

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

Lucas Leismann da Silva

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: O TRABALHO DO  
ASSISTENTE SOCIAL COM FAMÍLIAS NO CAMPO DA  
MEDICALIZAÇÃO DA VIDA

Santa Maria, RS  
2019

Lucas Leismann da Silva

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: O TRABALHO DO  
ASSISTENTE SOCIAL COM FAMÍLIAS NO CAMPO DA  
MEDICALIZAÇÃO DA VIDA

Trabalho Conclusão do Curso de Graduação em Serviço Social, do Centro de ciências sociais e humanas, da Universidade Federal de Santa Maria. Como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Fernanda Nunes da Rosa Mangini

Santa Maria/RS

2019

Lucas Leismann da Silva

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: O TRABALHO DO  
ASSISTENTE SOCIAL COM FAMÍLIAS NO CAMPO DA  
MEDICALIZAÇÃO DA VIDA

Trabalho Conclusão apresentado ao Curso de Serviço Social, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito parcial para a obtenção do título de **Bacharel em Serviço Social**.

Aprovado em 11 de dezembro de 2019:

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Fernanda Nunes da Rosa Mangini (UFSM)**  
(Orientadora)

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sheila Kocourek (UFSM)**  
(Avaliadora)

Santa Maria, RS

2019

## AGRADECIMENTOS

Esse período de formação na universidade pública foi um dos mais importantes processos de transformação pessoal e intelectual que pude vivenciar. Faltam palavras para descrever como isso me constitui enquanto pessoa e ser social.

Gostaria de agradecer a minha família, que me apoiou durante a faculdade, em especial a minha mãe, **Eneida Maria Leismann**, mulher, trabalhadora e mãe solteira, que fez muitos sacrifícios para que esse momento se tornasse realidade em minha vida.

Também quero deixar um agradecimento especial a minhas companheiras e companheiro da militância e vida, que estiveram comigo durante esses anos me incentivando a continuar, contribuindo direta ou indiretamente com a minha formação e me acolhendo nos momentos difíceis.

Por fim, mas não menos importante, um agradecimento a minha orientadora, professora **Fernanda Mangini**, pela sua sensibilidade e expertise em me orientar na construção desse trabalho.

Ninguém nasce feito, ninguém nasce marcado para ser isso ou aquilo.  
Pelo contrário, nos tornamos isso ou aquilo. Somos programados, mas, para  
aprender. (FREIRE, 1993)

## RESUMO

### SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL COM FAMÍLIAS NO CAMPO DA MEDICALIZAÇÃO DA VIDA

AUTOR: Lucas Leismann da Silva

ORIENTADORA: Prof.<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> Fernanda Nunes da Rosa Mangini

Este trabalho surge das experiências no estágio curricular em serviço social realizado no Centro de Apoio Psicossocial - Álcool e outras Drogas (CAPS-AD). Essa é uma pesquisa qualitativa, exploratória de cunho teórico-bibliográfico. O objetivo da pesquisa é analisar as possibilidades de atuação profissional com famílias na saúde mental, em relação à medicalização. Nesse estudo é abordada a medicalização da vida e sua relação com as expressões da questão social, como se desenvolveu esse fenômeno ao longo do tempo. A indústria farmacêutica se estruturou a partir dos anos 1950 começou um processo de disseminação da mercadoria medicamento, em especial os psicofármacos, a banalização desses medicamentos e o uso abusivo são as principais materializações da medicalização da vida na contemporaneidade. A família que atualmente tem centralidade nas políticas sociais é interpelada por esse fenômeno, junto com os processos de transformação que ela passou ao longo da história. O neoliberalismo impacta nas famílias e agudiza as expressões da questão social com o recrudescimento das políticas sociais. O trabalho do assistente social com famílias voltou ao centro do debate da profissão, por conta do processo de transformações na família e nas políticas sociais. A partir disso se explora as possibilidades de atuação profissional com as famílias a partir da aplicação do Guia de Gestão Autônoma da Medicação com familiares para discutir o uso de medicamentos e as possibilidades de emancipação e efetividade da cidadania.

**Palavras-chave:** Serviço Social. Família. Medicalização da vida. Saúde Mental.

## ABSTRACT

His work arises from experiences in the curricular internship in social work conducted at the Psychosocial Support Center - Alcohol and Other Drugs (CAPS-AD). This is a qualitative, exploratory research with a theoretical and bibliographic nature. The objective of the research is to analyze the possibilities of professional performance with families in mental health, in relation to medicalization. This study addresses the medicalization of life and its relationship with the expressions of the social issue, how this phenomenon developed over time. The pharmaceutical industry was structured from the 1950s began a process of dissemination of drug commodity, especially psychotropic drugs, the trivialization of these drugs and abuse are the main materializations of life medication in contemporary times. The family that currently has centrality in social policies is challenged by this phenomenon, along with the transformation processes that it has undergone throughout history. Neoliberalism impacts families and sharpens the expressions of the social issue with the resurgence of social policies. The work of the social worker with families has returned to the center of the profession's debate, due to the process of changes in the family and social policies. From this we explore the possibilities of professional performance with families from the application of the Guide for Autonomous Medication Management with family members to discuss the use of medicines and the possibilities of emancipation and effectiveness of citizenship.

**Keywords:** Social service. Family. Medication of life. Mental health.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
1.1	Metodologia .....	13
1.2	OBJETIVOS .....	15
1.2.1	<b>Objetivo Geral .....</b>	<b>15</b>
1.2.2	<b>Objetivos Específicos .....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA COMO EXPRESSÃO DA QUESTÃO SOCIAL 16</b>	
<b>3</b>	<b>A MEDICALIZAÇÃO DA FAMÍLIA .....</b>	<b>31</b>
<b>4</b>	<b>O TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL COM FAMÍLIAS: FUNDAMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS E POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>46</b>
4.1	PERSPECTIVAS DE PROTEÇÃO SOCIAL PARA A FAMÍLIA .....	51
4.2	OS CAPS ÁLCOOL E DROGAS E A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL 55	
4.3	O GUIA GAM COMO ESTRATÉGIA DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL ....	61
4.4	A EXPERIÊNCIA COM O GUIA GAM NO CAPS AD .....	63
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>66</b>



## 1 INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso emerge da interpelação das vivências no estágio em serviço social II. O presente trabalho está dividido em três capítulos. No primeiro, abordamos o fenômeno da medicalização da vida, resgatando aspectos históricos e conceituais. No segundo, tratamos a questão da medicalização das famílias, trazendo uma retomada dos processos de transformações que a família passou e o processo de medicalização da família. No terceiro capítulo discutimos o trabalho do assistente social com as famílias, seus fundamentos e possibilidades de atuação, tendo como destaque o projeto de intervenção executado no estágio.

Inicialmente, pretendia-se trabalhar a questão da medicalização com usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-Ad), mas a proposta foi adaptada para o grupo de familiares em desenvolvimento na instituição. A abordagem no grupo estaria direcionada para orientação dos familiares nas questões que envolvessem a medicalização dos usuários que fazem uso de substâncias psicoativas. No entanto, a partir da participação no grupo, foi possível perceber que muitos familiares estavam adoecidos e que o uso de psicofármacos era uma questão forte e presente não apenas entre os usuários, mas também, e, sobretudo, entre os familiares. Dessa observação que surge o questionamento sobre os saberes do assistente social no que se refere ao cuidado da família no campo da medicalização da vida.

A ampliação das políticas neoliberais no Brasil nas últimas décadas atingiu as famílias de uma forma perversa, ao passo que o núcleo familiar passa a ter centralidade nas políticas públicas e assumem inúmeras responsabilidades em relação ao cuidado de seus membros. Nesse processo, o Estado vem se retraindo, reduzindo investimentos em políticas de proteção e colocando sobre a família o cuidado em relação a questões que emergem do cerne da sociedade moderna. (MIOTO, 2015)

A família é objeto de intervenção do serviço social desde o início da profissão e as formas de atuar com a família também sofreram mudanças que acompanharam as transformações da profissão no Brasil. Desde a origem do serviço social brasileiro, com um viés conservador, que primava pela

regulamentação de comportamentos e adequação das famílias concebidas como “desestruturadas” até o movimento de reconceituação, que trouxe entre outros avanços teóricos, a compreensão das demandas apresentadas não como uma responsabilidade do indivíduo/família, mas sim, resultado do processo social capitalista que não satisfaz as necessidades humanas. (MIOTO, 2015).

A Reforma Psiquiátrica (RP) vem se estruturando no Brasil desde 1970 e tem como principal objetivo pensar um novo modelo de atenção em saúde mental. A ideia de desinstitucionalizar os usuários dos serviços de saúde mental é um dos focos do debate da RP. A desinstitucionalização é uma questão muito comum ao debate de reforma psiquiátrica e, por vezes, confundida com a desospitalização, entretanto esse conceito abrange pontos mais profundos na sociedade, diz respeito a uma gama de paradigmas que estruturam as ações sociais e que trabalham para manutenção do *status quo*. (ROTELLI, 2001).

Nesse sentido a família tem uma centralidade no acolhimento e cuidado desses sujeitos com transtornos mentais, na medida em que se altera o paradigma de exclusão social e recoloca o usuário de volta ao seu território, preconizando a ressocialização e reconstrução de vínculos com a comunidade. Essa tarefa atribuída às famílias esbarra nas precárias políticas públicas e no sucateamento do Estado como responsável pela garantia de direitos historicamente constituídos. Essa condição coloca as famílias em uma posição na qual são cobradas pelo cuidado do usuário sem ter as condições mínimas para o mesmo. Assim, além de prover às condições de subsistência a família ainda precisa prover um cuidado específico no campo da saúde mental.

Esse processo vem culminando no adoecimento dos membros familiares e se tornando um ciclo vicioso, no qual os familiares por vezes desenvolvem transtornos tão graves quanto os que necessitam do cuidado. Foi o contato com essa realidade que desencadeou a reflexão acerca da medicalização da vida nas famílias de pessoas com transtornos mentais em decorrência do uso abusivo e compulsivo de substâncias psicoativas. Essa realidade nos levou ao questionamento das condições sociais das famílias para o provimento de cuidados e da sua relação com a medicalização.

O advento dos psicofármacos, apesar de parecer mudar os métodos de tratamento da psicose em relação ao tradicional, como a lobotomia e o

eletrochoque, se mostrou uma extensão dos mesmos em termos de resultado, como aponta Caponi (2018). Nesse sentido se estabelece uma nova forma de controle, no lugar do controle físico através dos manicômios controla-se pelo encerramento químico, pelo uso de psicofármacos que mudam padrões comportamentais, que diminuem a violência do usuário ao preço de sua liberdade.

A medicina é tensionada pelo complexo “médico-hospitalar-farmacêutico”, orientado pela lógica mercantil, no intuito de capturar sua estrutura político-social para estabelecer o uso de dispositivos industriais e tecnológicos como forma de resolução das problemáticas que afligem a saúde, e ainda a regulamentação desses dispositivos se dará por esse segmento industrial, que tem interesses privados (OLIVEIRA 2018).

O Serviço Social se encontra com essa problemática em meio aos dispositivos criados pelo processo da Reforma Psiquiátrica (RP), em especial os CAPS. Embora seja ampla e difundida a atuação dos assistentes sociais nos CAPS e na RP, a categoria ainda precisa avançar na sistematização do seu fazer profissional no âmbito da saúde mental e, no caso do estudo em questão, nas interfaces entre o social e a medicalização da vida, além da inserção desse profissional nos grupos de Gestão Autônoma da Medicação (GAM).

Nesse sentido, o presente trabalho visa identificar e analisar como os fundamentos teórico-metodológicos do Serviço Social podem contribuir para compreender o fenômeno da medicalização na sua interface com as famílias, tendo como norte o objeto ou matéria-prima do trabalho do Assistente Social: as expressões da questão social. Busca ainda apresentar a experiência com o grupo de familiares a partir da adaptação do Guia de Gestão Autônoma da Medicação, refletindo sobre as potencialidades do trabalho do Assistente Social nesse campo.

Para tal pretende-se fazer uma pesquisa exploratória de cunho teórico-bibliográfico, com intuito de compreender as relações dos conceitos de família e medicalização da vida com o serviço social, tendo como base livros e artigos sobre a medicalização da vida e artigos de jornais por se tratar de um fenômeno atual e contemporâneo. A importância deste trabalho se dá na medida em que contribui para continuidade das reflexões da categoria nessa área por se tratar de

um assunto que bate às portas dos Assistentes Sociais em diversos espaços sócio ocupacionais.

As experiências e vivências no estágio em serviço social II demonstraram a predominância do fenômeno da medicalização da vida dos familiares dos usuários do serviço onde o estágio foi realizado. A partir disso, a busca por subsídios no tripé teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo do serviço social apresentou o cuidado com a família no que diz respeito à medicalização da vida como um panorama pouco explorado pela categoria.

As reflexões acerca da família e as dificuldades em conciliar o cuidado e o trabalho estão em ebulição no debate contemporâneo do serviço social. Moser e Dal Prá (2016) colocam a necessidade de aprofundar as discussões no serviço social, como o cuidado, a conciliação entre o trabalho e as responsabilidades familiares e o impacto disso na vida dos sujeitos e famílias.

No que se refere à preocupação com a família na perspectiva da reforma psiquiátrica Rosa (2015) levanta questionamentos, ainda vigentes, no sentido do espaço que a família ocupa na saúde mental, as maneiras que podemos articular as inúmeras políticas para dar subsídio ao cuidado desta família e qual o papel do profissional da saúde nas mediações e resoluções dos conflitos familiares.

Sendo assim, se mostra necessário às reflexões do Serviço Social em relação a esse tema, em especial no campo das mediações teórico-práticas, sistematizar o fazer profissional e as ferramentas de atuação do assistente social e compartilhar essa produção de conhecimento com a categoria na expectativa de desvelar as formas de atuação que se constroem no nó entre a prática e a reflexão da mesma.

No entanto, a despeito do avanço de apreender a realidade como totalidade em movimento, esta análise nem sempre conseguiu apanhar, com o rigor ontológico necessário, as mediações, que são as moventes passagens entre as partes (complexos) em face de uma totalidade (complexo que se constitui na soma de outros complexos menos abrangentes). Daí decorre que a não apreensão das mediações que compõem a ossadura mesma da realidade, redundam em análises e conclusões descabidas em face da realidade, e mais ainda em ações descoladas às reais necessidades e possibilidades historicamente determinadas. (PONTES, 1999, p. 62)

O assistente social e o Serviço Social têm que estar em movimento, assim como a sociedade e suas transformações. As reflexões sobre o fazer profissional

frente às demandas que se colocam nessa sociedade capitalista em cada momento da organização das suas forças produtivas são as bases que vão instrumentalizar e qualificar o trabalho do assistente social.

Nesse sentido é que o presente trabalho se propõe a compreender a atenção à família a partir da totalidade histórico-social, tendo como *locus* o campo da medicalização, o que se supõe esse fenômeno na sociedade capitalista e suas implicações para o trabalho profissional, especialmente o modo como os profissionais analisam e encaminham ações nesse campo.

## 1.1 METODOLOGIA

A pesquisa é, antes de tudo, o cerne da ciência moderna, e como tal precisa de um método bem elucidado. Através de um método, objetivos e de sua publicação, a pesquisa visa construir conceitos sobre a realidade. A principal característica de uma pesquisa científica se dá na possibilidade de poder ser falseada, ou seja, na possibilidade do conhecimento produzido estar em constante teste e aprimoramento, Fonseca (2002). Sendo assim a importância da metodologia se dá na medida em que se descreve cada passo do processo de produção do conhecimento possibilitando a investigação do mesmo.

Para (Gil, 2008, p.08), “Pode-se definir método como caminho para se chegar a determinado fim. E método científico como o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para se atingir o conhecimento.” A partir disso entende-se como a pesquisa exploratória de cunho teórico-bibliográfico, como método mais apropriado para o desenvolvimento dessa pesquisa. Ela se dará em livros e artigos sobre a medicalização e o Guia GAM no contexto das ciências humanas e sociais. Também utilizará artigos de jornais por se tratar de um fenômeno atual e contemporâneo, tendo como foco a abordagem marxista.

O primeiro momento do projeto seria a pré-pesquisa, onde seria feita leitura sobre o tema a ser abordado no projeto, com vistas em elucidar a temática e proporcionar as condições para definição do objeto. A partir da constatação do objeto se tem a problematização do mesmo e a partir disso a elaboração dos objetivos do projeto em relação à problematização feita e assim se tem o projeto.

Feito isso se inicia a pesquisa a partir do levantado no projeto e por fim tem-se o relatório dos resultados encontrados na pesquisa.

Além disso, será feito um estudo de caso da utilização do guia GAM como forma de proporcionar discussões nos serviços de atenção em saúde mental, sobre o uso e as consequências da medicalização, em especial no que se refere ao uso do mesmo no tratamento de usuários com dependência química. Dessa forma busca a relação entre a pesquisa exploratória e o estudo de caso para constituir saberes em relação à atuação do Assistente Social no campo da medicalização e suas possíveis mediações teórico-práticas.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo Geral

Compreender as interfaces entre família, medicalização da vida e o trabalho do Assistente Social.

### 1.2.2 Objetivos Específicos

Conhecer o debate da medicalização no campo das ciências sociais e humanas.

Apreender o conceito da medicalização da vida na sua relação com o trabalho do Assistente Social e as expressões da Questão Social.

Analisar as possibilidades de atuação profissional com famílias na saúde mental, em relação à medicalização e a aplicação do Guia GAM.

