Novas práticas de cuidado na saúde mental e sua repercussão na vida familiar do usuário de álcool e droga: uma abordagem de gênero. [1]

Eloah Maria Martins Vieira*
Maria da Conceição Lafayette de Almeida**

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo discutir o impacto causado na vida familiar de usuários/as de álcool e/ou drogas frequentadores/as de um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPSad). O argumento apresentado é o de que, no âmbito familiar é a mulher adulta (esposa, mãe ou filha, dependendo da posição ocupada) que arcará com a responsabilidade de cuidar dos familiares com transtorno mental e / ou transtorno provocado pelo uso de álcool e/ou drogas. Tais circunstâncias acabam por gerar novas configurações na rotina familiar e / ou residencial e devem ser refletidas à luz das questões de gênero. Para problematizar a situação em foco, foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas e questionários respondidos por usuários/as de álcool e/ou drogas frequentadores/as de um CAPSad na cidade do Recife. Neste trabalho a análise terá por base os relatos obtidos sobre as famílias e / ou unidades domésticas dos/as referidos/as usuários/as.

Palavras-chave: gênero. família. cuidado. usuários/as de álcool e droga.

INTRODUÇÃO

Nos anos 60, as instituições psiquiátricas bem como a própria psiquiatria sofrem severas críticas, onde se denuncia o caráter repressivo das instituições, da disciplina hospitalar (GOFFMAN, 1996; FOUCAULT, 2005) e o corte radical do portador de transtorno mental do seu meio social de origem. A partir de tais críticas iniciam-se novas formas de cuidado alternativas à hospitalização e novos “serviços

[1] Pesquisa financiada pela PROPESQ/UFPE.

* Aluna do bacharelado em Ciências Sociais da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); estagiária do Instituto PAPAI. eloah@gmail.com.br

** Professora Adjunta do Departamento de Sociologia da UFPE. celafayette@hotmail.com

de saúde mental" onde o hospital será apenas mais um elemento entre outros. Com isso, inicia-se o processo de desinstitucionalização psiquiátrica.

Diante do processo de desinstitucionalização há uma redução de práticas hospitalocêntricas, as quais se baseiam no isolamento dos indivíduos portadores de transtornos mentais através de internamentos em hospitais psiquiátricos e na medicalização. Concomitantemente, desenvolvem-se as práticas do modelo psicossocial, o qual defende que o tratamento de distúrbios mentais deve estar pautado na reintegração social do indivíduo e na assistência multidisciplinar. Este novo modelo tem como base as propostas da Reforma Psiquiátrica que:

> "busca a consolidação de uma rede de assistência focada em princípios e práticas psicossociais e apresenta uma estratégia reorganizadora das práticas assistenciais, privilegiando novos espaços que possibilitam a integração do sujeito em sofrimento psíquico, promovendo organização das atividades em território definido, reafirmando e buscando incorporar nas ações de saúde mental, os princípios e garantias dos direitos humanos". (SOUZA, KANTORSKI, GONÇALVES, MIELKE, GUADALUPE 2007, p. 211)

Por influência do processo de desinstitucionalização e da Reforma Psiquiátrica, ocorreram mudanças na assistência ofertada a pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. Dessa forma, seguindo a lógica psicossocial e se distanciando do modelo asilar, surgem os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas, os CAPSad.

Algumas das características específicas a esses dois modelos (asilar e psicossocial) podem ser constatadas em trabalhos que procuram demarcar diferenças e apontar as melhorias do modelo psicossocial no tratamento de recuperação de portadores/as de transtorno mental e de usuários/as de álcool e/ou outras drogas. Para que se possa compreender a dinâmica de funcionamento do novo modelo, elencou-se algumas características de ambos os modelos a partir da tabela elaborada por Souza et all (2007), escolhendo-se aquelas características consideradas de maior relevância para a compreensão da mudança. A tabela 1, por exemplo, ilustra as principais diferenças entre o modelo asilar e o modelo psicossocial. Vide tabela na próxima página.

