



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

EDIRÊ DOS SANTOS FERREIRA

**“CUIDANDO DE QUEM CUIDA”:
APRIMORANDO A ATENÇÃO ÀS FAMÍLIAS DE
DEPENDENTES DE DROGAS**

Florianópolis

2017

EDIRÊ DOS SANTOS FERREIRA

**“CUIDANDO DE QUEM CUIDA”: APRIMORANDO A
ATENÇÃO ÀS FAMÍLIAS DE DEPENDENTES DE DROGAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

ORIENTADOR: Prof. Dra. Daniela Ribeiro Schneider

**Florianópolis
2017**

Dedico este trabalho a meus pais, que viabilizaram meus estudos. E, em especial, às famílias que vivenciam o uso de drogas que marcaram minha trajetória profissional, sobretudo àquelas que co-construíram esse trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por suas infinitas graças.

Aos meus pais, por terem me dado condições de existência de ter chegado até aqui, por sempre terem acreditado em mim, levando-me muitas vezes a refletir sobre minhas reais implicações nesse caminho que escolhi para a vida. Obrigada por tudo o que já fizeram por mim e muito mais. Sou muito grata por todo amor, por sempre terem investido na minha educação, pelo incentivo, dedicação e apoio. Amo vocês!

A todos os profissionais do CAPS ad em que trabalho, o meu muito obrigado pela força, carinho, apoio e amizade. Por me fazerem acreditar que existem maneiras de transformar a realidade e enquanto houver esperança, também permanecerá a nossa determinação de lutar por dias melhores.

E às pessoas que não foram citadas, mas que certamente assumiram uma posição indispensável nessa trajetória.

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo geral refletir com as famílias, usuários e profissionais de um CAPS ad situado em Santa Catarina sobre estratégias de intervenção para o aprimoramento do cuidado de famílias de dependentes de drogas. Para tanto, fez-se necessário conhecer as demandas e expectativas das famílias no serviço, refletir com os familiares sobre a necessidade da parceria do familiar e instituição, possibilitar discussões entre os familiares, usuários e profissionais de saúde, pautadas na troca de experiências, assim como, analisar as discussões levantadas e propostas interventivas criadas ao longo do processo. Para o desenvolvimento do presente estudo, foi utilizado o método de pesquisa qualitativa. Os participantes da pesquisa foram usuários, seus familiares e profissionais do CAPS ad em questão. A coleta de dados ocorreu no período de março a maio de 2017, por meio de três rodas de conversa, cujas discussões foram focadas nas demandas e expectativas das famílias no serviço. Com os dados coletados, alcançaram-se oito categorias de análise: acolhida dos familiares, necessidade de informação, cuidado do usuário, estratégias de cuidado para o familiar, sofrimento do cuidador, determinantes da dependência de drogas, relacionamento familiar e o papel da família. Ao analisar as categorias percebeu-se que os participantes da pesquisa estão cientes de que o cuidado com as famílias na instituição ainda é deficitário. Entretanto, foram elencadas nas rodas de conversa várias estratégias para o aprimoramento do cuidado às famílias, tais como: grupo de famílias somente para familiares, atendimentos individuais, visitas domiciliares, confraternizações, grupo de famílias para usuários e seus familiares, e atividades educativas para as famílias. Conclui-se que é necessário que os serviços de saúde mental implementem estratégias para cuidar das famílias durante o tratamento, ampliando, dessa maneira, o horizonte das intervenções, possibilitando que esse grupo possa ser parceiro no cuidado dos dependentes de drogas.

Palavras-chave: Família. CAPS ad. Drogas. Estratégias de cuidado.

ABSTRAT

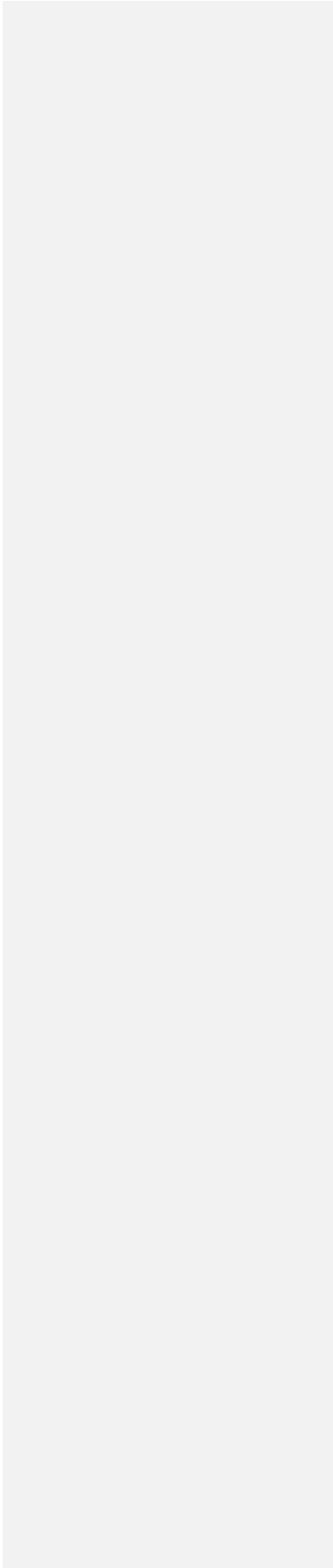
This research had as a general objective to reflect on strategies for care improvement of those families which have drug addicts within, drug users and professionals of a Center for Alcohol and Drugs Psychosocial Care (CAPS ad – in portuguese) located in Santa Catarina. In order to do so, it was necessary to know the demands and expectations of families within this need , raise awareness among family members about the necessity for family and institution partnership, enable dialogues among family members, users and health professionals, based on the exchange of experiences, as well as, analyze the discussions and intervention proposals created throughout the process. For the development of the present study, a qualitative research method was used. The research participants were drug users, their families and professionals of the CAPS itself. Data collection happened from March to May 2017, through three talk wheels, in which discussions were based on the demands and expectations of families in this demmand. With the data collected, eight categories of analysis were achieved: family support, information needs, care of the user, care strategies for the relative, caregiver suffering, determinants of drug dependence, family relationship and the role of the family. When analyzing the categories, it was noticed that the participants of the research are aware that the care within families in the institution is still deficient. However, several strategies to improve family care, were raised during conversations, such as: family group for family members only, individual sessions as well as home visits, social gatherings, family group for users and their families, and educational activities for families. It is concluded that it is necessary for mental health services to implement strategies to care for families during treatment, broadening, thus, the horizon of interventions, enabling this group to be partners when caring for drug addicts.

Keywords: Family. CAPS ad. Drugs. Care strategies.