## **2 A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA COMO EXPRESSÃO DA QUESTÃO SOCIAL**

A descoberta dos medicamentos e, posteriormente, o desenvolvimento da farmacologia impactou profundamente a vida humana. Desde os princípios, a humanidade busca por substâncias que promovam a cura das enfermidades. Inicialmente, a relação que se tinha com a natureza pautava esses esforços, através das descobertas de plantas medicinais, chás e compostos naturais. Essa tradição se mantém em algumas culturas até hoje.

A maneira como se lidava com as enfermidades mudou ao longo do tempo, e, por sua vez, a relação com as substâncias medicinais também. A falta de compreensão sobre química e biologia molecular promoveu uma relação com as plantas e com a doença mais contínua. Sendo assim, os chás e compostos naturais eram vistos como uma boa e efetiva forma de cuidado, devido à maneira como se vivia à enfermidade nesse período.

Entretanto, com o desenvolvimento do capitalismo e a transformação das forças produtivas, o advento da indústria, da tecnologia e da urbanização da população, houve uma ressignificação no processo de saúde. A urbanização agudizou problemas infecciosos e de saúde e a indústria mudou a organização da vida das pessoas, isso exigiu substâncias mais efetivas e seguras para o tratamento das enfermidades. Essa exigência impulsionou o desenvolvimento de medicamentos.

Da mesma maneira que se desenvolviam os remédios para as enfermidades do corpo, se pensava em fármacos para as mazelas da mente. Nos manicômios e hospitais psiquiátricos do século XVII eram usadas substâncias como éter, ópio e cocaína, como um medicamento para lidar com a loucura. Contudo, essas substâncias têm um grau de periculosidade, dessa maneira nunca chegaram a extrapolar os muros dos hospícios. Entretanto, no século XX ocorreu o desenvolvimento de substâncias com potencial terapêutico e seguras para tratar os surtos psicóticos, esses por sua vez não encontram barreiras na sociedade moderna e hoje estão presentes no dia a dia da população, os conhecidos psicofármacos.

Essa proliferação dos psicofármacos, atualmente, tem fomentado inúmeras discussões, tanto do ponto de vista da saúde quanto das questões éticas em torno



desse movimento. Junto com esses medicamentos, uma série de novos transtornos mentais surgiram e para os mesmos um medicamento<sup>1</sup>. Por outro lado, novos fármacos foram desenvolvidos e os sintomas foram adaptados às suas ações. Assim, para cada ação da vida há um tratamento. Esse processo vem sendo tratado como medicalização da vida, um fenômeno pelo qual os remédios tomam conta das subjetividades e das relações sociais, construindo uma saída “fácil” para todos os problemas existentes na Modernidade.

O fenômeno da medicalização é discutido há décadas por inúmeros autores, dos clássicos como Foucault (1978), até autores mais contemporâneos como Caponi (2018), Verdi (2010), Amarante (2018), Pitta (2008). Um dos elementos que se destaca nesses estudos é o poder e a influência que a indústria farmacêutica desenvolveu ao longo dos anos e a estruturação da ideia dos dispositivos tecnológicos, em especial os farmacológicos, como resposta a todos os problemas de saúde.

Assim, com o avanço da ciência e da tecnologia no século XX, novas formas de cuidado à saúde foram ganhando contorno, entre essas se destacam o desenvolvimento de uma indústria farmacêutica, que ganhou notoriedade e muita influência no século XXI. Com a consolidação da farmacologia e o fortalecimento do saber médico, no período posterior a 2ª guerra mundial, inicia um novo campo de saber, a chamada, psicofarmacologia. A partir de então, a psicofarmacologia se estabelece como campo científico, e, em poucos anos, se dissemina pelos hospitais psiquiátricos como um método revolucionário de tratamento de pessoas com surto psicótico.

Além do desenvolvimento do campo da psicofarmacologia, o contexto do pós-guerra também favorece a ascensão desse campo. A segregação e o confinamento dos loucos dentro das instituições manicomiais eram comparados aos campos de concentração nazistas. Esse saldo negativo e a necessidade de força de trabalho para reconstrução das cidades impunha a emergência de formas de tratamento mais efetivas e que pudessem resgatar à vida laboral e produtiva

---

<sup>1</sup> O Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) é um manual usado por profissionais para diagnosticar transtornos mentais. Desde o lançamento do DSM 1, em 1952, até sua última edição, o DSM V, lançado em 2013, houve uma ampliação significativa dos transtornos mentais. Em seu primeiro volume o manual contava com menos de 100 transtornos, enquanto o último lançado conta com mais de 500.

um amplo contingente de trabalhadores, muitos dos quais tiveram suas condições de saúde física e mental deterioradas pela 2ª Guerra Mundial. (AMARANTE, 2001).

No início dos anos 1950, começou uma profunda mudança nos paradigmas do saber psiquiátrico, sobretudo por conta do desenvolvimento da *Clorpromazina* (CPZ) entre 1952 e 1954. Este novo fármaco inaugurou, o que se convencionou chamar de “revolução terapêutica” no campo da psiquiatria. Neste sentido, as descobertas na psicofarmacologia representaram, sobretudo, a superação de um modelo de tratamento de alto risco, que envolvia substâncias como ópio, morfina, haxixe, entre outros, em conjunto com uma série de procedimentos, atualmente execrados pelo movimento de reforma psiquiátrica, como o eletrochoque, choque insulínico e a lobotomia.

Por detrás dessa narrativa de “revolução terapêutica” anunciada e difundida nesse período se entrelaçam a descoberta e validação dos psicofármacos aos interesses de uma indústria farmacêutica em meio a uma disputa de poder pela legitimação do saber psiquiátrico – interesse da categoria – frente a outros campos da medicina, tradicionalmente prestigiados. Basicamente é nesse cenário que se cria, desenvolve e legitima a psicofarmacologia e se estabelece o embrião das relações, assentadas na produção de valor, entre a indústria farmacêutica e a categoria médica.

Desde a validação, nos anos 1980, do *cloridrato de fluoxetina*, conhecido comercialmente como *Prozac*® se instaurou uma gama de conceitos para tratar das repercussões sociais desse tipo de fármaco. Hernáez (2010) sintetiza de forma pontual as principais inquietações em relação a esse tema:

Qual é o potencial da psicofarmacologia para esculpir a personalidade e alcançar a felicidade? Que diferenças existem entre essas novas tecnologias da mente e os velhos recursos psicoterapêuticos e psicoativos? Estamos no limiar de uma mudança cultural sem precedentes que vai afetar as ideias de pessoas, os estados de ânimo e o comportamento social? Quanto é eficácia biológica e quanto é marketing no poder dessas novas drogas? (HERNÁEZ, 2010, p.112).

Apesar do uso de medicamentos para tratar de transtornos da mente datar do século XVIII, nunca antes houve uma disseminação tão rápida e massiva de remédios dessa ordem, em pouco mais de 50 anos os antidepressivos entraram de sobressalto na vida das pessoas.

Embora ainda haja um horizonte significativo a ser explorada a partir dessas indagações, uma afirmação se mostra pertinente no momento, os antidepressivos se consolidaram em diversos âmbitos da vida social, nos espaços de saúde, nos meios de comunicação e entre as produções culturais contemporâneas. Essa expansão, em decorrência, sobretudo da relação consumidor/mercadoria que se estabeleceu com esses medicamentos, produziu uma hegemonização das subjetividades e estados de ânimos.

Ao fim do século XX, inúmeros psicofármacos foram descobertos e a medicalização da vida tomou corpo e forma. Os medicamentos se transformaram mudando seu caráter de promoção de bem-estar para uma mercadoria valiosa e muito consumida, atendendo a perspectiva de lucro das grandes indústrias farmacêuticas que operam na lógica de mercado, buscando produtividade e a rentabilidade. Os psicofármacos figuram nas listas de medicamentos mais lucrativos da indústria farmacêutica e a capacidade produtiva dos laboratórios tem se voltado para esse setor de medicamentos (ANGELL, 2007).

Com o lobby das indústrias, principalmente sobre o legislativo norte americano, se constitui brechas em leis sobre a pesquisa e teste de medicamentos, que facilitam a entrada de financiamento das indústrias farmacêuticas com intuito de constituir a narrativa de inovação e eficiência dos medicamentos vendidos pelas mesmas. Como mostra Angell (2007), essa influência se desdobrou desde a compra de estudos que comprovem a eficiência de um determinado remédio até as mais variadas formas de cooptação da categoria dos médicos na tentativa de aumentar as vendas de determinada mercadoria a partir da prescrição do mesmo por médicos.

Essa mudança de panorama recai, sobretudo, na apropriação da produção científica e na constituição de mecanismos de disseminação da medicalização. A medicina acaba sendo apropriada pelo complexo “médico-hospitalar-farmacêutico”, orientado pela lógica mercantil, a qual vai fazer uso de sua estrutura político-social para estabelecer o uso de dispositivos industriais e tecnológicos como forma de resolução das problemáticas que afligem à saúde. A regulamentação desses dispositivos se dará por esse segmento industrial, que tem interesses privados, segundo Oliveira (2018).

O aperfeiçoamento das formas de mudar a realidade para resolver problemáticas da vida é inerente ao ser, e é nesse espaço que se colocam os fármacos, em especial os psicofármacos. Entretanto, o que está posto atualmente é uma perda do horizonte de aliviar sintomas e curar doenças. Cada vez mais os interesses mercantis ditam os padrões de elaboração e de pesquisa de medicamentos, dessa forma, há uma migração para produção de drogas voltadas à padrões comportamentais.

Como aponta Barros (1983, p. 339), “No momento mesmo em que se instaura a quimiossíntese em um contexto capitalista de produção, os medicamentos assumem a conotação de uma mercadoria com a necessidade implícita de ser consumida em quantidade e qualidade crescentes”. Esse processo de mercantilização do remédio passa a influenciar diretamente as maneiras de cuidado. Através do marketing da indústria farmacêutica se construiu uma mudança na relação da necessidade do medicamento, tornando essa mercadoria socialmente necessária em vistas das demais formas de cuidado tradicionais (BARROS 1983).

Tesser (2006) vai abordar como se desenvolveu essa perspectiva sociocultural de prevalência da medicação em contrapartida as outras maneiras de cuidar da saúde. Para ele, o desenvolvimento da sociedade se traduziu na superação da dor, aliada a velocidade imposta pelo modelo capitalista que criou a necessidade de respostas rápidas e efetivas para suprimir o sofrimento. Em suas palavras “Ao viver em uma sociedade que valoriza a anestesia e a sedação de sintomas, o médico e seu cliente aprendem a abafar a interrogação inerente a qualquer dor ou enfermidade [...]” (TESSER, 2006, p. 64).

A partir disso, se desconsidera as raízes que desenvolvem o adoecimento na sociedade capitalista, sobretudo, no que se refere aos problemas de saúde mental. Nesse sentido os psicofármacos proporcionam alívio para as doenças mentais na medida em que abafam os elementos socioculturais que favorecem o surgimento desses transtornos, através da sedação e da descaracterização dos indivíduos e de seus problemas na esfera coletiva, e assim desenvolvendo um não reconhecimento nos/pelos espaços sociais, o que contribui para a exclusão dessa população.

Para Santo e Rodrigues (2016, p. 02), “Os medicamentos são vistos como exemplo de biotecnologia, que se infiltrou na sociedade controlando, de forma dupla, a vida do sujeito: proporcionam uma vida biológica e mortificam o verdadeiro valor da vida mental, através da sua exclusão, conhecida como dessubjetivação”.

Em meio a esse fenômeno que se desenvolveu rapidamente nas últimas décadas e hoje se apresenta nas mais variadas esferas da vida social é que se coloca a pertinência do questionamento sobre sua relação com a questão social e de que forma a categoria dos assistentes sociais vai interpretar e lidar com essa problemática que se desenvolve e se espraia a partir do sistema capitalista e tem fortes relações com esse modelo de produção/consumo. Discutir a questão social implica abordar a categoria trabalho, como eixo fundante do ser social e ponto de partida para pensar a medicalização como um instrumento de poder que assegura a dominação do capital sobre o trabalho.

O trabalho ainda se apresenta como central nos debates científicos contemporâneos que se dão no âmbito das ciências sociais e humanas. O trabalho nas suas mais variadas formas, dentro do modelo capitalista, ainda faz parte da vida da maioria da população mundial. A forma de trabalho foi sofrendo alterações ao longo do tempo, mas mantendo sempre sua relação essencial de exploração da força de trabalho pelos detentores dos meios de produção.

A “questão social” é o objeto sobre o qual o serviço social debruça suas investigações e intervenções, apresentando-se no cotidiano da vida nas mais variadas manifestações, decorrentes do embate entre o capital e o trabalho. Ela incorpora uma dualidade dialética, da mesma maneira que expressa a exploração do capital/trabalho, também manifesta os movimentos de resistência. Dessa forma, a questão social está presente em todas as esferas de atuação dos profissionais do serviço social (IAMAMOTO 2001).

Já no início do século XIX, com a formação do setor industrial e a estruturação da classe operária, se evidencia a pauperização da população urbana, uma das principais expressões da questão social. Para esses que estavam à margem da sociedade, e não se encaixavam nas mudanças necessárias ao setor trabalhista industrial, era reservado um espaço de profunda

segregação, os manicômios. As estruturas físicas que deram lugar aos manicômios eram antigos locais para onde eram mandados os leprosos séculos atrás, esses espaços foram reformulados e deu origem a essa nova instituição totalitária manicomial.

Naquele momento histórico, a questão social era tratada a partir de um viés conservador. A partir disso as pessoas que desvirtuam do ideário social eram taxadas de “loucos” e encarcerados nos manicômios e assim as mazelas do capitalismo selvagem ficavam fora da vista da sociedade. O serviço social conservador foi a linha de atuação que estruturou a atuação dos profissionais da área por décadas, e até hoje ainda encontra espaços de proliferação, embora essa perspectiva tenha sido superada na categoria a partir do movimento de Reconceituação.

A análise da questão social no Brasil, sob a égide do conservadorismo, permitiu visualizar suas expressões como condições individuais e morais. Na saúde mental, esse imperativo norteou a atuação dos profissionais, na medida em que os comportamentos desviantes eram enquadrados na condição de insanidade mental, sendo passível de isolamento e tratamento perverso, como os eletrochoques e até mesmo a lobotomia.

Sendo assim, era necessário enquadrar o indivíduo ou grupo aos moldes do modelo de produção, como se a miséria, o desemprego e a violência fossem resultado de escolhas individuais e da falta de moral cristã. O serviço social do período teve um papel de destaque, a partir do conhecido estudo de caso/família, adequando os usuários às condições que o sistema capitalista exigia.

A questão social é complexa e, por vezes, de difícil apreensão, devido a sua gama de desdobramentos. Contudo, esse fenômeno decorre, essencialmente, do embate entre capital/trabalho, a produção dos bens se dá de maneira coletiva, mas sua apropriação, pelos donos dos meios de produção, é privada e, assim, constitui uma imensa acumulação de capital em uma pequena parcela da sociedade. A acumulação é o cerne do modelo capitalista de produção e seus desdobramentos se manifestam na esfera de reprodução da vida (NETTO, 2011).

Uma das estratégias de acumulação é reduzir os custos de produção através da diminuição dos custos da mercadoria força de trabalho. Essas medidas

passam pela diminuição do valor dos salários e pela elevação da produtividade, incrementando as taxas de mais valia relativa e absoluta<sup>2</sup>.

Esse processo vem se agudizando nas últimas décadas e um dos seus principais reflexos é o aumento gradual das doenças relacionadas ao trabalho, principalmente, no campo da saúde mental. A confluência do capitalismo com os interesses da indústria farmacêutica se dá na criação desse mercado consumidor, flagelado pela crescente exploração do capital/trabalho e que busca a resolução dos anseios criados pelo modelo econômico nas pílulas mágicas fornecidas pelos mesmos atores que criaram esse contexto adoecedor.

Neste sentido, Bisneto (2007) constrói as aproximações pertinentes entre a questão social e os transtornos mentais. Através de sua análise institucional, o autor constrói as relações históricas entre o processo de exclusão social, resultante da questão social e sua relação intrínseca com a saúde mental. Segundo o referido autor, as formas de exclusão social reverberam na subjetividade dos indivíduos, impulsionando o aumento no mal-estar e sofrimento mental na sociedade. Além disso, a crescente desestruturação do pensar coletivo, que se acentuou nas últimas décadas, e é inerente ao modo de produção capitalista, resulta em uma sociedade enlouquecida pelo modelo de produção.

Nessa sociabilidade, o fenômeno da medicalização se apresenta no contexto contemporâneo como um duplo aspecto no que tange às relações de produção e reprodução social. Na ótica da produção, o remédio é uma mercadoria e segue os parâmetros desumanos do mercado, gerando grandes lucros para o complexo “médico-industrial-farmacêutico”. Tem potencial de apaziguar o exército de reserva com seus benzodiazepínicos, mas pode também impulsionar a produtividade do trabalhador com os metilfenidatos.

Na ótica da reprodução das relações sociais, o consumo generalizado de psicotrópicos retoma a perspectiva conservadora de individualização das problemáticas sociais geradas pelo embate capital/trabalho. Por um lado, o Estado

---

<sup>2</sup> A mais-valia absoluta é a ampliação da taxa de mais-valia em decorrência do aumento do valor total produzido por trabalhador, sem alterar a quantidade de trabalho necessário. Isso ocorre a partir do aumento da jornada de trabalho. A mais-valia relativa é o aumento da taxa de mais-valia através de incorporação tecnológica no processo de produção de bens de consumo assalariado, que reduz o tempo de trabalho socialmente necessário para produzir a mesma quantidade de valor.

se retrai pela lógica neoliberal, transferindo à família e ao indivíduo as responsabilidades que são suas e, por outro, um modelo de capital monopolista super. Explorador pressionando os trabalhadores a darem mais e mais de si. Essa condição propicia um processo de adoecimento dos membros familiares e, como resposta, a medicalização da questão social.

