, tem aquele dia que você não

está muito disposto, que você tá um pouco sem paciência, procurar um profissional sim, porque nós também precisamos disso. Pra cuidar, precisamos ser cuidado. Isso também não acontece na nossa realidade. (Profissional 03)

Nesse sentido, o profissional sinaliza para a crescente medicalização dos problemas sociais, com a intensificação da procura por expertises, por profissionais para resolver os diferentes problemas da vida. Interessante que também sinaliza para a importância de cuidar do cuidador profissional, que também fica vulnerável no contexto em tela, pela complexidade da matéria. Ora, se o profissional, em tese uma pessoa preparada para lidar com a questão, necessita de cuidado, o que dizer dos familiares, pessoas leigas e com nenhum preparo para prover um cuidado complexo.

Além da rede de serviços governamentais e não governamentais destacaram-se os serviços da comunidade como Igrejas e o alicerce dispensado pelos vizinhos.

[...] as Igrejas, tem muita Igreja aqui, essas Igrejas Evangélicas, Igrejas Católicas também. Porque elas têm apoio, é só descobrir, né, na comunidade, vê o que que têm, né, de instituição que dão apoio, né. (Profissional 04)

Fora da rede de saúde tem os amigos, eles falam muito de amigos, de vizinhos, eles falam muito de vizinhos. "Ah, meu vizinho me ajuda.", "Meu vizinho ficou com minha filha", não sei o que. Falam sempre de vizinho também. (Profissional 08)

Nesse sentido, há convergência com o que é postulado pela política de saúde mental, álcool e outras drogas, de que o cuidado em saúde mental é comunitário, convocando as várias forças sociais em prol do cuidado desse segmento. Mas o Estado, através das políticas sociais, não pode se eximir dessa proteção social. A questão é, quem vai gerir, articular esse cuidado, que é complexo? Cuidado este que deve ser dispensado a uma pessoa estigmatizada e com múltiplas vulnerabilidades associadas. As ações acabam sendo pontuais e fragmentadas. A política de assistência social e a política de Saúde, em primeiro plano necessitariam se articular melhor.

Ao tempo em que as instituições são referenciadas quanto a serem indicadas para direcionar o cuidado aos familiares de gestantes ou puérperas que fazem uso de substâncias psicoativas, percebeu-se que estas também são

criticadas por terem seus serviços limitados ou fragilizados aos mesmos, conforme relatos abaixo.

Eu acho que aqui é mais o paciente, aqui na nossa instituição é mais o paciente. É mais voltado pro paciente, apesar da gente procurar a família pra ajudar o paciente. (Profissional 08)

Assim, na verdade, não é que tenha que ter uma instituição não, dentro de onde faz o tratamento, quem está acompanhando, o órgão, o setor, a instituição que acompanha o próprio paciente é pra fazer esse trabalho efetivo. O que falta é o trabalho efetivo com as famílias. Os próprios hospitais que atendem usuários, CAPS, NASF, Atenção Básica, secundária, tudo pode trabalhar com as famílias, porque eu não consigo ver, eu vou trabalhar só o paciente [...] mas eu não consigo entender como se tratar só, trabalho só com o usuário e não inclui a família. [...] Esse familiar é importantíssimo. (Profissional 02)

Agora, na minha opinião, a família ela não recebe um cuidado ou uma assistência, porque fica o olhar muito mais voltado, né, só pra gestante ou puérpera usuária de substâncias e a família fica mais sendo julgada e não cuidada também como parte de todo, né, de todo aquele processo, de toda aquela situação. Então, quais os serviços que existem na rede que podem contribuir para a família? (Profissional 01)

Olha, é o seguinte eu ainda não entendi na Saúde Mental, o porquê que eles distanciam a família desse atendimento. Porque quando se trata um dependente químico, tem que se tratar a família toda, toda. Tem que ter uma conversa, certo? Eu não vou tratar isso só dando um apoio pro dependente químico e marcando uma visita pra família. Eu tenho que acompanhar, eu tenho que ter reuniões. Se eu trabalho numa instituição CAPS, eu tenho que ter uma reunião familiar, eu tenho que tirar um dia pra fazer uma visita domiciliar a essas famílias, certo? (Profissional 03)

[...] Eu vejo que a instituição seria realmente a Atenção Básica mesmo. Infelizmente, isso não acontece. Inclusive, é, quando essa, às vezes já chega, por exemplo, às vezes vai pro atendimento no CAPS e já chega no estado, no grau bem comprometido que as vezes poderia ter sido evitado se ela tivesse feito um acompanhamento adequado no próprio PSF. (Profissional 05)

Mulher eu só vejo falar, mas eu já te falei, não sei nem se tem esse tipo de ajuda. Mas tem os CAPS, né, que é pra esse tipo de caso. E não sei também se o Areolino também acompanha. Não sei lhe dizer se acompanha os familiares. Se tem, pode até ser que tenha, o assistente social, psicóloga, né, mas eu nunca ouvi falar não. Não vejo isso. Se eu disser pra você, eu tô mentindo. Eu acho que eles [familiares] não têm assistência eficaz. (Profissional 07)

Nesse contexto, verifica-se que a rede de serviços que são direcionados às mulheres gestantes ou puérperas que fazem uso de substância psicoativa têm disponibilizado ações apenas aos usuários, esquecendo a importância do trabalho social com as famílias que são afetadas diretamente pela situação vivenciada pelas usuárias. A ESF tende a evitar a ação com esse público que apenas em 2001 foi colocado no rol de suas ações. Como o único indicador de saúde mental, a partir de 2017 passou a ser o matriciamento, indicador 21, tem crescido as ações da equipe do CAPS com a Atenção Básica, mas, ainda de maneira morosa, o que pode ser evidenciado na desassistência que persiste à população com transtorno mental e decorrente do consumo de SPA, assistidos quase que exclusivamente quando estão em situação de crise ou em intercorrências clínicas específicas ou geral.

A fragilidade na rede de serviços, portanto, foi alvo das falas dos profissionais, sendo indispensável a interação entre os serviços de saúde, de modo que a atenção básica, que deveria ser a porta de entrada ao Sistema Único de Saúde, por sua localização na área geográfica de moradia dos familiares, sobretudo de baixa renda, atue na seleção das demandas de saúde mental, assim como outras demandas, o que acarretaria no melhor direcionamento das famílias aos serviços adequados, dispensando alguns percursos desnecessários.

Assim, faz-se necessário trabalhar em conjunto, promovendo interação entre serviços de saúde com outras políticas públicas e serviços comunitários, com a finalidade de fortalecer a rede e proporcionar melhores resultados na recuperação da pessoa com transtorno mental acometidos pelo uso nocivo de SPA e de sua família, como para a construção da cidadania das mesmas. A estruturação da rede de saúde mental é de suma relevância para a inclusão do indivíduo nos serviços e para a concretização dos ideais norteadores da Reforma Psiquiátrica: a cidadania da PCTM. Todo processo tem início com a facilidade de conhecimento e acesso aos serviços de saúde mental, com a construção do fluxo dessa rede, com definição clara de atribuições de cada instituição.

Diante desse contexto, firmou-se como estratégias para o fortalecimento da rede de serviços a capacitação profissional, a potencialização da Atenção Básica como nível preventivo de saúde, além do fortalecimento dos encaminhamentos, desburocratização no acesso aos serviços, e intensificação na capacitação dos profissionais:

Então, primeiro teria que começar por mais profissionais capacitados, falta. Infelizmente, a saúde são poucos profissionais, principalmente na saúde mental, é outra... É uma dificuldade que eu sinto, que eu percebo que há um resumo de profissionais. (Profissional 03)

Poderia, a atenção básica. A Atenção Básica, na minha, no meu ver, seria assim importante, até porque tudo de preventivo é na Atenção Básica. E a gente percebe essa falha. Essa falha é constante, porque eu digo assim na Atenção Básica? Por que lá é onde elas fazem as primeiras consultas, lá é onde eles conhecem a comunidade, conhece o perfil de cada pessoa, que a gente aqui da assistência não conhece, quando elas chegam aqui. Então, é tudo meio assim, pra gente desconhecido, mas pra Atenção Básica, não. Elas conhecem, elas fazem visita domiciliar. Eu acredito que se tivesse um pouco de, é, de olhar pra essa situação poderia melhorar, a situação de modo geral, tanto pras usuárias, quanto para o familiar. E quando essas pacientes também chegassem aqui pra gente, a gente já tinha, como é que se diz assim, uma maneira melhor de trabalhar, de lutar. É assim, com a busca dessas pessoas em casa pra acompanhar, porque essas pessoas já estavam preparadas e de uma certa forma ajudaria em tudo. (Profissional 03)

Eu acho que essa rede, inclusive, a gente poderia, não sei se tá acontecendo assim, dessa forma, não tenho acompanhado mais de perto. De quando essas famílias, essas mães gestantes que faz uso de psicoativos, elas tivessem um encaminhamento já pra um desses serviços existentes. E com a certeza de que esse serviço iria atendê-las, né. Por exemplo, num leito qualquer, numa situação mesmo de rotina da maternidade. Por exemplo, os bebês com, prematuros, que tem aquela situação de neurologia, eles não já saem com encaminhamento pra retorno? Depois. Ou com encaminhamento lá pro posto, pra o posto encaminhar pras clínicas especializadas, pra ficar um acompanhamento sistemático. Que fosse assim também, no caso das gestantes que saísse daqui. As gestantes já iriam com encaminhamento ou pra um CAPS, ou pra uma Comunidade Terapêutica, com data marcada, com agendamento, tipo regulado mesmo, que existisse um acordo entre a maternidade ou a SESAPI, sei lá, e essas unidades, pra já sair. “- Oh, tal dia, você tem uma consulta marcada em tal lugar.” Fosse até encaminhado também uma cópia pra o CAPS, ou o CREAS, a depender da situação, essa situação também merece a atenção do CREAS, aí ia pra aquele ali. Porque se ela não fosse, o CAPS ou o CREAS fizesse a busca ativa, fizesse a visita. Porque realmente elas não vão, né. Incluir também as Comunidades Terapêuticas, a rede feminina, que tem a Casa do Oleiro, que atende a mulher, tem a Fazenda da Paz que está implantando, né. (Profissional 04)

O privilegiamento da Atenção Básica nas ações de prevenção e promoção em saúde, é um potente sinalizador de reorientação da atenção, como foi a missão primeira desse nível de atenção, para complexificar o cuidado e tratar das situações menos graves próxima à comunidade. Investir na educação em saúde, em ações socioeducativas para um cuidado integral. Articular também a política de

saúde com a política de assistência, haja vista que ambas atuam com o mesmo território e segmentos vulneráveis. É sinalizado para a importância de protocolos, que também teria um papel preventivo, para acessar acesso e atenção, assim como a capacitação da atenção básica.

Quando se trata sobre o agendamento de consultas, o questionamento que se faz é: não seria uma forma de burocratizar o acesso desses sujeitos aos serviços que tem porta aberta como os CAPS que atendem as demandas espontâneas? Não seria, portanto, um retrocesso, tendo em vista que esse público oscila no desejo de ter acompanhamento ou não, pela própria particularidade e singularidade que é fazer o uso de substância psicoativa. Nesse contexto, a equipe saúde da família, que atua no território, pode produzir vínculos e conhecer melhor tanto a família e a mulher consumidora, pois entre suas ações programáticas consta o acompanhamento a gestante.

5.6 As dificuldades e as estratégias utilizadas pelos familiares no lidar cotidiano com gestantes ou puérperas que fazem uso de substâncias psicoativas

As dificuldades enfrentadas pelos familiares de gestantes ou puérperas são direcionadas para a reorganização de suas vidas em geral, pois nesse momento vai requerer muita atenção desses familiares no cuidado tanto das próprias usuárias, e especialmente com os filhos destas. Em um primeiro plano é destacado que a produção do cuidado recai sobremodo sobre figuras femininas, histórica e socialmente, na divisão sexual do trabalho as encarregadas e produzir cuidado. Nesse sentido, no geral, as mulheres figuram como únicas cuidadoras, não tendo com quem dividir no grupo familiar, esse encargo. Uma outra dimensão afetada é dificuldade em conciliar o tempo de trabalho extra lar, para gerar renda, com o trabalho de produzir cuidado, que colidem e colocam o cuidador em um impasse, até pela falta de suporte social, como restaurantes populares, lavanderias públicas, por exemplo. As exigências da produção do cuidado convocam uma temporalidade que colide com as demais tarefas.