Sumário

RESUMO.....	5
ABSTRAT	6
1. INTRODUÇÃO.....	9
2. OBJETIVOS.....	12
2.1 Objetivo Geral	12
2.2 Objetivos Específicos	12
3. REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1 Políticas Públicas para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas no Brasil	13
3.2 Famílias com dependentes de drogas	20
3.3 Os CAPS ad.....	23
4. METODOLOGIA.....	26
4.1 Delineamento do Estudo	26
4.2 Local do Estudo.....	26
4.3 Participantes	28
4.4 Coleta de Dados.....	29
4.5 Análise dos Dados	30
4.6 Procedimentos éticos	31
4.7 Limitações da Pesquisa	31
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
5.1 CATEGORIA I: Acolhida dos Familiares	33
5.2 CATEGORIA II. Necessidade de Informação	34
5.3 CATEGORIA III. Cuidado do usuário	36
5.4 CATEGORIA IV. Estratégias de cuidado para o familiar.....	38
5.5 CATEGORIA V. Sofrimento do cuidador.....	43
5.6 CATEGORIA VI. Determinantes da dependência de drogas	45
5.7 CATEGORIA VII. Relacionamento familiar	48
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
7. REFERÊNCIAS	53
APÊNDICES.....	59

(Apêndice A).....	60
(Apêndice B).....	61
(Apêndice C).....	62
(Apêndice D).....	64
(Apêndice E).....	66
(Apêndice F).....	68



1. INTRODUÇÃO

O interesse da autora em pesquisar o tema “Família” começou em 2008, quando iniciou o seu trabalho como psicóloga contratada de uma prefeitura em duas Unidades de Saúde, prestando atendimentos a crianças, adolescentes e adultos, em psicoterapia individual e em grupo. Neste momento, a pesquisadora percebeu a necessidade de mais suporte técnico e teórico. Os conhecimentos obtidos na faculdade não eram suficientes para trabalhar com grupos, principalmente com famílias.

Já a motivação da autora para estudar o tema de “dependência de drogas” surgiu após o início de sua atuação como Psicóloga em um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS AD em Santa Catarina, onde pôde observar que grande parte dos usuários tinham vários conflitos familiares. Dessa forma, o estudo da importância da família para o dependente de drogas despertou o interesse da pesquisadora, pois pôde aliar a sua formação como psicoterapeuta familiar e seus crescentes estudos sobre dependência de drogas.

A família, conforme Michuchin e Fishman (1990, p.21) é formada por: “um grupo natural que desenvolve padrões de interação, que governam o funcionamento dos membros da família, delineando seus comportamentos e facilitando seu convívio, constituindo um sistema.” Além disso, os autores ressaltam que dentro desse sistema familiar, pode haver subgrupos compostos por afinidades, gênero e idade, em que o comportamento de um membro influenciará o comportamento dos outros membros.

Os relacionamentos familiares estão em constante mudança, já que cada membro da família transpõe um ciclo de vida e tem experiências distintas. É na família que deve ocorrer o amadurecimento pessoal e a aceitação das diferenças, possibilitando uma adaptação de cada um às experiências e aos comportamentos necessários para um bom relacionamento social. Segundo Farias (2004) apud Silva e Rossetto (2010), a família vem passando por modificações ocasionadas por diversos fatores, acarretando transformações na composição familiar, adequações nos costumes, e o aparecimento de novos feitos e afinidades familiares que apresentam novas concepções de família. Atualmente, a família não adota mais um mesmo padrão, apresentando-se com diferentes configurações. Cada família possui características próprias, bem como tradições, costumes e crenças. Assim, as diversas disposições familiares hoje existentes, proporcionam uma nova representação da sociedade.

A participação da família e a valorização das relações familiares são assinaladas como fatores de suma importância na prevenção e no tratamento da dependência de drogas. No que

tange aos modelos de assistência em tratamento e recuperação dos dependentes de substâncias psicoativas, a política aponta para a necessidade de esforços em reinserir o indivíduo novamente no contexto familiar e garantir a continuidade dos serviços descentralizados para atenção ao usuário de drogas e de seus familiares (BRASIL, 2005). Nesse sentido, a família surge como parceira na atenção e no cuidado dos dependentes de drogas.

Segundo a CID 10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), a característica principal de um transtorno por uso de substâncias psicoativas consiste na presença de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que assinalam o uso contínuo e abusivo de uma substância. Particularmente a “Síndrome de dependência” corresponde a um padrão problemático de uso de drogas, levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativos, expresso pela frequência e quantidade de uso crescentes; incapacidade de reduzir ou controlar o uso; longo período de tempo dedicado a atividades relacionadas ao ato de usar drogas em detrimento de outras atividades; fissura, desejo ou necessidade de usar substâncias psicoativas; uso recorrente e/ou continuado apesar de prejuízos psicossociais; e tolerância e/ou abstinência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013).

A dependência de drogas possui o agravante de afetar toda a rede social da qual faz parte o dependente. As influências familiares, a predisposição genética e o fator cultural são determinantes na ocorrência do problema. Tais fatores contribuem para que os índices de dependência sejam muito altos. Segundo II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, o álcool é a substância lícita mais utilizada nas 108 maiores cidades do país, contabilizando 74,6% dos indivíduos entrevistados, sendo que 12,3% dos entrevistados foram diagnosticados como dependentes de drogas. Nesse mesmo estudo, verificou-se uma prevalência de 22,8% em relação ao uso na vida de substâncias ilícitas na população pesquisada, sendo a maioria do sexo masculino. Indo ao encontro dos dados mundiais, no Brasil, verifica-se que a droga ilícita de maior consumo e de maior acessibilidade é a maconha (8,8%), seguida pelos solventes (6,1%), benzodiazepínicos (5,6%), cocaína (2,9%) e crack (1,5%) (CARLINI et al., 2006).

A família, por ser uma unidade de cuidado e uma instituição na qual seus membros possuem laços afetivos, unidos ou não por consanguinidade, tem um papel fundamental na recuperação do dependente de drogas, apesar de este ter sentimentos ambivalentes em relação a ela, ou seja, sente-se amado e odiado pelos familiares em função de sua condição clínica. Embora os parentes estejam presentes no tratamento do usuário, existe muita resistência por

parte da família em apoiar o dependente de drogas durante o seu período de tratamento no CAPS ad, dificultando assim a evolução do seu quadro psíquico e físico, e sua então reinserção familiar e social, que são os objetivos da presente Instituição. Esta ausência familiar foi detectada pela autora pela pouca participação de parentes no Grupo de Famílias, que é uma das atividades oferecidas pelo CAPS ad estudado e local de trabalho da pesquisadora, onde as famílias recebem apoio psicossocial e informacional, além de realizarem trocas de experiências vivenciadas em seus cotidianos. Ausência esta também relatada por vários autores em muitos CAPS ad de diversas regiões brasileiras (MOREIRA, 2004; AZEVEDO e SILVA, 2013; CIRILO e FILHO, 2008).