Tabela 1
Características principais dos modelos de tratamento psiquiátrico

Modelo Asilar	Modelo Psicossocial
- Modelo médico com ênfase no tratamento medicamentoso	- Atenção ao sofrimento psíquico com ênfase na reinserção social
- Intervenções centradas só no indivíduo	-Trabalhos com a família e a sociedade para mudanças e tratamento
- Isolamento familiar e social	- Indivíduo como pertencente a um grupo familiar e social
- Indivíduo é visto como doente e não participa do tratamento	- Indivíduo é o participante principal do seu tratamento
- Hospital psiquiátrico: estrutura fechada	- Livre trânsito do usuário e da população: o serviço é o ponto de fala e de escuta destes

Fonte: Revista de Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2007 abr/jun; 15(2): 210-7. Souza J, Kantorski LP, Gonçalves SE, Mielke FB, Guadalupe DB.

Com a mudança no modelo de assistência, o indivíduo não é mais pensando isoladamente, mas como participante de grupos sociais, entre eles a família. É assim que o processo de desinstitucionalização introduzirá a família como elemento central no enfrentamento à problemática dos indivíduos em sofrimento. Caberá à família prover, cuidar e conviver mais diretamente com o/a usuário/a dos serviços do CAPSad, não se devendo menosprezar o impacto que tal medida acarretará sobre esse grupo.

Também se torna necessário esclarecer que tratamos aqui de família enquanto unidade doméstica, ou seja, “família como um grupo de pessoas conviventes que mantêm vínculos de parentesco resultantes de consanguinidade ou de adoção”. (SARDENBERG, 1997, p. 5) Tratando-se de unidade doméstica sabe-se que, no Brasil, há uma grande pluralidade de modelos de família. A família chefiada por mulheres vem se constituindo um dado relevante como mostram os dados do IBGE segundo os quais, 25% das unidades domésticas são chefiadas por mulheres. Parte deste contingente não possui “companheiro” ou “marido”, ou mesmo quando

possui, por vezes, assume a provisão da unidade doméstica, arcando sozinha com os impasses colocados pelo cuidado requerido pelo/a portador/a de transtorno mental e / ou usuário de álcool e/ou outras drogas.

Mesmo variando a composição familiar, o processo de dependência química traz desdobramentos importantes para a família, e, em particular, para as mulheres já que são elas que "normalmente cuidam" da casa e membros da família. Consequentemente serão elas que também darão maior assistência aos portadores de doença mental e, não diferentemente, aos usuários de álcool e/ou outras drogas (VASCONCELOS, 2003). Sardenberg (1997) comenta que na família também há uma divisão sexual do trabalho, na qual é visto como papel da mulher ser educadora e responsável pelo bem-estar físico e moral da família.

Os homens, por sua vez, atrelados ao papel de provedores, ao mundo do trabalho fora de casa ou, como diz Da Matta (1985) ao "mundo da rua", certamente ocuparão um lugar distinto daquele ocupado pelas mulheres. Pode-se, portanto, afirmar que a introdução da família no circuito dos cuidados dos/as portadores/as de doença mental e da assistência aos usuários de álcool e/ou outras drogas nos remete de imediato a uma questão de gênero já que homens e mulheres desempenharão diferentes tarefas e assumirão diferentes responsabilidades.

Enquanto conceito, gênero está ligado aos posicionamentos críticos da explicação do lugar da mulher na sociedade, afirmando-se frente à teoria do papel, pela sua demarcação mais incisiva contra o determinismo biológico e também pela superação de esferas separadas para um e outro sexo, através da perspectiva relacional (MACHADO, 2001; COUTO, 2001; SAFFIOTTI, 1992). Joan Scott (1989), num artigo pioneiro, define gênero "como uma categoria útil de análise" ressaltando o seu aspecto relacional, ou seja, enfatizando que masculino e feminino só podem ser compreendidos um em relação ao outro.