Essa família, ela precisaria de disponibilidade. Eu percebo aqui uma grande dificuldade da família, que, por exemplo, uma avó do bebê,

no caso a mãe da gestante, que a gente percebe mais a presença da mulher, da avó, do que do avô, do pai da gestante, de ter que se organizar. Fazer uma reorganização da vida dela, por exemplo, se ela tem trabalho, né, acaba ela tendo que se ausentar do trabalho. A gente já teve caso aqui que pediu demissão, ou teve que pedir férias, mesmo sem querer, para poder acompanhar essa familiar que tava precisando, no caso de uma acompanhante, devido a sua situação de usuária. Então, a dificuldade vai desde o contexto da vida profissional, da vida financeira, é... a saúde emocional mesmo desse familiar, não é, de ter que está lidando com duas situações que já são extremamente estressantes e causadora de ansiedade que é uma gestação de um familiar e o uso de SPA. (Profissional 01)

Assim, geralmente elas, diante dessas dificuldades que eu vejo na família, é a questão de, é, o afastamento do emprego. Muitas delas trabalham e tem que se afastar do emprego pra ficar com a paciente. Às vezes a paciente não colabora, não entende o que ela tá fazendo ali por ela. Aquilo ali vai começando a fazer um estresse, querendo até mesmo abandonar a paciente ali, deixar a paciente sozinha. Então, essa relação, mas também o tempo de permanência no hospital. Às vezes para um tratamento de antibiótico, tratamento de sífilis, ou algum outro tratamento que a paciente tá sujeita a fazer que a acompanhante tendo as suas tarefas de casa, do trabalho, dos filhos, a preocupação com os filhos, ou então da faculdade, alguém que estuda. Então, já vai começando a ficar estressado diante desse afastamento dela das tarefas diárias. (Profissional 06)

A reorganização da vida desses familiares, conforme exposto, trazem impacto profissional, pessoal, familiar, emocional e financeiros diversos.

Outra dificuldade que perpassa a vida dos familiares é o não saber lidar com essa situação, o que por vezes acaba por acarretar em outra dificuldade que é a de não conseguirem direcionar essas usuárias para ter acesso à assistência pré-natal. Tem-se com isso o entendimento de que a família da usuária precisa de cuidados para oferecer o suporte adequado aos seus membros que vivenciam a problemática do uso de substâncias psicoativas.

De todos os casos que eu tive aqui, que eu atendi, elas não fizeram pré-natal, né, não tiveram acesso porque elas não iam procurar e nem a família consegue levar. A família em si, não consegue levar. [...]Também outra dificuldade, a família sai daqui orientada, sai encaminhada, mas a agente vê e eu já tive a possibilidade de vê, de encontrar ela depois, fora, totalmente na rua. Já tive oportunidade de tá em outro hospital e chegar já em situação de rua, com poucos dias que tinha saído daqui, ainda era puérpera. (Profissional 02)

Falta de conhecimento, porque as pessoas não buscam, elas ignoram, Por que existe a explicação, é uma doença. Dependência

química é uma doença e doença tem ser tratada. E a gente sabe que quando se trata de uma outra doença, é muito fácil. Um diabetes, uma hipertensão arterial. Mas quando se trata de drogas, a própria pessoa que faz parte, o ser humano não quer procurar, o dono da situação, né. E as pessoas dizem, ele que é o doente não que ir, então eu vou fazer o tratamento por ele? Vai sim, vai. Por quê? Porque não é da vontade dele se tratar. Então é aí onde entra o conhecimento da família, né, do que realmente a droga faz, do que a droga é capaz de, como é que se diz assim, de se manifestar no organismo de uma pessoa, do que ela é capaz de fazer. Por que às vezes você pode até achar que é porque a pessoa já tem mesmo aquela, como assim dizer, aquela conduta. Mas ele já sempre foi assim, a droga só foi, mas não é não. A droga modifica sim. A droga adoce. (Profissional 03)

Como que ela lida? Pois é, com muita, como é que se diz, com muita dificuldade mesmo. Eu digo assim, com muita, quer dizer, ela tem dificuldade de lidar com essa situação, né, porque como eu disse anteriormente, ela já está... Muitas vezes a família, já está muito cansada de toda essa carga, né, de situação que ela vivencia com essa jovem, com essa mulher, com essa gestante, né, que já vem de outras, muitas vezes, de muitos anos, né, de longos anos, né. E até muitas vezes conta até com os serviços, não muito talvez eficientes, mas que as vezes, ela já até tem procurado. Não, já procurou quando a gente investiga, procura saber. [...]E a família fica realmente sem saber como lidar com essa situação. Então, as dificuldades são muitas em relação à família, né. (Profissional 04)

É, muita dúvida para a família, de como lidar, né, com aquela situação, o que fazer, que recurso. A família fica perdida. Não sabe às vezes que tem a disponibilidade de acompanhamento através da RAPS, né. Às vezes sai daqui, a gente tem os nossos leitos aqui na maternidade. Mas, às vezes, por mais que seja feita a orientação, mas a família não sabe que ela pode dar continuidade lá no CAPS AD, né, a um tratamento, acompanhamento. Muita dúvida, muita dificuldade. Eu acho que falta muito esclarecimento. Eu acho que a base disso aí, seria pra gente conseguir melhorar, seria na Atenção Básica, seria no próprio PSF. A partir do momento, né, que seria aquele primeiro vínculo. Onde se inicia o pré-natal, né, a enfermagem do PSF, a equipe médica, a equipe de saúde como um todo, deveria já fazer todo o planejamento, a orientação pra que no decorrer dessa situação os efeitos não serão tão negativos. Eu acho que a base está aí. (Profissional 05)

Depende da família, né. A gente vê de várias formas. Tem família que ela é muito receptiva, que vem, que a gente tem apoio. E eles tudo que a gente pede, ou que a gente acha que é o necessário, que tem que acontecer. E o que eles acham perguntam o que tem que fazer e eles fazem. Já tem outros que é mais retraído, não querem, não apoiam a gente, não seguem, diz que é mentira, xinga, fala várias coisas. Eu acho que depende muito do contexto. Não posso dizer que se uma família é desse jeito, se a outra já não é. (Profissional 08)

Uma particularidade do consumo e do transtorno em geral é a pessoa não se reconhecer como enferma, portanto, negar o cuidado. Ai reside a complexidade dessa clínica, o enfermo não se admitir doente, logo recusar cuidado. De outro lado, a família muitas vezes também tem dificuldades em apreender e compreender o consumo nocivo como enfermidade, atribuído como uma dimensão moral. Como complicador, a família não consegue levar a gestante para fazer o pré natal, o que redundava em risco para sua saúde, assim como do feto/bebê. A questão da falta de conhecimento, despreparo da família foi recorrentemente citado pelos profissionais, pois a “família fica perdida”. A questão maior é como e onde se achar, sem um fluxo estabelecido na RAPS, sem busca ativa intensiva, sem investimentos maciços para reorientar e construir outras possibilidades. Nesse contexto, as ações são paliativas e curativas, pontuando os momentos de crise.

As dificuldades do familiar no lidar cotidiano com o uso nocivo de substância psicoativa foi interpretado por alguns profissionais como um lidar erroneamente, que está para penalizar o indivíduo ou mesmo direcionar o cuidado por obrigação. Dessa forma, a família é culpabilizada pelo erro, o que reforça a visão orientada pelo familismo.

Eles lidam de uma maneira errada. Eles lidam como? É, penalizando a pessoa. Eu não observo isso da parte de todas, mas às vezes eu vejo eles penalizar. Porque você dependente químico e você ainda foi arrumar essa gravidez. Eles não têm a consciência de que uma pessoa dependente química, ele tem o livre arbítrio dele de escolher o que ele quer. Não, ele tem que ser limitado. Não é dessa forma. Aí já começa por aí a situação, né. Porque ele é dependente químico, mas ele pode ter o filho dele, né. Ele pode ter um transtorno, mas ele pode ter o filho dele. Aí a aceitação da família, a não aceitação já começa por aí. Já começa o conflito, porque pra mim, é um conflito sim. E como eu já acabei de te falar, é complicado, mas eu acredito que a família trata assim, de modo, é eu não vou dizer por falta de conhecimento, porque não é uma ignorância. Elas conhecem sim os efeitos da droga, elas conhecem o que é a droga em si por lutar com as pessoas, mas existe essa rejeição sim, a gente percebe. E como eu já também, já frisei bastante, a Atenção Básica poderia ajudar, nessa aceitação, nesse modo de lidar, ou seja, amenizar esse sofrimento. (Profissional 03)

Fazer algo por elas por obrigação, não porque elas mereçam. Até mesmo pelo inocente, pelo bebezinho que não sabe de nada. "-Não, eu vou porque o inocente não tem nada a ver com nisso, mas não que ela mereça." Porque a gente já ouviu falar também aí, que as familiares vieram por causa da criança. E muitas delas pega o bebê e diz que vai dar. "- Não, a tia dela vai criar." "- Não, eu tô aqui, mas não vou criar o bebê, fulano de tal é quem vai criar a bebê." "- Eu tô

aqui só por esses dias, mas a gente vai dar o bebê.” Aqui e acolá a gente ouve. (Profissional 07)

Intermediado pela percepção da culpabilização da família, observa-se a tendência por parte de alguns profissionais de condenar os familiares que optam pela adoção, sem oferecer outras alternativas. Logo, a direção da solução para o destino do bebê é a circulação da criança pela família, inclusive extensa, ou sua doação, entendida por muitos como ato de cuidado, pela impossibilidade de cuidado pela família de origem, quando os recursos familiares encontram-se exauridos. Conjugado a esse fato, observa-se no cotidiano assistencial, a demanda por laqueadura, por parte das mãe/avós, pois se queixam, algumas vezes, que já cuidam da filha, consumidora de SPA, e às vezes de outros netos, e precisam estancar a ampliação o grupo, por impossibilidade de ampliação de possibilidade de cuidar de novos membros. Nesse contexto, chama a atenção a importância da não condenação dos familiares quando optam pela adoção, uma alternativa nem sempre fácil para os familiares, mas que sinalizam para limites na produção do cuidado.

Um outro aspecto negativo vai se firmar no comprometimento da família pode refletir negativamente na desresponsabilização da mãe/ usuária com os cuidados do recém-nascido.

Assim, eu observei uma coisa, aqui, a gente sensibiliza a família, a puérpera. A família entende que tem a responsabilidade delas, que tem que ter o cuidado e tudo, e a puérpera também. Só que essa internalização da responsabilidade, do cuidado da família termina por...isso aqui é uma coisa que eu observei, termina deixando ela mais a vontade pra não, pra se eximir desse cuidado, “- Ah, minha família aceitou, vai ter todo o cuidado. Então assim , eu fico mais confiante de que eu posso relaxar um pouco, digamos assim, a grosso modo. Então assim, essa família se comprometendo, muitas vezes, tá até potencializando ela a não aceitar muito, porque ela confia que a família vai, tá entendendo? Então ela relaxa com isso aí, ela termina relaxando. (Profissional 02)

Nesse contexto, o profissional relaciona a maior aceitação da gestação e bebê por parte da família, a uma tendência de relaxamento, desresponsabilização da mulher consumidora de SPA/mãe em relação a seu filho, sem propor saída para o impasse. Outro aspecto negativo sinaliza para a não adesão ao tratamento da usuária ou o abandono do recém-nascido por estas que refletem diretamente no âmbito familiar. Ainda menciona-se como negativo a própria dificuldade desta família ter apoio e despreparo para apoiar a gestante.

E um ponto negativo é quando a gente não tem êxito. Quando a pessoa sai e não quer saber de tratamento e às vezes não quer saber da própria criança, ou bebê, quando nasce, porque acontece, eu não vou dizer que isso não aconteça. Aí é um ponto negativo quando a pessoa não adere o tratamento, não se modifica, não se toca do problema. (Profissional 03)

Os negativos foi que eu falei aqui, as dificuldades do ter apoio, do apoiar a gestante. Ausência de apoio na condução, não está preparada. (Profissional 04)

De modo geral, a vulnerabilidade que ela sofre, tudo tem dificuldade. Aí tem dificuldade de deslocar, tem dificuldade no deslocamento, né, o recurso, falta dinheiro pra pegar o ônibus, são essas dificuldades, vulnerabilidades da família que dificulta mais ainda, ela ter acesso aos serviços. (Profissional 04)

Parece difícil para o profissional compreender a pluralidade de condutas e concepções da mulher em relação ao filho, havendo uma idealização do amor incondicional da mãe. Fica implícito a condenação pela não aceitação do bebê-criança, o que precisa ser melhor trabalhado entre a equipe.

Aponta-se que nesse contexto de gestação/puerpério associado ao uso de substâncias psicoativas não tem nada de positivo, pois significa encargos para esses familiares que geralmente recairá a apenas uma figura cuidadora.

