
SER Social

TRINTA ANOS DE CONSTITUIÇÃO FEDERAL

Brasília, v. 21, n. 44, janeiro a junho de 2019

Família na política brasileira de saúde mental, álcool e outras drogas

Family in the brazilian mental health policy,
alcohol and other drugs

Lucia Cristina dos Santos Rosa¹
Ellayne Karoline Bezerra da Silva²

Resumo: Com o objetivo de repensar a família na política de saúde mental, álcool e outras drogas no Brasil, investe-se na reconfiguração dos lugares destinados aos familiares na perspectiva proibicionista, que é pautada na demonização da substância e pela criminalização dos usuários de substâncias psicoativas (SPAs); em confronto com a construção de

1 Assistente social, docente do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Especialista em Saúde Mental pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Doutora em Sociologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Pós-doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). E-mail: luciacsrosa@gmail.com.

2 Assistente social, mestre em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Doutora em Políticas Públicas pela UFPI. E-mail: layne.karoline@hotmail.com.

outras possibilidades contornadas pelo paradigma da redução de danos/atenção psicossocial, que é firmada no cuidado humanizado e cidadão dos usuários de álcool e outras drogas. Trata-se de uma pesquisa teórica e descritiva, baseada em revisão bibliográfica, enfatizando as principais tendências dos estudos frente às posições ocupadas pela família no cuidado do consumidor de substâncias psicoativas. Os resultados da presente pesquisa sinalizam para os tensionamentos acerca dos deslocamentos nos lugares da família no contexto de avanço do ideário neoliberal, que reforça a tendência familista, em que estas assumem a principal responsabilidade pelo bem-estar de seus membros, sobrecarregando-a.

Palavras-chave: família; substâncias psicoativas; proibicionismo; atenção psicossocial.

Abstract: In order to rethink the family in the politics of mental health, alcohol and other drugs in Brazil, it invests in the reconfiguration of places for family members in the prohibitionist perspective, which is based on the demonization of substance and criminalization of users of psychoactive substances (SPA's); in contrast to the construction of other possibilities that are circumvented by the harm reduction / psychosocial care paradigm, which is established in the humanized care and citizenship of users of alcohol and other drugs. It is a theoretical and descriptive research, based on a bibliographical review, emphasizing the main trends of the studies regarding the positions occupied by the family in the care of the consumer of psychoactive substances. The results of the present study point to tensions about displacements in the places of the family in the context of advancement of the neoliberal ideology, which reinforces the familistic tendency, where they assume the main responsibility for the well-being of its members, overloading it.

Keywords: family; psychoactive substances; prohibitionism; psychosocial care.

Introdução

As substâncias psicoativas (SPAs) sempre estiveram presentes na vida do ser humano, mas tiveram destaque na agenda pública, somente no início do século XX, tendo em vista a crescente preocupação com o narcotráfico, pelo uso aumentado dessas substâncias pela população, e de seus efeitos para os consumidores, famílias e sociedade em geral.

Nesse contexto, a Política de Álcool e Outras Drogas começa a se desenhar em função das demandas crescentes e complexas em torno dessa problemática, sendo que a realidade brasileira acompanhou os modelos dominantes no contexto internacional, influenciada pelo proibicionismo, pautado na militarização, criminalização e exclusão da população que fazia uso nocivo de SPA e, conseqüentemente, de seus familiares a quem o preconceito é estendido.

Com a consolidação da Política de Álcool e Outras Drogas, como questão de saúde pública, associada à expansão da perspectiva de redução de danos, a partir da década de 2000, houve o reconhecimento do consumidor de SPAs como sujeito de direitos, incluindo-o em uma abordagem pragmática, humanista e construída conjuntamente.

Nesse contexto, as famílias dos consumidores de SPAs são convocadas como parceiras, ganhando maior visibilidade e pluralidade de atribuições, sendo, portanto, objetivo deste trabalho pontuar os lugares que foram ocupados e direcionados a estas famílias no contexto da política proibicionista, bem como sob o viés da atenção psicossocial.

Contextualizando a família a partir das políticas proibicionistas

Os registros históricos, desde a Antiguidade, informam que as substâncias psicoativas³ (SPAs) – sempre foram utilizadas pelo ser humano, com variadas finalidades, destacadamente para aliviar a dor, curar enfermidades, divertir, mediar rituais de passagem, relacionar-se com o transcendente e mediar sociabilidades.

Contemporaneamente, as mesmas finalidades persistem, mas ampliadas pelo fascínio produzido e propagado midiaticamente, e pela força do narcotráfico, que movimenta dinheiro e poder, inclu-

3 Termo adotado para referir-se a qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento. Seu uso pode ser prescrito por médicos ou não, havendo juridicamente a distinção entre SPAs lícitas (aprovadas legal e socialmente como álcool e cigarros) e aquelas proibidas legalmente, denominadas ilícitas (como maconha, crack e cocaína). É importante mencionar que tanto as lícitas quanto as ilícitas podem causar prejuízos, a depender do padrão de consumo. No mundo ocidental, o consumo de SPAs não prescrito e intencional tem se ampliado crescentemente.

sive pela ampliação de possibilidade de trabalho, mesmo que ilegal, havendo um sobreinvestimento sobre o produto e seus efeitos.

As mudanças paradigmáticas impostas pelos fundamentos que erigiram o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Reforma Psiquiátrica postulam que, para compreender o consumo prejudicial, é necessário entender os determinantes sociais do processo saúde-doença.