Dentro desse contexto, mostra-se relevante a compreensão do nível micro social e da cotidianidade na família onde se poderá vislumbrar as formas de organização existentes e as atribuições dos papéis estabelecidos por seus membros

na assistência à pessoa usuária de álcool e/ou outras drogas. (SARTI, 1996; SCOTT, P.1996).

Com relação à dinâmica familiar, são claras as mudanças sofridas por essa unidade social em virtude da dependência química de um de seus membros, havendo, muitas vezes alterações na rotina e no planejamento familiar, e, principalmente, no cotidiano das mulheres deste grupo social. A temática dos cuidados familiares tanto em usuários de álcool e droga como também em portadores de transtorno mental, vem sendo abordada amplamente. (ALVES, 1998; AMARANTE,2008).

A partir das discussões apresentadas, o presente artigo tem como objetivo evidenciar os impactos e as mudanças causadas pelo processo de desinstitucionalização da doença mental no tratamento oferecido a pessoas usuárias de álcool e / ou outras drogas em seus respectivos grupos familiares e, em especial, nas relações de gênero. Assim como analisar os discursos dos/as usuários/as a fim de vislumbrar aspectos referentes aos papéis gênero na dinâmica da assistência familiar que recebem.

1. METODOLOGIA DO TRABALHO

As principais atividades deste projeto foram a leitura de bibliografia específica do tema e a análise de material empírico. Este é composto por questionários e entrevistas semi-estruturadas aplicados a usuários/as dos serviços de um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPSad) da cidade do Recife. O processo de seleção dos/as usuários/as se deu da seguinte forma: em primeiro lugar os/as terapeutas do CAPSad indicaram os/as usuários/as que teriam condições de responder ao questionário e em um segundo momento, dentre estes/as, os/as que se sentiram à vontade para responder, assim fizeram. Os questionários foram aplicados a 30 usuários/as do CAPSad entre abril e junho de 2012 e também foram realizadas entrevistas semi-estruturadas para complementar e expandir as informações colhidas no questionário, bem como compreender melhor aspectos da vivência dos/as entrevistados/as. Entretanto 5 usuários/as não responderam às

entrevistas semi-estruturadas, levando-nos a optar por trabalhar na análise apenas com os/as 25 usuários/as que responderam tanto ao questionário como às entrevistas. Apenas para a tabela 2, foram consideradas informações relativas aos trinta usuários/as, por se tratar de um quadro que elucida a composição etária, e o tipo de droga usada discriminada por sexo.

Além da análise do material empírico, a pesquisa também foi construída com base em levantamento bibliográfico considerando os objetivos do projeto, o que incluiu a leitura e estudo de artigos e livros relacionados ao tema pesquisado.

Foram analisadas as respostas dos/as usuários/as referentes aos seguintes temas: composição familiar e residencial e, em especial, a assistência recebida pelo/a usuário/a por parte de familiares e/ou conhecidos/as.

A leitura dos questionários foi feita através do programa SPSS enquanto a leitura das entrevistas deu-se a partir das transcrições das mesmas que foram analisadas a partir da abordagem qualitativa. Determinadas as configurações familiares e residenciais dos/as usuários/as, buscou-se identificar os papéis assumidos pelos membros de suas famílias e / ou vizinhos na rede de apoio ao/à usuário/a, buscando apreender o recorte de gênero.

Dentre os/as usuários/as dos serviços do CAPSad, 27 são homens e 3 são mulheres, com idades que variam entre 20 e mais de 70 anos. No que diz respeito à droga de uso principal, 16 relataram o uso de álcool e 14 o uso de crack. Entre os/as usuários/as de álcool a concentração maior está entre os/as situados/as na faixa etária compreendida 40 - 49 anos (37,50%) e 50 -59 anos (25%). Já entre os/as que utilizam crack a faixa etária é mais jovem. Com efeito, não se registrou nenhum usuário/a de crack acima de 50 anos, estando as faixas mais concentradas situadas entre 30-39 anos (53,80%) e 40-49 anos (30,70%).

Tabela 2

Usuários/as de álcool e/ou crack por faixa etária, sexo e droga utilizada.