A geração do filho eu acho que não tem nada de positivo, pois é mais uma carga pra família, né, muitas vezes já cria um, cria outros, filho delas, de outros... Muitas vezes sobra muito pra mãe ou pra avó. Então, assim, tem como responsabilidade e obrigação no cuidado, mas assim, como positivo, assim, ver que tem aquela criança ali. Pra eles verem como situação positiva, não. Eu acho que assim é mais uma carga, né, de trabalho que elas vão ter, de cuidado. (Profissional 04)

Negativo é quando a família não aceita a criança. Quando a família se recusa a aceitar a criança por muita das vezes, quando a criança nasce com alguma cardiopatia, algum problema, que vai ter que ficar sujeita a uma UTI, que elas, é... Essa não aceitação dessa criança por ter algum problema, precisar de alguma intervenção cirúrgica, ou então por essa criança nascer também com alguma DST por conta da mãe. Por ser uma criança de algum drogado, de alguém muito perigoso. Então assim, pra mim, esses são os pontos negativos. É a família não aceitar a criança diante de algum problema, que involuntariamente a criança não teve nada a ver. (Profissional 06)

Essa criança ela pode viver no meio de uma mãe que não vai ter a responsabilidade quanto aos cuidados. A criança que vai presenciar muita das vezes a mãe usando drogas. A criança pode ficar sujeito à

mãe ficar usando cigarro diante da criança. A mãe ficar em conflito com o marido, com brigas, confusão. Diante também do pai ficar na bebedeira, alcoolismo. Então, pra mim, eu acho que a família se preocupa com isso. Em a mãe sair e deixar o bebê sozinho. (Profissional 06)

Mulher, eu acho que de positivo não tem quase nada. Porque do jeito que eles estão, eu acho que não dá pra tirar muito proveito não. E negativo, o ponto negativo é daí pra pior. Que vai continuar a mesma coisa em relação ao uso e a situação delas, a não ser que tenha acompanhamento. Porque a gente já viu aqui que elas mesmas dizem que saiu daqui, vai continuar fazendo a mesma coisa. Elas falam mesmo. "-Eu saí daqui, eu vou é usar de novo, porque bom é usar o crack". Elas dizem. Isso é negativo. Eu acho que o ponto positivo, se fosse, buscar ajuda em algum lugar que tenha, por exemplo que tenha, o CAPS, né. Buscar ajuda, tentar tirar aquela pessoa daquela situação, mesmo que a gente saiba que é muito difícil. Porque é muito difícil mesmo tirar a pessoa do mundo da droga. Nunca perder as esperanças, correr sempre atrás. É, buscar sempre! (Profissional 07)

O que é positivo pra eles é porque é, eles estão convivendo com a necessidade, com a necessidade não. Estão convivendo com a pessoa e eles vão monitorar eles mesmos. Não sei se você está me entendendo. Eles vão monitorar eles mesmos pra fazer alguma coisa praquela pessoa ficar boa. Assim, é positivo pra eles que tem muitos que vão estudar, que não sabem o que é. Têm muitos que vão, por exemplo, "Ah, é uso de que?" Já teve casos aqui. "Ah, ele usa cocaína" "Ah, ele usa maconha", "Mas o que é cocaína?" "Ah, eu vou pesquisar, deixa eu ver o que é." E pra colocar os outros irmãos, por exemplo, uns dizem "Ah, essa daqui usa, mas eu já disse pro irmão dela, oh, não use, você sabe o que que aconteceu com a sua irmã." "Oh, pode causar isso, isso e isso". têm muitos que sabem mais do que a gente. O que que causa, o que que faz. (Profissional 08)

Vão pegar a situação de uma, pra ajudar outra pessoa. (Profissional 08)

Alguns profissionais não destacam nada de positivo na situação da mulher gestante ou puérpera com consumo nocivo de SPA, o que sugere que o profissional não vê nem como positivo o fato de ter o desafio de buscar seduzir este familiar para o cuidado ou mesmo compreender a complexidade da questão. Nesse sentido, o risco é de haver um intenso desinvestimento do profissional na reorientação da vida desse segmento.

Desse modo, o profissional acreditando que tudo é negativo, que impactos isso gera para a assistência?

Contraditoriamente, o profissional 04 observou a sobrecarga para a família, sobretudo com o bebê, no contexto de avó idosa. Como o crescente

envelhecimento populacional e mudança sociodemográfica da família, tal questão não pode ser subestimada. Efetivamente a carga sobre as avós tem se intensificado. Se o bebê apresenta alguma enfermidade (cardiopatía) que requer cuidados intensivos, vai redundar em mais carga de trabalho para avó, que tipo de suporte ela conta, nesse contexto?

Um outro desafio, é construir o vínculo mãe e bebê, para não sobrecarregar o cuidador familiar. No que a equipe da Maternidade contribui que o familiar cuidador não seja ainda mais penalizado? Pareceu que há muitas atribuições e expectativas lançadas sobre o familiar cuidador, para que se torne um instrumento no cumprimento dos objetivos institucionais, mas, parecem pífias as ações em prol de sua cidadania e proteção social, no sentido inclusive de municiá-lo de informações e estratégias de trabalho. Não houve ênfase nesse familiar como cidadão, como participante das decisões dos rumos assistenciais, como protagonista do processo. É visto como vilão ou carente, mas, pouco como cidadão.

Em meio a tantas dificuldades, pode-se notar como aspectos positivos na vida dos familiares: a diminuição do uso de SPA pelas usuárias ou mesmo a adesão ao tratamento, como consequência da gestação e nascimento do bebê, isto é, a existência de um novo ser possa contribuir para que as mulheres se distanciem ou diminuam do uso nocivo de SPA. Além de ter sido mencionado como positivo, a chegada da criança no âmbito familiar que também pode ser um aspecto negativo, quando esse filho já não é o primeiro e requer o cuidado por parte de familiares.

Entre os aspectos positivos, a redução do consumo ainda ganha destaque no primeiro plano:

Bem, o que eu acho que pode ser positivo para essas famílias, é uma diminuição, se o uso for prejudicial. Talvez aquele nascimento, né, do bebê possa de alguma maneira tornar esse uso menos prejudicial. E particularmente, eu não percebo assim, na maioria dos casos, a família, no caso, não estou falando da gestante. Mas às vezes acontece da família ficar alegre com o nascimento, com a chegada de um novo membro, enfim. Mas quando essa família também já vem de alguma maneira sobrecarregada, essa mulher já tem vários outros filhos né, já é o quinto, já é o sexto, a família, em particular, a avó já é idosa, né. Eu acho que esse é o lado negativo que eu percebo. O peso demais no trabalho pra família que já cuida de outros tantos. (Profissional 01)

Normalmente, a gente não pode nem dizer assim, que se você me perguntar assim, de tudo que tu atendeu, tu viu alguma coisa que a família achou positivo na gestação da usuária? Eu vou dizer que eles

não viram nada positivo, porque o contexto em que elas engravidam é um contexto totalmente conturbado, por isso, eles não vão ver nada de positivo. Que normalmente, elas engravidaram na rua, não sei de onde, não sei quem é o pai, não sei em que situação e não sei o que... E pra eles, isso não tem nada de positivo. A única coisa positiva que tem é, pro familiar na gestação, é, dependendo da formação desses familiares, como eles veem uma gravidez, como é pra eles um filho, aí sim, isso é que vai dizer se é positivo ou negativo. Se a construção dele sobre uma gravidez, sobre ter um filho for, né, que precisa ter todo um contexto, que esse filho se não tiver uma estrutura boa, não vai ser coisa boa; vai ser péssimo, vai ser negativo, impacto negativo da gravidez sobre a família. Agora se eles tiverem outra formação, que um filho pode ser um presente, uma coisa boa, que aquele filho pode se desenvolver bem, ter uma vida saudável e tudo. Vai depender do conteúdo de cada um nessa história. Agora se for analisar de acordo com a situação que foi a gravidez, com certeza eles não vão ver nada de positivo nessa gravidez não. Apesar de, ressalvas, apesar de eu ter observado que embora a família ache que essa gravidez pode não ter nada de positivo, mas eles aceitam, eles querem. A grande maioria quer, quer o bebê, não rejeita, pelo menos é o que eu observo, se acredita ou não que vai ser bom, não sei, mas eles aceitam, acolhem, querem, ne. Até mais às vezes do que a usuária, isso é o que eu tenho observado. Até mais do que a usuária, eles aceitam melhor, às vezes q usuária nem tá muito interessada, mas a família acolhe. [...] Assim, dentro do contexto da gestação é que eles não acreditam que essa mãe vai realmente, conseguir, né, a que eles se comprometem, a ser mãe, como já falei. Mas eles não acreditam que isso vai acontecer, o que ela tá se propondo. Eles aceitam esse bebê, eles aceitam a condição de ter o cuidado e que a mãe tá ali se comprometendo, mas no fundo eles não acreditam que isso vai acontecer. Eu tenho observado que eles não acreditam. (Profissional 02)

O que é positivo é quando uma pessoa chega numa instituição, eu tô falando na gestação, e aquela gestação em si, já toca o coração daquele usuário. E aí quando ele entra em contato com a equipe, né, aquela pessoa se direciona, juntamente com a equipe a um tratamento e já começa uma vida nova, como já houve e eu acredito que sempre vai haver. É pra isso que a gente trabalha, acreditando. Então pra mim, é um ponto positivo sim. Quando a pessoa aceita um tratamento, a gente encaminha e depois a gente tem a notícia que aquela pessoa se reinseriu novamente. (Profissional 03)

O que eu acho que pode ser positivo está assim em relação em saber que ela prestou apoio, que ela pode ajudar aquele familiar dela, quanto o momento, o período da gestação, o período do pós-parto. Ela foi uma pessoa bem assistida, ela foi uma pessoa que ela foi bem acolhida pela família, ela teve toda uma atenção, todo um carinho por parte da família. Então pra mim, isso é um dos pontos positivos. É a aceitação quanto à gestação, quanto ao filho, entendeu? (Profissional 06)

Então, a aceitação da gestação e do bebê é destacado como elemento positivo. Questiona-se, como é percebida e tratada no serviço a família que prefere

encaminhar para a adoção? A família é orientada acerca dessa possibilidade quando não quer? Ou se sente pressionada a querer ficar com o bebê?

Na fala do profissional 01, diante das sobrecargas visualizadas sugerem-se ações para reduzir a carga das cuidadoras, que muitas vezes cuidam da mãe consumidora de SPA e de seus filhos.

Percebeu-se, portanto, que quando a gravidez é planejada no geral, é vista como algo positivo. Mas, como destaca a profissional 02, no contexto de consumo nocivo, no geral, a gravidez é indesejada, o que traz para a própria gestante e familiar cuidador, impasses. Mas, no geral a família está aberta para os membros mais vulneráveis do grupo, acolhendo o novo ser. Nesse contexto, o idealizado para o profissional é que o nascimento do novo ser seja um condicionante ou fator propiciador de reinvenção da vida para as consumidoras. Mas, o foco dos profissionais é para a aceitação da gestação e do bebê, nesse contexto, uma profissional indaga acerca do tratamento dispensado àqueles familiares que preferem a adoção. Como são orientados e se são pressionados a não disponibilizarem para adoção.

Outro aspecto positivo refere-se aos serviços oferecidos a esses familiares e o sentimento existente entre os familiares e as usuárias.

Olha, é, tudo na vida tem um lado positivo e tem um lado negativo. por mais que a situação seja trágica, a gente tem tirar proveito de alguma coisa. Não sei. O que gente poderia tirar de positivo nessa situação: aprendizado, experiência, né, pra tá ajudando o próximo. Às vezes ela tem ali um amigo que tá passando pela situação, às vezes o próprio familiar que tá passando. E às vezes por ela ter passado por aquela situação, né, de não ter agido de uma forma adequada naquela situação, ela já pode tá ajudando outras pessoas a não passar pelo que ela passou. Como experiência, aprendizado pra ajudar o próximo. (Profissional 05)

E de positivo, né, o que que tem de positivo? Eu acho que, por exemplo, aqui na maternidade o que tem de positivo, eu acho que é a implantação dos leitos, né, mais um serviço que é oferecido pra elas, mais próximo, essa orientação. Recebe todas as orientações, acho que isso é positivo. É uma informação, um serviço a mais pra família. E assim, de positivo, eu acho que eu ainda vejo nas famílias, essa vontade mesmo de ajudar, ainda tem. Ainda tem aquela relação de afetividade, tem algumas que não, mas alguns casos a gente percebe aquela relação, aquela necessidade do cuidado, pelo menos com a criança a gente sente mais. Com a criança do que com a própria paciente, porque já sabe que é um bebê que tá precisando de cuidado, embora a situação da mãe. (Profissional 02)

A experiência com o consumo é percebida sob várias nuances, inclusive possibilidade de troca de experiência, “aprendizado para ajudar o próximo”, figurando nas ações de educação em saúde e ajuda mútua, troca entre pessoas que vivenciam situações semelhantes. De outra maneira, a implantação dos leitos da RAPS para o segmento em tela também foi celebrado como algo positivo, apesar dos impasses que o contornam. Será um serviço que segrega, estigmatiza, ou efetivamente traz um cuidado diferenciado? Será que a família é acolhida e recebe “todas as orientações”? A vontade da família em ajudar é saudada, mas, em que medida as expectativas institucionais não a oneram ainda mais, inclusive pelo olhar enviesado? Mas, observa-se pelo registro dos profissionais que a família se volta mais para a criança do que para a usuária, em uma ética de proteger os seres mais frágeis, o que pode ser explicado pelo imaginário social da criança como inocente.