A partir da intensificação do processo de industrialização, com o aceleração do processo de urbanização, o desenvolvimento da medicina moderna e o avanço do Estado, através de seu aparato jurídico/legislativo e policial, governos e medicina passam a constituir instância de controle da produção, distribuição e consumo de SPA.

Os Estados Unidos, a partir de 1918, inicia um processo interno de proibição de consumo de bebidas, e entre 1919 e 1920 implanta a Lei Seca (TOSCANO JUNIOR, 2001) que acrescenta uma emenda constitucional que proíbe a fabricação, o transporte, a importação e a exportação, a comercialização legal e o consumo de bebida com teor alcoólico, que é responsabilizada pela intensificação das manifestações da questão social, principalmente a pobreza e a violência. A embriaguez e o consumo passam a ser considerados crimes.

A implementação dessa lei produziu uma série de consequências negativas, principalmente o aumento da criminalidade, o contrabando, a organização da máfia e a venda clandestina de bebida alcoólica, inclusive adulterada, afetando a saúde de pessoas e sua vida social, pois, como afirma Hart (2014), tal política foi acompanhada por perspectivas racializadas, em que os negros pobres foram os principais segmentos estigmatizados e criminalizados.

Apesar disso, a lei vigorou até 1933. Persistiu por 13 anos e, apesar dos danos sociais que a acompanharam, alastrou a influência das políticas americanas nas diretrizes impressas nos organismos internacionais, como a Organização das Nações Unidas (ONU), criada em 1946, que, por intermédio da Comissão de Narcóticos, volta-se ao controle do tráfico e repressão internacional da fabricação, circulação e consumo de SPAs. Por essa instância, estabelece-se uma política proibicionista, orientada para uma “sociedade sem/livre das

drogas”, baseada em uma concepção moralista do consumo, que, posteriormente, foi conjugada à visão médico-jurídica, que postula a abstinência e a segregação do dependente, como pré-condição do tratamento e das respostas estatais.

A legislação e as políticas sobre drogas no Brasil seguiram as tendências impressas nos documentos dos organismos internacionais. Nesse sentido, predominou no Brasil, inicialmente, a visão da Segurança Pública e a criminalização do consumidor, adotando uma política que mescla o modelo preventivo à visão proibicionista, com foco nas substâncias consideradas ilícitas, “na repressão e na abstinência”. (TRAD, 2009, p. 97).

O foco de toda abordagem e intervenção, orientada pelo paradigma moral-médico e jurídico-repressivo, autoritário, recaía sobre o produto, que é demonizado; e o consumidor, o qual é criminalizado ou medicalizado, com um recorte de classe e etnia bem demarcado, pois, os negros pobres e outros segmentos da classe trabalhadora estiveram entre os principais alvos dessa política. Comumente, a família ficava invisível. Era requisitada como informante ou mera visita dos serviços de saúde (ROSA, 2003) ou segurança pública, percebida como disfuncional, não saudável ou “desestruturada”, enfim, culpabilizada por ter um “desviante” da norma social entre seus integrantes.

Tal lugar e imagem se coadunam com o modelo manicomial, segregador, sintetizado no conceito de “instituição total” de Goffman (1992), que fechava a pessoa com transtorno mental (PCTM) em seu interior, administrando sua vida em geral, sem deixar espaço para uma convivência exterior. A criação do hospital psiquiátrico tem por fundamento a ideia de “isolamento terapêutico” (ROSA, 2003), ou seja, retirada de toda influência externa, com a promessa de cura. Nesse contexto, a família era concebida de maneira dual e paradoxal. De um lado, como agente etiológico, que propiciaria enfermidades ou favoreceria “desvios”, por não saber oferecer limites adequados. De outra maneira, seria vítima da enfermidade, pois exposta a comportamentos e “sintomas” que desconhece e sobre os quais não tem controle, ficando em situação de perigo, como toda a sociedade, haja vista a figura do “louco”, e extensivamente

o consumidor de SPAs, ser associado com a insígnia de perigoso e incapaz, sobretudo de discernimento para tomar decisões e para conviver socialmente, o que justifica a sua segregação/exclusão social. Logo, o Estado, por meio de suas políticas, equipamentos e agentes, toma para si o cuidado integral desse segmento, oferecendo como resposta preponderante a internação integral, ou seja, a institucionalização. Há suspensão dos direitos civis deste grupo, ao mesmo tempo em que há uma desoneração parcial das famílias em relação à produção e provisão de cuidados mais intensivos.

A família passa a ganhar outra e maior visibilidade na área da saúde/saúde mental nos anos 1970, quando as terapias de família ganham projeção no país, na prática liberal, por meio do paradigma clínico-terapêutico. Sua maior convocação ocorre paulatinamente nos textos ministeriais, como “coadjuvante do tratamento” (LIMA, 2012), o que é intensificado nos anos 90 com a ascensão da reforma psiquiátrica na política de saúde mental, que a torna parceira do cuidado, condição em processo de construção, mas que pode ser apropriada e refuncionalizada pela perspectiva neoliberal.

Com os estudos de Trad (2009) e Medina, Nery Filho e Von Flach (2014), é possível reconstituir a linha do tempo da política sobre saúde mental, álcool e outras drogas no Brasil, dividida em seis períodos, que sintetizam conjunturas políticas, econômicas e sociais marcantes, que agregam características da configuração predominante do desenho das ações governamentais sobre as SPAs:

1º período – Do período Imperial ao final da República Velha – (1822 a 1929)

O Estado brasileiro tinha uma atuação liberal, sem uma legislação específica que regulamentasse a produção, o transporte e o consumo de SPA.