Faixa Etária	Álcool		Crack	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino

	N	%	N	%	N	%	N	%
20 – 29	1	6,25	-	-	1	7,70		
30 – 39	3	18,75	-	-	7	**53,80**	1	7,70
40 – 49	6	**37,50**	1	6,25	4	30,70		
50 – 59	4	25,00	-	-		-		
6 0 – 69	-	-	-	-		-		
Mais de 70	1	6,25	-	-		-		
Total	15	93,75	1	6,25	13	92,20		7,70

Fonte: pesquisa direta

2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

2.1. A desinstitucionalização do tratamento do/a usuário/a de álcool e/ou droga e a família.

Com a Reforma Psiquiátrica, o modelo de tratamento para os dependentes de álcool e drogas sofreu alterações, se aproximando do modelo psicossocial e se afastando do modelo asilar em algumas de suas práticas. Essa mudança no tratamento fica clara através dos questionários onde a maioria dos usuários entrevistados reporta que antes do tratamento a que atualmente se submetem no CAPSad já havia sido internada em hospitais ou clínicas. Por outro lado, depois de ir para o CAPSad, apenas 13% foram internados/as em clínicas e hospitais, sugerindo que a conduta de tratamento verificada nos CAPSad segue as diretrizes do modelo psicossocial. Se focarmos no número de pessoas que não se internaram nenhuma vez, os resultados tornam-se ainda mais expressivos para configuração e importância do papel dos CAPSad. Enquanto antes da existência dos mesmos apenas 36% nunca se internaram, após o surgimento dos CAPsad, esse percentual sobe para 80% como mostra a tabela 3.

Tabela 3

Internamento hospitalar antes e após CAPSad

Número de Internamentos antes do CAPSad			**Número de Internamentos após CAPSad**		
Especificação	**Quantidade**	**%**	**Especificação**	**Quantidade**	**%**
Nenhuma vez	**9**	**36,0**	**Nenhuma vez**	**20**	**80,0**
Uma vez	7	28,0	Uma vez	3	12,0

Duas vezes	4	16,0	Duas vezes	-	-
Três vezes	1	4,0	Três vezes	-	-
Quatro vezes	3	12,0	Quatro vezes	-	-
Acima de quatro	1	4,0	Acima de quatro	-	-
Não informado	0	0,0	Não informado	2	8,0
Total	25	100,0	Total	25	100,0

Fonte: pesquisa direta

Dentre os impactos decorrentes desta mudança no tratamento, a que mais interessa nesta pesquisa é que se processa no âmbito familiar / residencial. No modelo psicossocial o indivíduo passa a ser considerado enquanto participante de grupos sociais como a família e sua comunidade, não sendo considerado apenas individualmente, como no modelo asilar (SOUZA 2007). Diante disso, a família pode ser tida como foco de análise principalmente se considerarmos que é neste grupo social que muitos dos/as usuários/as residem. De acordo com o levantamento feito, 68% dos/as entrevistados/as residem com suas famílias, 20% residem sozinhos/as e 12% residem em Centros de Reintegração Social (CRS). Vide tabela 4.

Tabela 4

Situação residencial dos/as entrevistados/as

Especificação	Quantidade	%
Sozinho	5	20,0
Com a família	17	68,0
Com outros*	3	12,0
Total	25	100,0

Fonte: pesquisa direta
**Com outros* significa residir em Centos de Reintegração Social

A família torna-se, portanto, um importante objeto de análise para a compreensão do processo de desinstitucionalização vez que nessa perspectiva os tratamentos que consideram o acompanhamento e a assistência familiar tornam-se mais eficazes. Por outro lado, enquanto primeiro contexto relacional, a família influencia nos padrões de comportamento de seus membros podendo contribuir

tanto na assistência e recuperação de uma dependência como no desenvolvimento do uso de drogas, dependendo da sua dinâmica enquanto micro-instituição que, em seu contexto, dá significado a atitudes individuais. Sendo assim, há a importância não só do apoio familiar como da assistência a este grupo como um todo, para que sua dinâmica seja problematizada quando necessário (SCHENKER, 2004).