Os processos de desemprego, exclusão social, pobreza, miséria, violência e demais, expressões da questão social, com o auxílio dos medicamentos, são vividos quase que silenciosamente, pela classe trabalhadora, resgatando o caráter individualista de tempos passados. Assim, os conflitos oriundos da gênese da questão social permanecem latentes, circunscritos à esfera do consenso passivo, sem a correspondente rebeldia que marcou outras épocas nas quais a questão social escoava para a arena pública. Esses conflitos são enclausurados na dimensão privada e particular da vida dos sujeitos, com o auxílio dos medicamentos.

Na atualidade, os psicofármacos são um dos mais potentes dispositivos de poder da cena contemporânea. Trata-se de um dispositivo tecnológico que

[...] em lugar de docilizar pelo encerramento físico manicomial, dociliza-se pelo encerramento químico, pelo isolamento que impõe o uso de psicofármacos que modelam os hábitos e as condutas, que dominam os pensamentos e os delírios, que minimizam o risco de violência, mas que, ao mesmo tempo, exigem um custo muito elevado. (CAPONI, 2009, p. 103).

Os processos de cuidado em saúde mental se reduzem a diagnóstico/tratamento enquanto as possibilidades de emancipação humana e de garantia de direitos e de liberdades vão se esvaindo em meio à proliferação de psicofármacos na vida cotidiana.

Hernández (2010) faz um levantamento de dados e reflexões acerca da medicalização e da indústria farmacêutica muito relevante a este estudo. Para o autor, o desenvolvimento da tecnologia e da indústria a partir da segunda metade do século XIX impulsionou o crescimento da indústria farmacêutica a tal ponto, que entre os anos de 2000 a 2010, houve um crescimento médio de 15% nesse setor. Conforme o referido autor, grande parte desse crescimento se deu por conta da venda de psicofármacos, cuja ação no âmbito dos padrões comportamentais apresenta uma flexibilidade para se pensar campanhas publicitárias e estratégias de comercialização desse tipo de fármaco.



O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), mostra um aumento de 30% dos gastos do sistema único de saúde (SUS) com medicamentos entre 2001 e 2016 no Brasil. A Infarmed, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos setores de medicamentos e produtos de saúde em Portugal, realizou um estudo entre 2000 e 2012, o qual mostrou um aumento no consumo de psicofármacos em termos de dose diária definida (DDD) por 1000 habitantes dia (DHD), nos antidepressivos o aumento foi de 240%, nos antipsicóticos 171% e nos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos foi de 6%. Em relação à variação de consumo do último grupo de psicofármacos, o estudo destaca as já elevadas taxas de consumo comparado a outros países europeus, como a Dinamarca, a Itália e a Noruega (FURTADO, 2013).

Ainda segundo Hernáez (2010), houve um aumento do consumo de psicofármacos generalizado em vários países industrializados da Europa e nos Estados Unidos da América. Contudo, esse processo de disseminação não ocorreu de maneira homogênea, elementos como o sistema de saúde, as políticas de controle e os entendimentos sobre emoções e subjetividades de cada região ditaram a tônica de popularização desses fármacos, um exemplo emblemático em relação a isso é o Japão, o qual tem altos índices de internações em hospitais psiquiátricos, mas que só aprovou a comercialização desses psicofármacos há poucos anos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu relatório anual de 2001, o qual se dedicou a saúde mental, estima a depressão como uma das doenças com maior prevalência no mundo e ainda alerta que até 2020 essa pode ser a principal causa de incapacidade e mortalidade por suicídio, além disso, os dados demonstram a prevalência dessa doença entre mulheres. Nessa linha, Hernáez (2010), realizou uma pesquisa entre jovens e adolescentes catalães, onde foi possível observar que 15,1% das meninas entre 15 e 19 anos afirmam sentir-se deprimidas, e ainda há uma significativa discrepância de incidência em relação às condições sociais, de 9,8 para filhas de profissionais mais qualificados e 34,6% para profissionais sem qualificação de trabalho.

Nesse sentido, os psicofármacos foram se construindo ao longo do tempo como uma estratégia de cuidado contraditória, na medida em que assumem uma

aparência de resolução imediata de problemas, em vista da exigência do tempo pelo capital, também se introduzem como mercadorias, estando imbricados pelas relações de consumo e de mercado do sistema capitalista. Lukács (2003) retoma e aprofunda uma reflexão iniciada por Marx (2011), no que se refere ao processo de alienação e fetichismo da mercadoria, introduzindo a partir da análise desses fenômenos o conceito da reificação.

A reificação significa a naturalização de determinadas relações sociais, o que colabora para sua reprodução acrítica e irrefletida. Ela se desenvolve a partir do racionalismo produtivo, característico do modelo de produção capitalista, que aprofunda o distanciamento entre o sujeito e a coisa produzida a partir da fragmentação e racionalização da produção. Esse processo, tem como resultado, uma implicação profunda na constituição das subjetividades dos trabalhadores.

Com a moderna análise “psicológica” do processo de trabalho (sistema de Taylor), essa mecanização racional penetra até na “alma” do trabalhador: Inclusive suas qualidades psicológicas são separadas do conjunto de sua personalidade e são objetivadas em relação a esta última, para poderem ser integradas em sistemas especiais e racionais e reconduzidas ao conceito calculador (LUKÁCS, 2003, p. 201).

Dessa forma essa fragmentação promove um desentendimento entre o trabalho e a subjetividade do trabalhador, e assim o trabalhador passa a se perceber como máquina, a qual é passível de aprimoramentos e intervenções para garantir a produtividade. Nesse sentido, Lukács (2003) coloca que esse fenômeno promove uma transformação, quando “encobre o caráter imediato, concreto, qualitativo e material das coisas”, que altera a individualidade do humano e das coisas.

Junto com a expansão da indústria farmacêutica se iniciou um processo mundial a partir da década de 1970 de reestruturação do setor produtivo e uma mudança profunda na perspectiva que norteava as ações do Estado até aquele momento. Com a crise do modelo Fordista/Taylorista, o paradigma Keynesiano<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Após a crise de 1929, que teve proporções mundiais, o ideal liberal econômico começou a ser questionado, quanto a sua real capacidade de dar conta dos anseios da sociedade. A partir disso as ideias de Keynes, ganharam força dentro das ações do Estado, que passou a desenvolver uma série de políticas públicas, estruturando um sistema de proteção social, que ficou conhecido como Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*). Esse modelo pressupunha a intervenção do Estado na economia em setores estratégicos, com vistas a garantir condições de vida e subsistência para a população. Este modelo se destacou principalmente na Europa, sendo implementado em outros países com variações e perdurou até os anos 1980.

que imperava sobre o modelo de gestão do Estado foi substituído pelo que se entende por neoliberalismo.

A crise da década de 1970 foi o principal ponto de apoio para decretar a falência do modelo de bem-estar social. A partir de então os ideais liberais suscitaram o neoliberalismo, o qual tinha como base uma série de acordos bilaterais estabelecidos por instituições financeiras não governamentais, como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial. Esses acordos ficaram conhecidos como consenso de Washington. A partir de então, houve uma guinada na gestão do Estado, com impactos, sobretudo, nos países de capitalismo tardio. As políticas sociais, que antes visam ao *status* de cidadania a população, sofreram um processo de precarização que se deu principalmente pela focalização e descentralização das mesmas.

Um dos aspectos fundamentais do neoliberalismo se encontra no campo das ideias, a difusão do individualismo e da competição podem ser reconhecidos como um dos principais triunfos deste modelo. A incorporação e difusão dos valores capitalistas pelo neoliberalismo promoveu uma guinada em diversas esferas da vida. No âmbito laboral, esses pensamentos aliados à diversas estratégias de reorganização produtiva aprofundaram a desorganização da classe trabalhadora. Já na esfera das políticas sociais houve uma retomada da perspectiva de culpabilização do indivíduo pelas mazelas oriundas do modelo econômico, como a pobreza e o desemprego.

Além da gestão do Estado e da disputa pela hegemonia, o neoliberalismo se caracteriza pela intensa precarização do trabalho com vistas ao aumento da taxa de lucro dos capitalistas. O processo de globalização econômica e a migração de capital do setor produtivo para o setor rentista recai sobre os trabalhadores na forma de precarização do trabalho, flexibilização das leis de proteção trabalhistas e novas formas de vínculos empregatícios mais volúveis e inseguros.

Esse contexto de precarização do trabalho, de desestruturação das políticas públicas e de idolatria dos valores individualizantes se mostra profícuo para a difusão da indústria farmacêutica na medida em que a saúde vai se tornando cada vez mais uma questão econômica, passível de gerar lucros. O

trabalho precarizado proporciona um ambiente laboral que deteriora a saúde do trabalhador, ao mesmo tempo em que, exige mais e mais produtividade do mesmo. E os valores predatórios incentivados pelo modelo neoliberal vão se traduzindo na proliferação de problemas mentais.

Nas últimas décadas, a reorganização produtiva encabeçada pelo modelo de produção toyotista de acumulação flexível, associada ao neoliberalismo, vem produzindo novas formas de adoecimento no fazer laboral. A presença massiva de novas tecnologias de produção, como a robótica e a informatização das linhas de produção nas grandes corporações são alguns fatores que impulsionam acidentes e doenças profissionais (ANTUNES; PRAUN, 2015).

Ainda segundo os autores essa reconfiguração do sistema produtivo reverbera em toda a cadeia produtiva. Nos locais de trabalho onde há prevalência de maquinário avançado e tecnologia, aliados a novos modelos de gestão, o trabalhador está mais exposto a intensificação do ritmo de trabalho e a flexibilização. Por outro lado, tanto a quantidade de vínculos laborais do trabalhador (cada vez mais numerosos) quanto a qualidade desses vínculos de trabalho no mundo informatizado promovem uma insegurança e maior vulnerabilidade a maioria dos trabalhadores.

A flexibilização, palavra da vez no mundo do trabalho, é mais uma das formas de ampliação da exploração do trabalho.

A flexibilidade ou flexibilização se constitui no contexto atual em uma espécie de síntese ordenadora dos múltiplos fatores que fundamentam as alterações na sociabilidade do capitalismo contemporâneo. Do ponto de vista de seu impacto nas relações de trabalho, a flexibilização se expressa na diminuição drástica das fronteiras entre atividade laboral e espaço da vida privada, no desmonte da legislação trabalhista, nas diferentes formas de contratação da força de trabalho e em sua expressão negada, o desemprego estrutural. (ANTUNES; PRAUN, 2015, p. 412).

Essa redução de fronteiras faz com que as pressões, inseguranças e instabilidades laborais penetrem com muito mais facilidade na esfera privada e, especialmente, na subjetividade dos trabalhadores. Além disso, a subjetividade é um dos alvos dos novos métodos de gestão e controle da força de trabalho nessa nova fase do capitalismo reestruturado. Dessa forma, a crescente cobrança por respostas às demandas do capitalismo financeiro, aliado aos desmontes das leis

trabalhistas e insegurança na relação empregador/trabalhador impulsiona a constituição de um ambiente de trabalho adoecedor.

Outra questão que tem assolado o cotidiano do mundo do trabalho é a crescente individualização do trabalho. Para Antunes e Praun (2015), apesar das dificuldades, até meados dos anos de 1980, existia uma solidariedade entre os trabalhadores que se manifestava na capacidade de ações coletivas na busca de superação dos sofrimentos impostos pelo modelo de trabalho explorador que os trabalhadores estavam sujeitos. Entretanto, esses mecanismos foram paulatinamente sendo desestruturados, causando um aumento no índice de suicídios no trabalho. Essa desestruturação vai ao encontro da lógica do sistema capitalista, que busca incessantemente descaracterizar o trabalhador na sua esfera coletiva, visto que a organização dos mesmos representa interesses antagônicos ao capital.

Além dos fatores supracitados, tem-se observado um crescimento no processo de terceirização do trabalho

A importância desse mecanismo de contratação, entre outros aspectos, deve-se ao fato de, ao dissimular as relações sociais estabelecidas entre capital e trabalho, convertendo-as em relações interempresas, viabiliza maior flexibilidade das relações de trabalho, impondo aos trabalhadores contratos por tempo determinado, de acordo com os ritmos produtivos das empresas contratantes, auxiliando também, de forma importante, na desestruturação da classe trabalhadora (ANTUNES; PRAUN, 2015, p. 420).

A terceirização intensifica a exploração do trabalhador, condicionando o sujeito a postos de trabalho mais precarizados, a jornadas de trabalho prolongadas, a insegurança do trabalho e a maior exposição à riscos no ambiente laboral. Essas condições de trabalho têm contribuído para o aumento nos acidentes e na gradual desestruturação das condições mínimas de saúde do trabalhador, conforme inúmeros estudos vêm pontuando nas últimas décadas. Antunes e Praun (2015), trazem dados que demonstram como os trabalhadores terceirizados são discriminados no ambiente de trabalho e estão sujeitos a menores salários e a maior rotação no emprego, além do assustador número de cerca de 80% das mortes por acidentes de trabalho no setor petrolífero do Brasil ser de terceirizados.

Dessa maneira, o que está posto atualmente no mundo do trabalho é uma crescente exploração da força de trabalho através de processos que promovem a terceirização, a flexibilização e a insegurança do trabalho. Por sua vez, esse processo em curso tem custado caro para o trabalhador, sobretudo no aumento da deterioração das suas condições de saúde e de segurança do trabalho. Entre as doenças causadas pelas condições precárias de trabalho se destacam as relacionadas à questões de saúde mental, especialmente, por conta dos novos processos de gestão de pessoas. A depressão, por exemplo, representou 37,8% dos afastamentos no trabalho no ano de 2016, e ainda segundo relatório da OMS a doença será o maior motivo de afastamento do trabalho em 2020, (OMS, 2001).

Assim sendo, a medicalização da vida é um fenômeno em crescimento exponencial nas últimas décadas, seus efeitos são perceptíveis em diversas esferas da vida, galgando, como nunca antes, um espaço que extrapola os ambientes tradicionais da loucura. Esse fenômeno se materializa e se retroalimenta nos espaços de trabalho, construindo caminhos em meio às transformações sociais de maneira silenciosa e se apresentando como uma alternativa que na verdade advém dos próprios problemas criados pelo modelo econômico vigente. Dessa forma, o serviço social tem um papel importante frente a esse fenômeno que se desdobra na relação capital/trabalho.

### **3 A MEDICALIZAÇÃO DA FAMÍLIA**

Atualmente, a família tem uma centralidade nas políticas públicas ao mesmo tempo em que sofre com as refrações do refluxo dos financiamentos públicos e o aprofundamento das perspectivas neoliberais. O que se entende como família hoje não é uma definição encerrada em si, muito menos algo estático, a família sofreu inúmeras transformações ao longo da história da humanidade, acompanhando as transformações sociais e se estruturando em cada momento histórico a partir das condições sociais e econômicas existentes.

Engels (2009) faz uma profunda reflexão sobre o desenvolvimento da família, do Estado e da propriedade privada, com base em estudos antropológicos de várias regiões do mundo. Em sua reflexão, as condições de produção e reprodução da vida se interpelam com o desenvolvimento da civilização e da família.

O autor define os sistemas de parentesco e os matrimônios que constituíram a família, com base em Morgam, para quem existiram três modelos familiares predominantes no estado primitivo, quais sejam: A família consanguínea, sendo essa a primeira etapa da família, em que os pais e filhos de relações sexuais recíprocas são excluídos dos direitos e deveres do matrimônio; a família Panaluana, na qual se excluem as relações sexuais entre irmãos e irmãs e constituem a categoria de primos e primas, sobrinhos e sobrinhas; e a família Sindiásmica, que se introduz a união por pares, mesmo que a poligamia e a infidelidade ainda fossem um direito do homem.

Ainda conforme Engels (2009), antes do surgimento da família Sindiásmica a economia doméstica comunista era predominante da estrutura econômica, e ainda a mulher era o cerne da descendência comum nos grupos de indivíduos consanguíneos, o que lhe garantia certo patamar de destaque. A estruturação da família Sindiásmica deu espaço para introdução da monogamia no modelo familiar, somente para as mulheres. Esta transformação familiar se dá em função do aumento da riqueza que coloca o homem em outro patamar de poder e, portanto, exige uma estrutura familiar que possa garantir uma estrutura hereditária e de passagem de heranças mais centralizada, substituindo o direito materno pelo direito paterno hereditário.

Esse clássico de Engels (2009) demonstra que, assim como as demais instituições sociais, a família passou por profundas transformações ao longo do processo de desenvolvimento da civilização acompanhando as mudanças nas forças produtivas. Dessa forma, a família não pode ser vista como algo natural ou divino. Ao longo das transformações, a forma de família monogâmica é entendida como a primeira na qual se baseia em condições econômicas, demarcando a passagem e superação da propriedade comunal primitiva pela propriedade privada.

Em seus estudos, Engels (2009) vai além e demonstra como a família é produto do sistema social. A riqueza se estabelece enquanto bem supremo e isso impacta na família, de maneira que a monogamia passou de um fruto do amor sexual para uma relação com interesses econômicos, impactando profundamente na configuração familiar. Em suma, a família assume esse caráter mutável, suscetível às transformações de cada período, se arranjando conforme a necessidade de manutenção da vida e as condições que lhes apresentam em cada momento histórico.