O alcoolismo, até meados dos anos 50, esteve associado à questão social, relacionada à pobreza, à desordem e remetido a um problema individual e moral, como uma falha de caráter. Uma perspectiva que associava o Estado e a medicina ganha destaque no período, orientada por propostas higienistas, vinculadas a uma ideia de limpeza urbana

e eugenia, ou seja, melhoramento da “raça brasileira”, para embranquecê-la, pois os problemas sociais eram atribuídos à “mestiçagem”.

O Estado, quando atuava sobre a questão, tinha por foco o consumo do álcool e da maconha, e sua ação era de natureza policial, repressiva, em nome da ordem e da paz social. Nesse horizonte, “a embriaguez alcoólica em público era punida com a prisão” (TRAD, 2009, p. 101). Mas, concomitantemente, como esclarecem Medina, Nery Filho e Von Flach (2014), em 1921, é lançado o Decreto nº 14.969, que remete o dependente ao tratamento compulsório em “Sanatório para Toxicômano”. Em suma, o consumidor, sobretudo o dependente, era tratado no binômio repressão-assistência. Ao mesmo tempo, como caso de polícia e de saúde, tendo destaque para a perda de seu direito civil, visto que a privação da sua liberdade era prevista, posto que a internação para tratamento era compulsória, bem como a prisão.

2º período – A Era Vargas: entre o liberalismo e a intervenção no controle das substâncias psicoativas

Esse período caracteriza-se pela consolidação da República, do capitalismo, através da industrialização e ampliação do processo de urbanização no Brasil. Ocasão em que são criadas as bases do “Estado de bem-estar brasileiro, meritocrático, particularista”, que funda o sistema de proteção social no país baseado na cidadania regulada, ou seja, que restringe os direitos apenas para os trabalhadores urbanos, com profissão reconhecida, carteira de trabalho assinada e sindicalização do operário. (SANTOS, 1987).

Nesse contexto, o tratamento punitivo, com prisão do consumidor de SPAs persiste, ganhando foco a maconha, cocaína e ópio, em função do país ser signatário da Convenção Internacional do Ópio, de 1912.

Trad (2009) informa que as leis promulgadas no período mantém uma linha liberalizante em relação às substâncias consideradas lícitas, tais como tabaco e álcool. A dispensação de medicamentos passa a ser condicionada à prescrição de receita médica. Isto significa maior controle no consumo de psicotrópicos.

Medina, Nery Filho e Von Flach (2014) destacam como principais leis estabelecidas no período: o Decreto nº 20.930, de 1932, que torna a posse de substâncias ilícitas uma ação ilegal, criminosa. Por sua vez, o Decreto-lei nº 891, de 1938, criminaliza o consumo, o que repercute no Código Penal de 1940, em reforço a penalizar o consumidor. Nesse sentido, traficante e consumidor passam a ser equiparados, haja vista o porte, o comércio e o consumo de SPA serem criminalizados, tendo o mesmo tratamento.

3º período: Abordagem da ditadura militar acerca da política sobre drogas

Com a ditadura militar instalada no país, em 1964, toda contestação da ordem, tais como o consumo de SPA, o tráfico e a crítica da organização da sociedade, é tratada pelo governo como subversão política. Portanto, persiste o regime de criminalização do tráfico, do traficante e do consumidor, tratados indistintamente.

As principais leis do período são:

Lei nº 5.726, de 1971, que mobiliza a sociedade em torno do combate ao tráfico e ao uso de SPA. Considera o consumidor como um “viciado infrator”, traduzindo, um dependente criminoso. Nesse sentido, seu tratamento é a prisão ou o internamento, conforme avaliação do juiz.

Lei nº 6.368, de 1976, também conhecida como “Lei de Tóxicos”, que estabelece a obrigatoriedade do tratamento. Enfatiza o consumidor como doente e o endereça para o hospital psiquiátrico. Um avanço representado por essa lei diz respeito à alusão, pela primeira vez, segundo Medina, Nery Filho e Von Flach (2014), às ações de prevenção, reduzidas a difusão de informações sobre os “malefícios das substâncias ilícitas”, traduzidas no senso comum como droga, através da mídia televisiva e panfletos, impulsionando no país a “pedagogia do terror”, que tem por foco a superestimação do poder da substância, tratada em si mesma como algo poderoso, que, muitas vezes, traz informações distorcidas ou exageradas.

Dessa maneira, o período reatualiza a dimensão jurídico-legal e médico-institucional, na perspectiva proibicionista e repressora.

4º período: Redemocratização da sociedade brasileira

Este período destaca-se por representar a assunção de outros paradigmas na abordagem da questão, que ensejam tensionamentos com o modelo proibicionista.

Com o processo de consolidação da redemocratização da sociedade brasileira, ao final dos anos 70 e início dos anos 90, os movimentos sociais projetam-se no espaço público, sobretudo o movimento de reforma sanitária e o movimento da reforma psiquiátrica. O primeiro luta pela saúde como direito de todos e dever do Estado, busca assim expandir e consolidar direitos sociais, universalizando-os. O segundo luta, também, pelo cuidar em liberdade, ou seja, destaca os direitos civis da PCTM, defendendo a desconstrução do modelo manicomial (VASCONCELOS, 2010), na perspectiva da construção da cidadania desse segmento e da reinvenção de sua vida.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o SUS é criado, reforçando em seus art. 196 a 200 a política de saúde como direito de todos e dever do Estado. A Lei nº 8.080/1990 amplia o conceito de saúde, para além das enfermidades, remetendo os problemas de saúde para a forma de organização da sociedade. Dessa maneira, os problemas de saúde são vinculados aos determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado.