2.2. A família e os impactos sofridos pelo uso do álcool e da droga.

Considerando-se a importância da família enquanto grupo social e na assistência aos/às usuários de álcool e/ou drogas, quais os impactos sofridos por esse grupo diante dessa problemática? De que maneira se configura a dinâmica e a responsabilidade pela assistência dada aos/às familiares dos/as usuários/as de álcool e/ou drogas?

Analisando-se as respostas dadas aos questionários e às entrevistas, percebe-se que a dependência química altera a dinâmica familiar / residencial. As mudanças ocorrem tanto porque muitas vezes a família passa a se responsabilizar pelo cuidado do membro usuário de álcool e/ou outra droga, como por consequência da própria dependência que, quase sempre, gera situações de conflitos, desentendimentos e brigas entre membros do grupo familiar por razões diversas, incluindo-se aí as dívidas contraídas com o uso de drogas.

Com a dependência química, muitas vezes, recursos que poderiam ser destinados para alimentação e educação familiar são utilizados para manter a dependência, o que pode levar a instabilidade emocional e desestruturar a organização familiar como um todo (MARTINS, 2008; SANTOS, 2008; PILLON, 2008).

Segundo os dados coletados, 68% dos/as usuários/as se endividaram por conta do uso de drogas e álcool e desses, 27,8% tiveram suas dívidas pagas por familiares. Esses valores comprovam que, com a dependência química, pode haver impactos não só emocionais como financeiros nos núcleos familiares.

Alguns estudiosos mostram que, com relação às reações familiares diante da problemática advinda da dependência das drogas, é possível haver tanto indignação

e revolta como conformismo (MARTINS, 2008; SANTOS, 2008; PILLON, 2008). Entretanto, não se deve pensar que o conformismo significa falta de reação. Na verdade esse comportamento pode ser entendido como uma forma de defesa do sofrimento causado e ao mesmo tempo da impotência do grupo familiar no enfrentamento da questão.

Entretanto, uma característica importante que se mantém é a que se refere ao cuidador que é, em sua maioria, do sexo feminino.

A partir do material empírico coletado, percebe-se que, mesmo havendo variação na composição da unidade doméstica, em 95% dos casos são as mulheres que são identificadas como a(s) pessoa(s) mais próxima(s) com quem os/as usuários/as têm convivido nos últimos doze meses. Elas são identificadas como cuidadoras ou responsáveis.

O quadro a seguir mostra que, de acordo com a posição ocupada na família, são as mulheres, em suas posições de mãe, esposa e irmã em relação ao/à usuário/a do CAPSad, aquelas que mais se ocupam com os cuidados necessários à sua saúde.

Tabela 5
Cuidadores/as segundo a posição ocupada na família em relação ao/à usuário/a

Especificação	Pai e Mãe	Mãe	Esposo	Esposa	Filho	Filha	Irmão	Irmã	Tio	Tia	Primo	Prima	Vizinho	Vizinha	N I	Total
Quantidade	1	8	-	4	-	2	-	3	-	1	-	1	1	1	3	25
%	4,0	32,0		16,0		8,0		12,0		4,0		4,0	4,0	4,0	12,0	100,0

Fonte: pesquisa direta

Chama atenção o fato de que homens ocupando na família a posição de filhos, irmãos ou esposos não aparecem como cuidadores no grupo pesquisado e que aquele que ocupa a posição de pai é mencionado como cuidador em parceria com a mãe.

Ainda com relação a tabela acima, com relação à questão de gênero a participação das irmãs é ilustrativa e reforça o padrão tradicional que associa à mulher às funções expressivas da mulher como definidas por Parsons (1955) e criticada pelos movimentos feministas. As mães, em maior participação, reforçam e confirmam essas afirmações trazendo à tona o peso e as obrigações implícitas no modelo de maternidade construído na sociedade ocidental moderna (BADINTHER, 1985; CHODOROW, 1990). O argumento de obrigatoriedade do cuidado pode ser igualmente colocado para as esposas.

