



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

Eixo temático: Política Social e Serviço Social

**Sub-eixo: Seguridade Social – Políticas de Saúde, Políticas de Previdência Social,
Políticas de Assistência Social**

FAMÍLIA, GESTAÇÃO E USO NOCIVO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA

ELLYNE KAROLINE BEZERRA DA SILVA¹

LUCIA CRISTINA DOS SANTOS ROSA²

RESUMO

As famílias são as primeiras instituições balizadoras de valores, costumes e ensinamentos do indivíduo. Desta feita, o presente trabalho expõe a discussão sobre a família no contexto de uso de substância psicoativa (SPA) no período gestacional, demonstrando a lacuna existente nessa perspectiva, frente ao viés cultural, histórico e social sobre a maternidade.

Palavras – chave: Família. Gestação. Substância Psicoativa. Saúde Mental.

ABSTRACT

Families are the first institutions that mark the values, customs and teachings of the individual. Thus, the present work exposes the discussion about the family in the context of psychoactive substance use (PAS) in the gestational period, demonstrating the gap in this perspective, in view of the cultural, historical and social bias about motherhood.

Keywords: Family. Gestation. Psychoactive substance. Mental health.

1 INTRODUÇÃO

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.

¹ Universidade Federal do Piauí

² Universidade Federal do Piauí

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 assegurador 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, 2005, 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.

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.

No contexto da saúde mental, também considera-se as mudanças advindas com a movimento de reforma psiquiátrica, pelo redirecionamento do modelo assistencial pautado no



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

cuidado comunitário, que inverte a complexidade da clássica hierarquização do sistema de saúde, e que por vezes, centra-se no cuidado familiar, recaindo na desresponsabilização do Estado nos cuidados e sobrecarregando a família, e, mais especificamente, quando envolve o período gestacional da mulher que faz uso de substâncias psicoativas.

Desta feita, o trabalho em questão é fruto de um recorte da pesquisa de doutorado da autora, sob orientação da co-autora, trazendo um apanhado bibliográfico, e trará a discussão sobre os entrelaçamentos existentes no uso nocivo de substâncias psicoativas no período gestacional, bem como tem sido as repercussões desse uso para os familiares dessas mulheres, envolvendo um novo ser que está sendo gerado pelas mesmas.

2 MULHER, GRAVIDEZ E USO NOCIVO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

É sabido que o envolvimento das mulheres com o uso de substância psicoativa (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.

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%



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

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. A literatura trata o ciclo gravídico-puerperal



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

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.

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.

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.

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.

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



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

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, 2004, 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.

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.

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.

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.

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



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

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.

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 convocar 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



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

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.

4 CONCLUSÃO

As famílias, no contexto brasileiro, são tidas como uma instituição, 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.

Desta feita, o trabalho demonstrou que no contexto da reforma psiquiátrica, o cuidado da pessoa com transtorno mental, incluindo as que fazem uso de substâncias psicoativas, é comunitário, buscando a reconstrução do elo sócio familiar, quando possível; no entanto, este cuidado tem sido majoritariamente direcionado para as famílias, repercutindo nas sobrecargas objetivas e subjetivas.

E ao abordar a especificidade do consumo de SPA por gestantes ou puérperas, aos familiares, são exigidos a maior presença nos cuidados, por incluir nesse contexto um novo ser, inclusive, comumente incapacitando a mulher que faz uso de SPA de exercer a maternagem.

REFERÊNCIAS:

BADINTER, Elizabeth. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Trad. Waltensir Dutra. 5 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

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>

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, 2004.

CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

FONSECA, Claudia. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. *Saúde e Sociedade*. V14. N.2,p.50-59. Mai-ago 2005.

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.

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.

MELMAN, Jonas. *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares.* São Paulo: Escrituras, 2001.

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.

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.

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

_____. Provimento 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.



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

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 drogadição. 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.

SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro (RJ): Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 2001.

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.

SOUZA, V.F. *Depressão no ciclo gravídico-puerperal de mulheres atendidas em um ambulatório de hospital geral*. Ribeirão Preto, 2008.