A fala dos familiares também identificou algumas estratégias utilizadas dentro desse contexto, como por exemplo, o direcionar conselhos para as usuárias.

Eu dava conselhos, aí quando eu saía pra trabalhar, quando eu chegava, ela já não estava mais em casa. Ai vinha chegar com três dias. (Familiar 01)

Tipo assim, quando ela começou, que eu soube que tava grávida, eu pedi foi muito pra ela, pára com esse negócio que não vai dar certo isso aí. Duas crianças dela morreram, eu acho que por causa do uso de drogas. Já, nasceram mortos. Eu fiquei com uma preocupação por isso. Eu até falei pra ela isso aí, mas ela é teimosa. E agora apareceu desse jeito ai. Ficar grávida. Moremos juntos, quase um ano juntos, aí se separamos. Por causa da criança também, eu falei pra ela: rapaz, se você quiser deixar essa droga, né a gente cria nosso filho junto, né. Eu falei pra ela. (Familiar 02)

Nesse contexto, a estratégia de oferecer “conselhos” é acionada, mas, sem o conhecimento de que sob as condições do consumo, a perda do senso crítico, ou rebaixamento da atividade reflexiva, fica comprometido, o familiar tem um investimento que, no geral, tende a ser em vão.

Como é observado no segundo depoimento, a preocupação com relação ao consumo nocivo no contexto de gestação tem por foco o risco de perda do feto, até por episódios anteriores, que impediram que a gestação evoluísse. Nesse

contexto, incansavelmente os familiares lançam mão do que têm, conselhos, preocupação, orientação, mesmo que pareça inócuo.

Os profissionais trouxeram como estratégias para transposição destas “o pedir ajuda” que seria tanto no âmbito familiar quando institucional, isso porque as famílias necessitam de uma rede de apoio para a divisão de cuidados e também para conseguirem dar o apoio necessário para as usuárias. Além de precisarem de esclarecimentos/orientações para lidar com a situação.

O que eu acredito que elas poderiam fazer é pedir ajuda. Pedir ajuda e procurar ver dentro ali da proximidade dela, ou outros familiares, ou a família do pai do bebê ou algumas instituições, próximas dela pra tá ajudando à enfrentar essas dificuldades. (Profissional 01)

O que seria bom? Uma rede de apoio pra família. Pra, digamos assim, encorajando, mostrando que há possibilidade ainda, que eles, embora isso tenha acontecido "n" vezes, mas que eles não podem deixar essa paciente, essa puérpera pra lá, porque ainda não conseguiu né. É, digamos, deixar as drogas, deixar a rua, né. (Profissional 02)

Eu acredito que elas [famílias] possam procurar um profissional sim, de referência que entenda o que que é a dependência química, o que que ela causa na pessoa, qual é o comportamento, pra que eles possam entender a pessoa. Porque só porque a pessoa fica impulsivo, só porque a pessoa te agride, mas será se é porque ele usou a droga pra fazer aquilo ali? Ou será se não tem alguma outra doença que desencadeou com junto com a droga? Então, é procurar um profissional de referência, um médico, um psicólogo, uma enfermeira, psiquiatra, pra que ela possa está passando pra ela, falando, né, sobre, abertamente. Porque as pessoas, às vezes, ainda hoje, tem vergonha, porque o filho usa droga, ele tem vergonha de procurar o profissional e dizer que o filho usa droga. E aí já começa por isso. Mas já existe essa equipe sim que pode tirar essa dúvida, pode tá falando até do comportamento da pessoa com determinadas drogas e aí ajuda a pessoa entender que se trata de doença. E quando se trata de doença, tem que ter o tratamento, tem que ter ajuda e dessa forma, as coisas podem se encaixar aos poucos. Mas se as pessoas não procurarem o profissional que entenda, ou uma equipe, vai continuar assim. (Profissional 03)

Parece haver uma simplificação das respostas às necessidades das famílias, por parte dos profissionais, que idealizam soluções. Pedir ajuda! Sim. Não pode ser qualquer ajuda, tem que ser qualificada. O acesso, no geral, é dificultando por desconhecimentos, por regulações, por demandas reprimidas. Seria bom uma rede de apoio a família. A quem compete construir essa rede? Como é o desenho do seu fluxo? Quem coordenará essa rede, inclusive monitorando sua efetividade?

Requerer que a família não deixe essa paciente. Como esclarece Fonseca (2005), às vezes, deixar essa paciente é uma estratégia para proteger o projeto do grupo familiar, do coletivo familiar, pois quando o projeto coletivo parece ameaçado, às vezes é o indivíduo que será penalizado nas estratégias familiares. “Abandonar” o “membro-problema”, figura então, como saída, que se tem mais próxima. Procurar um profissional de referência? Como é feito o trabalho de um técnico de referência? O mais próximo é aqueles da Equipe Saúde da Família. Que ações desenvolvem de prevenção e promoção da saúde mental nos distintos territórios piauiense, voltados para a mulher consumidora de SPA gestante? Os estudos mostram a resistência dessa instância em assumir a saúde mental, o que tem sido feito com muitos esforços. Não há saídas mágicas. As saídas têm que ser construídas em rede, incluindo o usuário e os familiares cuidadores, sem soluções salvacionistas, que as vezes criam mais danos, do que benefícios. A participação social tem que se fomentada, bem como o monitoramento do processo, uma gestão em rede.

Além disso, mencionou-se que as famílias devem persistir no cuidado e na busca por serviços adequados às necessidades das usuárias, e dividir o cuidado com os demais familiares para não sobrecarrega-los, no sentido de requerer apoio, conforme falas abaixo:

Eu acho que tem que ter persistência, como eu disse, elas... Tem os serviços, as vezes, não tem conhecimento. As vezes até tem conhecimento e já, e não, como é que se diz, não teve uma resolutividade com aquela paciente. Porque, muita vezes, não sei, o serviço ou a própria situação em si. Eu acho que de modo geral, as políticas públicas ainda não encontrou uma estratégia, né, de melhor absorver esse grupo, né, de pessoas. Porque os que tem, né, os que existem, não tem conseguido resolver essa situação. Porque existem às vezes vai, frequenta, né, recai, né. E isso eu acho que faz até parte, né, da própria situação, né, do uso da substância psicoativa. Até pessoas, já vi profissionais dizer que não tem cura. A questão do uso das drogas, usou não tem cura, você pode ter o controle. Você pode ter o controle, você ajuda, em Comunidade Terapêutica, CAPS. Aquilo que for de melhor pra ela, que adequar aquela situação. Muitas vezes, alguns criticam as Comunidades Terapêuticas, outros, os CAPS, mas eu acho que tudo é válido. Todas as iniciativas, eu acho que é válido. Cada um é que vai ser adequado pra determinada situação. Uns que não se adequam a uma Comunidade Terapêutica, outros que já não se adequam ao atendimento de CAPS, de atenção psicossocial. Mas eu acho que tudo é válido e com o apoio familiar e com os apoios de autoajuda é muito importante. Os grupos de autoajuda pra tá fortalecendo, pra tá sustentando, pra tá dando força pra essas famílias. E acho que também, muita a questão da prevenção, seria a mais importante, porque a questão das situações

de vulnerabilidades da família que levam muitas vezes a enveredar por esse caminho, da situação das drogas. (Profissional 04)

Eu acho assim que entrar num consenso com toda a família e dividir os horários pra que não possa prejudicar nem um nem o outro. Como é que diz, não só um ajudar, porque fica muito pesado, muito cansativo pra uma só pessoa tá fazendo esse acompanhamento, mas reunir a família e ter um diálogo com a família, e entrar num consenso pra que cada um possa ajudar. (Profissional 06)

Eu acho assim que, não dá nem pra explicar porque eles [famílias] não são acompanhados por psicólogos, pelo menos eu acho que não. Pra ter uma preparação. Por exemplo, eu tenho uma minha irmã que tem transtorno ou é usuária de drogas e engravida, a minha família não vai procurar um psicólogo, pra ter orientação. A própria grávida não vai. A família já vem desestruturada, isso nem passa pela cabeça deles, ir procurar. Muitos deles, como não tem estrutura não sabem nem disso, que tem um CAPS, que tem o Areolino de Abreu, que pode ser que lá que tenha alguém que dê explicação, que dê uma ajuda, que tenha uma pessoa que possa acompanhar os familiares. Eu mesmo pelo menos ainda não ouvi falar, entendeu? Se tem esse tipo de gente que acompanha. Então, eu acho que deveria ter né. Deveriam ser acompanhados pra poder ter uma estrutura pra dar pra grávida ou pra parida por aquele período. Eu acho que deveria ser assim. (Profissional 07)

Como é que eu acho que eles devem lidar? Sempre o apoio. Tanto o apoio psicológico, tá com eles no eles precisar. Porque muitas vezes essas pessoas apesar de tá usuária, ser usuária, de tá na rua, muitos tão na rua, eles são muito frágeis, a maioria são muito frágeis. E se sente muito só. Que a gente vê que tem muitos aí que querem, querem só uma conversa. Tem muitos que querem só conversar. Tem muitos usuários que negam, que não usam essas coisas. E aí o apoio da família em relação a isso, ao que eles precisarem a família tá lá, pra ajudar. Até mesmo pra ficar aqui com eles, porque eles se sentem muito só. Tem muitos que não têm acompanhantes. É obrigado a assistente social ligar, é obrigado procurar pra ver se tem alguém. (Profissional 08)

Efetivamente como avalia o profissional 04 a família está muito desamparada (DELGADO, 2014), as políticas públicas ainda não encontraram uma estratégia, não tem resolutividade, por que persiste fragmentada, setORIZADA por segmento e necessidade, sem recompor a integralidade. Para problemas complexos, soluções igualmente complexas. Mas, alguns profissionais ainda veem a família como desestruturada e ainda como responsáveis pelo desconhecimento que tem.

Faz-se necessário, como visto, ações em vários níveis, tanto macrossociais, no que diz respeito às políticas sociais em geral, quanto no plano micro, das relações familiares, que necessitaria de maior suporte, inclusive para

dividir o ônus do cuidado cotidiano entre vários membros, sem sobrecargas sobre as mulheres, ou o único cuidador. De outra maneira, seria necessário maior qualificação dos profissionais para não culpabilizarem os familiares, nem as negativassem como “famílias desestruturadas” que não procuram ajuda. A culpa e simplificação da questão, somente agrava o problema, sem remeter para soluções. Nesse contexto, há agravamento do sentimento de solidão dos familiares, que tendem a se esquivar da busca do cuidado, quando percebem que são responsabilizados pelas circunstâncias em que se encontram. Ademais, não é um único profissional ou instituição que irá “salvar” a família ou a mulher gestante ou puérpera. Logo, faz-se necessário a recomposição da atenção integral e olhar para a totalidade da situação.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando foi iniciada a pesquisa sobre as repercussões família, produção/provisão de cuidado e Estado, já se tinha certa vivência com o tema, decorrente de experiências anteriores. Saiu-se a procura de uma melhor compreensão da interação entre as referidas instâncias/ categorias, mas se desejava de igual modo, conferir maior visibilidade ao tema, considerando sua relevância no cenário atual, bem como, o fato observado na pesquisa de que o sofrimento e estigmatização a que estão sujeitos familiares cuidadores e as próprias PCTM decorrentes do uso de SPA é fruto entre outras coisas, da falta de debate público mais apurado sobre a questão e ausência de um trabalho efetivamente realizado em rede e intersetorial. Restrito na maioria das vezes as instituições especializadas sejam elas públicas ou não, ao meio acadêmico e aos profissionais que lidam diretamente com esses sujeitos.

A falta de conhecimento e consciência da população em geral sobre os efeitos nocivos do consumo arriscado de SPA como um problema de saúde pública e não apenas de segurança como é comumente retratado pelos meios de comunicação, somados ao fato das políticas públicas não estarem conseguindo, como deveriam articular os agentes econômicos e sociais, numa outra racionalidade assentada nos direitos da pessoa humana, tem contribuído sobremaneira para o agravamento da questão.

Procurou-se ir além de uma análise sistemática de algum ponto específico, privilegiando a ideia de captar as inter-relações processuais no que se refere as repercussões sociais para os familiares do uso nocivo de substância psicoativa atrelado a geração de um filho. Mesmo considerados os esforços de profissionais, famílias cuidadoras e da própria usuária, este campo de estudo demanda uma continuidade e um diálogo entre diversos campos de conhecimento, afim de que se entenda cada vez mais profundamente sobre os rumos, ora aparentemente positivos, que a organização em torno dos direitos da PCTM de modo geral e no caso específico deste trabalho, de suas famílias cujos transtornos sobretudo estão vinculados ao uso de SPA.

É fato que os avanços na área são notórios, haja vista o enfoque da política na estratégia de redução de danos, adotado em meados da década de 2000, pela Política Brasileira de Álcool e outras Drogas, que foi inicialmente influenciada

pelas convenções internacionais assumindo um viés proibicionista, baseado na repressão ao tráfico e no uso de SPA consideradas “ilícitas”. A redução de danos tem como proposta priorizar ações que visam minimizar os danos e riscos biopsicossociais ocasionados pelo consumo de SPA, de modo a tentar promover a defesa da vida a reinventando.