2.3. O desempenho do cuidado: mães, esposas e irmãs.

Mães, mais do que esposas, aparecem na literatura sobre cuidado, como aquelas que exercem por excelência o papel de cuidadora. Estudo feito por Rosa (2003) mostra o peso que recai principalmente sobre a mãe no desempenho do cuidado com o/a filho/a portador/a de transtorno mental. Como sugere a autora, para a mulher que se constitui "historicamente a principal provedora de cuidar dos enfermos do grupo familiar" (ROSA, 2003, p. 285), soma-se a essa experiência "desindividualizadora", imposta e assumida pelas mulheres, o fato de que o descontrole do/a filho/a é percebido como um fracasso pessoal da mulher, fatores estes que se aplicam não apenas ao cuidado referente aos/às portadores/as de transtorno mental como aos/às usuários/as de álcool e/ou outras drogas, como explicitam os dados**.** "Atitudes como cuidar e confortar estão mais ligadas ao papel materno, internalizado com mais frequência pelas meninas ao longo de seu desenvolvimento psicoafetivo" (MARTINS, M; SANTOS.MA; PILLON, SC, 2008, p. 5).

De forma análoga ao que encontramos nessas duas realidades (transtorno mental e dependência de álcool e/ou outras drogas), estudos feitos sobre cuidadores/as de idosos/as com Alzheimer mostram que os cuidados são exercidos prioritariamente pelos familiares e, em especial, pelas esposas e filhas, confirmando o papel feminino tradicionalmente estabelecido, embora outros membros da família

também se revezem eventualmente nessa tarefa (SANTOS & RIFIOTIS, 2006; SILVA, 2009). Sendo assim, tradicionalmente tidas como responsáveis pelo cuidado e pela saúde, as mulheres e suas rotinas tendem a sofrer impactos muito mais intensos em virtude de problemáticas como a dependência de álcool e/ou outras drogas de um membro familiar.

Portanto, constata-se a interferência na vida das mulheres provocada pelo fato de serem cuidadoras. Essas considerações parecem passar ao largo das discussões sobre a eficácia dos programas de desinstitucionalização da reforma psiquiátrica tal como vêm ocorrendo. Apesar da avaliação positiva que a maioria das pessoas entrevistadas apresentam em seus relatos sobre o atendimento nos CAPSad, a investigação mais sistemática revela o peso carregado pelas mulheres nesse processo.

Entre as características dos/as usuários/as de álcool e drogas, estão: a) relativa autonomia financeira, já que alguns são empregados, têm ocupações remuneradas ou possuem fontes de rendimento. Dos 25 entrevistados/as apenas 10 são desempregados enquanto 15 têm algum tipo de remuneração proveniente de atividades desempenhadas ou são aposentados; b) independência para suprir suas necessidades pessoais uma vez que 25% moram sozinhos; c) mobilidade, ou seja, capacidade de locomoção já que se dirigem sozinhos aos CAPSad; d) decidiram sobre a participação no programa de tratamento oferecido no CAPSad; e) exercem o direito de não revelar aos familiares que participam do programa de tratamento oferecido nos CAPSad; f) alguns/as prestam ajuda com pequenas tarefas aos familiares como fazer compras, por exemplo. A observação desses parâmetros podem indicar que mesmo havendo referência a cuidadores/as, existem situações em que o cuidado pode ser dispensado.