A política de saúde figura na seguridade social, junto com a Previdência e a Assistência Social, sendo a única política universal destinada a todos, sem distinção de qualquer natureza. Várias experiências, com outras lógicas de abordagem ao consumo e aos consumidores de SPA, têm início. Algumas têm inspiração na tradição francesa construída por Olievenstein (1990), que aborda a dependência como um encontro entre a pessoa e a substância, mediada por um contexto sociocultural. A base da análise e da abordagem assenta-se em um tripé, sustentado pelas características da pessoa, do produto e do contexto.

Um fator importante no período expressa-se na epidemia da Aids, que vai aprofundar as críticas ao modelo proibicionista e requerer outras lógicas de ação. Com o alerta de ampliação do número de pessoas infectadas pelo vírus da Aids, em função do uso coletivo e compartilhado de seringas entre consumidores de SPA injetáveis, alguns profissionais de saúde, em 1989, primeiramente na cidade de Santos-SP, iniciam outras abordagens, baseadas em ações socioeducativas e atenção mais humanizadas aos consumidores, fundamentadas em programas de redução de danos, voltadas para minimizar os agravos associados ao consumo de SPA. Dessa forma, têm início ações de trocas de seringas em Santos-SP, que duraram pouco tempo, pois foram obstaculizadas por ações judiciais.

Com as dificuldades de resolutividade das ações em saúde vigente, o governo, timidamente, pela esfera dos Ministérios da Saúde e da Justiça, diante dos desafios impostos pela Aids, acata a utilização de outras lógicas de compreensão e abordagem do consumo e dos consumidores de SPAs. Assim, é aberto espaço, inclusive oficial, para a recomposição da complexidade do consumo e da vida dos consumidores, na perspectiva de uma lógica orientada pelos direitos humanos, inscrito nos postulados da atenção psicossocial e na redução de danos. A perspectiva de Redução de Danos:

[...] estimula os indivíduos com comportamento excessivo ou de alto risco a dar um passo de cada vez para reduzir as consequências prejudiciais de seu comportamento. A abstinência como meta final reduz muito ou elimina totalmente o risco de danos associados ao uso excessivo de drogas ou a partir de sexo inseguro. Nesse sentido, a abstinência é incluída como um ponto final ao longo de um *continuum*, que varia de consequências excessivamente prejudiciais a consequências menos prejudiciais. (MARLATT, 1999, p. 47).

Assim, desfoca o olhar da substância para identificar as funções do consumo na vida de cada pessoa, bem como as vulnerabilidades as quais estão sujeitas. Dessa forma, outros espaços de atuação são dinamizados, “as cenas de uso”, com os profissionais deslocando-se de seus consultórios para os espaços onde os consumidores

encontram-se, permitindo maior acesso aos serviços de saúde e cuidados em geral. Tal fato, também permite maior escuta sobre as reais necessidades dos consumidores e investimentos nas suas múltiplas vulnerabilidades, ampliando o repertório de intervenções das políticas públicas, partindo das possibilidades negociadas com a própria pessoa consumidora, vista como corresponsável pela produção do cuidado. É uma abordagem que surge ‘de baixo para cima’, baseada na defesa do dependente, em vez de uma política de ‘cima para baixo’, promovida pelos formuladores de políticas de drogas. (MARLOTT, 1999, p. 48).

5ª período: Anos 90. Passos iniciais para uma Política Nacional sobre Drogas

Em 1998, é criada a Secretaria Nacional Antidrogas (Senad) que estava vinculada à Casa Militar da Presidência da República. O país é brindado com os elementos iniciais para uma política nacional sobre a redução da demanda e da oferta de SPAs.

Institucionalmente observam-se alterações significativas, com a metamorfose do antigo Conselho Federal de Entorpecentes (Confen) em Conselho Nacional Antidrogas. Há conseqüentemente, uma atualização de nomenclatura, apesar da manutenção dos fundamentos da política nas ações proibicionistas, cunhado no prefixo anti, anti-drogas, isto é, com foco na substância e na sua eliminação/extinção.

6º período: Anos 2000 a 2016. Novo Milênio. Coexistência de modelos e realinhamento da política pública sobre drogas

Esse é o período de maior produção de leis, tensionamentos e perspectiva de pluralização das orientações das políticas sobre drogas no país. Na arena governamental, assiste-se o reforço das políticas sobre drogas pela Secretaria Nacional Antidrogas, vinculada ao Ministério da Justiça, explicitamente voltada para o modelo proibicionista.

De outra forma, posiciona-se o Ministério da Saúde, que assume a questão do consumo prejudicial como uma questão de saúde pública, alinhada aos princípios da Redução de Danos, polí-

tica identificada com a tradição de alguns países europeus, como a Holanda. (MOTA et al., 2012).

Ao possibilitar disputas por paradigmas e modelos tecnoassistenciais (GIOVANELLA et al., 2012), ou seja, formas diferentes de entender e tratar o consumo e o consumidor, o Estado democrático de direito mostra sua face ampliada, ao contemplar lógicas distintas, que passam a coexistir e conviver, tensionando as lutas em torno de maiores fatias do orçamento público, na condução da direção dos rumos assistenciais ao consumidor com uso nocivo de SPA.