A Reforma Psiquiátrica marca esse percurso histórico da construção e reconhecimento da cidadania da PCTM, incluindo aqui as pessoas que fazem uso de SPA, moldando um dos avanços fundamentais para a mudança no modelo assistencial rumo ao cuidar em liberdade e na comunidade, assegurando os direitos civis.

Embora ainda estejam em processo de implantação, na realidade piauiense os serviços orientados pelo ideário reformista passam por várias dificuldades, por estarem muito imbricados ao antigo modelo assistencial, o hospitalocêntrico, e serem em número insuficiente e de abrangência estadual e até interestadual.

No Piauí, o *boom* do processo reformista ocorreu em 2005, com o primeiro Plano Estadual de Saúde Mental orientado pelos princípios da reforma psiquiátrica. Vale lembrar que as Unidades de Internação Psiquiátrica em Hospitais Gerais do Estado surgiram em Teresina, em virtude do fechamento do Sanatório Meduna, instituição privada que possuía a maioria de seus leitos credenciados ao Sistema Único de Saúde (SUS); e por conseguinte, da necessidade de remanejamento deste público para outro serviço (MATOS, 2014).

Com esse avanço, sob a égide do cuidado comunitário da PCTM acometido pelo consumo nocivo/arriscado de SPA, observa-se que novas demandas são colocadas para as famílias, que eram tidas pelo modelo manicomial como uma mera visita e recurso eventual ao seu familiar enfermo.

As famílias passam a ganhar uma diversidade complexa no cerne do processo, sendo consideradas protagonistas e principais parceiras dos serviços no provimento do cuidado à PCTM acometido pelo consumo nocivo/arriscado de SPA, visto desse modo com relevância. Além de ser requisitada no modelo comunitário e construtor de cidadania da PCTM como principal elo de reconstrução de estímulos sociais e permanência nos espaços públicos das diferentes políticas públicas.

As famílias são tidas como referências principais, dentre outros, pela proximidade e por conhecer as reais necessidades do seu ente acometido pelo

transtorno mental. E, também, porque são os principais elos entre o Estado e a sociedade para a PCTM acometida pelo consumo nocivo/arriscado de SPA. Entretanto, ainda é muito precária a atuação do Estado com as famílias, através dos serviços ofertados frente aos novos papéis direcionados aos familiares, que se sentem no geral, impotentes no lidar com a situação a que são inseridos, bem como estão, por muitas vezes, envoltos por outras fragilidades resultantes do surgimento do transtorno mental e pelas vulnerabilidades de seu contexto de vida e conjuntura social, pois ao transtorno mental comumente se associam a pobreza, o analfabetismo, a violência, dentre outras (ROSA, 2003).

Para os familiares das PCTM são direcionadas novas exigências e um maior comprometimento no provimento do cuidado doméstico e “comunitário”, sem que o Estado lhes ofereça suporte necessário para tanto, o que muito recentemente tem ganhado visibilidade no cerne da Reforma Psiquiátrica, requisitando do Estado apoio e fortalecimento das famílias neste novo papel assumido por esta instituição, na forma de investimentos em educação, em saúde, ampliação do protagonismo/controle social, ações de combate ao estigma comunitário, ausência que enseja o risco de desresponsabilização estatal na assistência e na garantia de proteção.

Esses aspectos estão intimamente influenciados pelas transformações advindas dos pressupostos neoliberais que têm se firmado no recuo da atuação do Estado na intervenção social contribuindo significativamente para o aumento das desigualdades e o acirramento da pobreza, o que reflete diretamente na principal instituição organizativa da vida social: a família, e no próprio processo reformista que pode ser apropriado por outras forças sociais, conservadoras, que podem reduzir o cuidado comunitário, postulado pela reforma psiquiátrica em cuidado familiar.

Tais implicações perversas são decorrentes diretamente do modelo capitalista orientador da organização da sociedade em geral visto que sua lógica de mercado intensifica-se a partir dos anos 90 e invade a vida coletiva e privada transformando bens e serviços imprescindíveis para reprodução familiar em mercadorias e contribuindo para a tendência de desresponsabilização do Estado e mercadorização dos direitos sociais.

Na visão dos profissionais do serviço foi visualizado, por vezes, o questionamento quanto a funcionalidade da atuação familiar no provimento de cuidado, considerando que eles têm papel fundamental no apoio da usuária e de seu

RN. Não sendo discutido as razões do não querer ter essas atribuições, quando o familiar não se disponibiliza. É portanto necessário considerar que, não é uma problemática esperada por eles, que no geral, sentem-se culpadas e sobrecarregadas, refletido na descrença de melhora de vida diante das tão presentes recaídas, que desestimulam esses sujeitos a persistirem no caminho que vai contra o padrão danoso de consumo de seu ente. De vítimas também podem ser visualizadas como “vilãs”, duplicidade de concepções que congelam a realidade, sem destacar sua complexidade e outras possibilidades, inclusive de análise.

No geral, houve bastante avanço na política pública brasileira de álcool e outras drogas, principalmente progressos quanto a compreender essa questão como de saúde pública e não mais enquanto questão mera e exclusivamente de polícia. A atenção à saúde de pessoas que fazem uso nocivo/arriscado de SPA encontra -se bem delineada com a concepção de atenção comunitária, firmada na redução de danos, mas ainda constitui-se em um grande desafio, principalmente quanto a atenção as famílias.

Com base nas análises realizadas ao longo do trabalho procurou-se responder algumas das questões que o nortearam, a saber:

Quais as repercussões sociais vivenciadas por esses familiares no que concerne ao uso nocivo de SPA por gestantes ou puérperas que são atendidas na MDER? No geral, os familiares terão suas vidas reorganizadas e centradas no cuidado para as gestantes ou puérperas e seus filhos, afetando, portanto, sua dinâmica de vida e seus projetos pessoais. Os familiares são convocados a ser acompanhantes e cuidadores tanto da puérpera quanto de seu filho, havendo toda uma idealização do perfil do cuidador, e de como deveria prover o cuidado

Uma outra repercussão remete às dimensões subjetivas. Ainda percebe-se que os familiares estão envoltos de um misto de sentimentos, destacando a impotência e vergonha diante de um contexto que foge da “normalidade social”. Foi visualizado que a naturalização do cuidado por parte, principalmente do serviço, penaliza esses familiares no sentido de direcionarem a obrigação desse acompanhamento por parte destes, sem considerar os vieses que perpassam e ocasionam o exaurimento do cuidado.

Com relação ao perfil sociodemográfico dos familiares cuidadores e consumidora de SPA, considerando as dimensões de classe social, gênero e etnia? As mulheres entrevistadas localizam-se na faixa etária entre 24 e 27 anos, estando

em situação de União Estável, não estudam e tem mais de um filho, sendo que um ou mais deles não residem com ela, estando sob os cuidados de familiares. O consumo de SPA iniciou entre 17 e 24 anos, tornando-se nocivo e dependente, conforme afirmaram as usuárias. Relataram ter o desejo de afastar-se da substância com novos projetos de vida com o nascimento recente do último filho, contando com o apoio dos familiares nesse contexto. No que se refere ao perfil dos familiares entrevistados, estes eram do sexo masculino, demonstrando a presença do acompanhante sendo o pai do recém-nascido. Possuíam ocupações que exigem pouca qualificação, nível de escolaridade, ensino médio e fundamental. Com a mulher consumidora de SPA, observa-se deslocamento dos homens, que passam a participar intensamente do trabalho doméstico, quanto em relação à casa, quanto ao cuidado dos filhos.

Qual o espaço ocupado pela substância, gestação/puerpério e recém-nascido na vida da família? Para os profissionais a questão do uso de SPA, por si só é complexo, e isso é intensificado quando existe um novo ser nesse contexto. O peso da primeira gestação é diferenciado quando refere-se as demais gestações, pois os familiares tendem a aceitar e disponibilizar-se a direcionar cuidados ao primeiro filho, o que pouco acontece com os demais, mostrando o sinal de exaustão e sobrecarga no cuidado, e por vezes, desistindo ou desacreditando na transformação e desejo de mudança por parte das usuárias. Os familiares têm suas vidas marcadas por sentimentos que variam entre a impotência na produção de cuidado no cenário eivado pelo estigma e reações como a vergonha e ficam desacreditados, principalmente por conta das constantes recaídas. Além do mais, as famílias têm suas atribuições direcionadas ao apoio, no sentido de incentivá-los a modificar a condição em que se encontram, ou seja, do ciclo vital do consumo de SPA, aproveitando os momentos da geração de filho como oportunidade de transformação de suas vidas. Para os profissionais, as atribuições das famílias são caracterizadas como instrumentais, voltados mais para os objetivos institucionais, no sentido de direcionar cuidados para a usuária e seus filhos, além de auxiliar os serviços na execução de suas ações.

Quais as dificuldades vivenciadas pelos familiares cuidadores diante do contexto de uso nocivo de SPA por suas familiares gestantes ou puérperas? As principais dificuldades dos familiares estão direcionadas para a sua reorganização de vida para dar conta dos cuidados tanto da usuária quanto de seu filho, o que vai

impactar profissionalmente, em sua vida pessoal, social e financeira. Mencionou-se também como fator dificultador o não saber lidar com a situação e a dificuldade em conseguirem direcionar as usuárias para o pré-natal ou para outra assistência.

A precariedade e desarticulação de rede socioassistencial, que não conta com um fluxo estabelecido, nem monitoramento do processo. Também foi sinalizado como dificultador, impedindo a atenção integral e ação intersetorial. Nesse contexto, a produção do cuidado é pontual, atendendo essa gestante e puérpera em momentos episódios e descontinuamente.

Quais as estratégias construídas pela família/familiar cuidador face às necessidades postas? As estratégias usadas pelos familiares estão no oferecimento de conselhos e apoio as usuárias. Ainda foi reforçado a necessidade destes familiares solicitaram auxílio para os serviços na divisão de cuidados com suas usuárias e recém-nascido. Mas, a preocupação e sentimentos negativos com ansiedade, impotência, é algo que paralisa os familiares, que acionam como estratégias o apoio da rede primária, tanto para cuidar da gestante quanto de seu bebê. Buscam ainda pela laqueadura, para controle de natalidade.

Qual o suporte que as políticas públicas oferecem aos familiares cuidadores? Na visão dos familiares, estes estão majoritariamente desassistidos pelos serviços públicos, o que é demonstrado pelo desconhecimento dos serviços existentes na rede, assim como pelo acionamento quase que exclusivo da rede primária, informal. Isto reflete na sobrecarga da rede primária de proteção social, prioritariamente o seio familiar e a comunidade. Na fala dos profissionais, há o conhecimento quanto a existência de serviços públicos, no entanto, mostram a fragilidade que existe na condução efetiva das ações nas instituições e consequentemente no funcionamento da rede.

No geral, percebeu-se que ainda há o reforço da naturalização do cuidado por parte da família ficando majoritariamente a proteção/ cuidado como encargo pessoal da família e não uma questão política. O que reforça ações familista em que a família é responsabilizada e tratada como a principal fonte de proteção social e cuidado. Acredita-se que a família é parte fundamental no tratamento, pois é uma espécie de termômetro em relação a evolução e acompanhamento das usuárias e RNs, no entanto, entende-se como necessário munir os familiares de todas as informações sobre os rumos do tratamento e do próprio consumo para que eles possam lidar com as possíveis dificuldades que surjam neste processo, ir além do

olhar dos cuidadores, sentimentos, redirecionar as sobrecargas e assegurar investimentos públicos para criar equipamentos, tornando-os acessíveis, tais como creches, restaurantes populares, lavanderias. Nesse contexto, fomentar espaços de controle social, exercício do protagonismo das usuárias e familiares pois, um cuidado complexo como esse não pode ser produzido para mas, COM.

O engajamento da família na construção de qualquer resposta é um forte indício de acerto, pois efetivamente estará na atenção real e efetiva das necessidades sociais e familiares.

REFERÊNCIAS

ALVES, Tahiana Meneses . *A diversidade dos usos de substâncias psicoativas por mulheres em Parnaíba-PI a partir de suas histórias de vida: uma perspectiva de gênero*. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Piauí, UFPI, Centro de Ciências Humanas e Letras – CCHL, 2015.

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

_____. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2007.

ANTUNES, Ricardo. *Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. São Paulo: Cortez, Ed. UNICAMP, 2003.

ARAÚJO, Anne Jacob de Souza. *Vulnerabilidades de gestantes envolvidas com álcool e outras drogas*. 2014. 89f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

BADINTER, Elizabeth. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Trad. Waltensir Dutra. 5 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BALTAZAR, D. V. S. *Crenças religiosas no contexto dos projetos terapêuticos em saúde mental: impasse ou possibilidade? Um estudo sobre a recorrência às crenças religiosas pelos pacientes psiquiátricos e os efeitos na condução do tratamento pelos profissionais de saúde mental*. 2003, 138p. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.