O estado emocional familiar, o prejuízo psicossocial da relação dependente x família, os fatores e consequências desta relação, e a baixa adesão de familiares nos CAPS ad, justificam a escolha do objeto de estudo, uma vez que a autora buscou refletir com as famílias, usuários e profissionais do CAPS ad estudado sobre estratégias de intervenção para o cuidado de famílias de dependentes de drogas que buscassem aumentar a adesão destas aos CAPS ad por meio de um espaço privilegiado de escuta e de apoio psicossocial de seu sofrimento psíquico. O problema de pesquisa referiu-se então aos estudos que apontam a dependência de drogas como um fenômeno complexo, com abordagens terapêuticas diversas e complementares, bem como a importância da família que sofre tanto quanto os seus entes queridos dependentes. Embora haja políticas públicas para o cuidado dos dependentes de drogas, há uma escassez de estratégias para a atenção e o cuidado dos familiares de dependentes de drogas. Diante do exposto, como é possível aprimorar o cuidado das famílias em sofrimento com dependentes de drogas? Para tanto, esta pesquisa foi realizada em um CAPS ad, onde se tem uma grande demanda de dependentes de drogas, objetivando produzir conhecimento acerca da temática proposta, com enfoque na realidade vivenciada.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Refletir com as famílias, usuários e profissionais de um CAPS ad localizado em Santa Catarina, sobre estratégias de intervenção para o aprimoramento do cuidado de famílias de dependentes de drogas.

2.2 Objetivos Específicos

- Conhecer as demandas e expectativas das famílias no Serviço;
- Refletir com os familiares sobre a necessidade da parceria do familiar e Instituição;
- Possibilitar discussões entre os familiares, usuários e profissionais de saúde, possibilitando trocas de experiências; e
- Analisar as discussões levantadas e propostas interventivas criadas ao longo do processo.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Políticas Públicas para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas no Brasil

Em 1980 o governo brasileiro instituiu o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, que deveria ser composto pelo conjunto de órgãos e entidades da administração pública que exerciam atividades similares (BRASIL, 1980). Este sistema tinha como um de seus objetivos, o de formular a Política Nacional de Entorpecentes através do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), seu órgão central.

Apesar da atuação do CONFEN ter enfatizado as atividades de repressão à produção, tráfico e consumo de drogas, a importância de algumas iniciativas do órgão acarretou um desenvolvimento das práticas de atenção ao usuário de álcool e de outras drogas. Dentre essas iniciativas, destaca-se, o apoio aos centros de referência para tratamento, às pesquisas sobre prevenção na área de álcool e outras drogas, às comunidades terapêuticas e aos programas de redução de danos voltados para a prevenção da Aids entre usuários de drogas injetáveis (UDI) (MACHADO, 2006).

Ainda conforme Machado, os centros de referência começaram a ser criados na década de 1980, em sua maioria vinculados a universidades públicas tais como o Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD) do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); o Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos (CORDATO) da Universidade de Brasília (UNB); o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas (NEPAD) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ); o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) da Universidade Federal da Bahia (UFBA); o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) do Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo da UNIFESP; sendo que somente dois centros foram criados no âmbito do setor público estadual de saúde: o Centro Mineiro de Toxicomania (CMT), em Minas Gerais, e o Centro Eulámpio Cordeiro de Recuperação Humana (CECRH), em Pernambuco.

Esses centros dedicavam-se ao desenvolvimento de ações de prevenção e assistência especializada ao uso abusivo de álcool e outras drogas, à formação de profissionais qualificados para o atendimento de dependentes químicos, e à realização de estudos e

pesquisas sobre o consumo de álcool e de outras drogas; às ações de prevenção; ao tratamento clínico; e à redução de danos. Como os centros de referência tinham como primazia a produção de conhecimento técnico-científico e a formação de recursos humanos, muitos apresentavam uma oferta restrita de tratamento à população, funcionando de maneira pouco articulada com o sistema público de saúde.

No entanto, os levantamentos epidemiológicos sobre o consumo de álcool e de outras drogas na população brasileira e o estudo sobre as experiências europeias de prevenção da AIDS entre usuários de drogas injetáveis (UDI) conforme a abordagem de redução de danos realizados pelos centros de referência tiveram grande repercussão na política de drogas em décadas futuras, como podemos perceber nas estratégias aplicadas pelo COFEN. Entre as iniciativas do CONFEN, a mais relevante para as práticas de atenção à saúde na área de álcool e de outras drogas foi seu posicionamento favorável, em 1994, à implementação no país de programas de redução de danos através da troca de seringas entre UDI (MACHADO, 2006). A Lei nº. 6.368/1976 ao criminalizar práticas interpretadas como indução, incentivo, instigação, auxílio ou difusão do uso de drogas, instaurava barreiras legais à implantação dessas iniciativas. Além disso, diversos setores da sociedade civil manifestavam-se resistentes à abordagem da redução de danos.

A respeito das comunidades terapêuticas, estas surgiram no Brasil na década de 1970 e aumentaram em número na década de 1990 (MACHADO, 2006; CARVALHO, 2007). O fenômeno de criação e expansão deste recurso terapêutico tem sido remetido à própria lacuna assistencial no setor público de saúde na área de álcool e outras drogas. O apoio do CONFEN a tais instituições ocorreu por meio da deflagração de discussão sobre a normatização de seu funcionamento, buscando promover a adequação técnica e ética da assistência prestada por esses estabelecimentos a usuários de álcool e de outras drogas e às suas famílias. Mais uma polêmica estava lançada no ar: o COFEN que era favorável a política de Redução de Danos, agora apoiava a existência de comunidades terapêuticas que tem como prerrogativa de tratamento a abstinência de drogas; algumas inclusive de tabaco.

A partir do ano de 2000, observou-se mudanças significativas no conteúdo da legislação brasileira sobre drogas. Por mais que ela permaneça ajustada ao discurso proibicionista, a atenção à saúde deixa de ser uma espécie de apêndice dessa política e se torna um tema cada vez mais importante. Neste mesmo ano, pelo Decreto n 3.696, com base na Lei n 6.368/76, foi apresentado o Sistema Nacional Antidrogas (Sisnad), tendo como atribuição as atividades de repressão e prevenção do uso indevido de drogas. O Sisnad é

composto pelos seguintes órgãos: Conselho Nacional Antidrogas (Conad – extinto COFEN), Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, Senad, Ministério da Justiça e Departamento de Polícia Federal.

O CONAD, órgão normativo e deliberativo da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), surge em resposta ao impacto da adesão brasileira ao documento da Sessão Especial da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas – UNGASS/1998, dedicada ao enfrentamento mundial das drogas – que constituiu o tema das drogas como assunto de Segurança Nacional, e se organizou a partir de uma estrutura militar. Nesta nova estrutura político-organizacional, a apresentação da Política Nacional Antidrogas deveria ser feita pela SENAD, e aprovada, acompanhada e atualizada pelo CONAD, órgão normativo e de deliberação coletiva do sistema. A participação do Ministério da Saúde na edificação desta política foi efetuada pela sua representação, por intermédio da Coordenação de Saúde Mental e o órgão de Vigilância Sanitária, no CONAD. O espaço institucional, que possibilitava o encontro entre representações de segmentos antidrogas e de atenção à saúde (governamental e não governamental), mostrou-se particularmente propício para a construção da política de drogas do Brasil.