Em 06 de abril de 2001, é promulgada a Lei nº 10.216, que explicita os direitos e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, inclusive para pessoas consumidoras de SPAs, postulando o cuidado em serviços que funcionam de portas abertas e com baixas exigências, para assegurar o acesso universal.

De 11 a 15 de dezembro de 2001, é realizada a III Conferência de Saúde Mental, em Brasília, que tem um capítulo específico sobre a política de álcool e outras drogas, e postula o direcionamento da política pela redução de danos.

A família é incluída em vários eixos do Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, sobretudo no eixo 3, que trata da política de formação, pesquisa e capacitação de recursos humanos em saúde mental no SUS, em que é destacada a importância da “valorização dos diversos saberes” (BRASIL, 2002, p. 73), inclusive dos usuários e familiares, com a implementação de processos formativos com metodologia participativa.

Entre as medidas de apoio e atenção a grupos específicos é ainda salientada a “melhoria da qualidade de vida e o combate à fome e desnutrição dos portadores de sofrimento mental e seus familiares”. (BRASIL, 2002, p. 124).

Assim, as necessidades dos familiares constituem pauta de deliberação da Conferência Nacional, em dois sentidos. O primeiro, no plano imaterial, simbólico e social, que se traduz na valorização dos saberes dos usuários e familiares, construídos na “lida” diária com a PCTM, e consigna um conhecimento funda-

mental no senso comum, no ensaio e erro (ROSA, 2003), mas que, com a contribuição dos profissionais dos serviços de saúde, podem ser vocalizados, sistematizados e até configurar-se em tecnologias assistivas e inovadoras.

Outro sentido, material, objetivo, é sinalizado para as necessidades de sobrevivência, traduzido na qualidade de vida e no “combate à fome e à desnutrição”, ou seja, necessidades básicas, que asseguram a sobrevivência. A família ganha visibilidade em seus recursos internos de saber, mas também nas suas condições de vulnerabilidade social, em seus carecimentos, sendo compreendida, em ambas as situações, como passível de ser assistida e concebida, como sujeito de direitos.

Em 19 de fevereiro de 2002, o Ministério da Saúde lançou a Portaria 336, na qual estabelece as modalidades de centros de atenção psicossocial, incluindo o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Capsad) – serviço específico para atendimento às pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de SPAs. A família é contemplada na organização e gestão cotidiana da assistência do Capsad, ao ser estabelecidas como atividades das equipes dos serviços de saúde mental para os grupos familiares as visitas e atendimentos domiciliares; o atendimento à família na perspectiva da “inserção familiar e social” (BRASIL, 2004a, p. 127), descentrando a ação unicamente da figura do “paciente”, para ampliar o escopo da intervenção do serviço para a sua família.

No documento “Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial” (BRASIL, 2004b, p. 29), a família é reconhecida como parceira dos CAPs, figurando sua participação no cotidiano assistencial em duas vertentes: (i) como mediadora entre o equipamento e a PCTM, contribuindo na adesão ao tratamento, por meio do projeto terapêutico singular, o que suscita seu reconhecimento como recurso complementar ao serviço; (ii) como participante das ações do CAPs, como usuária, o que enseja a extensão das ações do serviço e de seus profissionais para as particularidades das necessidades dos familiares cuidadores.

Esta parceria encontra-se em processo de construção, mas, o texto ministerial aponta para duas possibilidades que podem ser complementares ou tensionantes entre si. Na dimensão complementar, a PCTM, como um membro familiar, pode resistir ao cuidado de um CAPs, até pela particularidade do transtorno mental, uma enfermidade que comumente não é reconhecida pela própria pessoa enferma, o que, algumas vezes, requer ações de convencimento de pessoas com maior proximidade. No mesmo diapasão, mas com outra conotação, as repercussões da produção do cuidado no âmbito doméstico podem sobrecarregar subjetiva e objetivamente os familiares cuidadores, o que requer muitas vezes os cuidados do CAPs para este segmento. Mas, os profissionais dos CAPs devem atentar-se para não limitar as convocações da participação dos familiares, como mero recurso instrumental, como acontecia com o modelo manicomial, o que contorna risco e tensão.

Em sintonia com essa compreensão, em 2005, passou a vigorar a Política Nacional sobre Drogas (Pnad), pela Resolução nº 03/GSIPR/Conad, fundamentada nos princípios dos direitos humanos e pautada na prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, redução de danos sociais, redução da oferta, estudos, pesquisas e avaliações.

Em 2006, é aprovada a Lei nº 11.343, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad). O Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006, regulamenta a Lei nº 11.343.

Um dos principais avanços dessa lei remete à distinção e tratamento diferenciado entre o traficante e o usuário/dependente; o primeiro enquadrado na condição de crime e o segundo, apesar de penalizado, é contemplado com penas alternativas, que não a privação da liberdade.

Em 2010, pelo Decreto nº 7.179 é instituído o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, em resposta a uma suposta epidemia de crack, divulgada pela mídia, o que os estudiosos, pautados em evidências científicas, contestam. Destoando dos avanços em curso, o Plano supracitado foca em uma substância específica, o crack, sem considerar a qualidade de vida em geral, as vulnerabilidades subjacentes a alguns padrões de consumo. Tal fato

sinaliza que os avanços não são lineares, sendo acompanhados de mudanças e permanências, em constante movimento, pendendo ora para um aspecto, ora para outro.