BANDEIRA, M. *Escala de avaliação da sobrecarga dos familiares (FBIS-BR)*. Disponível em: http://www.ufsj.edu.br/lapsam/sobrecarga_familiar.php Acesso em 10 de dezembro de 2013.

BANDEIRA, Marina; CALZAVARA, Maria Gláucia Pires; VARELLA, André Augusto Borges. Escala de sobrecarga dos familiares de pacientes psiquiátricos: adaptação transcultural para o BRASIL (FBIS-BR). *J. Bras. Psiquiatr* 54(3): 206-214, 2005.

BARATA, R.B. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BARSTED, Leila L. *Violência contra a mulher e cidadania: uma avaliação das políticas públicas*. Rio de Janeiro: Cepia – Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação, Ação, 1994.

BASTOS, F. I. ; BERTONI, Neilane.(orgs). *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014. 224p. Disponível em:

<http://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Pesquisa%20Nacional%20sobre%20o%20Uso%20de%20Crack.pdf>

BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BOLETIM. *Projeto Análise de Políticas no Brasil (2013- 2017)*. Observatório de Análise Política em Saúde e Centro de Documentação Virtual. Ano 4. Ed. 15. Jan/ fev.2018. Disponível em: < <https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletim/edicao/15/>> Acesso em: 06 de set. 2018.

BOTEGA, N.J.; DALGALARRONDO, P. *Saúde mental no hospital Geral*. São Paulo: Hucitec, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.*

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política de atenção integral à saúde da mulher. princípios e diretrizes da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Portaria 2.197/GM de 14 de outubro de 2004c.*

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Lei n10. 216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

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

_____ Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____ Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social NOB/SUAS*. Brasília, 2005a.

_____ Ministério da Justiça. Secretaria Executiva. Coordenação de Segurança Nacional. *A Política Nacional sobre Drogas*. Brasília: Ministério da Justiça, 2005b.

_____ Secretaria Estadual de Saúde. *Portaria Nº 1.612/GM de 9 de Setembro de 2005c.*

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Guia prático do cuidador / Ministério*

da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Políticas Públicas para as mulheres*. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2012/politicas_publicas_mulheres>. Acesso em: 11 mar. 2018.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Legislação e políticas sobre drogas no Brasil*. Brasília: Ministério da Justiça, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Saúde no SUS: as novas fronteiras d Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco*. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Revista Brasília – DF, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS*. Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução Nº 32, de 14 de dezembro de 2017. *Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. *Revista Argumento*, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

BRUSCHINI, C. Teoria crítica da família. In: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. de A. (orgs.). *Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento*. São Paulo: Cortez, 1993. p. 49-79.

_____. Uma abordagem sociológica da família. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 6 (01), 1989. p. 1-23.

CAMPOS, Pedro Humberto Faria; SOARES, Calene, Borges. Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços de saúde mental. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 11, n. 18, p. 219-237, dez. 2005.

CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CASTEL, R. (2005). *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis, RJ, Vozes.

CECAGNO, S.; SOUZA, M. D.; JARDIM, V. M. R. Compreendendo o contexto familiar no processo saúde-doença. *Acta Sci., Health Sci.* Maringá, v. 6, n. 1, 2004. p. 107- 112.

CHIZZOTTI, Antônio. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

COHEN, E.; ROLANDO, F. *Avaliação de projetos sociais*. Petrópolis: Vozes, 1993.

CONAD. *Resolução CONAD Nº 1, DE 9 DE MARÇO DE 2018*. Disponível em: <<http://www.bsgestaopublica.com.br/index.php/resolucaconad1>> . Acesso em: 06 set. 2018.

CONNELL, R; PEARSE, R. *Gênero: uma perspectiva global. Compreendendo o gênero – da esfera pessoal à política – no mundo contemporâneo*. São Paulo: Versos, 2015.

CRUZ, Marcelo Santos. Redução de danos: prevenção e assistência. In: Ministério da Justiça (BR). Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). *Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias*. 43 ed. Brasília, 2010. p. 175- 192.

CUNHA, Juciara de Lima Linhares; Silva, Lidianie Maria Guedes da. *Plano de Estágio I Maternidade Dona Evangelina Rosa*. Universidade Federal do Piauí. 2010.

DAMATTA, Roberto. *A casa e a rua: espaço cidadania, mulher e morte no Brasil*. 5 ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

DELGADO, Pedro Gabriel. Sobrecarga do cuidado, solidariedade e estratégia de lida na experiência de familiares de Centros de Atenção Psicossocial. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 24 [4]. 2014. p. 1103-1126.

DIAS, Maria Berenice. *Manual de direito das famílias*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2007.

DRAIBE, Sônia Miriam. *O Welfare State no Brasil: características e perspectivas*. Caderno de pesquisa, nº8. NEPP/UNICAMP, 1993.

FERREIRA, Rosário de Maria Costa; CRUS, José Ferreira da; MATIAS, Mariana Lopez. *Manual sobre perspectivas para o trabalho integrado com a questão do crack e outras drogas*. Departamento de Gestão do SUAS/SNAS/MDS, 2012.

FIORE, Maurício. *O lugar do estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas*. Novos estudos. São Paulo, CEABRAP 92, março de 2012. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002012000100002 Acesso em: 6 de fevereiro de 2014.

FONSECA, Claudia. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. *Saúde e Sociedade*. V14. N.2,p.50-59. Mai-ago 2005.

GAMA, A.S. *Trabalho, família e gênero: impactos dos direitos do trabalho e da educação infantil*. São Paulo: Cortez, 2012.

GELINSKI, Carmen Rosario Ortiz G. ; MOSER, L. . Mudanças nas famílias brasileiras e a proteção desenhada nas políticas sociais. In: MIOTO, Regina Célia Tamaso; CAMPOS, Marta Silva; CARLOTO, Cássia Maria. (Org.). *Familismo, direitos e cidadania: contradições da política social*. São Paulo: Cortez, 2015. p. 125-145.

GIDDENS, Anthony. *Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004.

GIL, Antônio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

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

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. de Souza (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 21ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. p. 67-81.

GONSALVES, Elisa Pereira. *Conversas sobre iniciação à pesquisa científica*. São Paulo: Alínea, 2007.

GUIMARÃES, Thais de Andrade Alves. *Fatores de vulnerabilidade e proteção envolvidos na trajetória de mulheres usuárias de crack*. 2016. 58fl. Dissertação (Mestrado Profissional em Prevenção e Assistência a Usuários de álcool e outras drogas). - Universidade Federal Do Rio Grande do Sul – UFRGS, Porto Alegre, 2016.

HABERMAS, Jurgen. *Mudança estrutural da esfera pública: investigações quanto a uma categoria da sociedade burguesa*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

HOUAISS, Antônio. *Pequeno dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Moderna, 2015.

JÚNIOR, Dagoberto Ferreira de Carvalho; GUIMARÃES, Humberto Soares. *A obstetrícia no Piauí: Subsídios para sua história*. Recife: Apipucos, 1989.

KOENING, H. G. Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. *Revista Psiquiatria Clínica* [online]. 2007, vol.34, suppl.1, PP. 95-104. ISSN 0101-6083. doi: 10.1590/S0101-60832007000700013.

KORIM, Daniel. *Novas perspectivas de gênero em saúde Adolesc. Latinoam*. v. 2 n.2 Porto Alegre. mar. 2010.

LABATE, B. C. (et al). *Drogas e cultura: novas perspectivas*. EDUFBA: Salvador, 2008.

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

LEMES, C. Walter Oliveira. *Sobre a “nova” política de saúde mental*: “Houve manobras parecidas às usadas para comprar votos no Congresso”. Viomundo, São Paulo, 15 fev. 2018. Disponível em: <www.viomundo.com.br/denuncias/walter-oliveira-denuncia-mudancas-na-politica-de-saude-mental-manobras-parecidas-as-usadas-para-comprar-votos-no-congresso.html>. Acesso em: 06 set. 2018.

MAIA, A. R.; VAGHETTI, H. H. O cuidado humano revelado como acontecimento histórico e filosófico. In: SOUSA, F. G. M.; KOERICH, M. S. (Org.). *Cuidar - cuidado: reflexões contemporâneas*. Florianópolis: Papa-Livro, 2008. p. 15-33.

MARANHÃO, Laisla Shirley Rodrigues. *A inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho no contexto teresinense: avanços e desafios*. 2018. 141f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) –Universidade Federal do Piauí, 2018.

MARCONDES, Mariana Mazzini; DINIZ, Ana Paula Rodrigues; FARAH, Marta Ferreira Santos. Transversalidade de gênero: uma análise sobre os significados mobilizados na estruturação da política para mulheres no Brasil *Rev. Serv. Público*. Brasília 69 (2) 35-61 abr/jun 2018

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. *Metodologia científica*. São Paulo: Atlas, 2006.

MARLLATT, G. A. *Redução de danos: estratégias para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: Artmed; 1999.

MATOS, J. K. V, C. de. *A atenção humanizada em saúde mental em hospitais de Teresina*. Monografia (Graduação em Serviço Social) – UFPI, Teresina. 2014.

MAYER, Rose T. R (et al). *Diminuir para somar: ajudar a reduzir danos é aumentar as possibilidades de cuidado aos usuários de drogas*. Cartilha de Redução de danos para agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: Viva comunidade, 2010. MDER. *Regimento interno da Maternidade Dona Evangelina Rosa* (MDER). 2017

MEDEIROS, Katrucky Tenório (et al). *Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de usuários*. *Psicol. estud.* vol.18 no.2 Maringá Apr./June 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722013000200008>. Acesso em: 10 fev. 2014.

MELMAN, Jonas. *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras, 2001.

MELLO, Marli Duarte de. *Educação das Relações de Gênero e Sexualidade: pressupostos de uma práxis com as/os professoras/professores do Colégio Estadual Rui Barbosa*. Cadernos PDE. 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

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

MIOTO, Regina Célia Tamasso. A família como referência nas políticas públicas: dilemas e tendências. In: TRAD, L. A. B. (org.). *Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010, p. 51 – 66.

MORAES, Leila Memória Paiva; BRAGA, Violante Augusta Batista Braga; SOUZA, Ângela Maria Alves; ORIÁ, Mônica Oliveira Batista Oriá. *Expressão da codependência em familiares de dependentes Químicos*. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/160>, acessado em 10/02/2018.

MOTA, Daniela Cristina Belchior. RONZANI, Telmo Mota. Implementação de políticas públicas brasileiras para usuários de álcool e outras drogas. P. 295-324. In: RONZANI, T. (Org.). *Ações integradas sobre Drogas: prevenção, abordagens e políticas públicas*. Juiz de Fora: Editora EFJF, 2013.

MOVIMENTO NACIONAL DE LUTA ANTIMANICOMIAL. *Nota de Repúdio contra o desmonte da Política de Saúde Mental*. [S.l.], 11 dez. 2017. Disponível em:< http://www.cressrj.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/NOTA_DE_REPUDIO_CONTRA_O_DESMONTE_DA_SA%C3%9ADE_MENTAL_MNLA.pdf> . Acesso em: 06 set. 2018.

NEDER, Gizlene. Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil. In: KALOUSTIAN, Sílvio Manoug (org.). *Família brasileira: a base de tudo*. 9ed. São Paulo: Cortez, Brasília, DF: UNICEF, 2010. p. 26-46.

NETO, Otávio Cruz. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. de Souza (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 21ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. p. 51-66.

NETTO, José Paulo. Introdução ao método da teoria social. In: *Serviço social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ ABEPSS, 2009. p. 667-700.

NICASTRI, Sérgio. Drogas: classificação e efeitos no organismo. In: Ministério da Justiça (BR). Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). *Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias*. 43 ed. Brasília, 2010. p. 15-36.

NOVELLINO, M. S. *Chefia feminina de domicílios como indicador da feminilização da pobreza e políticas para mulheres pobres*. ABEP – textos para discussão, 2005.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de; MARTINHAGO, Fernanda; MORAES, Ramona Sant Ana Maggi de. *Entendendo o processo da reforma psiquiátrica: a construção da rede de atenção à saúde mental*. Florianópolis: ABRASME/UFSC, 2009.

OLIEVENSTEIN, C. *A clínica do toxicômano: A falta da falta*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1990.

PAYÁ, R; FLIGLIE, N. B. Abordagem familiar em dependência química. p. 339-358. In: FLIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. *Aconselhamento em dependência química*. São Paulo: Roca, 2004.

PEDROSA, Claudio Henrique. *Cuidar? Sim; Olhar de gênero? Não*. Os sentidos do cuidado no Caps em documentos técnicos do Ministério da Saúde. São Paulo, SP. 2006. Dissertação. (Mestrado em Psicologia Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC-SP, 2006.