A Lei nº. 10.409/2002 enfatizava que o tratamento do dependente ou usuário deveria ser realizado de forma multiprofissional e, sempre que possível, com a assistência de sua família, e indicando a estratégia de redução de danos, sob regulação do Ministério da Saúde. No entanto, com vários artigos vetados, não revogou por completo a Lei 6.368/1976 (BRASIL, 2002).

A Política Nacional Antidrogas, instaurada pelo Decreto nº. 4.345/2002, apresentava o uso indevido de drogas como uma ameaça séria e persistente à humanidade e à vida em sociedade, associando-o ao tráfico de drogas, e a outros crimes e modalidades de violência. O conteúdo da política defendia a adoção de uma postura firme do Estado de combate às drogas. Entre seus pressupostos básicos, ressaltava-se aquele que traduz a essência da perspectiva proibicionista em relação às drogas: “buscar, incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade livre do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas” (SENAD, 2002).

Não obstante a forte influência do discurso proibicionista na formulação da Política Nacional Antidrogas, o acúmulo de experiências na efetivação de programas de redução de danos na atenção à saúde de UDI, e a pressão política exercida por profissionais e militantes na área contribuíram, de forma incisiva, para a permeabilidade dessa política ao enfoque da

redução de danos. Por este ângulo, a política de drogas brasileira aproxima discursos antagônicos. Por um lado, compartilha do discurso proibicionista enfatizado por convenções internacionais quanto à redução da oferta e da demanda de drogas, por meio de mecanismos de repressão e criminalização da produção, tráfico e porte de drogas ilícitas. Por outro lado, mostra-se favorável à abordagem de redução de danos (SENAD, 2002).

Alguns pressupostos básicos da Política Nacional Antidrogas mostravam-se de suma importância para a construção de um modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e de outras drogas orientado pela lógica da redução de danos e comprometido com a garantia de seus direitos de cidadania. Dessa forma, era proposto o reconhecimento das diferenças entre usuário, o indivíduo em uso indevido ou dependente, e o traficante de drogas, considerando-se que esta distinção acarretava abordagens igualmente diferenciadas. Outrossim, buscava-se evitar a discriminação de indivíduos pelo fato de serem usuários ou dependentes de drogas, e garantir o seu direito à atenção de saúde especializada. Sendo assim, a CONAD teve uma reformulação discursiva na política, a começar pela mudança na denominação ‘Antidrogas’ para “Políticas sobre Drogas”. Com essa mudança era esperado: uma política que articulasse uma proposta de prevenção ampla, preservadora dos direitos humanos, permanente e realista; que reduzisse os danos à saúde dos usuários de drogas e bem como à sociedade; visando a inserção de grandes setores da sociedade, possibilitando que os dependentes de drogas refizessem o seu projeto de vida, e evitando que estes permanecessem à mercê do tráfico de drogas como forma de subsistência (MESQUITA, 2007 apud GARCIA, 2008).

Com a formulação da Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, em 2003, O Ministério da Saúde publicou o documento “A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral A Usuários de Álcool e Outras Drogas”, diretriz principal na área de saúde pública. Com essa política, sanciona-se a responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) em garantir atenção especializada aos usuários de álcool e de outras drogas, até então atendida predominantemente por instituições não governamentais, como as comunidades terapêuticas, e os grupos de auto-ajuda e de ajuda mútua (BRASIL, 2004b).

As diretrizes da política setorial de saúde preveem a construção de uma rede de atenção a usuários de álcool e de outras drogas valendo-se da implementação de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad), que desempenham papel estratégico de ordenamento da rede em seu território de atuação, favorecia a articulação necessária entre os mais variados dispositivos comunitários sociais e de saúde para a integralidade da atenção e inclusão social de usuários e familiares acompanhados. Espera-se que o conteúdo das

práticas de atenção aos usuários de álcool e de outras drogas apresente embasamento na concepção ampliada de redução de danos e compromisso com os direitos de cidadania dos usuários de álcool e de outras drogas (BRASIL, 2004a).

Essa política foi instaurada no processo de reestruturação da atenção em saúde mental em curso no País desde o início da década de 1990. A necessidade de atenção, sobretudo aos dependentes de álcool, foi historicamente revelada e reafirmada pelo número de leitos psiquiátricos que esses pacientes ocupavam. A despeito da constatação dessa necessidade, o processo de reestruturação de atenção em saúde mental que tinha como objetivo a criação de redes de atenção substitutivas aos hospitais psiquiátricos, protelou por quase uma década a discussão e a proposição das diretrizes de atenção aos alcoolistas. Se, desde a década de 1970, os dependentes alcoólicos ocupavam grande parte dos leitos psiquiátricos, a partir da década de 1990, começou a ser constatada a necessidade de tratamento dos usuários de outras drogas. Nessa década, o Brasil, antes um corredor para o tráfico de drogas, se consolidou como um grande mercado consumidor de drogas ilícitas (MAGALHÃES, 2000).

Em 2005, a CONAD sancionou a “Política Nacional sobre Drogas”. Tal política teve como principais diretrizes: atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas; reconhecer o direito de toda pessoa receber tratamento para drogadição; reconhecer as diferenças entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante; priorizar ações de prevenção; incentivar ações integradas aos setores de educação, saúde e segurança pública; promover ações de redução de danos; garantir ações para reduzir a oferta de drogas no país, entre outras orientações (BRASIL, 2005).

A mais recente legislação brasileira sobre drogas – a Lei 11.343/2006, que revogou a Lei 10.409/2002 e a Lei 6.368/1976 – apresenta avanços historicamente significantes e reveladores de um posicionamento político mais moderado em relação às drogas, uma vez que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas com a finalidade de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, bem como as de repressão ao tráfico, estando em perfeito alinhamento com a Política Nacional sobre Drogas e com os compromissos internacionais do Brasil (BRASIL, 2006).

Entre os principais aspectos a serem destacados está a tentativa de uma distinção entre usuários/dependentes de drogas e traficantes, ao serem colocados em capítulos diferentes. A nova lei não descriminaliza qualquer tipo de droga. Apesar do porte continuar caracterizado

como crime, usuários e dependentes não estarão mais sujeitos à pena privativa de liberdade mas, sim, a medidas socioeducativas aplicadas pelos juizados especiais criminais.

Outros aspectos relevantes são o fim do tratamento obrigatório para dependentes de drogas e a concessão de benefícios fiscais para iniciativas de prevenção, tratamento, reinserção social e repressão ao tráfico.