Mesmo assim, em outros trechos das entrevistas realizadas, muitos/as usuários/as revelam a necessidade do apoio familiar na luta contra a dependência, na escuta em momentos difíceis e na busca de conforto emocional e afetivo. Foram e são as relações familiares que muitas vezes impulsionam o/a usuário a buscar tratamento para sua dependência. Um deles conta que foi só após a tentativa de

assassinar a esposa que se deu conta do nível de transtorno em que se encontrava como resultado da dependência do álcool; outros/as mencionam a perda de laços afetivos com a família e com os/as amigos/as como fonte de incentivo ao tratamento; e outros/as ainda mencionam o tratamento como forma de recuperar a harmonia que já experienciaram na própria família. Portanto, é possível inferir que, para o/a usuário/a de álcool e droga, a família pode ser um elemento propulsor da sua recuperação, e que pela percepção do sofrimento experimentado pelos familiares, alguns/mas usuários/as percebem seu próprio nível de comprometimento social. Sabe-se que para a família o comprometimento do familiar pode significar fonte de tensão, vergonha e até mesmo de estigmatização no meio social. Por outro lado, o sofrimento experimentado pelo/a usuário/a de álcool e/ou outras drogas é um aspecto que não pode deixar de ser mencionado, assim como a luta empreendida por eles/as para sair da situação de dependência.

Todas essas questões precisam ser consideradas de forma mais intensificada no delineamento de política públicas voltadas para usuários/as de álcool e/ou drogas, considerando os grupos sociais que as pessoas usuárias interagem, o que requer, portanto pensar, a família, a qual, por sua vez, inclui relações de gênero e cuidado a serem problematizadas.

CONCLUSÕES

Após a análise do material coletado, verifica-se que a família é uma importante fonte de referência na vida dos/as usuários/as de álcool e/ou outras drogas tanto no que se refere aos cuidados para com eles/as, como no que se refere ao incentivo para a busca de uma saída da situação de dependência química. É através da família que muitos/as percebem a sua situação de dependência e procuram alternativas para resolvê-la.

Mesmo que alguns/as possuam autonomia em relação à mobilidade, no sentido de que vão sozinhos/as ao CAPSad e a outros lugares, em momentos de crise, os familiares os/as amparam e acompanham.

Entre os/as que possuem alguma autonomia financeira, alguns/mas entrevistados/as sobrecarregaram suas famílias com dívidas contraídas com a compra da droga ou álcool, consumindo recursos com a dependência e, por isso, diminuindo a disponibilidade financeira para outros setores necessários a sobrevivência do grupo como alimentação e a educação, apenas para criar alguns aspectos. Os/ que não possuem recursos financeiros próprios acabam sobrecarregando os familiares de quem dependem financeiramente e possivelmente ocorrem situações de conflito e desentendimento.

A filosofia adotada nos CAPSad, seguindo o modelo psicossocial, pressupõe a participação de membros da família para integrar este grupo de convívio no tratamento do/a usuário/a. Constata-se que a pessoa responsável perante o CAPSad pelo acompanhamento dos/as usuários/as é, na grande maioria das vezes, uma mulher do núcleo familiar do/a usuário/a, a saber, mães, esposas e filhas. Como apresentado ao longo deste artigo, familiares se empenham no cuidado dos familiares usuários/as de álcool e/ou droga. Por isso, acreditamos que as melhoras nos serviços de tratamento oferecidos aos usuários/as de álcool e/ou drogas repercutem significativamente na vida das famílias, em especial, das mulheres, uma vez que estas são as que mais se encarregam deste cuidado. A sobrecarga de trabalho experienciada tradicionalmente pela mulher enquanto cuidadora evidencia a necessidade de discutir projetos governamentais como o CAPSad a partir de uma perspectiva de gênero. Avalia-se, portanto, ser pertinente e necessário a análise de políticas públicas com base numa reflexão teórica sobre gênero.

Como diz Sarraceno (1996) o estado atual do funcionamento desse sistema precisa sofrer transformações e adaptações para que de fato se verifique a ideia de que pessoas com transtornos de ordem mental ou causado pelo uso de drogas que contam com uma rede social de apoio apresentem probabilidade de êxitos positivos mais significativos de integração na comunidade. Isto para nós, requer que o grupo

social familiar e impactos neste, como a sobrecarga de trabalho feminino, também sejam avaliados na formulação, avaliação e monitoramento das políticas públicas como o CAPSad.