PEREIRA, Mayara Carneiro Alves. *Masculinidades na produção do cuidado de consumidores de álcool e outras drogas: estudo de caso em um CAPS AD*. 2018. 200 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas)– Universidade Federal do Piauí, 2018

PEREIRA, P. A.P. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C. de.; LEAL, M. C. (org). *Política Social, família e juventude: uma questão de direitos*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010, p. 25 – 42.

_____. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In: BOSCHETTI, I. ET AL (orgs.). *Política social no capitalismo: tendências contemporâneas*. São Paulo: Cortez, 2008, p. 87-108.

PINTO, Giselle. *Mulheres no Brasil: esboço analítico de um plano de políticas públicas para mulheres*. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, XIV, 2006, Caxambú - MG: ABEP, 2006.

RODRIGUES, Márcia Fernanda Arrais; SOUSA, Rafaela Santiago. *Plano de Estágio I Maternidade Dona Evangelina Rosa*. Universidade Federal do Piauí. 2010.

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

_____. Provisão de cuidado doméstico à pessoa com transtorno mental: a questão de gênero em evidência. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão. *Abordagens psicossociais*, Volume II: perspectivas para o serviço social. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2009. P.183-205.

_____. Ganhos da ação em rede a partir das associações de familiares na saúde mental. In: MARCO JOSÉ DE OLIVEIRA DUARTE; RACHEL GOUVEIA PASSOS; TATHIANA MEYRE DA SILVA GOMES.

(Org.). *Serviço Social, Saúde Mental E Drogas*. Campinas: PAPEL SOCIAL, 2017, v. 1, p. 141-159.

_____. *Classes sociais, gênero e etnias na saúde mental*. Teresina: EDUFPI, 2015.

ROSA, L.C.S.; LIMA, R.C.C. Relação família e usuário de álcool e outras drogas na Rede de Atenção Psicossocial. In. UFSC/Universidade Aberta do SUS - UNASUS. *Álcool e outras drogas – da coerção à coesão*. Módulo: recursos e estratégias do cuidado. Florianópolis: UFSC, 2014.

ROSA; Lucia C. dos S.; ALVES, Tahiana Meneses. “E QUANDO SÃO ELAS? INTERFACES ENTRE SAÚDE MENTAL, SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E GÊNERO: Observações preliminares sobre a condição de mulheres diagnosticadas com o Transtorno Mental devido ao uso de substância psicoativa. IN: *Gênero: Núcleo Transdisciplinar de Estudos de Gênero – NUTEC do Programa de Estudos Pós- Graduação em Política Social*. Niterói: Editora da UFF, 2014. v. 13, n. 2. p. 109-125.

ROCHA BRASIL, Valéria. Família e drogadição. In: CERVENY, Ceneide Maria de Oliveira (org.). *Família e... Comunicação, divórcio, mudança, resiliência, deficiência, lei, bioética, doença, religião e drogradição*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.p. 187-208.

ROCHA, F. L. Depressão puerperal. *Revista ABP – APAL*. São Paulo, v. 11, p. 165-174, 1989.

ROTELLI, F. et al. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.

SAFFIOTI, H. I. B. *O poder do macho*. São Paulo: Moderna, 1987

SALES, L. C. L. de. *A importância do cuidado da família com o portador de transtorno mental: um estudo no CAPS II Leste de Teresina*. Trabalho de Conclusão de Curso, ICF. Teresina, 2010.

SANTOS, Jessica Adrielle Teixeira; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de. *Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico*. J Nurs Health, Pelotas (RS), 2012 jan/ jun.

SANTOS, Wanderley G. dos. (1979). *Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira*. Editora Campos, Rio de Janeiro.

SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro (RJ): Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 2001.

SARTI, C. *A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres*. Ed. Autores Associados, Campinas, 1996.

SCOTT, Joana W. Usos e abusos do gênero. *Projeto História*, São Paulo, n. 45, pp. 327-351, Dez. 2012.

_____. *Gênero: uma categoria útil de análise histórica*. Educação e Realidade, p. 71–99, jul./dez. 1995.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PIAUÍ. *Maternidade Evangelina Rosa*. Disponível em: www.saude.pi.gov.br/paginas/33-maternidade-evangelina-rosa. Acesso em 06 de outubro de 2018.

SESAPI. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PIAUÍ. Gerência de Saúde Mental. *Projeto Técnico Do Serviço Hospitalar De Referência Para Atenção A Pessoas Com Sofrimento Ou Transtorno Mental E Com Necessidades De Saúde Decorrentes Do Uso De Alcool, Crack E Outros Drogas*. 2017.

SILVA, Nayra Danyelle Batista da. *“Se precisar, eu faço”*: o provimento de cuidado doméstico às pessoas com transtornos mentais para além do gênero. 2015. 73f. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Centro de Ciências Humanas e Letras, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2015.

SILVA, Ellayne Karoline Bezerra da; ROSA, Lucia Cristina dos. *Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado?* Revista Katálysis, Florianópolis, v. 17, n. 2, 2014.

SILVA, Mara Regina Santos. Convivendo com o alcoolismo na família. P271-292. In: ELSEN, I.; MARCON, S.S.; SANTOS, M.R. *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. Maringá: EDUEM, 2002.

SILVA, Mayana de Souza Gomes da. *Atenção à gestantes e puérperas usuárias de crack e outras drogas: Desafios para a prática do assistente social* Nome do proponente. CBAS, 2016

SILVEIRA, D.X. Dependências: de que estamos falando, afinal? P.1-20. In: SILVEIRA FILHO, D.X; GORGULHO, M. *Dependência: compreensão e assistência às toxicomanias (uma experiência do PROAD)*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

SOARES, Vera. Políticas públicas para igualdade: papel do Estado e diretrizes. In: GODINHO, Tatau; SILVEIRA, Maria Lúcia (orgs.). *Políticas públicas e igualdade de gênero*. São Paulo: Coordenadoria Especial da Mulher, 2004.

SOUZA, V.F. *Depressão no ciclo gravídico-puerperal de mulheres atendidas em um ambulatório de hospital geral*. Ribeirão Preto, 2008.

SPOSATI, A. de O. et al. *Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras: uma questão em análise*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1985.

TEIXEIRA, Solange Maria. *A família na política de assistência social: concepções e as tendências do trabalho social com famílias nos CRAS de Teresina*. Teresina: EDUFPI, 2013.

TOBAR, Federico; YALOUR, Margot Romano. *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TRAD, Sérgio do Nascimento Silva. *A trajetória da prevenção às drogas no Brasil: do proibicionismo à redução de danos e seus reflexos nas políticas locais*. Tese de Doutorado. Universitat Rovira I Virgili. Tarragona, 2010.

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

VELOSO, Lorena U.P.; CARLOS, Karolyna P. T. A nova política de saúde mental no Estado do Piauí: mudanças e perspectivas. IN: ROSA, Lúcia Cristina dos Santos; Guimarães, Lucas Dannilo Aragão; CARVALHO, Marta Evelin Bona de (orgs.). *Cenários de práticas em saúde mental: a atenção psicossocial no Piauí*. Teresina: EDUFPI, 2009.

VELOSO, Lorena Uchoa Portela. *Uso de álcool por adolescentes grávidas: prevalência e fatores associados*. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Piauí, 2011.

ZALUAR, A. (Org.) *Violência e educação*. São Paulo: Cortez, 1992.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do estudo: Impacto social para os familiares do consumo nocivo de substâncias psicoativas por gestantes ou puérperas.

Pesquisadoras responsáveis: Ellayne Karoline Bezerra da Silva/Profa. Dra. Lucia Cristina dos Santos Rosa.

Instituição/Departamento: Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas/ UFPI

Telefone para contato: (086) 3215-5808

Local da coleta de dados: Maternidade Dona Evangelina Rosa - Piauí

Prezado (a) Senhor (a):

• Você está sendo convidado (a) a responder às perguntas desta entrevista de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder às perguntas, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. A pesquisadora responderá todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Objetivo do estudo: Analisar os impactos sociais para os/ as familiares das necessidades relacionadas ao cuidado/proteção social das gestantes ou puérperas que fazem uso nocivo de substâncias psicoativas (SPA) atendidas pela Maternidade Dona Evangelina Rosa – MDER em Teresina-Piauí.

Benefícios: Ao participar dessa pesquisa o/a senhor(a) estará contribuindo para que possamos conhecer melhor as necessidades dos familiares cuidadores que precisam cuidar/proteger as gestantes e puérperas que tem transtorno mental decorrente do consumo de drogas.

Riscos: As perguntas poderão provocar no(a) senhor(a) alguma emoção, podendo levar a alguma tristeza e até choro, mas todo o cuidado será tomado para evitar sua exposição ou qualquer constrangimento.

Sigilo: As informações fornecidas pelo (a) senhor (a) será utilizada exclusivamente para fins de pesquisa. Seu nome e de seus familiares não aparecerão em nenhum momento, quando os resultados desta pesquisa forem divulgados.

Autorizo a gravação da entrevista: () sim () não

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, sendo que uma ficará com o pesquisador e a outra com o participante.

Teresina, _____ de _____ de 2018.

Assinatura do participante do estudo

Nº Identidade do participante do estudo

Assinatura da pesquisadora
CPF da Pesquisadora

Assinatura da pesquisadora
CPF da Pesquisadora

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa- CEP – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, Bairro Ininga, Teresina/PI, Pró-Reitoria de Pesquisa – PROPESQ, CEP: 64.049-550, Telefone: (086) 3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br

APÊNDICE B – Termo de Confidencialidade

Título do projeto: “IMPACTO SOCIAL PARA OS FAMILIARES DO CONSUMO NOCIVO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS POR GESTANTES OU PUÉRPERAS”

Pesquisador responsável: Ellayne Karoline Bezerra da Silva

Instituição/Departamento: Coordenação do Doutorado em Políticas Públicas

Telefone para contato: (086) 3215-5808

Local da coleta de dados: Maternidade Dona Evagelina Rosa - MDER

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos familiares das pessoas com transtornos mentais acometidos pelo uso nocivo de álcool e outras drogas, bem como das próprias usuárias e dos profissionais que atuam nesse serviço cujos dados serão coletados por entrevistas e questionário através de gravação na Maternidade Dona Evangelina Rosa - MDER. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na Coordenação do Doutorado em Políticas Públicas por um período de 5 anos sob a responsabilidade do (a) Sr. (a) Ellayne Karoline Bezerra da Silva. Após este período, os dados serão destruídos.

Teresina, _____ de _____ de 2018.

Assinatura das pesquisadoras responsáveis

Assinatura das pesquisadoras responsáveis

APÊNDICE C - Declaração das Pesquisadoras

Ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP Ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP
Universidade Federal do Piauí

Nós, Ellayne Karoline Bezerra da Silva e Lúcia Cristina dos Santos Rosa, pesquisadoras responsáveis pela pesquisa intitulada "IMPACTO SOCIAL PARA OS FAMILIARES DO CONSUMO NOCIVO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS POR GESTANTES OU PUÉRPERAS", declaramos que:

- Assumimos o compromisso de cumprir os Termos da Resolução nº 466/12, de 12 de Dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e demais resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99, 303/2000, 304/2000 e 340/2004).
- Assumimos o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações, que serão obtidas e utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa;
- Os materiais e as informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho serão utilizados apenas para se atingir os objetivos previstos nesta pesquisa e não serão utilizados para outras pesquisas sem o devido consentimento dos voluntários;
- Os materiais e os dados obtidos ao final da pesquisa serão arquivados sob a responsabilidade de Ellayne Karoline Bezerra da Silva da área de Políticas Públicas da UFPI; que também será responsável pelo descarte dos materiais e dados, caso os mesmos não sejam estocados ao final da pesquisa.
- Não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados;
- Os resultados da pesquisa serão tornados públicos através de publicações em periódicos científicos e/ou em encontros científicos, quer sejam favoráveis ou não, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos sujeitos da pesquisa;
- O CEP-UFPI será comunicado da suspensão ou do encerramento da pesquisa por meio de relatório apresentado anualmente ou na ocasião da suspensão ou do encerramento da pesquisa com a devida justificativa;

- O CEP-UFPI será imediatamente comunicado se ocorrerem efeitos adversos resultantes desta pesquisa com o voluntário;
- Esta pesquisa ainda não foi total ou parcialmente realizada.

Teresina, _____ de _____ de 2018.

Assinatura dos pesquisadores responsáveis

CPF

Assinatura dos pesquisadores responsáveis

CPF

**APÊNDICE D - Entrevista realizada com familiares de gestantes ou puérperas
que fazem uso de substâncias psicoativas atendidas na Maternidade Dona
Evangelina Rosa – MDER**

1. O que é para a/o senhor(a) ter uma pessoa da família gestante ou puérpera, nessas condições (de consumo de SPA)?
2. Que necessidades essa situação traz para o/a senhor(a) e sua família?
3. Quais as principais atribuições/tarefas que a sua familiar gestante e/ ou puérpera requerem para ao/senhor(a) e sua família? E o filho dela?
4. Como o/a senhor(a) tem lidado com as dificuldades que aparecem/apareceram? O que o/a senhor(a) tem feito para resolver os problemas e as dificuldades que apareceram?
5. Quem (pessoa ou instituição) mais te auxilia no encontro de soluções para essa dificuldades?
6. Quais os serviços que existem na rede pública que podem contribuir ou já contribuíram com o(a) senhor(a) e sua família para auxiliar nas necessidades dessa situação que vocês se encontram?
7. Desde o período que sua familiar engravidou o que foi positivo em sua vida? E negativo?