Ressalta-se os seguintes artigos do CAPÍTULO II, TÍTULO III da Lei 11.343/2006:

Art. 20. Constituem atividades de atenção ao usuário e dependente de drogas e respectivos familiares, para efeito desta Lei, aquelas que visem à melhoria da qualidade de vida e à redução dos riscos e dos danos associados ao uso de drogas.

Art. 21. Constituem atividades de reinserção social do usuário ou do dependente de drogas e respectivos familiares, para efeito desta Lei, aquelas direcionadas para sua integração ou reintegração em redes sociais.

Art. 22. As atividades de atenção e as de reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares devem observar os seguintes princípios e diretrizes:

I - respeito ao usuário e ao dependente de drogas, independentemente de quaisquer condições, observados os direitos fundamentais da pessoa humana, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social;

II - a adoção de estratégias diferenciadas de atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares que considerem as suas peculiaridades socioculturais;

III - definição de projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde;

IV - atenção ao usuário ou dependente de drogas e aos respectivos familiares, sempre que possível, de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais;

Em maio de 2007, o Governo Federal, por meio de um Decreto Presidencial (nº 6.117/07), apresentou à sociedade brasileira a Política Nacional sobre o Alcool, numa clara demonstração de responsabilidade e vontade política com um assunto difícil, mas de inquestionável relevância. Essa política é importante por enfatizar ações intersetoriais voltadas para a redução de danos sociais e visando à integralidade dos usuários (DUARTE, 2010). E tendo como objetivo contemplar a intersetorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida causados pelo consumo desta substância, bem como as situações de violência e de criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas na população brasileira.

Em 2009 o governo federal lança o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e à Prevenção em Alcool e outras Drogas (PEAD), através da Portaria nº 1.190. O PEAD visava ampliar o acesso ao tratamento e à prevenção para usuários de drogas no âmbito do SUS, buscando alternativas intersetoriais para enfrentar os problemas associados ao uso de drogas. O foco das suas ações eram as cidades com mais de 250 mil habitantes e as cidades de fronteira, volta do para crianças, adolescentes e jovens em situação de risco. O Plano contava com quatro eixos de ação:

- a) ampliação do acesso ao tratamento;
- b) qualificação da atenção, através de avaliação, monitoramento, formação e produção de conhecimento;
- c) articulação intra e intersetorial, contando com a participação social; e
- d) promoção da saúde, inclusão social e enfrentamento do estigma.

Em 2010 o Ministério da Saúde instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, visando a prevenção do uso, tratamento e a reinserção social de usuários, e a capacitação profissional, tendo como premissa que os usuários de drogas têm direito à saúde e, também, de refazer o seu projeto de vida (BRASIL, 2010).

A proposta do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas foi de estruturar, ampliar e fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de crack e outras drogas, por meio da articulação das ações do Sistema Único de Saúde - SUS, com as ações do Sistema Único de Assistência Social - Suas, contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis como, entre outros, crianças, adolescentes e população em situação de rua.

Destaca-se também a portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011, institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, tendo como principais diretrizes: respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; promoção da equidade; combate a estigmas e preconceitos; atenção humanizada; e, organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado. Já entre os objetivos dessa portaria, ressalta-se o de “promover a reabilitação e a reinserção social das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária” (BRASIL, 2011).

Para a promoção da reabilitação psicossocial destes usuários, faz-se necessário a integração das políticas de saúde e assistência social, tendo em vista, que esta última, presta serviços de proteção básica que inclui serviço de proteção e atendimento integral à família (PAIF), realizando ações de inclusão social e produtiva, formação e qualificação para o trabalho.

Em dezembro de 2011, o governo federal brasileiro lançou oficialmente o programa “Crack, é possível vencer”, iniciativa de responsabilidade dos Ministérios da Saúde, Justiça e

Desenvolvimento Social. O programa propõe ações relacionadas à prevenção, que inclui a educação, informação e capacitação; ao cuidado, que inclui o aumento da oferta de tratamento de saúde e atenção aos usuários e; à autoridade, incluindo ações de enfrentamento ao tráfico de drogas e às organizações criminosas. Destaca-se neste programa a proposta de uma rede de atendimento ao usuário e à família, incluindo a integração das políticas de saúde e de assistência social, visando à integralidade do cuidado das pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas (BRASIL, 2013).

3.2 Famílias com dependentes de drogas

A problemática da dependência de drogas geralmente acarreta situações de violência, intensa instabilidade emocional, desesperança e graves danos à saúde dos indivíduos. Neste contexto de grande sofrimento para o usuário de drogas, muitas vezes o sofrimento das famílias envolvidas é negligenciado. Sendo assim, é de suma importância o estudo da família enquanto grupo com características próprias e que sofre modificações ao longo da História.

Nas últimas décadas, a saída das mulheres para exercer trabalhos fora de casa, assumindo papéis sociais, antes só destinados aos homens, bem como as alterações ocorridas nos casamentos e recasamentos influenciaram a composição da família e a representatividade dos pais e filhos perante a família. É crescente a quantidade de famílias que não possuem a presença paterna, onde o sustento é provido somente pela mãe. Alguns até contam com a presença física do pai, porém devido ao grande índice de desemprego, a mãe que trabalha mantém as despesas. Geralmente essa jornada é extenuante, acumulando para a mulher vários papéis sociais. Esta situação pode provocar no pai um abalo em sua autoestima, e o sentimento de inferioridade pode desencadear ansiedade, depressão e hipertensão arterial, o uso de drogas. (COSTA et al., 2009, p.122). Ainda segundo Costa et al. (2009) pela necessidade financeira e pela falta de formas de sobrevivência, muitos jovens caem na marginalidade, entrando para o tráfico de drogas e cometendo outros crimes.

A literatura ressalta que, no processo de adoecimento do dependente de drogas, um dos fatores, mas não o único, que o motiva ao uso de substâncias psicoativas e às possíveis recaídas tem relação com a inabilidade da família em lidar com o comportamento de seu familiar dependente, necessitando também ela de acolhimento e acompanhamento (ORTH e MORÉ, 2008). A droga afeta a família como um todo, pois sua dependência não causa sofrimento somente para quem usa, mas também para os que convivem com o dependente,

tornando-os prisioneiros da instabilidade, de angústias, aflições e medos, por se sentirem impotentes e ameaçados diante de tanta dor e sofrimento experimentados pela dependência física e psíquica do usuário. Sendo assim, deve-se também levar em conta o sofrimento dessa família, sendo necessário refletir sobre os devidos cuidados que devem se direcionar a ela, pois muitas vezes um ou mais membros dessa família podem se tornar codependentes. Segundo Beattie (2007), a pessoa codependente se deixa afetar pelo comportamento de outra pessoa, e é obcecada em controlar o comportamento dessa outra pessoa, ou seja, o indivíduo deixa de viver sua vida para viver somente em função do outro. Em vista disso, é de suma importância que essa pessoa receba ajuda, uma vez que, muitas vezes, não tem consciência de que se trata de uma situação de codependência. Dessa forma, percebe-se que a questão do trabalho de intervenção com famílias de dependentes de drogas, acarreta inúmeros desafios para as categorias profissionais que atuam neste campo.