No contexto do neoliberalismo contemporâneo, a família toma a centralidade na resolução de problemas decorrentes da retração do Estado e das políticas de proteção social. A crise do liberalismo e a transição do capitalismo concorrencial para o capitalismo monopolista, inaugurou um novo momento histórico no mundo, principalmente após a crise de 1929, o Estado começou a intervir de maneira pontual na economia, sobretudo, na elaboração das primeiras políticas sociais e o desenvolvimento de um sistema de proteção social dando origem ao chamado *Welfare State*. Embora essas sejam conquistas civilizatórias, elas não são capazes de superar as contradições do modelo capitalista e promover uma verdadeira emancipação da humanidade (BOSCHETTI, 2018).

Esse modelo de proteção social perdurou por algumas décadas, principalmente na Europa. Com a crise de 1970, esse modelo foi posto em cheque e o ideal liberal de não intervenção do Estado na economia ganhou novos ares. Nesse momento, entretanto, a proteção social estava estabelecida e a aplicabilidade desse ideal liberal se deu paulatinamente, com o sucateamento das políticas públicas e a deterioração dos diversos sistemas de proteção social pelo mundo. (GASPAROTTO; GROSS; VIEIRA, 2014).



No Brasil, o estado de bem-estar social não se consolidou, as políticas sociais se estruturam tardiamente no país e de maneira fragilizada. Quando o neoliberalismo se tornou a tendência internacional e entrou com força no país a partir dos anos 90, as já enfraquecidas políticas sociais e a reduzida estrutura do Estado foi a desmonte, processo esse que arrebatou sobre a instituição família, fragilizando a materialização de direitos conquistados na constituição de 1988.

A discussão no âmbito das políticas sociais, a grosso modo, tem-se encaminhado a partir de duas perspectivas distintas. Uma que defende a centralidade da família, apostando na sua capacidade imanente de cuidado e proteção. Portanto, uma vê a família como o centro do cuidado e da proteção por excelência. A outra entende que a capacidade de cuidado e proteção da família está diretamente relacionada ao cuidado e à proteção que lhe são garantidos através das políticas sociais, especialmente das políticas públicas. (MIOTO, 2015, p. 03)

A partir da segunda perspectiva, o desafio que se coloca é compreender a família como sujeito que necessita da intervenção de políticas públicas que deem as condições para que a mesma possa promover o cuidado e a proteção de seus membros.

O Estado brasileiro vem recrudescendo o viés neoliberal nas últimas décadas e o principal impacto disso nas famílias é incorporação de maneira central na elaboração das políticas sociais sob um viés de responsabilização da família pela garantia de cuidado e de proteção. Essa perspectiva tem sido denominada de “familismo” e tem se materializado pela insuficiência ou ausência de políticas universais, pela transferência de recurso público para organizações não governamentais, as quais têm a tendência de focalizar e normatizar os usuários. (MIOTO, 2015).

A família é vista no modelo capitalista como responsável pela satisfação das condições de vida de seus membros, sendo esta e o mercado os dois elementos de garantia das necessidades, e somente quando eles não são efetivos que o Estado deve intervir. Dessa maneira as problemáticas na família são vistas como incapacidade das mesmas de gerir e aperfeiçoar seus recursos. Esta concepção emerge da divisão entre casa e fábrica, a qual mudou a relação dos membros familiares com o trabalho e as condições de produção da vida. Dessa maneira a incapacidade de prover os recursos para sobrevivência, por conta do

desemprego, por exemplo, acaba por ser tratado como um problema da família (MOSER; 2016).

A década de 1960 marca uma expansão do cuidado domiciliar na área da saúde, a escassez de estrutura hospitalar aliado ao aumento da expectativa de vida, impõem às famílias a necessidade do cuidado com idosos. A expansão das doenças crônicas degenerativas, que por vezes exigem elevados recursos tecnológicos encareceu os hospitais, essa demanda se desdobra na falta de leitos hospitalares exigindo novas formas de cuidado a população. Na direção do Estado mínimo, uma opção que se constrói é o chamado *home care*, que se traduz no cuidado domiciliar, modalidade de cuidado contínuo dedicado a pacientes e seus familiares. Essa forma de cuidado vai ganhando ênfase entre as estratégias possíveis, visto que este modelo dá margem para o cuidado informal, o que se traduz em diminuição dos custos com a saúde de um lado, mas sobrecarga familiar de outro. (MOSER, 2015).

É nesse espectro do cuidado que se inserem as famílias com usuários de substâncias psicoativas. A reforma psiquiátrica, que entre outros aspectos, promoveu uma intensa desospitalização de usuários dos serviços de saúde mental, adotando a estratégia de ressocialização e humanização do cuidado, redirecionou este usuário para o núcleo familiar. Entretanto, a diminuição da presença do Estado em forma de políticas sociais colocou as famílias em uma condição deficitária para dar conta dessa demanda, por sua vez essa relação da família sem condições associada às demandas dos usuários do serviço de saúde mental provocou um contínuo adoecimento dos membros familiares.

Rosa (2015) traz uma reflexão importante sobre a inserção das famílias nos planos terapêuticos singulares na saúde mental. A inserção das famílias no processo da reforma psiquiátrica foi conturbada. Inicialmente havia dois grupos distintos, de um lado os familiares que defendiam a reinserção social dos usuários na comunidade e do outro os que resistiam a esse processo por entender que a reforma resultaria na desassistência do Estado. Esse processo é expresso nas palavras da autora da seguinte forma:

A desinstitucionalização significaria abandonar os doentes à própria sorte, seja pela premissa crítica, correta, de que seu objetivo pode ser o de reduzir ou erradicar a responsabilidade do Estado para com estas pessoas e familiares, seja por uma compreensão pouco correta do

conteúdo teórico que está em jogo. (ROSA, 2015, p. 207 apud AMARANTE, 1996, p. 21).

Essa condição se dá na divisão do cuidado entre a família e o Estado. A política de saúde mental está em processo de transição e, por sua vez, implica em contradições e dificuldades inerentes aos processos de transformação. Outra questão que se coloca no cotidiano da vida dos familiares é o adensamento da lógica da medicalização da vida, na qual tanto os usuários dos serviços quanto os familiares têm apresentado o uso irrestrito desses dispositivos tecnológicos como forma de resolução imediata das problemáticas em torno da saúde mental.

Essa questão implica em inúmeros desafios para os serviços de saúde mental, sobretudo, desfazer a ideia do assistente social como o profissional da família, construindo assim uma abordagem integral e multiprofissional das demandas apresentadas pelas famílias no serviço (ROSA, 2015). Nesse horizonte de possibilidades de atenção às famílias é que se coloca a necessidade de se pensar o impacto do uso irrestrito de remédios controlados por familiares que são atendidos nos serviços de saúde mental. A questão da medicalização vem atravessando diferentes etapas do ciclo de vida das famílias, a exemplo, da infância e da adolescência.

Historicamente a loucura foi tratada pelo viés da exclusão e segregação social ao longo da história capitalista, principalmente a partir dos manicômios, instituições totais que usurparam o convívio social dos usuários. Esse panorama de atenção em saúde mental começa a mudar, sobretudo com a organização dos movimentos sociais, na Europa e nos Estados Unidos, em torno da reforma psiquiátrica. (ROSA; CAMPOS, 2013).

No Brasil, a reforma psiquiátrica, que se inicia nos meados de 1970, sofre forte influência da tradição italiana. Esta perspectiva coloca a enfermidade em segundo plano, promovendo o protagonismo e evidenciando o sujeito e seu contexto social. Além disso, esse modelo articula as condições de reprodução social com a construção da saúde, enquanto direito inalienável da vida humana. (ROSA; CAMPOS, 2013).

Esta interpelação entre família, medicação da vida e saúde mental, tem se tornado parte do cotidiano profissional dos assistentes sociais inseridos nos espaços da reforma psiquiátrica. O Serviço Social vem balançando entre a

submissão aos saberes psi ou assumindo uma perspectiva assistencialista instrumental (ROBAÍNA, 2010). A partir disso se apropriar do conceito de medicalização da vida e fazer as aproximações com os referenciais teórico-metodológicos da profissão é um dos desafios inerentes à profissão.

Nesse sentido, os medicamentos foram se construindo ao longo do tempo como uma estratégia de cuidado contraditória. Por um lado, assumem uma aparência de resolução imediata de problemas, em vista da exigência do tempo pelo capital, tempo para trabalhar, para cuidar, para viver. Por outro lado, também se introduzem como uma mercadoria, estando imbricadas pelas relações de consumo e mercado do sistema capitalista. Luckás (2003) retoma e aprofunda uma reflexão iniciada por Marx (2011), no que se refere ao processo de alienação e fetichismo da mercadoria introduzindo a partir da análise desses fenômenos o conceito da reificação.

Em suma o racionalismo produtivo, característico do modelo de produção capitalista, aprofunda o distanciamento entre o sujeito e a coisa produzida a partir da fragmentação e racionalização da produção, por sua vez esse processo tem uma implicação profunda na constituição das subjetividades dos trabalhadores.

Com a moderna análise “psicológica” do processo de trabalho (sistema de Taylor), essa mecanização racional penetra até na “alma” do trabalhador: Inclusive suas qualidades psicológicas são separadas do conjunto de sua personalidade e são objetivadas em relação a esta última, para poderem ser integradas em sistemas especiais e racionais e reconduzidas ao conceito calculador (Luckás, 2003, p.201)

Essa relação é possível de se observar no uso de medicamentos atualmente, a reificação das coisas e o racionalismo produtivo tem implicação no tempo da vida, na medida em que se tem um estranhamento com o objeto, produto do trabalho humano que, por sua vez, age no sentido de resolução dos problemas pontuais, garantindo a manutenção da força produtiva. Nesse sentido Lukács (2003) coloca que a reificação promove uma transformação, quando “encobre o caráter imediato, concreto, qualitativo e material das coisas”, que altera a individualidade do humano e das coisas.

Garrafa e Lorenzo (2010) alertam para as consequências nefastas da influência da indústria farmacêutica na pesquisa e no desenvolvimento de novos medicamentos. Com o lobby das indústrias, principalmente sobre o legislativo norte americano, se constitui brechas em leis sobre a pesquisa e teste de

medicamentos, isso facilitou a entrada de financiamento das indústrias farmacêuticas com intuito de constituir a narrativa de inovação e eficiência dos medicamentos vendidos pelas mesmas. Como mostra Angell (2007) essa influência se desdobrou desde a compra de estudos que comprovem a eficiência de um determinado remédio até as mais variadas formas de cooptação da categoria dos médicos na tentativa de aumentar as vendas de determinada mercadoria a partir da prescrição do mesmo por médicos.

Para entender os desdobramentos do poder financeiro das indústrias farmacêuticas no fenômeno da medicalização da vida e sua estrutura convencionalmente chamada de complexo “médico-hospitalar-farmacêutico” far-se-á utilização da abordagem materialista histórica e dialética constituída a partir do conjunto do pensamento de Marx (1998), para quem:

[...] a teoria é uma modalidade peculiar de conhecimento, entre outras (como, por exemplo, a arte, o conhecimento prático da vida cotidiana, o conhecimento mágico-religioso- cf. Marx, 1982, p.15). Mas a teoria se distingue de todas essas modalidades e tem especificidades: o conhecimento teórico é o conhecimento do objeto - de sua estrutura e dinâmica - tal como ele é em si mesmo, na sua existência real e efetiva, independentemente dos desejos, das aspirações e das representações do pesquisador. A teoria é, para Marx, a reprodução ideal do movimento real do objeto pelo sujeito que pesquisa: pela teoria, o sujeito reproduz em seu pensamento a estrutura e a dinâmica do objeto que pesquisa. (NETTO, 2011, p. 21).

Na perspectiva marxista, o modo de produção (estrutura) é a base de estruturação da sociedade, a relação da humanidade com a natureza, sua capacidade de transformá-la para atender suas necessidades de sobrevivência é o que cria as condições para o desenvolvimento das demais estruturas sociais (superestrutura) .(MARX, 2013).

Para Marx (2011) a humanidade é quem produz sua própria história, que se dá pela capacidade da mesma de agir sobre a natureza, transformando-a conforme necessário para saciar suas necessidades de sobrevivência. Na medida em que se transforma a realidade o humano transforma a si mesmo, numa relação dialética e contínua. O trabalho útil, que cria valor de uso é uma condição de existência do humano, se constituindo como uma mediação do metabolismo entre humano e natureza. A mercadoria, enquanto um produto do trabalho é um dos pontos centrais da obra de Marx, não à toa que se encontra no primeiro capítulo

do Capital, entre suas características cabe o destaque para o seu caráter fetichista.

Os objetos de uso só se tornam mercadorias porque são produtos de trabalhos privados realizados independentemente uns dos outros. O conjunto desses trabalhos privados constitui o trabalho social total. Como os produtores só travam contato social mediante a troca de seus produtos do trabalho, os caracteres especificamente sociais de seus trabalhos privados aparecem apenas no âmbito dessa troca. Ou, dito de outro modo, os trabalhos privados só atuam efetivamente como elos do trabalho social total por meio das relações que a troca estabelece entre os produtos do trabalho e, por meio destes, também entre os produtores. A estes últimos, as relações sociais entre seus trabalhos privados aparecem como aquilo que elas são, isto é, não como relações diretamente sociais entre pessoas em seus próprios trabalhos, mas como relações reificadas entre pessoas e relações sociais entre coisas. (MARX, 2011, p.207)

Uma questão que permeia o debate sobre a medicalização da vida e é foco de discussões há décadas é a saúde, como questão conceitual, além dos campos que atuam sobre a mesma e da sua centralidade nos Estados modernos. Ao longo do último século a saúde, assim como demais questões, passou por inúmeras mudanças que possibilitaram avanços, mas contraditoriamente, construíram impasses a serem superados, sobretudo, no que diz respeito à mercantilização da saúde em detrimento da perspectiva da saúde como direito humano e inalienável, é nesse escopo que a medicalização alçou voo e encontrou condições para se consolidar.

São inegáveis os ganhos com qualidade e longevidade da vida que o desenvolvimento da ciência e tecnologia proporcionou, apesar do grau de acesso a esses ganhos estarem relacionados à questões socioeconômicas, como demonstra a discrepância entre os modelos de atenção à saúde em países capitalistas e de capitalismo tardio, ou as próprias diferenciações entre a saúde pública e a privada.

Um indicador desses avanços é o tempo de vida média, que atualmente gira em torno dos 70 a 80 anos, ao passo que no início do século XX era de 45 a 55 anos para homens e mulheres, respectivamente. Esses dados correspondem à expectativa de vida do Ocidente. O desenvolvimento das forças produtivas impulsionou uma melhora na infraestrutura. Por sua vez, o desenvolvimento da medicina e da farmacologia ascende nesse cenário não somente no sentido dos

avanços, mas também das consequências de forma geral da mudança de paradigma com a saúde.

O entendimento de saúde/doença vem sendo construído ao longo da história da humanidade, cada qual em seu momento histórico e nos seus contextos culturais. Durante muito tempo e de diversas formas a saúde e a doença estavam relacionadas à crença e ao misticismo, assim como vários aspectos da vida. Essa relação entre o divino e a biológico pode ser observada em tribos indígenas, em diferentes regiões do mundo. Esta perspectiva se perpetuou no Ocidente desde a Grécia Antiga até o período medieval e ainda hoje permeia o imaginário cultural das populações.

Na medida em que os conhecimentos foram se desenvolvendo, o processo saúde/doença foi ganhando novos ares, o advento do Iluminismo e a melhor compreensão acerca do corpo foi colocando a saúde no seio da ciência biológica, o que pode ser considerado como o início da racionalização extrema do corpo. Em perspectiva diametralmente oposta à tradição religiosa que predominava no Ocidente até o século XII, o Iluminismo coloca a humanidade no centro do universo e, a partir disso, dissemina a razão como forma mais adequada de se pensar os mais variados fenômenos da realidade e da vida.

Os desdobramentos dessa racionalização da vida colocaram a saúde como espaço restrito das ciências biológicas, que culminou na construção de uma perspectiva do processo saúde/doença unicausal. Sendo assim, a saúde passa a ser entendida como ausência de doença e a doença por sua vez está relacionada ao agente patológico, voltando-se os esforços para tratar a doença a partir da ideia de que existe um agente causador da mesma. Essa concepção influenciou diretamente o desenvolvimento da medicina e, posteriormente, da farmacologia ocidental ao longo da Modernidade.

Conforme as ciências sociais foram se desenvolvendo e ganhando legitimidade na sociedade, essas foram se ocupando dos mais variados problemas da Modernidade, entre os quais se salienta as condições de saúde da população urbana. Os esforços em tentar compreender de forma mais ampla as problemáticas em torno da saúde culminaram num processo de reflexão amplo a respeito do que se entende por saúde e doença durante o século XX.

O principal resultado dessa reflexão foi a Reconceituação da saúde que segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) será, “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”, este novo horizonte em termos de saúde abre caminhos para se pensar a mesma de forma multicausal, e assim sendo, possibilita pensar a biologia humana, o meio ambiente, o modo de vida e os modelos de atenção à saúde, de forma conjunta.

A partir da década de 1980, incorporou-se ao modelo de atenção em saúde brasileiro o conceito de saúde ampliado, que busca visualizar os usuários de maneira integral e universal, superando a lógica anterior que via o processo de adoecimento de maneira causal, sem levar em consideração outros aspectos como os sociais e os psicológicos. Dessa maneira, a perspectiva biopsicossocial começa a se constituir no espaço de atenção à saúde, possibilitando a inserção dos assistentes sociais nesse espaço de maneira a promover um atendimento que considere questões que se desenvolvem no nó das disputas sociais e se manifestam de variadas maneiras na vida dos usuários afetando suas condições de saúde.