APÊNDICE E - Entrevista realizada com gestantes ou puérperas que fazem uso de substâncias psicoativas atendidas na Maternidade Dona Evangelina Rosa – MDER

1. O que significou para você a descoberta da gravidez, no contexto do consumo da SPA?
2. Nas condições em que você se encontra, quais as necessidades que essa gravidez e seu filho trazem para sua vida e de sua família?
3. Quais principais dificuldades que você vivencia(ou) no seu cotidiano desde a descoberta da gravidez? (incluir a dificuldades do filho, se já tiver nascido).
4. Quem (pessoa ou instituição) mais te auxilia no encontro de soluções para essas dificuldades?
5. Quais os serviços que existem na rede pública que possam contribuir ou já contribuíram com você desde o início da gravidez?
6. Como tem lidado com as dificuldades que apareceram e tem aparecido?
7. Desde o período que engravidou o que foi positivo em sua vida? E negativo?
8. O que espera acontecer na sua vida?

**APÊNDICE F - Questionário destinado a levantar o perfil das usuárias dos
leitos de Saúde Mental - MDER e de sua família**

Nome (da gestante/puérpera): _____

1) Idade: _____ anos 2) Estado Civil: _____

3) Motivo da internação na MDER:

() Curetagem () Parto Normal

() Tratamento clínico () Parto Cesário

() Outros: _____

4) Mora com quem/ onde? _____

Tipo de família: () mora só () família conjugal (pai/mãe e filhos

() família conjugal ampliada (pai/mãe, filhos) e _____

() família monoparental chefiada pela mulher

() família monoparental chefiada pelo homem

() outra: _____

5) Escolaridade: _____ Ano: _____

6) Tem/teve quantos filhos: _____ (quantidade)

| Nome dos filhos | Idade | Escolaridade/ocupação | Mora com quem? |
|-----------------|-------|-----------------------|----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

7) Renda familiar? (valor?) _____

8) Fonte de rendimento: () benefícios sociais (qual) _____ () aposentadoria da
mãe/pai () Outros _____

9) Nasceu em que cidade? _____

10) Reside em que cidade? _____

11) Ocupação: () Estudante () empregada: profissão _____

() desempregada () Outros _____

12) Com que idade iniciou o consumo de SPA? _____ anos.

13) Por que começou a usar SPA? (Como foi o seu primeiro contato com a SPA? O que te levou a usar?)

14) Teve alguma internação em função do uso SPA: () Sim () Não. Se SIM, onde? _____

15) Como se sente quando usa SPA atualmente?

16) Considera que o consumo traz prejuízo à vida? () Sim () Não. Se SIM, por que?(quais as consequências quando esta sob efeito da SPA?)

17) Que áreas da vida foram afetadas?

() família () trabalho () estudo () amizades

Observações (especificar os prejuízos e em qual área afetada):

18) A quem você recorre quando esta precisando?

Na família _____

Na vizinhança _____

Na rede de amigos _____

No trabalho _____

Na rede socioassistencial _____

Outros (especificar) _____

19) Conta com algum benefício socioassistencial? () Sim () não

Se SIM, qual? _____

20) O que avalia ser problema na sua vida hoje?

21) Quais seus projetos de vida, quando sair da MDER?

22) Perfil Do Cuidador Familiar/Acompanhante

Nome: _____

Idade: Escolaridade: _____

Estado civil: _____ Naturalidade: _____

Reside em que cidade? _____

Parentesco com a gestante/puérpera: _____

Trabalha fora de casa: () sim () não Onde: _____

Fonte de renda: _____

Quantas pessoas moram na casa em que reside? _____

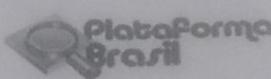
Conta com quantas pessoas para contribuir no cuidado da gestante/puerpera?(quem são?) E do RN?

**APÊNDICE G – Entrevista realizada com os profissionais responsáveis pelos
leitos de saúde mental na Maternidade Dona Evangelina Rosa – MDER**

1. Que necessidades o/a senhor(a) acredita que a família vivencia diante de uma gravidez nessa situação (de consumo de SPA)?
3. Quais as principais atribuições/tarefas que a gestante ou puérpera requerem para as famílias? E o filho dela?
4. Como o/a senhor(a) acredita que a família lida com as dificuldades que aparecem/apareceram frente a gestação da mulher que faz uso de SPA? O que o/a senhor(a) acredita que a família pode fazer para resolver os problemas e as dificuldades que aparecerem?
5. Quem (pessoa ou instituição) mais auxilia a família no encontro de soluções para essas dificuldades?
6. Quais os serviços que existem na rede pública que podem contribuir ou já contribuíram para a família no auxílio das necessidades dessa situação que elas se encontram?
7. O que acredita ser positivo para essas famílias? E de negativo?

ANEXOS

ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí

| |
|---|
|  <div style="display: inline-block; text-align: center;"> <p>UFPI - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS MINISTRO PETRÔNIO</p> </div>  |
| PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP |
| DADOS DO PROJETO DE PESQUISA |
| Título da Pesquisa: IMPACTO SOCIAL PARA OS FAMILIARES DO CONSUMO NOCIVO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS POR GESTANTES OU PUÉRPERAS |
| Pesquisador: Ellayne Karoline Bezerra da Silva |
| Área Temática: |
| Versão: 1 |
| CAAE: 86324818.8.0000.5214 |
| Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI |
| Patrocinador Principal: Financiamento Próprio |
| DADOS DO PARECER |
| Número do Parecer: 2.573.966 |
| Apresentação do Projeto: |
| O protocolo de pesquisa aborda os impactos sociais para os(as) familiares das necessidades circunscritas à proteção social de gestantes ou puérperas que consomem substâncias psicoativas, atendidas pela Maternidade Dona Evangelina Rosa – MDER em Teresina-Piauí, no ano 2018. Serão utilizados os seguintes instrumentos para a construção da pesquisa: observação participante, entrevista semi-estruturada e questionário. Os participantes da pesquisa serão os familiares cuidadores das pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, bem como as usuárias e os profissionais que atuam junto aos leitos direcionados a saúde mental da Maternidade. |
| Objetivo da Pesquisa: |
| Objetivo Primário: |
| - Analisar os impactos sociais para os(as) familiares das necessidades circunscritas à proteção social de gestantes ou puérperas que consomem substâncias psicoativas, atendidas pela Maternidade Dona Evangelina Rosa – MDER em Teresina-Piauí, no ano 2018. |
| Objetivos Secundários: |
| • Identificar o significado do lugar social da consumidora de SPA e de sua gestação e filho para a família/familiares cuidadores;• Qualificar o que a gestação e o filho da consumidora de SPA trazem como necessidade para os familiares cuidadores;• Traçar o perfil sociodemográfico dos |
| <p>Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa Bairro: Ininga CEP: 64.049-550 UF: PI Município: TERESINA Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br</p> |
| Página 01 de 03 |



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 2.573.966

familiares cuidadores e consumidora de SPA, considerando as dimensões de classe social, gênero e etnia;•
Analisar o espaço ocupado pela substância, gestação/puerpério e recém-nascido na vida da família;•
Caracterizar as estratégias construídas pela família/familiar cuidador face às necessidades postas e suporte oferecido pelas políticas sociais• Avaliar o suporte que as políticas públicas oferecem aos familiares cuidadores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

As perguntas poderão provocar alguma emoção nos sujeitos participantes, podendo levar a alguma tristeza e até choro, mas todo o cuidado será tomado para evitar sua exposição ou qualquer constrangimento.

Benefícios:

Contribuir para que possamos conhecer melhor as necessidades dos familiares cuidadores que precisam cuidar/proteger as gestantes e puérperas que tem transtorno mental decorrente do consumo de drogas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de temática relevante na saúde da mulher em específico à gestantes e puerperas sobre substâncias psicoativas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão anexados no protocolo de pesquisa.

Recomendações:

Sem recomendação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa encontra-se de acordo com a Resolução 466/2012, apto para ser desenvolvido tem parecer de aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

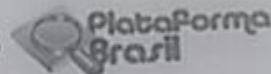
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|--------------------------------|---|------------------------|-------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1091483.pdf | 27/03/2018 14:09:23 | | Aceito |

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 2.573.966

| | | | | |
|---|---|------------------------|-----------------------------------|--------|
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TermodeConsentimentoLivreeEsclarecido.docx | 27/03/2018 14:08:46 | Eilayne Karoline Bezerra da Silva | Aceito |
| Outros | cartadeanuencia.pdf | 22/03/2018 14:45:35 | Eilayne Karoline Bezerra da Silva | Aceito |
| Outros | Curriculo_do_Sistema_de_Curriculos_Lattes_Eilayne.pdf | 18/03/2018 21:36:13 | Eilayne Karoline Bezerra da Silva | Aceito |
| Outros | Carta_de_encaminhamento.pdf | 18/03/2018 21:28:12 | Eilayne Karoline Bezerra da Silva | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | ProjetoDoutorado_PlataformaBrasil.pdf | 18/03/2018 21:24:42 | Eilayne Karoline Bezerra da Silva | Aceito |
| Outros | InstrumentosdeColetadeDados.pdf | 18/03/2018 21:20:46 | Eilayne Karoline Bezerra da Silva | Aceito |
| Outros | TermodeConfidencialidade.pdf | 18/03/2018 21:19:22 | Eilayne Karoline Bezerra da Silva | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | Declaracao_dos_Pesquisadores.pdf | 18/03/2018 18:19:36 | Eilayne Karoline Bezerra da Silva | Aceito |
| Folha de Rosto | folhaderostocomassinatura.pdf | 18/03/2018 18:12:30 | Eilayne Karoline Bezerra da Silva | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 02 de Abril de 2018

Herbert de Sousa Barbosa

Assinado por:

Herbert de Sousa Barbosa
(Coordenador)

Prof. Dr. Herbert de Sousa Barbosa
Coordenador CEP - UFPI
Portaria PROPEQ Nº 01/2017

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa

Bairro: Ininga

CEP: 64.049-550

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)3237-2332

Fax: (86)3237-2332

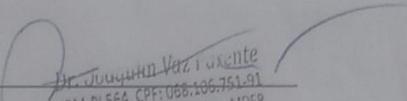
E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br

ANEXO B – Parecer da Comissão de Ética em Pesquisa da Maternidade Dona Evangelina Rosa



PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA / MDER.

“Declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, Universidade Federal do Piauí - UFPI - , conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como Instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, intitulado “ IMPACTO SOCIAL PARA OS FAMILIARES DO CONSUMO NOCIVO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS POR GESTANTES OU PUERPERAS comprometido no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.


CRM-PI 564 CPF: 086.196.751-91
Joaquim Vaz Parente

Presidente da Comissão de Ética em Pesquisa

Maternidade Dona Evangelina Rosa /MDER
Av. Rígido Cunha, 1552 - Ilhetas
CEP 64014-220 - Teresina - Piauí, Brasil
CNPJ: 06.553.564/0106-05
www.pi.gov.br

**ANEXO C – Carta de Anuência do Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade
Dona Evangelina Rosa**




Piauí
 GOVERNO DO ESTADO

CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, Joaquim Vaz Parente, Diretor de Ensino e Pesquisa da Maternidade Dona Evangelina Rosa situada em Teresina/PI, declaro que a aluna (os) da área de Pós-graduação em Políticas Públicas: Ellayne Karoline Bezerra da Silva pretendem realizar nesta instituição o projeto de pesquisa: IMPACTO SOCIAL PARA OS FAMILIARES DO CONSUMO NOCIVO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS POR GESTANTES OU PUÉRPERAS” Orientador (a): Prof^ª Dra. Lucia Cristina dos Santos Rosa, objetivo geral: analisar os impactos sociais para os (as) familiares das necessidades circunscritas à proteção social de gestantes ou puérperas que consomem substâncias psicoativas, atendidas pela Maternidade Dona Evangelina Rosa – MDER em Teresina-Piauí, no ano de 2018.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentro outros assegurados pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de:

- Garantia da confidencialidade, no anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros;
- Que haverá riscos mínimos para o participante da pesquisa;
- Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa;
- Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí- UFPI garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Teresina, 22 de março de 2018.
Joaquim Vaz Parente
 CRM-PI 564 CPF: 068.106.751-91
 Diretor de Ensino e Pesquisa - MDER

(CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL)

Maternidade Dona Evangelina Rosa /MDER
 Av. Higinio Cunha, 1552 - Ilhotas
 CEP 64014-220 - Teresina - Piauí, Brasil
 CNPJ: 06.553.564/0106-05
 www.pi.gov.br