Bucher (1992, apud VELOSO, 2002) ressalta que o mesmo discurso de demonização dos dependentes de drogas tem se expandido para seus familiares, como se estas famílias fossem portadores de algum tipo de “praga” que é o problema das drogas. O perigo de uma visão proibitiva como essa é o da proliferação de práticas autoritárias e de curatela que podem transformar o trabalho com as famílias numa prática de “conversão moral” das mesmas, ao invés de uma proposta de trabalho verdadeiramente democrática a serviço de uma construção de diálogos abertos e plurais no meio familiar, buscando uma atuação não apenas curativa, mas também preventiva em torno do uso das drogas, incluindo, assim, outras problemáticas que estejam afetando a família no momento.

Uma intervenção profissional baseada no fortalecimento da autonomia dos dependentes e de seus familiares deve primar pelo respeito aos usuários enquanto protagonistas de suas vidas, sem que haja uma desqualificação moral por parte dos profissionais diretamente envolvidos. Neste contexto, a intervenção com famílias de dependentes de drogas deve se pautar na busca de construção de:

... Um espaço propiciador de liberdade e de conversação, tolerante para com as novas formas de sociabilidade e que se contrapõe às metáforas tradicionais de família (a do bom pai, da boa mãe, do bom filho), alicerçadas na harmonia, em imagens de igualdade, equilíbrio e consenso (VELOSO, 2002, p.11).

As famílias com dependentes de substâncias psicoativas são famílias que convivem diariamente com o medo, a opressão, a culpa, a raiva, o amor, a vergonha, a frustração, sentimentos estes que podem estar presentes em todas as famílias, porém, frequentemente num grau bem mais elevado quando se trata de famílias de dependentes de drogas. Estes

sentimentos geram um comportamento disfuncional nas famílias, acionando os seus mecanismos de defesa, como o segredo e a negação, sentimentos estes que podem impedir de alguma maneira a busca por ajuda profissional para tratar o problema, agravando ainda mais a situação. A família sofre o impacto com o uso/abuso de drogas por um de seus membros e pode ser descrito em quatro estágios (PAYÁ e FIGLIE, 2004).

No primeiro estágio destaca-se o mecanismo de negação, ocorrendo tensão de desentendimento e as pessoas deixam de falar o que pensam e sentem. No segundo estágio, a família está preocupada, tentando controlar o uso das drogas e álcool; a regra é não falar do assunto, mantendo a ilusão de que as drogas e álcool não estão causando problemas para a família. No terceiro estágio, a desorganização da família é enorme, assumindo responsabilidades de atos que não são seus, como, a esposa que passa a assumir as responsabilidades de casa devido ao alcoolismo do marido. Já o quarto estágio é caracterizado pela exaustão emocional, podendo surgir graves distúrbios de comportamento em todos os membros da família, levando-os ao afastamento e à grave desestruturação familiar. As autoras ressaltam ainda que não se pode afirmar que o processo será igual em todas as famílias, pois cada qual reage de acordo com sua compreensão, valores e recursos para lidar com o problema (PAYÁ e FIGLIE, 2004).

Sendo assim, os familiares não necessitam de profissionais que queiram restabelecer a “ordem”, mas sim de profissionais que possam justamente compreender que, sob esta multiplicidade de sentimentos antagônicos, temos uma família que necessita de apoio, escuta, acolhimento, ao invés de julgamentos morais. Para tanto, estes profissionais devem estar minimamente em sintonia com as mudanças atuais nos arranjos familiares, já que o termo “família” abrange inúmeras diferenciações na contemporaneidade. Acredita-se que, a partir deste conhecimento, a intervenção junto às famílias com dependentes de drogas poderá, então, incluir: “o acaso, a imprevisibilidade, o contexto social e a história” (VELOSO, 2002, p.7).

A dependência de drogas implica consequências em todas as áreas da vida do indivíduo e de sua família. A família, sobretudo, é um sistema que tem implicações na origem, no curso e nas consequências da dependência de drogas. Por essa razão, “a drogadição pode ser considerada um problema familiar” (HALPERN, 2001, p. 123). Segundo Paz e Colossi (2013), a família pode ser tanto um fator de risco como um fator de proteção no que tange à ao fenômeno das drogas. Quando a família tem distanciamento afetivo, dificuldade na comunicação e fronteiras pouco definidas, o uso de substâncias é favorecido. Entretanto, quando a família é acolhedora, possui comunicação adequada e promove afeto e

proteção, pode-se considerá-la como um fator de proteção ao uso de drogas (PAZ e COLOSSI, 2013).

A participação dos familiares no cotidiano dos serviços é um dos objetivos dos CAPS. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), o grupo familiar é o elo mais próximo que os usuários possuem com o mundo e deve ser entendido como parceiro no cuidado ao indivíduo que sofre psiquicamente e como integrante fundamental no tratamento, na recuperação e no processo de reabilitação psicossocial. Assim, a família é indispensável para o trabalho realizado nos CAPS. As ações dirigidas às famílias têm como base o estímulo e o apoio necessário à construção de projetos voltados à reinserção familiar e social. Entende-se que, através da aproximação entre o usuário e sua família, o tratamento se torna mais humanizado e viável. Cabe às equipes dos CAPS acolher e tratar as demandas conforme plano terapêutico estabelecido e, especificamente no âmbito da dependência de drogas, possibilitar maior motivação dos usuários e suas famílias ao tratamento, o que é fundamental para a recuperação e para a prevenção de recaídas. Conforme Giongo (2003), quando se trabalha com famílias, deve-se dar um caráter coletivo ao atendimento, bem como reconhecer os recursos da rede social para além da resolução dos problemas específicos que levam as famílias a procurarem ajuda.

3.3 Os CAPS ad

Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) são serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Atuam como serviços de atenção especializada em saúde mental para o cuidado de pessoas com problemas relacionados ao consumo abusivo e dependente de álcool e outras drogas. A gestão clínica, nesses serviços, baseia-se no modelo psicossocial de cuidado que prevê a adoção de diversas práticas e estratégias terapêuticas humanizadas e a busca de reinserção social dos usuários (BRASIL, 2007).

O modelo psicossocial, adotado pelos CAPS ad, tem como base as diretrizes da Política de Saúde Mental, instituídas pela Lei 10.216, a qual regulamenta a substituição do tratamento centrado no hospital e no modelo biomédico por um tratamento em espaços extra-hospitalares, na comunidade, com abordagem psicossocial e envolvimento intersetorial (BRASIL, 2007).

Na atenção psicossocial, o objeto do cuidado das equipes de saúde mental é a unidade familiar em toda sua complexidade, entendendo-a como parte fundamental no tratamento, na recuperação e no processo de reabilitação psicossocial dos dependentes de drogas. Sendo assim, é de suma importância que a família seja acompanhada pelos serviços substitutivos de saúde mental, visando o acolhimento de suas necessidades.