Contudo, esse conceito adotado pela OMS ainda não dá conta da complexidade do tema, autores como Canguilhem (2006), Batistela (2007) e Caponi (1997) ainda se debruçam sobre essa temática. Entre as questões levantadas pelos autores no que se refere à conceituação da OMS, destaca-se o caráter utópico, na medida em que sua idealização extrema impossibilita o mesmo de ser referência para os serviços de saúde. Ainda em relação a isso, a adoção do termo “estado completo” menospreza a dinamicidade do processo de saúde, desconsiderando as dificuldades e angústias da vida humana como parte inerente do processo de viver e, por sua vez, parte do processo de saúde (BATISTELLA, 2007).

Ademais, a falta de objetividade do conceito deixa brecha para ações totalitárias e excludentes. A tentativa de estabelecer um estado completo de bem-estar social e mental pode criar grupos de risco ou perigosos, passíveis de intervenções, via judicial, como é o caso das internações compulsórias adotadas pelo governo na tentativa de solucionar a problemática relacionada à crackolândia.



Essas oportunizam uma retomada do viés segregado da saúde e fortalecem a lógica da medicalização da vida (CAPONI, 1997).

Neste sentido, pode-se perceber uma gradual apropriação dos debates em torno de conceitos, antes visto como exclusivamente de ordem biológica, pelas ciências sociais e humanas, em especial nos debates em torno da questão da medicalização. A área de educação tem se desdobrado a discutir os impactos desse fenômeno nas escolas, sobretudo nas crianças e adolescentes, os quais vêm aumentando em número de consumo de medicamentos, especialmente, em relação ao Transtorno de Déficit de Atenção (TDH). Entretanto, a família nesse contexto de medicalização não tem aparecido como foco dos estudos.

No Brasil, a preocupação referente ao uso excessivo de medicamentos na infância encontra-se respaldo ao ser constatado, que o país ocupa o segundo lugar de consumo de Cloridrato de Metilfenidato, principalmente, para o tratamento de crianças diagnosticadas com TDAH. Dados apresentados pelo Boletim do Farmacoepidemiologia da Agência Nacional de Vigilância Sanitária revela que entre os anos de 2009 a 2011 ocorreu o aumento do consumo do Metilfenidato em 75%; ampliando a pesquisa, os resultados apresentados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária são alarmantes, entre os anos de 2001 a 2011, o uso deste medicamento ultrapassou a 1.600%, demonstrando que o Metilfenidato vem sendo indicado para o tratamento de crianças. (CUNHA; MELLO, 2017, p. 202)

Dessa forma, está posto um desafio de pensar a saúde de uma maneira que dê conta da gama de situações a qual ela está relacionada sem perder de vista a centralidade de algumas questões. Dar ênfase apenas as questões biomédicas significam negligenciar determinantes econômicos e sociais, que já se mostraram de extrema relevância para a discussão da saúde, bem como, favorecer grupos econômicos dominantes no sistema capitalista. Por outro lado, a generalização da saúde enquanto questão social e econômica pode desconsiderar fatores biológicos pertinentes, sem um equilíbrio que dê conta em cada medida das questões que impactam a saúde e que possam se materializar em ações, metas e horizontes para atuação, tendo como preceito a saúde como um direito inalienável do ser humano.

O fenômeno da medicalização da vida reverbera em diversas esferas da vida, no trabalho, nas relações sociais e, inclusive, no mercado econômico. Em que pese às problemáticas apresentadas, se faz necessário discutir os

movimentos de resistência, em especial no que se refere ao campo da saúde mental. A Reforma Psiquiátrica movimento de mudanças da saúde mental teve êxitos e inúmeros desafios desde seu início na década de 1970. Foi um movimento fundamental para denunciar as condições de trabalho dos profissionais de saúde e as violações de direitos dos próprios usuários de saúde mental.

A Reforma Psiquiátrica pode ser considerada uma manifestação de resistência ante as expressões da questão social, como as condições de trabalho dos profissionais de saúde, mas seu avanço abriu espaço para que outras contradições inerentes à sociabilidade do capital se manifestassem nesse campo. Contudo, ela teve um papel fundamental na defesa do cuidado em liberdade, visto que a loucura era tratada pelo viés da exclusão e segregação social ao longo da história capitalista, principalmente a partir dos manicômios, instituições totais que usurparam o convívio social dos usuários. Esse panorama de atenção em saúde mental começa a mudar, sobretudo com a organização dos movimentos sociais, na Europa e nos Estados Unidos, em torno da Reforma Psiquiátrica. (ROSA; CAMPOS, 2013).

Este processo de renovação da saúde mental foi impulsionado nesses países com a perspectiva de tirar da psiquiatria a capacidade de controle social, coerção e segregação, que se traduziu objetivamente no processo de desinstitucionalização. É interessante destacar que o Japão, um dos grandes países industriais, caminhou no revés dessa ideia, aumentando as internações e a lógica coercitiva do modelo tradicional de atenção à saúde mental.

De toda forma, os principais eixos balizadores desse movimento se fragmentaram em quatro setores que rodeavam esse processo:

Para os reformadores ela sintetizava precisamente esses objetivos: para os grupos de técnicos e políticos radicais ela simbolizava a perspectiva de abolição de todas as instituições de controle social, e se emparelhou a perspectiva antipsiquiatria; para os administradores, ela era sobretudo um programa de racionalização financeira e administrativa, sinônimo de redução de leitos hospitalares e uma das primeiras operações consequentes da crise fiscal (ROTTELLI, 2001, p.19).

A Reforma Psiquiátrica (RP) no Brasil, que teve início em 1970, tem como principal objetivo pensar um novo modelo de atenção em saúde mental. A ideia de desinstitucionalizar os usuários dos serviços de saúde mental é um dos focos do

debate da RP. A desinstitucionalização é uma questão muito comum ao debate de Reforma Psiquiátrica e, por vezes, confundida com a desospitalização.

Desinstitucionalização é uma palavra frequentemente confundida com desospitalização. Mas no vocabulário de Rotelli desinstitucionalizar é muito mais que desospitalizar. Para ele a institucionalização não diz respeito apenas a pessoas confinadas em hospitais ou outras instituições. Institucionalização é um fenômeno que atinge potencialmente todas as pessoas na sociedade, cujos comportamentos, atitudes e crenças, bem como os paradigmas que regem suas ações sociais e profissionais, são mediados por configurações acordadas para fins de manutenção de um certo estatuto social e cultural (OLIVEIRA, 2010, p. 274).

Nesse sentido, a segregação e exclusão dos manicômios toma outra forma na sociedade contemporânea. Através dos psicofármacos é possível reproduzir a exclusão, a pobreza e a desigualdade de maneira silenciosa. Agora não se tem mais a estrutura física que marca a materialidade da exclusão, pois esse processo se dilui em meio a medicalização da vida e se nutre da legitimidade que esse fenômeno construiu ao longo do tempo. O diazepam® substitui as camisas de força, o prozac® aposentou a lobotomia e, assim, os psicofármacos vem constituindo uma nova maneira de enclausurar, fora das paredes dos manicômios.

Agora os muros estão na subjetividade dos indivíduos, e talvez esse seja o difícil de perceber, por conta da dificuldade de materializar esse fenômeno, ele se torna uma questão sem escopo perceptível a olho nu e por sua vez se torna um desafio maior de pensar e planejar estratégias para desestruturar esse mecanismo que dão continuidade a lógica segregadora que permeia a saúde mental desde sua gênese e desde então vem sendo questionada.

A medicalização da vida é um processo complexo pelo qual os saberes médicos são introduzidos no contexto social e promovem alterações e definições de padrões comportamentais e modulação das subjetividades. No contexto do modo de produção capitalista essa perspectiva atua sobre as famílias de maneira a constituir um modelo familiar moralizado e funcional às demandas do mercado econômico. Entre as suas formas de operar se destaca a perspectiva da utilização abusiva e irrestrita de psicofármacos, que vem se mostrando como principal mecanismo de modulação social do fenômeno da medicalização contemporânea. (HERNÁEZ, 2010)

A medicalização da vida no Brasil se estrutura a partir dos princípios higienistas e eugenistas do período colonial, que se constituíram no país historicamente. Esses princípios nortearam a atuação do Estado Brasileiro e a construção de consensos sociais na perspectiva de estruturar um modelo familiar burguês. Esse modelo familiar era sobretudo pautado pelo embranquecimento da família e a moralização da mesma, dessa forma, a medicalização se estrutura como

[...] um processo sociocultural complexo que vai transformando em necessidades médicas as vivências, os sofrimentos e as dores que eram administrados de outras maneiras, no próprio ambiente familiar e comunitário, e que envolviam interpretações e técnicas de cuidado autóctones. A medicalização acentua a realização de procedimentos profissionalizados, diagnósticos e terapêuticos, desnecessários e muitas vezes até danosos aos usuários. Há ainda uma redução da perspectiva terapêutica com desvalorização da abordagem do modo de vida, dos fatores subjetivos e sociais relacionados ao processo saúde-doença (TESSER ET al, 2010, p. 1).

As transformações do meio rural para o meio urbano exigem uma mudança sociocultural dos indivíduos, os quais precisam ser adequados ao novo molde de organização social. Nesse espaço, a medicalização encontra terreno na sociedade brasileira, sob precárias condições de saúde desse período. Essas se constituem como bases para sustentar a intervenção dos saberes médico higienistas socialmente legitimados. Por outro lado, cabe ressaltar a melhora na qualidade e longevidade da vida em decorrência dos avanços promovidos pela medicina.

Contudo, se construiu uma intervenção, pautada nessa legitimação, que atuava para além das condições objetivas de saúde e promovia mudanças comportamentais e de sociabilidade que atendiam a interesses privados da classe burguesa. Nesse sentido, havia uma promoção de protocolos de bom comportamento para refrear ações impulsivas e evitar descontentamentos com o modelo social que se estruturava. A abordagem medicalizante de estrutura nas famílias a partir do pressuposto de garantia de saúde, sobretudo, em relação às altas taxas de mortalidade infantil, era atribuída à questões morais mediante a culpabilização da mulher. A partir dessa justificativa abre-se espaço na família para uma série de intervenções da medicina e de outras áreas, em especial do serviço social conservador.

Em síntese, diante do cenário propício à intervenção na família colonial brasileira por obra do ideário familiar burguês higienista, três fenômenos se associaram: a emergência da categoria infância “desvalida”, isto é, à mercê de uma família sem competências ao cuidado e proteção; a união estratégica das disciplinas educação e saúde, como instrumentos de combate à ignorância e doenças e, na sequência, a medicina e seus agentes como guardiões da proteção social na vigilância higiênica e sanitária. Na mediação política dessa rota civilizatória está o Estado, alinhavando a ideologia eugenista não só com seu apoio político, como na instituição de políticas e legislações correlatas. Essa ordem social atravessa os séculos, sofrendo mudanças, porém subsistindo, no tecido social, na sua lógica e racionalidade (BARBINE et al, 2013, p. 578).

A medicalização da vida nos moldes contemporâneos, sobre os efeitos da reconfiguração familiar e estruturação das políticas sociais é acentuada, em face das refrações da questão social agudizadas pela estruturação do modelo capitalista em contradição às demandas da força de trabalho.

A família ocupa centralidade nas políticas sociais e na alocação de responsabilidades. Essa perspectiva acarreta a família diversas dificuldades de subsistência. O modelo atual de medicalização se estruturou a partir dos pressupostos neoliberais, sendo assim a ordem do dia é a individualização dos problemas e a patologização da questão social. Nesse sentido, se sobressaem as terapias o uso de medicamentos psicoativos como materialização do fenômeno da medicalização.

Quando tratadas, são acompanhadas por orientação medicamentosa e terapêutica, cujos custos são altos e em geral não cobertos pelo Estado. Na abordagem a esses problemas, as famílias são responsabilizadas, ainda que não tenham as condições objetivas de resolvê-los. Na autoridade que lhe é atribuída de cuidar de seus membros, a família ressent-se de um saber e de um controle que já não depende dela, na condução do tratamento às suas necessidades de saúde (BARBIANI et al, 2013, p. 580).

Nesse sentido a medicalização da família é um fenômeno que se dá a partir da banalização do uso de psicofármacos, dessa forma, os medicamentos passam a servir como uma forma de lidar com as contradições inerentes ao modelo capitalista contemporâneo e ao mesmo tempo uma forma de controle social. A medicalização individualiza as problemáticas decorrentes de questões sociais e recoloca a família na posição passiva de intervenção para docilizar.

#### **4 O TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL COM FAMÍLIAS: FUNDAMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS E POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO**

O trabalho do assistente social com famílias vem retomando a centralidade na pauta do serviço social, muito em face da reconfiguração das políticas sociais a partir da década de 1980, que coloca a família como principal eixo de sustentação e atuação dessas políticas. Outra mudança que se desdobra na família é o avanço de movimentos sociais, como o da reforma psiquiátrica, que luta pela ressocialização das pessoas com transtornos mentais na família e comunidade.

Nesse sentido, Teixeira (2018) aborda dois grandes eixos que estruturam o trabalho do assistente social com as famílias, o referencial positivista/funcionalista e sistêmico e o referencial marxista, histórico-dialético ou da teoria crítica, cada qual dos eixos vai direcionar diferentes formas de atuação do serviço social com famílias.

A corrente funcionalista do referencial positivista compreende a estrutura social como um complexo que tende a estabilidade e a coesão, em analogia a um organismo biológico, em que cada parte cumpre uma função e todas as partes se conectam para garantir a sobrevivência do organismo.

Essa perspectiva fundamenta uma atuação individualizada dos problemas na família. A centralidade da intervenção é voltada para os conflitos familiares e as ações se estruturam na lógica do controle social, adequação da família ao modelo social vigente. Ademais se sobressaem o caráter moralizante e normativo que esse referencial embasa e a perspectiva de problemas sociais como questões individuais resultante da falta de moralidade dos indivíduos ou famílias.

Os principais resultados dessa corrente foram o condicionamento para acesso a serviços e auxílios, a psicologização da questão social, os problemas sociais passam a ser vistos como doenças, desvio ou desajuste e a culpabilização do indivíduo ou da família pela problemática (TEIXEIRA, 2018).

O trabalho com famílias sobre a égide desse referencial desconsidera as questões dos indivíduos e as famílias, se construindo de forma vertical. A perspectiva socioeducativa aqui assume um viés unilateral, estabelecendo regras e código de conduta sem levar em consideração a perspectiva dos demais

envolvidos. O profissional assume um papel quase ditatorial, se utilizando de juízo de valor para impor padrões comportamentais vigentes.

A corrente sistêmica do positivismo se assemelha ao funcionalismo, na medida em que compreende um conjunto de partes inter-relacionadas e interdependentes que se orienta para um todo integrado e harmônico.

Sistemas possuem estruturas e processos. A estrutura é formada pela relação dos componentes entre si e entre outros sistemas. Os processos envolvem transmissão de matéria, energia, ou informação dentro de um sistema ou em cruzamento de fronteiras sistema-ambiente (PINTO, OLIVEIRA e COUTINHO, 2011, p. 06)

Nesse sentido, a família é vista como um sistema que se constitui em interações entre o macro e o microambiente. Esse modelo é focado nas relações entre as partes. Essa visão correlacional das partes considera os ambientes de forma harmônica e equilibrada. Todavia se desconsidera as incongruências e problemáticas do cotidiano da vida.

Entretanto a família não é um todo ou uma parte deste, homogênea e indiferente às diferenças, contradições e desigualdades. Ela é conflituosa, ou seja, é ambígua e contraditória, perpassa tanto por relações de poder, de hierarquia, de diferenças de gênero e de geração, de dominação e de subjugação como também por relações de cooperação, solidariedade e afetividade. (TEIXEIRA, 2018, p. 52)

A perspectiva da resolução de conflitos é o norte de atuação desse referencial, esse processo desconsidera as problemáticas e dinâmicas internas de cada família. Uma suposta neutralidade é assumida pelo profissional que resulta na culpabilização da família pelos problemas vivenciados pela mesma.

O referencial marxista compreende a realidade como uma totalidade a partir das categorias da materialidade, da historicidade e da dialética. Nessa perspectiva, a economia é a base da sociedade (Estrutura) da qual derivam os demais complexos, como a estrutura jurídica, política e ideológica (superestrutura). A totalidade é constituída de contradições, sendo essa um movimento do real que se nega e se transforma. Essa compreensão da realidade evoca a historicidade enquanto elemento constituinte da análise da realidade, haja vista que as coisas não surgem do nada.

Nesse referencial a luta entre duas classes antagônicas, qual seja, a burguesia e o proletariado é o motor da história da humanidade. Essa disputa

constante entre os interesses de cada lado é que estrutura a vida. A adoção desse referencial abriu a possibilidade de reinterpretar fenômenos e problemas sociais à luz de uma perspectiva que abrange diversos fatores como constituintes das problemáticas oriundas do modelo capitalista. Nesse sentido se estrutura um novo direcionamento das ações profissionais do serviço social, pautada na garantia de direito e da cidadania.

Nesse sentido, a atuação do serviço social com as famílias a partir do referencial marxista inaugura a possibilidade de compreender a família sob o ponto de vista histórico e social. Dessa perspectiva, deriva o entendimento da família como uma instituição contraditória e ambígua. Sendo assim, o profissional passa a desenvolver uma atuação pautada na compreensão da realidade social de cada família, se desfaz do juízo de valor e se baseia nas demandas da família.