Por fim, reforça-se que estudos sobre a organização interna da família e dos papéis de gênero ainda têm muito a caminhar para dar conta da complexidade de situações existentes envolvendo os/as usuários de álcool e drogas e a provisão dos cuidados com eles/as.

REFERÊNCIAS

ALVES, Fátima Pereira (1998). **A família como suporte da política de saúde mental em Portugal.** Dissertação (Mestrado). Instituto Superior do Porto, Porto.

AMARANTE, P. (2008). **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

BADINTER, Elisabeth (1985). **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro, Nova fronteira.

CHODOROW, Nancy (1990). **Psicanálise da maternidade: uma crítica a Freud a partir da mulher**. Rio de janeiro, ED. Rosa dos tempos.

COUTO, Márcia Thereza (2001). **Pluralismo religioso em famílias populares:** poder, gênero e reprodução. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2001.

DAMATTA, Roberto (1985). **A casa e a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil**. São Paulo: Brasiliense.

FOUCAULT, Michel (2005). **História da Loucura**. São Paulo, Ed. Perspectiva (coleção Estudos).

GOFFMAN, Erving (1996). **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo, Perspectiva.

MACHADO, Lia Zanotta (2001). **Família e individualismo**. In: **Interface:** comunicação, saúde e educação**,** Botucatu**,** v.4, n. 8, p.11-26.

MARTINS, M; Santos, MA; Pillon, S.C. **Percepções de famílias de baixa renda sobre o uso de drogar por um de seus membros.** Revista Latino-am Enfermagem.2008 março-abril;16(2) www.eerp.usp./brrlae

PARSONS, Talcott; BALES, Robert (1955). **Family, socialization and interaction process**. Glencoe: Free Press.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos (2003)**.** ***Transtorno mental e o cuidado na família*** – Cortez Editora.

SADENBERG, Cecilia. (1997) E a família, como vai? Reflexões sobre mudanças nos padrões de família e no papel da mulher**.** BAHIA-ANALISE E DADOS, Salvador, Bahia, v. 7, n. 2, p. 5-15.

SAFFIOTI, Heleieth I.B. (1992). **Rearticulando gênero e classe social.** In: COSTA, Albertina; BRUSCHINI, Cristina (Orgs.). **Uma questão de gênero.** Rio de Janeiro; São Paulo: Rosa dos Tempos: Fundação Carlos Chagas, p. 183-215.

SARTI, Cynthia (1996). A família como universo moral. In: **A família como espelho.** Campinas: Autores Associados, p. 55-86.

SANTOS, Silvia Maria Azevedo dos. RIFIOTIS, Theophilos (2006). **Cuidadores familiares de idosos dementados: uma reflexão sobre o cuidado e o papel dos conflitos na dinâmica da família cuidadora.** In: SIMSON, O. R. M. V; NERI, A. L.; CACHIONI, M. (Org.). **As múltiplas faces da velhice no Brasil**, 2. ed. Campinas/SP: Editora Alínea.

SARACENO, B. (1996). Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio.
I n: P ITTA, A M, o r g a n i z a d o r a. **Reabilitação psicossocial no Brasi**l. São Paulo (SP): Hucitec; p.13-8.

SCOTT, Joan (1989). **Gênero: uma categoria útil de análise histórica.** Recife: S.O.S. Corpo.

SCOTT, Parry. (1996). **Saúde e pobreza no Recife: poder, gênero e representações de doenças no bairro do Ibura**. Recife: NUSP/Editora Universitária.

SCHENKER, M. & Minayo, M.C. **A importância da família no tratamento de drogas: uma revisão da literatura.** In: Cadernos de saúde Pública, Rio de janeiro, (20): 649-659, mai-jun. 2004
SOUZA J, Kantorski LP, Gonçalves SE, Mielke FB, Guadalupe DB. **Centro de Atenção Álcool e drogas e Redução de danos: novas propostas, novos desafios**. Revista de Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2007 abr/jun; 15 (2): 210

VASCONCELOS, E.M. (2003). Prefácio in ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. Cortez Editora.