Além de abordagens orientadas pela afirmação de direitos humanos permitir outros olhares para os consumidores de SPA, outras formas de cuidado em saúde são criadas, inclusive nas cenas de uso, tais como o Consultório de/na Rua. Outros avanços materializam-se no maior investimento em pesquisas epidemiológicas, de abrangência nacional, que permitem conhecer o perfil do consumo de SPA no contexto brasileiro, tais como o I e II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil.

Em 2010, é realizada a IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersectorial (BRASIL, 2011) que destaca ainda a importância de ações de capacitação de usuários e familiares para o exercício do controle social, bem como investimentos em ações de geração de emprego e renda para o segmento. As demandas das famílias ganham maior visibilidade, apesar de timidamente, no que remete aos conflitos que cercam o trabalho doméstico da provisão de cuidado, um trabalho não reconhecido socialmente como tal, ainda naturalizado como “atos de amor”. (ROSA, 2003).

Como mais uma dimensão dos avanços, o Decreto nº 7.508/2011 ao regular a Lei nº 8080/1990 reforça a atuação do SUS em rede. Nesse sentido, na política de saúde mental, álcool e outras drogas, é criada a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), pela Portaria nº 3.088, de 23/12/2011, o que dá maior visibilidade das atribuições dos diferentes serviços, fortalecendo a articulação intra e intersectorial, haja vista a recomposição da complexidade das ações da saúde a partir dos determinantes sociais do processo saúde/doença, convocando a atenção integral.

É com as conquistas do movimento da reforma psiquiátrica brasileira, cujo ideário na década de 1990 passa a orientar as políticas de saúde mental, que se identificam intensos deslocamentos nos lugares das famílias, qualificada como “parceira” (BRASIL, 2004a), tendo maior visibilidade de suas dinâmicas internas e o aumento das requisições externas, em termos de protagonismo social.

Mas, a condição de “parceira” da família emerge e ganha espaço em um momento em que o ideário neoliberal passa a orientar as políticas sociais no país, com crescente desinvestimento do Estado nos gastos sociais e crescente reprivatização das funções de proteção social no espaço deste grupo (TEIXEIRA, 2017). A matricialidade das políticas sociais na família é destacada, sobretudo na configuração das ações da política de saúde, pela via da Estratégia/Equipe Saúde da Família e na Política de Assistência Social, em uma conjuntura que representa para os grupos familiares a intensificação e junção de múltiplas expressões das vulnerabilidades sociais, visualizadas nas mudanças sociodemográficas da família brasileira, agravadas pelo desemprego estrutural, com a reestruturação produtiva.

Ademais, os ganhos expressos na Constituição Federal de 1988, consumados na universalização da política de saúde, colidem com a retração imposta pela tendência neoliberal, o que é expresso no termo “confluência perversa” por Dagnino (2004) porque, também, vai encontrar uma sociedade civil ao mesmo tempo celebrando conquistas democráticas e tendo que responder a uma nova configuração de retração econômica e reconfiguração de relações de forças conservadoras no plano político. Nesse cenário, observam-se tendências de regressão dos direitos consignados pelo processo de reforma psiquiátrica, por meio do redirecionamento do orçamento público para financiar: a ampliação dos valores das autorizações de internações hospitalares no modelo manicomial; serviços de organizações não governamentais, sobretudo comunidades terapêuticas, que passam a integrar a Raps, em um contexto de crescente precarização dos CAPs, e lançamento de uma nova Portaria nº 3.588/2017, em 21/12/2017, que reforça ações ambulatoriais em saúde mental.

Contraditoriamente, é nesse contexto que a família aparece nos relatórios finais das III e IV Conferência Nacional de Saúde Mental, com alguma de suas necessidades sendo reconhecidas, sobretudo as de natureza imaterial, e alguns elementos relacionados às suas necessidades básicas, de sobrevivência, como o direito à alimentação. Com o adensamento e consolidação do paradigma da atenção psicossocial na política de saúde mental, entre os anos 2000 e 2010, observa-se uma pluralização das possibilidades em relação à abordagem da

família que remeterão para relações mais complexas entre os CAPs/Capsad, principal equipamento responsabilizado por cumprir a missão de reorientar o modelo assistencial e, inclusive, oferecer outro lugar para a família, impulsionado pela ação em rede e no território.

Contextualizando as famílias a partir das políticas da atenção psicossocial/redução de danos

Em termos paradigmáticos, a nova perspectiva e a prática da reforma psiquiátrica brasileira, cujos fundamentos são incorporados na Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, após 1990, circunscrevem o amplo campo denominado de atenção psicossocial, um termo polissêmico, mas, no contexto do presente texto, compreendido como:

[...] um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, para sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente: a dinâmica da negociação é contínua e não pode ser codificada de uma vez por todas, já que os atores (e os poderes) em jogo são muitos e reciprocamente multiplicantes. (SARACENO, 1999, p. 112).

Saraceno (1999) equipara o conceito de reabilitação/atenção psicossocial à cidadania, entendendo-os como sinônimos.⁴

Nesta perspectiva, vários elementos assumem papel de destaque na evolução de um transtorno mental, assim como na estratégia da intervenção em saúde mental. Saraceno (1999, p. 21) classifica estes elementos dividindo-os em variáveis fortes e variáveis sombra. As primeiras são delimitadas pelo diagnóstico, idade, agudeza ou cronicidade do quadro e história da enfermidade. As variáveis denominadas como sombra não são menos importantes, pois contornam uma gama de elementos que se relacionam com os recursos individuais (o nível de capacidade intelectual e o grau de informação) da PCTM, seu *status* social, sua condição de solidão ou não, e o sexo.