A partir desses fundamentos teórico-metodológicos, todo o aparato técnico-operativo do serviço social passa por transformações. Essas mudanças visam superar questões como, a verticalidade da atuação, a individualização e culpabilização do usuário/família pela problemática e centralidade nas demandas institucionais. Essa superação abre espaço para um serviço social mais interessado nas questões que circunda a família, aberto às problemáticas que a mesma traz e pautado pela perspectiva emancipadora.

Assim, além da família é preciso um olhar diferenciado para os transtornos mentais, pois eles têm uma peculiaridade em relação às demais doenças anatomofisiológicas. Seu caráter multifatorial implica na dificuldade do diagnóstico do mesmo, sobretudo, por não ser diagnosticado com exames laboratoriais. Disso decorre outra problemática, a negação do sofrimento psíquico, que normalmente envolve as pessoas que convivem com o transtorno mental, isto é, aqueles que estão em sofrimento ou convivem com alguém nessa situação, tendem a dificuldade de reconhecer o transtorno/sofrimento, surgindo inúmeras dificuldades para aceitar o tratamento. (ROSA, 2009).

Por ser um tipo de sofrimento que tende a ser negado, familiares ou pessoas próximas ao portador podem perceber mais facilmente o transtorno, principalmente por conta do comportamento que destoa do convencional. Essa relação entre família e portador de transtorno mental é permeada por tensões e angústias que geram a sobrecarga dos familiares, sobretudo, por conta dos atritos



oriundos do não reconhecimento do transtorno por parte do indivíduo. Ao fim a família acaba adotando medidas persuasivas ou repressivas para tentar lidar com a situação. (ROSA, 2009).

Outra questão que circunda a família do portador de transtornos mentais é a convivência com estigma. O estigma não se restringe somente ao usuário, mas compreende, muitas vezes, a própria família do sujeito. Características de imprevisibilidade e periculosidade estão no imaginário social que se constrói em torno de pessoas com transtorno mental. Como a família está inserida no meio social ocorre uma relação contraditória com o adoecido, por um lado, o rejeita, por outro lado, tenta protegê-lo. (ROSA, 2009)

Em meio a esse panorama de contradições, angústias e tensões a família acaba com uma sobrecarga emocional e temporal, haja vista a necessidade de cuidados específicos para a pessoa com transtorno mental. Os momentos de crise também comprometem a capacidade produtiva da família de prover as condições de subsistência e cuidado adequados. À família cabe administrar tensões como designar um membro para o provimento de cuidado x manter-se no mercado de trabalho, qualificar-se ou até mesmo de prover um autocuidado. O mercado econômico, por outro lado, desconsidera essas problemáticas e exige produtividade dos sujeitos.

A família no Brasil cumpre um papel central no desenvolvimento das relações sociais, do suporte emocional e material, da reprodução da vida e dos consensos sociais. As transformações nas políticas sociais, decorrentes do modelo neoliberal, se colocam como entraves para o acesso a direitos básicos. As condições deficitárias de provimento da subsistência direcionam as mesmas para busca de estratégias de sobrevivência. Dessa forma, as famílias acabam se organizando a partir das relações de parentesco, estabelecendo redes de apoio comunitário e dividindo esse cuidado com o Estado através dos espaços criados para atenção psicossocial de pessoas com transtornos mentais.

Assim, em momentos de crise como os que se enunciam contemporaneamente, muitas famílias acabam encontrando dificuldades para garantir seus provimentos. Associa-se a esse cenário as necessidades específicas de cuidado às pessoas com transtornos mentais.

A saúde mental é uma temática pouco abordada no cotidiano da vida, por conta disso as famílias ao se depararem com essa problemática não sabem como lidar com a situação. Dessa forma, o primeiro contato com os serviços de atenção à saúde mental é permeado por angústias e estresse por parte dos familiares, os quais se encontram esgotados e com poucas perspectivas de lidar com a pessoa com transtornos mentais. As famílias depositam, muitas vezes, essas expectativas nos profissionais e em terapias medicamentosas que respondam com mais eficácia aos seus problemas. Algumas famílias chegam a administrar os medicamentos com doses mais elevadas ou a utilizar da mesma medicação prescrita para o usuário em questão, criando-se um cenário propício para a medicalização.

Os serviços manicomiais atuam na lógica de restrição de liberdade e afastamento do convívio social, atendendo as famílias de forma pontual. Isso por sua vez, separa o enfermo da família a qual é excluída do processo terapêutico. Esse modelo de atenção, o qual se atém apenas às questões biológicas em detrimento aos demais fatores que compõem a problemática da saúde mental, tende a cronificar a pessoa com transtorno mental, criando um círculo vicioso de internação e reinternação. Dessa forma, a pessoa com transtorno mental vai paulatinamente sendo separado do convívio familiar e social, processo que vai fragilizando os vínculos e laços familiares. A família, por sua vez, perde as capacidades, antes desenvolvidas, para lidar com a problemática e as condições de convívio estruturadas anteriormente. (ROSA, 2009).

Nesse sentido, os novos serviços (CAPS, hospital-dia, pensões protegidas...) surgem no bojo da reforma psiquiátrica com a perspectiva de alterar essa forma de atenção à saúde mental. A compreensão da saúde mental como um complexo de fatores, norteia a atuação desses espaços ao horizonte de novas práticas e perspectivas sobre a loucura. Dentro desse processo, a família é convidada a participar do processo terapêutico, através de ações socioeducativas que visam instrumentar os familiares para lidar com essa questão. Além disso, o intermédio desses serviços possibilita ao usuário e seus familiares acesso a outros direitos sociais.

Essa reaproximação da família com a pessoa com transtornos mentais tem se mostrado efetiva. A medida que a família vai se instrumentalizando para lidar

com a problemática ela tende a incorporar a pessoa com transtorno mental ao convívio social. Dessa forma, nos casos dos pedidos de internação pelos familiares, pode-se perceber que o afastamento que a família promove é por conta da sobrecarga e da falta de condições que a mesma se encontra para lidar com a situação. Sendo assim é de suma importância incorporar as famílias ao processo terapêutico, na perspectiva da divisão do cuidado com o Estado, possibilitando a família cuidados para que ela tenha condições de cuidar. (ROSA, 2009; MIOTO, 2018).

#### 4.1 PERSPECTIVAS DE PROTEÇÃO SOCIAL PARA A FAMÍLIA

No que se refere à família e a proteção social, tem-se discutido os impactos da transformação da mesma na contemporaneidade aliada às reconfigurações que as políticas sociais assumem nas últimas décadas em decorrência da adoção do modelo neoliberal como norte de estruturação das mesmas.

Nesse sentido, Miotto (2018), questiona o reconhecimento dos impactos das transformações que a família sofreu em relação à capacidade que a mesma tem de prover o cuidado e a proteção de seus membros, tendo em vista o aumento das cobranças e expectativas da sociedade em relação à capacidade de prover a sua subsistência. Nesse contexto de transformações, as quais colocam sobre a família maior responsabilidade, indiferente das condições da mesma para dar conta dessas atribuições, muito se fala sobre a solidariedade familiar.

A solidariedade familiar consiste no conjunto de normas e práticas de ajuda mútua entre os membros da família e implica várias dimensões. Essas definições vão desde o compromisso dos membros de uma mesma família em assumir riscos e cumprir obrigações familiares até as ações de dar e receber ajuda sem contrapartida direta ou mediata, mas com expectativa de reciprocidade no futuro (MIOTO, 2018, p. 29)

Muito embora, exista um abismo entre a expectativa em torno da família e a sua real capacidade para suprir essas exigências, a solidariedade familiar ainda sobrevive como máxima. Nesse sentido, a visão sobre a família se choca com a concepção construída em torno da garantia de direitos e cidadania. Sendo assim, discutir intervenções na família precede a compreensão da complexidade das possibilidades de norte e a amplitude do que se entende, pois, vários caminhos

possíveis se mostram nesse horizonte, cada qual mais ou menos confluentes com as concepções desenvolvidas pela categoria nas últimas décadas.

As políticas sociais se configuram historicamente de forma contraditória e emblemática, estando pautadas na lógica da solidariedade familiar, como aponta Miotto (2018). Nesse sentido, a obrigatoriedade imposta pelo Estado à família de prover a subsistência e o cuidado se choca com a perspectiva de autonomia e acesso à direitos garantidos constitucionalmente.

No campo da saúde, a alocação de responsabilidades à família se destaca pela constituição de políticas embasadas no cuidado residencial, o qual transfere para o seio familiar o cuidado com enfermos necessitados de cuidados paliativos. Outro ponto dessa política é a figura emblemática do acompanhante, a qual manifesta a deficiência do quadro efetivo de trabalhadores nesse campo.

Essa dinâmica de responsabilização da família, assumida pelo Estado, coloca sobre o assistente social a expectativa de intervir para que as famílias deem conta dessa responsabilização. Em relação a isso a atuação profissional está calcada no pressuposto da garantia de direitos constitucionais de maneiras formais ou legais, com pouca perspectiva da real efetivação desses direitos. Dessa forma se concentram ações voltadas para a prestação de informações e a centralidade da legislação como fios condutores dos processos de trabalho, sem preceder as contradições e limitações inerentes a esse dispositivo. (MIOTTO, 2018)

Nesse sentido, a intervenção do assistente social, está referenciada numa perspectiva pragmática. Embora tenha se avançado em relação à análise da sociedade e estruturado um eixo teórico-metodológico da profissão, esse está distante ou pouco presente na efetivação das ações profissionais. A incapacidade de resolver as problemáticas que se apresentam ao profissional é terceirizada ao Estado ou à família, essa percepção reverbera sobre a implicação dos profissionais frente às demandas que emergem em meio ao fazer profissional.

Esse fazer profissional com famílias aponta para uma reificação do processo de trabalho do assistente social, o qual está imerso e sujeito a um espaço de trabalho alienante. Esse processo se dá sobretudo, pela incompreensão da família e sua multiplicidade organizativa e sua relação como classe social em meio às disputas de interesses antagônicos. Ademais, há uma

ausência da reflexão crítica em torno das responsabilidades demandadas da família e como estruturar a atuação frente a essas questões contraditória.

Dessa forma, há questões ainda em aberto em relação à atuação do serviço social com as famílias. Embora tenha se constituído ao longo das últimas décadas um conjunto de reflexões acerca da família e de suas transformações e a relação da mesma no cerne das políticas sociais neoliberais, esses pontos ainda encontram impasses no que se refere a sua tradução em ações efetivas que apontem para um norte que promova a emancipação das famílias e o acesso a direitos historicamente constituídos.

Com os avanços galgados pelo processo de reforma psiquiátrica, ainda em curso no Brasil, as famílias ganharam maior destaque dentro do processo terapêutico e relevância em relação às problemáticas apresentadas pelas mesmas em face da necessidade de lidar com pessoas com transtornos mentais.

A família no interior dos debates reformistas ganha uma pluralidade de sentidos e dimensões, preponderantemente como: 1) um grupo que precisa de assistência e cuidados; 2) como um recurso ou lugar, como outro qualquer, mas não o único; 3) como provedora de cuidados; 4) como avaliadora dos serviços e 5) como sujeito político, (ROSA, 2009, p. 162).

Entretanto, a participação da família no processo de reforma psiquiátrica ainda se constitui como um desafio, sobretudo, pela cisão dentro dos movimentos de famílias. Por um lado, parte das famílias encabeçou a luta por cidadania e reconhecimento social das pessoas com transtornos mentais. Por outro lado, um segmento das famílias vê esse processo como a possibilidade de desassistência, já que os usuários seriam recolocados no seio familiar o que causou a impressão de desamparo por parte do Estado em lidar com essa problemática.

Essa perspectiva que estrutura a negação da reforma psiquiátrica por parte das famílias é, sobretudo, resultante de uma confluência de fatores. O desconhecimento da proposta do movimento, as transformações organizativas das famílias nas últimas décadas e o recrudescimento das políticas sociais consolidam essa preocupação em relação ao cuidado do enfermo.

Um dos desafios para os serviços substitutivos, constituídos a partir da reforma psiquiátrica é a dinâmica entre o que os profissionais esperam da família em termos de participação e de adesão e as condições expressas pela família

para tal. Em certa medida, se reproduz a perspectiva de responsabilização exacerbada da família ou se espera um ideal de família politicamente constituído, o qual não é respaldado pela ampla maioria dos casos (ROSA, 2009).

Dessa forma, o trabalho com as famílias na reforma psiquiátrica encontra algumas limitações. As mudanças demográficas reverberam nas famílias, que cada vez se tornam menores, ou seja, menos pessoas disponíveis para o cuidado do enfermo. A necessidade frente a conjuntura econômica débil, exige de todos os membros familiares a adesão ao mercado de trabalho. Esse movimento, por sua vez, se choca com as atividades de cuidado específico das pessoas com transtornos mentais. Além disso, a incorporação, por parte das novas gerações, dos valores contemporâneos como individualismo gera tensões em relação os pressupostos das gerações anteriores de preocupação com o grupo familiar. Esses elementos favorecem as rupturas dos laços familiares e constituem um ambiente de antagonismos e disputas intrafamiliar.

Nesse sentido, Rosa (2009) salienta que ainda falta elaboração teórico-metodológica que dê conta da demanda de inserção de forma efetiva das famílias nos processos terapêuticos da reforma psiquiátrica. A autora coloca a necessidade de se constituir ações que extrapolam o campo da informação e que possibilitem constituir elementos que deem subsídio para o cuidado da família a partir da troca de conhecimentos entre profissionais/família.

Nesse cenário emblemático, outro elemento que se coloca é as condições de trabalho dos profissionais da saúde mental para trabalhar com as famílias. É comum a falta de preparo teórico-metodológico para o trato dessa questão. Além disso, as famílias que recorrem aos serviços de saúde mental estão permeadas de inúmeras problemáticas que extrapolam a questão da enfermidade. Frente a essas questões, por vezes os profissionais acabam estagnados, e sem perspectiva de resolubilidade (ROSA, 2009).

Esse contexto de inúmeras demandas aliado à falta de preparo acadêmico e às refrações das políticas sociais vai cristalizando uma atuação com as famílias incapaz de prover respostas efetivas às demandas apresentadas, formando um ciclo de cobranças das famílias e dos profissionais por resoluções.

Nesse sentido, a família volta a ter centralidade no acolhimento e cuidado dos sujeitos com transtornos mentais, na medida em que se altera o paradigma de

exclusão social e se recoloca o usuário de volta ao seu território, preconizando a ressocialização e reconstrução de vínculos com a comunidade. Essa tarefa atribuída às famílias esbarra nas precárias políticas públicas e no sucateamento do Estado enquanto responsável pela garantia de direitos historicamente constituídos.

Essa condição coloca as famílias em uma posição na qual são cobradas pelo cuidado do usuário sem ter as condições mínimas para o mesmo, pois além de prover as condições de subsistência, a família não tem conhecimentos para prover cuidado específico, o qual exige atenção que o Estado vem falhando em garantir. Esse processo vem culminando no adoecimento dos membros familiares e se tornando um ciclo vicioso, no qual os familiares por vezes desenvolvem transtornos tão graves quanto os que necessitam do cuidado. Eis o panorama profícuo para que a medicalização da vida das famílias ocorra.

Em meio às reflexões efervescentes do processo de reforma psiquiátrica encontram-se possibilidades de pensar uma sociedade livre dos manicômios, pensar nos usuários de maneira mais humana e com perspectivas de garantia de direitos. É nesse movimento que confluem aqueles e aquelas que buscam uma saúde mental com vistas a emancipação humana, sendo assim, um espaço profícuo para inserção da profissão, contribuindo para o debate teórico em torno dessa questão, que é sem dúvida, complexa e carece de diversos olhares para ser melhor compreendido.

#### 4.2 OS CAPS ÁLCOOL E DROGAS E A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

Os CAPS são dispositivos oriundos de um processo longo de discussões na sociedade civil em relação às formas de atendimento a pessoas com transtornos mentais. Esse processo é conhecido como reforma psiquiátrica, que estruturou um novo modelo de atenção às pessoas com transtornos mentais, pautado principalmente pela humanização no atendimento, a promoção de autonomia e a desinstitucionalização dos usuários. Este dispositivo se insere dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e da rede de saúde, sendo parte

do Sistema Único de Saúde (SUS) e porta de entrada para usuários com transtornos mentais.

Os CAPS AD são um avanço no que se refere à atenção de usuários de álcool e outras drogas, são dispositivos que atuam com os princípios do SUS, como a integralidade, a universalidade, entre outros, e tem sido a linha de frente de atuação na contramão da perspectiva repressiva e criminalizadora que a sociedade e o governo brasileiro sustentaram durante décadas. Esses espaços dão a devida visibilidade para as questões do uso abusivo e compulsivo de substâncias psicoativas e aprofundam o debate na sociedade, mostrando que a problemática das drogas é uma questão muito mais complexa e que precisa de um grande aparato do Estado para ser resolvida.

A mobilização em torno da reforma psiquiátrica no Brasil começa no fim dos anos 1970, em meio a um momento históricos de reorganização da sociedade civil brasileira e surgimento de variados movimentos sociais, como o Movimento dos Trabalhadores Sem Terra, a Central Única dos Trabalhadores e o Movimento da Reforma Sanitária e o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (BRASIL, 2005). Em 1978, emerge das articulações sociais o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, esse movimento plural formado por profissionais, familiares e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas que protagoniza a denúncia da violência dos manicômios e do modelo de atenção a pessoas com transtornos mentais vigentes até então.

É nesse período também que se institui o primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, e os Núcleos de Apoio Psicossociais na cidade Santos que funcionam 24h, sendo o último um marco na reforma psiquiátrica por demonstrar a possibilidade de efetivação do acúmulo de discussões sobre o tema nesse momento.