Conforme o Ministério da Saúde (2004, p.12),

os CAPS são centros de atenção destinados ao cuidado de pessoas com transtorno mental e outras situações graves como o álcool e a droga, este elabora seu trabalho de maneira a trazer essas pessoas à reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Ainda conforme o Ministério da Saúde (2004, p.12), os CAPS ad elaboram um trabalho onde:

É preciso criar, observar, escutar, estar atento à complexidade da vida das pessoas, que é maior que a doença ou o transtorno. Para tanto, é necessário que, ao definir atividades, como estratégias terapêuticas nos CAPS, se repensem os conceitos, as práticas e as relações que podem promover saúde entre as pessoas: técnicos, usuários, familiares e comunidade. Todos precisam estar envolvidos nessa estratégia, questionando e avaliando permanentemente os rumos da clínica e do serviço.

Para que esse trabalho ocorra, os CAPS ad são formados por equipes multidisciplinares, profissionais que devem ser qualificados para este tipo de abordagem em que se oferta novos tipos de cuidado à pessoa em sofrimento psíquico, centrados em diagnóstico situacional (conjunto de condições psicossociais do usuário) – e não um tratamento feito somente pelo diagnóstico psicopatológicos e medicações – , objetivando a reintegração social do usuário, por meio de um tratamento diferenciado com mais qualidade, liberdade, autonomia e reconhecimento da sua capacidade.

Este modelo de cuidado encontra-se ainda em processo de implantação em todos os estados brasileiros, já que ainda não há cobertura completa desses serviços, segundo o padrão estabelecido pela legislação, que prevê um CAPS ad para cada 200 a 300 mil habitantes, uma vez que, no Brasil, há apenas 378 centros e, conforme o II levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 19,4% da população mencionaram já haver consumido algum tipo de drogas e particularmente na Região Sul, a pesquisa indica que 9% da população é dependente de drogas (CARLINI et al., 2006).

Nesse contexto, a gestão dos CAPS ad foi repensada, novas práticas e estratégias terapêuticas foram definidas segundo as novas diretrizes, objetivando aumentar a efetividade do tratamento dessa problemática. A complexidade das estratégias e práticas terapêuticas

previstas no modelo psicossocial também implicou um novo perfil de competências e habilidades necessárias aos profissionais de saúde que atuam nas equipes inter e multiprofissionais dos CAPS ad, para aplicá-las com eficiência e eficácia no cotidiano desses serviços (BRASIL, 2007).

A atenção psicossocial, no momento em que enfatiza o cuidado no território em serviços comunitários, acarreta novas demandas aos profissionais, ao usuário, à família e à sociedade na construção do cuidado em saúde mental. Dentre essas demandas destacamos o desafio de promover a participação da família no planejamento e na execução do cuidado no trabalho em saúde, o que é fundamental para incluir a família na gestão do cuidado dos usuários (BRASIL, 2007).

A família é quem mais possui recursos para auxiliar o membro usuário de drogas, desde que devidamente estimulada e acompanhada, haja vista que todos os membros da família têm sua cota de responsabilidade pelo problema apresentado.

Segundo Costa et al. (2009), faz-se necessário desconstruir a ideia de que o problema ou a culpa da adição às drogas é ou da família, ou da pessoa, ou da escola para uma compreensão na qual se reconhece a participação de cada segmento da sociedade e também o potencial de ação de cada um no enfrentamento das dificuldades que se apresentam no cotidiano e na sociedade como um todo.

4. METODOLOGIA

4.1 Delineamento do Estudo

Para o desenvolvimento do presente estudo, foi utilizado o método de pesquisa descritivo e qualitativo. Descritivo na tentativa de descrever, agrupar e interpretar os componentes existentes na estrutura e dinâmica da família com dependentes de drogas, e qualitativo, por ser o mais indicado ao se tratar de dados subjetivos, uma vez que possibilita o contato direto com o sujeito pesquisado, através do qual ele pode revelar-se tanto em sua fala quanto em seu silêncio, obtendo-se uma referência a seu respeito e do mundo que o cerca, isto é, suas atitudes, valores, aspirações e crenças. Significados estes que, segundo Minayo (2001) ultrapassam as mensurações quantitativas.

O estudo foi realizado por meio de dados de três rodas de conversa, cujas discussões foram focadas nas demandas e expectativas das famílias no Serviço, possibilitando a criação de estratégias de cuidado; no período de março a maio de 2017, no CAPS ad estudado.

Conforme Mélló et al. (2007), a Roda de Conversa consiste em um recurso que possibilita um maior intercâmbio de informações, de fluidez de discursos e de negociações diversas entre pesquisadores e participantes. A técnica ocorre por meio de uma exposição de um tema pelo pesquisador a um grupo (selecionado conforme os objetivos da pesquisa) e, a partir disso, os participantes apresentam suas elaborações sobre o tema. Cada indivíduo instiga outro a falar, argumentando e contra-argumentando entre si, posicionando-se ao mesmo tempo em que escuta o posicionamento do outro.

4.2 Local do Estudo

O CAPS ad estudado iniciou suas atividades em março de 2010, sendo referência especializada para o atendimento de dependentes de drogas em seu território. Atende em média 350 pessoas mensalmente, com dependência de álcool e outras drogas.

A casa tem dois pavimentos: No segundo pavimento há um pátio, uma garagem, sala de recepção, cozinha, 3 consultórios, uma sala de atendimento em grupo, 3 banheiros e a sala dos técnicos. No primeiro pavimento, há sala de enfermaria, sala de jogos, sala de televisão, refeitório, farmácia, lavanderia, 2 banheiros, almoxarifado, ateliê de artes, um pátio, um

quintal, uma horta e um anexo (a casinha). Este CAPS está vinculado à Secretária Municipal de Saúde.

O serviço possui a equipe mínima de profissionais exigida pelo Ministério da Saúde, composta por: um clínico geral, dois psiquiatras, três psicólogos, dois enfermeiros, um assistente social, dois técnicos de enfermagem e dois técnicos administrativos.

O acesso ao dispositivo de saúde se dá através do acolhimento, onde o técnico responsável pelo turno de acolhimento realiza o atendimento com escuta qualificada, avaliando a situação atual e pregressa com o objetivo de minimizar o sofrimento apresentado no momento.

O acolhimento não significa a total resolução dos problemas referidos pelo usuário, mas sim uma atenção dispensada na relação profissional/usuário envolvendo a escuta, a valorização das queixas, a identificação de necessidades e um encaminhamento adequado para a resolução das demandas identificadas.