4 No escopo deste estudo, adotou-se o termo atenção psicossocial, haja vista o conceito de reabilitação manter as dimensões biomédicas bastante acentuadas.

Entre os recursos do contexto são destacados: o nível de comprometimento relacional dos familiares; o nível de solidariedade ou hostilidade da rede de parentesco ou de vizinhança; e o *status* social do grupo familiar e nível de integração ou desintegração social do meio em que estes vivem.

Conforme alerta Saraceno:

Essas variáveis geralmente são deixadas à sombra porque são consideradas “irrelevantes” no que diz respeito à evolução da enfermidade e à estratégia de intervenção. Entretanto, é provável que um paciente **piore muito mais pela falta de todos (ou alguns) desses recursos do que pelo tipo de enfermidade (Diagnóstico)**. [...] O diagnóstico pode **ajudar** a estabelecer a oportunidade de uma terapia farmacológica, porém **não estabelecer estratégias** de intervenção mais complexas e articuladas [...] O que determina resultados tão diferentes é: boa ou má utilização das medidas terapêuticas; a existência e/ou influência das variáveis “sombra”. (SARACENO, 1999, p. 22, grifos do autor).

Logo, a dinâmica e os recursos familiares ganham realce, assim como seu *status*, que está relacionado à sua condição na estrutura social, definida por sua inserção de classe social.

Segundo Rosa e Lima (2014), com a assunção e maior investimento analítico a partir da leitura do paradigma da atenção psicossocial, orientada ainda pela estratégia de redução de danos:

A preocupação com a família deixa de ser o possível suporte aos procedimentos de remissão da sintomatologia clínica do alcoolista – 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. 04).

Emerge uma pluralidade de representações sobre as famílias apontando para várias dimensões, direções e convocações, complementares entre si, distinguindo-se pelo foco, como um recurso, na implementação das estratégias de intervenção dos serviços. Neste

sentido, as famílias seriam apreendidas a partir de seus recursos internos e externos, para otimizar meios em um contexto de escassez, redução ou contenção de gastos, principalmente a partir da assunção do ideário neoliberal, a comandar o desenho das políticas sociais. Mas, contraditoriamente, pode também ser orientada para perspectivas emancipadoras, em um contexto de construção de novas sociabilidades e modalidades de intervenção, que exige criatividade, negociação permanente, construção de novos saberes e relações inclusivas, solidárias.

Como um *lugar* de possível convivência da PCTM – condicionada à reconstrução de vínculos afetivos, mas não com a obrigatoriedade que muitas vezes é exigida pelo texto jurídico, orientado pelos laços consanguíneos e de parentesco. As famílias ainda persistem como o principal grupo de pertencimento, construção identitária e elo de mediação entre seus integrantes e o meio circundante, mas também é compreendida como tendo limites.

Como *sobrecarregada*, em função dos impactos do transtorno mental no meio familiar, pelas múltiplas demandas e repercussões materiais (sobrecargas objetivas) e emocionais (sobrecargas subjetivas), havendo abertura para ser assistida, cuidada, apesar das limitações e ensaios embrionários, subjacentes às políticas sociais na perspectiva da integralidade.

Como *ator político*, sujeito coletivo e que influencia com sua ação a formatação das políticas sociais e a relação entre o “louco” e a sociedade. Denuncia violação de direitos humanos. Reivindica novos direitos, vocalizando as necessidades das PCTMs. Luta assim para garantir a ampliação da cidadania da PCTM e aciona o sistema de garantia de direitos. Pode ainda publicizar problemas até então restritos à arena do privado, politizando o cotidiano do provimento de cuidado, tensionando a relação público-privada para o asseguramento da divisão de cuidados Estado-família, o que parca e morosamente vem ocorrendo.

Como *avaliadora de serviços* de saúde mental, configurando-se como sujeitos pesquisadores e avaliadores; condição possibilitada por projetos de pesquisa orientados pela quarta geração (CAMPOS

et al., 2008). Usuários e familiares da saúde mental têm se inserido em grupos de pesquisa, facilitado grupos focais, figurando como coautores de textos acadêmicos, apropriando-se de ferramentas acadêmico-científicas para potencializar saberes e outros poderes, tais como narrar suas experiências com a enfermidade (VASCONCELOS, 2005), possibilitando a esta ser direcionada para produzir indicadores de avaliação dos equipamentos.

Como *gestora de serviços de saúde mental*, pela via de ONGs. Algumas associações de familiares assumiram e vêm gerindo inclusive alguns projetos sociais, serviços residenciais terapêuticos, projetos de geração de emprego e renda e de inclusão digital, bem como pontos de cultura.

Como *provedora de cuidados*, o que reconstitui, no plano institucional, as famílias como agentes da proteção e do cuidado; consequentemente, da reprodução social, mas com parcas contrapartidas do Estado em comparação ao modelo hospitalocêntrico, em que os serviços de saúde se constituíam como o lócus principal e, muitas vezes, único do cuidado, figurando as famílias como coadjuvantes, agentes secundários, visitas. Tal encargo, em um contexto de intensa vulnerabilização das famílias, até pelas intensas mudanças sociodemográficas deste grupo, exige a proteção do Estado, políticas protetivas (MIOTO, 2010). Mas, contrariamente, pode reforçar políticas familistas, em que a família figura como central na provisão da proteção social.

A atenção psicossocial e a estratégia de redução de danos alçaram a família a suporte e sujeito do cuidado territorial/comunitário e sujeito de direitos, protagonista.