Com a constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) abrem-se novos caminhos para esse processo. No ano seguinte, entra no congresso nacional o projeto de lei de autoria do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. A partir daí se expande a disputa legislativo-normativa no país, possibilitando a aprovação de leis semelhantes em diversos estados do Brasil.



A década de 2000 é marcada por avanços no que se refere a organização do movimento de reforma psiquiátrica com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, e no âmbito legislativo com a aprovação da lei de Paulo Delgado, no entanto, foram feitas diversas modificações ao texto original. Outra conquista importante é o decreto N° 336 de 19 de fevereiro de 2002 que estabelece as normativas, os procedimentos e o financiamento dos CAPS. Esses marcos impulsionaram o movimento da reforma psiquiátrica, dando sustentação e visibilidade à pauta.

As primeiras ações do estado brasileiro em relação aos usuários de álcool e drogas decorrem do início do séc. XX, como aponta Machado e Miranda (2007, p.803), “Nessa época, o consumo de drogas ainda era incipiente e certamente não constituía uma ameaça à saúde pública. Já o consumo de bebidas alcoólicas era frequente...”. Nas décadas de 60, 70 e 80 foram realizadas três Convenções Internacionais sobre o tema, que estruturaram as legislações internacionais sobre drogas, as quais o Brasil seguiu.

Desse processo se estruturou um conjunto legislativo que orientou a Política Nacional sobre Drogas no país com um viés criminalizador e repressivo, influenciado diretamente pelo amplo processo de guerra às drogas, capitaneado pelos EUA e difundido por organismos internacionais como a ONU.

Nesse processo de repressão às drogas, a psiquiatria acaba encontrando um lugar de centralidade, na medida em que passa a se perceber o usuário de substâncias psicoativas como um doente, abrindo uma via de tratamento voltada para internação em hospitais manicomial e para a administração medicamentosa.

Em 1980 foi criado o Conselho Federal de Entorpecentes (Confen), composto por representação de diversos ministérios e de entidades, como a Associação Médica Brasileira, esse por sua vez, foi um espaço contraditório. O início de sua atuação foi marcada pela lógica da repressão, mas no fim da década de 1980, com o processo de redemocratização e o crescimento do movimento de reforma psiquiátrica, começa uma reformulação na perspectiva de atendimento aos usuários de álcool e outras drogas, agora a partir dos princípios de ressocialização e desencarceramento dos mesmos.

A década de 1990 foi marcada pelo embate entre as concepções conservadora de atenção aos usuários de álcool e outras drogas e os programas de redução de danos, que se estruturam nesse período. O Confen adotou uma postura de defender e incentivar o desenvolvimento de práticas de assistência para os usuários de álcool e outras drogas sob um viés não moralista ou repressivo, de acordo com Machado e Miranda (2007). O surgimento das comunidades terapêuticas representou um ponto controverso no desenrolar das ações de redução de danos. Por um lado, é um espaço que contribuiu para o atendimento a usuários de substâncias psicoativas, por outro era uma iniciativa privada sem regulamentação para aquele serviço, abrindo margem para o voluntariado e a falta de um arcabouço técnico e ético.

Paralelo a isso, a década de 90 foi o auge da política neoliberal no Brasil, suscitando o desmonte do Estado, a redução de investimentos em políticas públicas e a gradual institucionalização dos movimentos sociais (VASCONCELOS, 2012). Esse movimento tem grande impacto nos desdobramentos da reforma psiquiátrica, como aponta Gomes (2017), é necessário um bem-estar social para consolidação desse modelo de reforma psiquiátrica, o modelo neoliberal por sua vez se coloca na contramão disso, com a desuniversalização das políticas públicas e o caráter assistencialista.

Em 2003, o documento intitulado “A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”, do Ministério da Saúde representou um marco teórico-político para a atenção a usuários de álcool e outras drogas. Já em termos legais é instituída, em 2004, a portaria N° 2.197, do Ministério da Saúde que dispõe:

Art. 1º Instituir, no âmbito do SUS, o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. (BRASIL, 2004, p.01).

No ano seguinte, é instituída a portaria N° 1.028, com a política de redução de danos no Brasil, sendo esse outro avanço nos preceitos de atuação com essa população.

É importante destacar a dualidade presente nos anos 2000. Gomes (2017) aponta que houve um aprofundamento do neoliberalismo na saúde, no que tange a relação dos trabalhadores, como o aumento dos contratos e as sucessivas

terceirizações, comprometendo o desenvolvimento dos atendimentos, em especial na área da saúde mental, a qual depende fundamentalmente de desenvolvimento de vínculos. Entretanto, houve por outro lado, a materialização de uma das pautas centrais do movimento antimanicomial, entre 2002 e 2014, ocorreu uma inversão total no direcionamento dos recursos da saúde mental, passando a ser quase mais de  $\frac{3}{4}$  dos valores destinados a rede extra-hospitalar.

Para entendermos o desenvolvimento e a inserção do Serviço Social, na área da saúde mental, em especial, no que se refere aos CAPS AD é preciso olhar a profissão de forma mais ampla

Para analisar a profissão como parte das transformações históricas da sociedade presente, é necessário transpor o universo estritamente profissional, isto é, romper com uma visão endógena da profissão, prisioneira em seus muros internos. E buscar entender como essas transformações atingem o conteúdo e direcionamento da própria atividade profissional; as condições e relações de trabalho nas quais se realiza; afetam as atribuições, competências e requisitos da formação do assistente social. (IAMAMOTO, 2006, p. 07)

O tema do alcoolismo está presente nos debates do Serviço Social brasileiro já na sua gênese institucional. Naquele momento a profissão estava intimamente ligada à condutas filantrópicas e assistencialistas, e a emergência de um modelo industrial brasileiro, se entrelaçam traduzindo uma atuação voltada para a normatização do indivíduo. Vale destacar que outras drogas ainda tinham uma presença incipiente na população, não configurando um problema social ou de saúde.

Na medida em que as contradições do capitalismo monopolista vão se agudizando e os profissionais vão se munindo de elementos teóricos a partir das condições expressas na relação capital x trabalho, vai tomando forma um movimento de reconstrução da prática profissional, reestruturação do aporte teórico-metodológico e ético-político.

Esse processo de renovação crítica do Serviço Social é fruto e expressão de um amplo movimento de lutas pela democratização da sociedade e do Estado no país, com forte presença das lutas operárias, que impulsionaram a crise da ditadura militar: a ditadura do grande capital (IANNI, 1981). Foi no contexto de ascensão dos movimentos políticos das classes sociais, das lutas em torno da elaboração e aprovação da Carta Constitucional de 1988 e da defesa do Estado de Direito, que a categoria de assistentes sociais foi sendo socialmente questionada pela

prática política de diferentes segmentos da sociedade civil. (IAMAMOTO, 2009. p 20)

Essas mudanças no direcionamento da profissão ocorreram em paralelo às mudanças que a sociedade brasileira experimentou na segunda metade do sec. XX, compondo o pano de fundo que possibilita a inserção dos assistentes sociais nos CAPS, em especial os CAPS AD. Com isso, a efetivação da presença dos profissionais do serviço social nos CAPS é consolidada e ampliada pela portaria Nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, que institui os assistentes sociais como parte da equipe mínima de atuação dos CAPS AD.

O trabalho do assistente social no CAPS AD gira em torno da garantia e efetivação de direitos sociais, historicamente constituídos. O projeto ético-político do serviço social e os princípios da reforma psiquiátrica tem inúmeros pontos de convergência, que possibilita a atuação dentro dos marcos do código de ética profissional que destaca em seus princípios a “liberdade como valor ético central” e a “defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo”, entre outros pontos de consonância (VASCONCELOS, 2010).

Para materializar esses conceitos, o profissional se faz valer de um conjunto instrumental técnico-operativo, como o acolhimento, a visita domiciliar, entre outras, configurando “a instrumentalidade, como uma propriedade sócio-histórica da profissão, por possibilitar o atendimento das demandas e o alcance de objetivos (profissionais e sociais) constitui-se numa condição concreta de reconhecimento social da profissão.” (GUERRA, 2000, p. 53).

Além desses aspectos, a articulação com a rede e o trabalho multiprofissional são elementos importantes de constituição da atuação profissional do assistente social. O CAPS AD não tem condições de dar conta sozinho das demandas intrínsecas do uso abusivo e compulsivo de álcool e outras drogas, nesse sentido o serviço social se coloca como um agente articulador dos serviços na rede e o espaço comunitário (SILVA, 2003).

Embora a questão do uso de substâncias psicoativas no Brasil seja um tema antigo no Serviço Social, ainda há pouca produção intelectual da categoria sobre esse tema. Basílio-Denadai e Garcia (2016) apontam a complexidade desse tema na atualidade, em vista das transformações na dinâmica de consumo das substâncias psicoativas e nas movimentações econômicas ocasionadas por esse

mercado. Para compreender melhor a relação entre o uso de substâncias psicoativas e a questão social é preciso pensar como se desenvolveu, ao longo da história, as percepções a respeito dessas drogas até a atualidade em que são considerados problemas sociais e de saúde.

Reis (2013) traz a reflexão sobre o uso de substâncias psicoativas ao longo da trajetória da humanidade, a qual demonstra que em boa parte da história o uso de substâncias psicoativas tinha relação com questões religiosas e culturais, chegando a alguns momentos a serem vistos como remédio ou alimento. O salto na forma como se vê o consumo de substâncias psicoativas acontece quando do surgimento das primeiras cidades, em paralelo com o processo de industrialização e forte êxodo rural. A iminência de uma mão de obra em condições de trabalho faz mudar o olhar sobre o uso das drogas.

#### 4.3 O GUIA GAM COMO ESTRATÉGIA DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL

O trabalho, os vínculos comunitários e familiares são pontos chaves na vida dos usuários. Nesse sentido, articular as diversas relações sociais que os envolvem e a família no processo terapêutico abre caminhos para construção efetiva de um equilíbrio psíquico e social que pode reverberar numa melhora na condição geral da família e dos usuários.

Nesse sentido, como aponta o estudo de Onoko-Campos (2013) o guia GAM se mostrou uma ferramenta efetiva na construção de autonomia dos usuários. Através de um processo socioeducativo que envolve a equipe do CAPS, os usuários e a família, favorecendo um espaço participativo e horizontal. Esse processo reconfigura as perspectivas dos usuários frente a suas problemáticas e estabelece um diálogo entre os agentes sociais envolvidos no processo do cuidado e o usuário, que passa a se ver em condições de assumir seu cuidado e restabelecer suas relações sociais.

O guia Gestão Autônoma de Medicamentos (GAM) foi criado na província de Quebec, no Canadá, em 2002, para subsidiar o atendimento a pessoas que utilizam medicamentos psicotrópicos. Essa ferramenta pode estimular a criação de grupos de intervenção nos espaços de saúde mental que tenham interação maior

entre usuários e profissionais, favorecendo o entendimento dos últimos acerca das percepções dos usuários e as dificuldades em relação aos psicotrópicos.

A partir de uma parceria de pesquisa entre o Brasil e o Canadá, que contou com a participação de quatro universidades brasileiras, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Universidade Federal Fluminense (UFF), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), se desenvolveu uma versão brasileira do guia GAM, que não se resume a uma mera tradução *ipsis litteris* da versão canadense, na verdade, trata-se da construção de um guia GAM a partir das realidades socioculturais brasileiras.

Dessa forma, o Guia GAM constrói um espaço participativo para discutir e pensar o uso de psicotrópicos, promover o autoconhecimento e autonomia dos usuários, a fim de construir experiências relevantes na vida social e individual dos mesmos.

O guia é dividido em passos, onde a pessoa é convidada a fazer um balanço da própria vida para alcançar uma melhor qualidade. A dinâmica grupal do uso do Guia visa: a partilha de experiências, a ajuda mútua, o estímulo à busca de informações sobre medicamentos e direitos. As temáticas abordadas incluem questionamentos sobre qualidade de vida, rede social, relacionamentos interpessoais, direitos dos usuários, conhecimento sobre os medicamentos em uso e o papel da medicação na vida de cada um. (ONOCKO-CAMPOS et al, 2013, p. 2891).

Como o próprio nome do projeto evoca a autonomia, se faz necessário pensar sua conceituação e importância em meio a essa intervenção. Desta forma, um dos objetivos do projeto é promover uma maior autonomia dos usuários em relação aos medicamentos e a outras dependências da vida. A autonomia que se trata aqui é entendida como um valor fundamental para a saúde e a cidadania, ao passo que a mesma não pode ser vista como absoluta em face das variadas relações de dependências que se constituem no viver social, sendo assim, trata-se de uma autonomia relativa.

Ademais a autonomia é um processo que deve ser construído de forma contínua entrelaçando a interdependência inerente do conceito com as possibilidades práticas. Além disso, é importante destacar que o processo de reforma psiquiátrica, o qual estrutura a criação do guia GAM, se pauta, entre outros, no princípio da autonomia, entretanto, a concepção de autonomia que

norteia o movimento se diferencia da proposta pela modernidade, que preconiza a individualização do conceito.

Nesse sentido, o CAPS dispõe de diversos dispositivos para atenção psicossocial, voltados para reestruturar e fortalecer vínculos entre os usuários familiares, comunidade e equipe de atenção. Entretanto, a família tende a diminuir a confiança no usuário ao longo do tempo por conta do adoecimento. Dessa forma, a tecnologia leve instrumentaliza a atuação dos profissionais no sentido de promover a autonomia do usuário. Assim, as práticas de cuidados desenvolvidas a partir da necessidade de saúde do usuário é que efetivam a integralidade do cuidado.

Através do grupo GAM os usuários conseguem ressignificar o uso dos medicamentos no seu tratamento. Essa construção dá-se tanto pelo reconhecimento da relevância dos mesmos quanto da reflexão sobre a necessidade de outras ferramentas para garantir um tratamento efetivo e profícuo, possibilitando que os indivíduos consigam restabelecer da melhor forma suas relações sociais a partir da adesão a formas de tratamento complementares.

#### 4.4 A EXPERIÊNCIA COM O GUIA GAM NO CAPS AD

Durante o estágio, percebeu-se que os usuários em sua maioria acabavam por vir ao serviço apenas para consulta com a médica psiquiátrica. Esse fenômeno motivou um levantamento inicial, o qual constatou que dos usuários ativos do serviço cerca de 70% iam apenas para as consultas enquanto os demais participavam de consultas e de outros dispositivos que o CAPS oferecia, como grupos terapêuticos, grupos de atividades e escutas individuais, o que demonstrou um movimento no serviço que surgiu justamente para contrapor essa lógica biomédica, típica da psiquiatria tradicional.

Além disso, a partir de conversas nos grupos e observações durante as visitas domiciliares, identificou-se que os usuários possuíam poucas informações em relação à medicação. Muitos usuários se orientavam pela forma ou a cor do remédio para saber o horário que tomar e poucos tinham uma noção clara dos

efeitos da medicação em si e nas suas vidas. Assim, é que iniciou a reflexão sobre o impacto desses medicamentos na vida dos usuários.

Como aponta a nota técnica do fórum de medicalização, houve um avanço significativo na venda de psicofármacos no Brasil. Esse efeito recaiu sobre os espaços de atenção à saúde mental. No CAPS AD, a maioria dos atendimentos girava em torno da medicação, apesar das atividades em grupos desenvolvidas pelo serviço, não havia nenhum que trabalhasse a autonomia do usuário frente aos seus remédios.

Inicialmente, a metodologia do projeto se baseava na criação de um grupo e a aplicação do Guia GAM. Os primeiros encontros seriam para a apresentação do projeto para que os participantes tenham uma boa noção da estratégia GAM e entendam os objetivos do grupo para poder decidir se irão ou não participar. Durante esses encontros seria disponibilizado um guia GAM para cada usuário que subsidiarão as discussões ao longo do grupo.

Nesses encontros, também que faríamos os contratos coletivos do grupo. Esse contrato diz respeito ao funcionamento do grupo e é importante de ser construído de forma coletiva e participativa, aumentando o sentimento de pertencimento dos mesmos. Os objetivos do projeto giravam em torno de informar a respeito da medicação de uso cotidiano, promoção da reflexão crítica sobre uso de psicofármacos e o desenvolvimento das atividades do Guia de Gestão Autônoma de Medicamentos (GAM).

Entretanto, a dificuldade de estruturar um grupo no curto período do estágio e problemas pessoais do estagiário acabaram direcionando o projeto para outro caminho. Dessa forma, o que seria um grupo se tornou um espaço de discussões a ser aplicada em grupos já em funcionamento no CAPS. A proposta repensada seria de que o projeto fosse aplicado no grupo de familiares com a finalidade de proporcionar informações para o cuidado de seus membros.

A partir da participação no grupo, foi possível perceber que os familiares, assim como, os usuários, sofrem de transtornos mentais muito em função do desgaste gerado pela situação dos familiares dependentes. Dos 12 familiares do grupo oito usavam medicamentos de uso controlado, como diazepam® ou outros imunossupressores do sistema nervoso central. Muitos desconheciam os efeitos negativos da medicação e viam os remédios como uma alternativa segura e



efetiva para o tratamento dos transtornos mentais. Durante a execução do projeto, foi possível perceber que o debate da medicalização tomou corpo na população, estando introjetado a ideia de que só os remédios é que podem resolver os problemas entorno da dependência química.

Outro assunto abordado foi a reforma psiquiátrica, a qual os familiares demonstraram desconhecimento, tanto da história quanto dos objetivos. Um fator de destaque no grupo foi o forte apelo religioso que os próprios familiares trazem ao grupo, processo que coincide com a aceitação das comunidades terapêuticas de cunho religioso, as quais foram exaltadas pelos familiares.