Com os avanços neoliberais e nova configuração da relação de forças no governo federal, hegemonizado por forças conservadoras, observam-se retrocessos e estagnações significativos no processo em curso. Nesse contexto, que precariza os CAPs e a Raps como um todo, o risco do familismo intensifica-se.

Considerações finais

As políticas de saúde mental, álcool e outras drogas no contexto brasileiro como visto historicamente, estiveram assentadas em uma perspectiva proibicionista, que tendeu à criminalização e institucionalização dos consumidores, com um padrão nocivo/dependente. Conseqüentemente, produziu danos à imagem social dos mesmos, homogeneizando-os, o que, com certeza, afetou o grupo familiar, haja vista o estigma ser extensivo aos mesmos. Nessa orientação, as famílias ficaram invisíveis, convocadas como coadjuvante, informante e visita.

O advento da Aids e sua propagação entre os consumidores de substâncias injetáveis exigiram novas abordagens sobre a questão, o que facilitou maior vinculação dos profissionais de saúde com os consumidores de SPAs, e outros olhares, que ampliaram a avaliação das vulnerabilidades desses segmentos, bem como uma atuação baseada no fomento e defesa dos direitos humanos.

Com a incorporação do ideário da reforma da psiquiatria na Política de Saúde Mental brasileira, a partir de 1990, assiste-se a uma crescente valorização e vocalização da realidade e necessidades das famílias, consideradas parceiras e corresponsáveis pelo cuidado comunitário. A condição de parceira foi imposta unilateralmente pelo Estado, havendo pouco entendimento da extensão e configuração do que tal conceito pode abarcar no processo histórico de sua materialização. Nesse contexto, a despeito dos riscos, a concepção e os lugares dos familiares são ampliados e complexificados, havendo uma multiplicação de possibilidades.

Contudo, de um lado, observa-se a intensificação da condição da família como protagonista dos serviços de saúde mental. De outro lado, há vários estudos que destacam as sobrecargas que pairam sobre os familiares, a partir das exigências da responsabilização pelo novo modo de cuidar, sem que haja suportes adequados nas políticas em curso.

Neste sentido, o lugar da família como parceira do CAPs está em processo de construção, mas, de forma muito morosa, havendo

reduzidas experiências disseminadas de trabalho social com as famílias, nessa direção.

Deste modo, é preciso adensar a análise e as ferramentas técnico-operativas, para expandir o trabalho social com as famílias. Fundamental ainda é não cair em um tecnicismo, e ficar em uma ação restrita à família e ao serviço, para não cair no familismo. A família, como ator político, tem que ser estimulada, mas de forma que não a onere. Outro desafio é produzir indicadores de avaliação dos CAPs e da Raps que mensurem o alívio de sobrecargas familiares, com destaque para marcadores de gênero. Há que se implementar a intersectorialidade a partir da saúde mental, de maneira a se ampliar o suporte aos familiares, para que o cuidado comunitário não se limite a cuidado familiar, em um endosso ao ideário neoliberal.

Artigo submetido em 14/02/2018
Aceito para publicação em 05/07/2018

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3**. Relatório final. Brasília, 11 a 15 de dez./2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 4**. Relatório final. Intersetorial. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- CAMPOS, R. et al. **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**. São Paulo: Hucitec, 2008.
- DAGNINO, E. Construção democrática, neoliberalismo e participação: os dilemas da confluência perversa. **Política e Sociedade**, n. 5, out./2004, p. 139-164.
- GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 4. ed. São Paulo: Perspectiva, 1992.

HART, C. **Um preço muito alto**: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

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

MARLATT, G. A. **Redução de danos**: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artmed; 1999.

MEDINA. M. G; NERY FILHO, A.; VON FLACH, P. M. Políticas de prevenção e cuidado ao usuário de substâncias psicoativas (SPAs). In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). **Saúde Coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014, p. 479-500.

MIOTO, Regina Célia Tomaso. A família como referência nas políticas públicas: dilemas e tendências. In: TRAD, L. **Família contemporânea e saúde**: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010, p. 51-66.

MOTA, D. B. et al. Construindo a continuidade do cuidado ao usuário de álcool e outras drogas: alguns conceitos e questões para o trabalho em rede no Brasil. In: NERY FILHO, A.; MACRAE, E.; TAVARES, L. A.; RÊGO, M.; NUÑEZ, M. E. (Org.). **As drogas na contemporaneidade**: perspectivas clínicas e culturais. Salvador: EDUFBA, 2012, p. 85-105.

OLIEVENSTEIN, C. **A clínica do toxicômano**: a falta da falta. Porto Alegre-RS: Artes Médicas, 1990.

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

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.

SANTOS, W. G. **Cidadania e justiça**: a política social na ordem brasileira. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/TeCorá, 1999.

TEIXEIRA, S. M. **Trabalho social com família**: fundamentos históricos, teórico-metodológicos e técnico-operativos. Teresina: UFPI, 2017.

TOSCANO JR., A. Um breve histórico sobre o uso de drogas. In: SEIBEL, S; TOSCANO JR. (Eds.). **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001, p. 7-23

TRAD, Sergio. Controle do uso de drogas e prevenção no Brasil: revisitando sua trajetória para entender os desafios atuais. In NERY FILHO, A. et al. **Toxicomanias**: incidências clínicas e socioantropológicas. Salvador: UFBA, 2009, p. 97-112.

VASCONCELOS, E. M. **Reinventando a vida**: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental. Rio de Janeiro: EncantArte, 2005.

VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Saúde mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010.