O grupo tem como objetivo ser um espaço de amparo entre familiares, para dividir as experiências da vivência com parentes usuários de substâncias psicoativas, aprender e dividir os saberes sobre como lidar com as condições que essa vida impõe, entre outros aspectos. Dessa maneira, as questões foram colocadas e o grupo trouxe suas experiências em relação ao tema da medicalização.

O grupo já tem muito tempo de organização e foi possível perceber uma grande autonomia no mesmo. Os próprios usuários se organizavam nas falas e se davam conselhos, bem como, dividiam experiências, tanto positivas quanto negativas na tentativa de colaborar uns com os outros. Ao fim do projeto, foi possível perceber que as estruturas da medicalização estão muito sólidas na sociedade e que esse debate encontra profundas dificuldades de inserção. Os questionamentos acerca da segurança e do uso excessivo de medicamentos foram feitos e se espera que tenham reverberado nos familiares.

Nesse sentido, a adoção de ações socioeducativas que promovam uma reflexão e entendimento dos usuários do impacto da medicalização na vida se apresenta como espaço para atuação e desenvolvimento de trabalho dentro dos serviços de saúde mental. É nesse espaço sócio-ocupacional que se insere o assistente social, trabalhando a partir do referencial teórico-metodológico construído pela categoria.

## 5 CONCLUSÃO

Esse trabalho visa contribuir para as possibilidades de atuação dos assistentes sociais em meia a saúde mental, sobretudo em relação a medicalização da vida, um fenômeno em expansão na contemporaneidade e que se desdobra em demanda nos espaços de atuação profissional.

A medicalização da vida é um fenômeno complexo, que transforma padrões comportamentais e modos de vidas constituídos a partir da socialização humana e decorrente dos processos da contradição capital/trabalho em questões individuais e passíveis de intervenções embasadas em uma perspectiva de manutenção do sistema capitalista.

Nesse sentido a indústria farmacêutica, que se estrutura a partir dos anos 1950 e se consolida atualmente como uma dos maiores complexos industriais contemporâneos promove um processo de mercantilização da medicação, especialmente os psicofármacos, por conta da elasticidade no diagnóstico dos transtornos de humor. Essa construção se dá a partir da apropriação dos espaços de produção do conhecimento, sobretudo as universidades, financiamentos de estudos clínicos e revistas científicas, além do assédio em torno dos médicos para que os mesmo prescrevam seus remédios mais.

Sendo assim, esse fenômeno se desdobra em dois aspectos positivos para manutenção do modelo capitalista. De uma forma como mercadoria, que perde sua perspectiva de aliviar sintomas e curar doenças e se tornou mais um produto lucrativo. Além disso, os medicamentos psicofármacos promovem uma docilização dos indivíduos e maquia as contradições decorrentes das expressões da questão social, tornando-as problemas de saúde individuais, sem considerar os elementos da estrutura social que impulsionam o desenvolvimento de transtornos mentais.

Esse fenômeno da medicalização se materializa dentro das famílias contemporâneas, sobretudo por conta das transformações que a mesma passou ao longo do tempo e das mudanças decorrentes da estruturação do neoliberalismo.

Muitos setores sociais veem a família como uma instituição natural, ou divina, sem considerar sua construção sócio histórica. Nesse sentido entende-se a família como uma instituição mutável e suscetível às transformações sociais

decorrentes do desenvolvimento das forças produtivas em cada período histórico. Nesse sentido a família se constitui numa relação contraditória com o desenvolvimento do sistema capitalista, a medida que o capitalismo se estrutura e se desenvolve a família vai tendo mais centralidade na sociedade, como espaço de promoção e subsistência e reprodução social.

Sendo assim, as famílias passam por transformações nas últimas décadas, a diminuição dos integrantes da família e os conflitos geracionais são alguns pontos que influenciaram nessas mudanças. Uma questão que impactou as famílias a partir da década de 1970 foi a constituição do neoliberalismo, sobretudo por conta da reestruturação das políticas sociais, as quais passaram a adotar uma perspectiva fragmentada e minimalista. Nesse sentido as famílias em vulnerabilidade social passam a incorporar cada vez mais responsabilidades em relação ao provimento da vida de seus integrantes.

O processo de reforma psiquiátrica que visa ressocializar os usuários que antes eram enclausurados e segregados implicou em mais responsabilização aos familiares. Nesse sentido as famílias que já tinham inúmeras problemáticas passam a assumir uma responsabilidade de cuidado específico, nesse sentido se faz necessários refletir sobre as condições da família para lidar com essa questão e como isso impacta na mesma. Assim a família no processo terapêutico assume uma centralidade para a ressocialização dos usuários do serviço de saúde mental. Esse aumento das responsabilidades sem uma contrapartida do Estado na questão de garantia dos direitos historicamente constituídos e respaldados pela constituição promoveu um adoecimento dos membros familiares.

Dessa forma a medicalização da vida encontra espaço profícuo para se estruturar na família a partir dos problemas de saúde mental desenvolvidos por conta dessa responsabilização continua sem a garantia das condições mínimas para prover o cuidado. Essa constante pressão sobre a família ocasiona problemas de saúde mental que decorrem, sobretudo dessa estrutura social, para conseguir lidar com essa situação, para sobreviver as famílias acabam utilizando psicofármacos que alteram a subjetividade de seus membros e constituem um ambiente familiar tensionado e docilizado. Essas questões, as quais passam despercebidas pela naturalização do uso desses medicamentos vão se

constituindo em um ciclo que perpetua as desigualdades sociais. Nesse sentido que o trabalho do assistente social se mostra fundamental.

O guia de gestão autônoma da medicação (GAM) surge no Canadá, a partir dessa necessidade que os usuários têm de discutir e entender o uso e as problemáticas em torno dos medicamentos psicossociais. A partir da adaptação do GAM para o Brasil se inicia um processo de discussão sobre o uso dos psicofármacos no país. Esse espaço de promoção de autonomia e efetivação da cidadania se mostra uma ferramenta promissora para a atuação do assistente social no campo da medicalização da vida.

O trabalho assistente social com famílias no campo da medicalização é fundamental, sobretudo, pelo referencial teórico-metodológico, o qual possibilita uma análise da totalidade. Esse norte possibilita o assistente social evidenciar as expressões da questão social que estão entrelaçadas ao fenômeno da medicalização das famílias, trazer para o coletivo as questões que são vistas como problemas individuais e a partir disso articular processos de intervenção que possam efetivar a integralidade pressuposta nos princípios do Sistema Único de Saúde e efetivar os princípios que norteiam o código de ética do assistente social.

Nesse sentido a medicalização da vida se mostra um campo a ser explorado pela produção científica do serviço social, sobretudo em relação a seus desdobramentos sobre a família. Essa questão está presente no cotidiano do trabalho do assistente social na saúde mental. Dessa forma, se aprofundar nessa questão é importante para dar referencial a atuação dos profissionais nesses espaços. Nesse sentido o serviço social pode contribuir com o processo da reforma psiquiátrica, sobretudo, a partir do nosso referencial teórico, o qual se propõe a desvelar as refrações da questão sociais que por vezes são naturalizadas, em especial nos espaços da saúde mental.

Dessa forma esse trabalho não tem a pretensão de dar resposta definitivas as contradições do capital/trabalho que se manifestam na saúde mental e nas famílias. Pretende-se, sobretudo, evidenciar as possibilidades de atuação dos assistentes sociais nesses espaços a as possíveis contribuições que a categoria tem para construir esse processo que visa promover a efetivação da cidadania e a emancipação política e humana.

## REFERENCIA

AMARANTE, P. D. **Loucos pela Vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995. P.51 a 85. BRASIL. Lei da Reforma Psiquiátrica: promulgada em 6 de abril de 2001. Brasília, 2001.

AMARANTE, P. **Patologização e Medicalização da Vida**: Epistemologia e Política. (Org.). Amarante. P, Pitta. A. M. F, Oliveira. W. F.1°. ed. São Paulo: Zagodini, 2018.

ANGELL, M. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos**. 3°. ed. Rio de Janeiro: Record, 2007.

BARBIANI, Rosangela et al . **Metamorfoses da medicalização e seus impactos na família brasileira**. Physis, Rio de Janeiro , v. 24, n. 2, p. 567-587, 2014 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312014000200567&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000200567&lng=en&nrm=iso). Acessado em 15 nov. 2019.

BARROS, José Augusto C.. **Estratégias mercadológicas da indústria farmacêutica e o consumo de medicamentos**. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 17, n. 5, p. 377-386, Oct. 1983 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101983000500003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101983000500003&lng=en&nrm=iso). Acessado em 29 Out. 2019.

BASÍLIO-DENADAI, Mirian Cátia Vieira; GARCIA, Maria Lúcia Teixeira. **O Serviço Social e a temática droga**. Sociedade em Debate, v. 22, n. 1, p. 261-289, 2016. Disponível em: <http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/1383>. Acessado em 18 Set. 2019.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental**: uma análise institucional da prática. Cortez, 2007.

BOSCHETTI, Ivanete. **Assistência social e trabalho no capitalismo**. Cortez Editora, 2018.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1998.

BRASIL. LEI Nº 8.742, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1993. **Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências**. Brasília: Presidência da República, 1993.

BRASIL. Portaria Nº 2.197 de 14 de outubro de 2004. **Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAPONI, Sandra. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 4, n. 2, p. 287-

307, 1997 . Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59701997000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701997000200006&lng=en&nrm=iso). Acessado em 29 Set. 2019.

CAPONI, Sandra. Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 1, p. 95-103, Feb. 2009 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000100015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100015&lng=en&nrm=iso). Acessado em 05 Nov. 2019.

CAPONI, Sandra. **Uma Biopolítica da indiferença. A Propósito da Denominada Revolução Psicofarmacológica** In: Patologização e Medicalização da Vida: Epistemologia e Política Org: Amarante. P, Pitta. A. M. F, Oliveira. W. F.1°. ed. São Paulo: Zagodini, 2018.

ENGELS, Friedrich. A origem da família, da propriedade privada e do Estado. Clube de Autores, 2009.

ESPÍRITO SANTO, M. S., & RODRIGUES, L. C. **A exclusão do sujeito e o uso dos psicofármacos na contemporaneidade**. Anais Seminário Internacional A Educação Medicalizada, 2016. Disponível em: <http://anais.medicalizacao.org.br/index.php/educacaomedicalizada/article/view/86/86>. Acessado em: 10 Out. 2019.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. 1. ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.

FURTADO, C. **Psicofármacos**: evolução do consumo em Portugal Continental (2000–2012). Lisboa: Infarmed, 2013. Disponível em: [https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/psicofarmacos\\_relatorio2013+%281%29.pdf/3e52568f-7f90-47c8-9903-d128395c73e5](https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/psicofarmacos_relatorio2013+%281%29.pdf/3e52568f-7f90-47c8-9903-d128395c73e5). Acessado em: 10 Set. 2019.

GARRAFA. Volnei, LORENZO. Claudio. **Helsinque 2008: redução de proteção e maximização de interesses privados**. In: Medicalização da Vida: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica. Org: Caponi. S, Verdi. M, Brzozowski. F. S, Hellmann. F. Palhoça: Ed. Unisul, 2010.

GASPAROTTO, Geovana Prante; GROSSI, Patrícia Krieger; VIEIRA, Monique Soares. **O ideário neoliberal: a submissão das políticas sociais aos interesses econômicos**. Seminário Internacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea, n. 11, 2014. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/8153>. Acessado 13 Nov. 2019.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6°. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, Thathiana Meyre da Silva. **Reflexões Sobre o Processo de Implementação da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas**. In: PASSOS, R. G.; DUARTA, M. J. O. (Org.). Serviço Social, Saúde Mental E Drogas: Políticas Públicas E Direitos Humanos. Papel Social: Brasil, 2017.

GUERRA, Yolanda. **Instrumentalidade no trabalho do assistente social**. Capacitação em Serviço Social e política social, v. 4, p. 53-63, 2000. Disponível em: <http://www.unirio.br/unirio/cchs/ess/Members/altineia.neves/instrumentos-e-tecnicas-em-servico-social/guerra-yolonda-a-instrumentalidade-no-trabalho-do-assistente-social/view>. Acessado em: 29 Nov. 2019.

IAMAMOTO, M.V. **As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo**. Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [http://www.uel.br/pos/mestradoservicosocial/congresso/anais/Trabalhos/eixo4/oral/10 as dimensoes teorico....pdf](http://www.uel.br/pos/mestradoservicosocial/congresso/anais/Trabalhos/eixo4/oral/10%20as%20dimensoes%20teorico....pdf). Acessado em: 25 Ago. 2019.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade**. São Paulo: Cortez, 2001.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na cena contemporânea. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, p. 15-50, 2009. Disponível em: <http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/o-servico-social-na-cena-contemporanea-201608060403123057450.pdf>. Acessado em: 25 Set. 2019.

LUKÁCS, Georg. **História e consciência de classe**. São Paulo, Martins Fontes, 2003.

MARX, Karl. **O Capital [Livro I] crítica da economia política. O processo de produção do capital**. Tradução Rubens Enderle - São Paulo: Boitempo Editorial, 2011.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Família e proteção social: intervenções profissionais contemporâneas**. In: TEIXEIRA, S. M. (Org). Trabalho com família: no âmbito das políticas públicas. Campinas: Papel Social, 2018, p. 25-44.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Política social e trabalho familiar: questões emergentes no debate contemporâneo. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 124, p. 699-720, Dec. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-66282015000400699&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282015000400699&lng=en&nrm=iso). Acessado em: 24 Out. 2019.

MOSER, Liliane; DAL PRÁ, Keli Regina. **Os Desafios de Conciliar Trabalho, Família e Cuidados**: evidências do “familismo” nas políticas sociais brasileiras. *Textos & Contextos* (Porto Alegre), 2016, 15.2: 382-392. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/download/21923/15299>. Acessado em 18 Set. 2019.

NETTO, J.P. **introdução ao estudo do método de Marx**. 1º. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

OLIVEIRA. W. F. **Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica antimanicomial**. In: *Medicalização da Vida: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica*. Org: Caponi. S, Verdi. M, Brzozowski. F. S, Hellmann. F. Palhoça: Ed. Unisul, 2010.

OLIVEIRA. W.F. **Medicalização da Vida: Reflexões sobre sua Produção Cultural** In: *Patologização e Medicalização da Vida: Epistemologia e Política* Org: Amarante. P, Pitta. A. M. F, Oliveira. W. F.1. ed. São Paulo: Zagodini, 2018.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa et al . **A Gestão Autônoma da Medicação**: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 18, n. 10, p. 2889-2898, 2013. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013001000013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000013&lng=en&nrm=iso). Acessado em 15 Set. 2019.

PONTES, Reinaldo. **A categoria de mediação em face do processo de intervenção do serviço social**. *Cadernos Técnicos*, Brasília: Sesi, n. 23, p. 60-68, 1999. Disponível em: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-016-104.pdf>. Acessado em: 13 Nov. 2019.

ROBAINA, Conceição Maria Vaz. O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo , n. 102, p. 339-351, June 2010 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-66282010000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000200008&lng=en&nrm=iso). Acessado em 30 Out. 2019.

ROSA, L. S. **A família como usuária de serviços e como sujeito político no processo de reforma psiquiátrica brasileira**. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). *Abordagens psicossociais, volume III: perspectivas para o Serviço Social*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2009, p. 159-182.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental**. *Psicol. rev.* (Belo Horizonte), Belo Horizonte , v. 11, n. 18, p. 205-218, dez. 2005 . Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-11682005000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682005000200005&lng=pt&nrm=iso). Acessado em 01 dez. 2019.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko. **Saúde mental e classe social**: CAPS, um serviço de classe e interclasses. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo , n. 114, p. 311-331, jun. 2013 . Disponível em:



[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-66282013000200006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282013000200006&lng=pt&nrm=iso). Acessado em 14 Out. 2019.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. **Desistitucionalização**. 2º edição. São Paulo: Hucitec, 2001.

SILVA, Maria Alice Bastos. **Qual o lugar do serviço social em uma instituição especializada em álcool e drogas, dentro de uma perspectiva de saúde pública?** In: Erimeldo Matias Nicacio, José Augusto Bisneto. (Org.). A prática do assistente social na saúde mental. 3ªed. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2013, v. 01, p. 11-238.

TESSER, Charles Dalcanale. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 10, n. 19, p. 61-76, June 2006. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832006000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000100005&lng=en&nrm=iso). Acessado em 5 Nov. 2019.

TESSER, Charles Dalcanale; POLI NETO, Paulo; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3615-3624, Nov. 2010. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000900036&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900036&lng=en&nrm=iso). Acessado em: 10 Nov. 2019.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Contribuições entre Serviço Social Brasileiro e o Campo da Saúde Mental, e a Análise Crítica da Reforma Psiquiátrica no Contexto Neoliberal**. In: PASSOS, R. G.; DUARTA, M. J. O. (Org.). Serviço Social, Saúde Mental E Drogas: Políticas Públicas E Direitos Humanos. Papel Social: Brasil, 2017.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura**: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional. Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira, p. 17-74, 2010. Disponível em: [http://www.crsp.org.br/aovivo/ppt/Eduardo\\_mourao.pdf](http://www.crsp.org.br/aovivo/ppt/Eduardo_mourao.pdf). Acessado em: 7 Nov. 2019.

VERDI, Marta. **Interfaces entre bioética e políticas públicas: a propósito dos conflitos éticos envolvendo a promoção de saúde**. In: Medicalização da Vida: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica. Org.: Caponi. S, Verdi. M, Brzozowski. F. S, Hellmann. F. Palhoça: Ed. Unisul, 2010.