Dentro do projeto terapêutico do referido CAPS ad, o atendimento individual é oferecido aos usuários e familiares com o objetivo de orientar, apoiar ou de acompanhar o tratamento coletivo e medicamentoso. Durante o atendimento, o profissional analisará as necessidades do usuário e poderá encaminhá-lo a participar de um grupo, o qual pode ser: Rodas de Conversa, Oficina Verde, Grupo Motivacional, Grupo de Apoio Psicológico, Oficina de Expressão, Grupo Projeto de Vida, Trajetos Culturais, Grupo de Mulheres, Grupo de Famílias, Prevenção de Recaída e Ateliês de Artes. A seguir, a descrição dos grupos:

1. **RODAS DE CONVERSA - 2ª FEIRA (MANHÃ) e 6ª FEIRA (TARDE):**
Espaço para conversar e trocar ideias sobre a rotina diária do usuário.
2. **GRUPO DE APOIO PSICOLÓGICO - REGIONAL NORTE (3ª FEIRA (MANHÃ)), REGIONAL CENTRO/LESTE (4ª FEIRA (TARDE)) e REGIONAL SUL (4ª FEIRA (TARDE)):**
Espaço semanal para trocas de experiências relacionadas aos transtornos mentais decorrentes da dependência de drogas. Aborda temas como:
 - Aceitação da doença e do tratamento
 - Adesão do tratamento
 - Medos e dificuldades
 - Preconceitos
 - Prevenção à recaída
 - A família no tratamento
3. **OFICINA VERDE E REPARO - 3ª FEIRA (MANHÃ):**
Estimula a consciência dos cuidados com meio ambiente por meio de atividades práticas com o pomar, a horta e o jardim, estimulando os usuários a trabalhar em equipe.

4. **GRUPO MOTIVACIONAL - 3ª FEIRA (TARDE):**
Espaço para discussão através da leitura de textos temáticos com o objetivo de motivar o indivíduo para o tratamento.
5. **OFICINA DE EXPRESSÃO - 5ª FEIRA (MANHÃ):**
Um espaço para expressão de sentimentos e emoções vividas pelos usuários através de conversas e meditação.
6. **PROJETO DE VIDA - 5ª FEIRA (MANHÃ):**
Busca promover a qualidade de vida do indivíduo por meio de 6 eixos temáticos (família, profissão, comunidade, espiritualidade, mente, corpo e finanças).
7. **TRAJETOS CULTURAIS - 5ª FEIRA (TARDE):**
Visita a museus, centros culturais e galerias, propiciando conhecimento de novos espaços e ressocialização.
8. **GRUPO DE MULHERES - 5ª FEIRA (TARDE):**
Espaço para mulheres compartilharem suas experiências e compreenderem como o uso de substâncias interfere no seu cotidiano.
9. **GRUPO DE FAMÍLIAS - 5ª FEIRA (TARDE):**
Espaço semanal destinado a familiares, amigos e pessoas próximas dos usuários.
10. **PREVENÇÃO À RECAÍDA - 6ª FEIRA (MANHÃ):**
Espaço para o indivíduo em abstinência desenvolver estratégias para evitar recaídas.
11. **ATELIÊS DE ARTE - 2ª FEIRA (TARDE), 3ª FEIRA (TARDE), 5ª FEIRA (MANHÃ) e 6ª FEIRA (TARDE):**
Espaço de arteterapia para o usuário trabalhar com cerâmica e desenho.

O CAPS ad em estudo contava, no final do ano em que foi inaugurado (2010) já com cerca de 400 clientes cadastrados, demonstrando a alta demanda por atendimento nesta área. O referido CAPS atende casos de média complexidade, encaminhados pelas equipes de atenção básica à saúde, assim como por outros dispositivos sociais tais como: Conselho Tutelar, CRAS e CREAS. Além disso, o serviço também acolhe e avalia os casos que chegam por demanda espontânea.

4.3 Participantes

Participaram da pesquisa nove familiares e cinco dependentes de drogas que estavam, na época do estudo, em tratamento na Instituição, além de nove profissionais de saúde do Serviço, que concordaram em fazer parte da pesquisa.

4.4 Coleta de Dados

Foram realizadas três rodas de conversa como estratégia de coleta de informações: uma com usuários do CAPS ad, uma com os familiares e outra com os profissionais de saúde do CAPS ad. Cada roda de conversa teve como objetivo o levantamento e discussões referentes a expectativas e demandas dos familiares, e estratégias de cuidado para com as famílias.

Cada roda de conversa foi composta de cerca de cinco a nove pessoas cujas opiniões e experiências foram solicitadas simultaneamente; esta técnica apresenta a vantagem de propiciar muito diálogo e troca de experiências. Esta técnica efetiva-se através de encontros grupais nos quais são discutidos vários aspectos de um assunto específico; tais encontros foram conduzidos por um moderador que procurou encorajar os participantes a expressarem suas opiniões e sentimentos sobre as questões, e manter a discussão focalizada. O roteiro de questões foi preparado de acordo com o objetivo do estudo. Houve também a presença de um observador que se encarregou de captar as informações não-verbais expressas pelos participantes.

A realização das rodas de conversa teve a anuência da coordenadora da Instituição onde foi realizada a pesquisa, mediante a Carta de Solicitação para Entrada no Campo, e a anuência dos participantes, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) destacado em apêndice A, considerando-se as questões éticas que subsidiam as pesquisas com seres humanos.

Os participantes foram informados dos propósitos da Roda de Conversa e da dinâmica do encontro. O instrumento de coleta de dados foi baseado em um Roteiro Temático que abordou os seguintes temas: papel da família na constituição dos problemas relacionados ao uso de drogas, o papel da família no cuidado dos usuários, e sugestões de ações e estratégias para o envolvimento dos familiares no cuidado. As questões abordadas foram baseadas nos objetivos deste estudo, sendo as mesmas para as três rodas de conversa.

Ao final de cada uma das três Rodas de Conversa realizadas, as gravações e as anotações feitas pelo pesquisador e pelo observador foram transcritas e, após passarem por todas as fases de análise, serviram de base para a apresentação dos resultados.

Utilizando a técnica de Análise Temática, os objetivos e o roteiro temático desta pesquisa foram utilizados para estruturar a dissertação. As falas que apareceram nos resultados foram identificadas por números, preservando o anonimato do participante.

4.5 Análise dos Dados

A análise dos dados foi realizada através de análise de conteúdo, com base na teoria de análise de conteúdo de Bardin.

Segundo SILVA e FOSSÁ (2015), a análise de conteúdo temática de Bardin consiste em um conjunto de técnicas utilizadas na análise da comunicação, utilizando-se de três etapas: pré-análise (leitura flutuante e formulação de hipóteses); exploração do material (codificação e classificação em categorias) e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (processo de reflexão).

A fase de pré-análise consistiu no momento em que se organizou o material, escolheram-se os documentos a serem analisados, formularam-se hipóteses ou questões norteadoras. No caso das rodas de conversa, estas foram devidamente transcritas e sua reunião constituiu o corpus da pesquisa. Procedeu-se à preparação do material, a qual se fez pela "edição" das rodas de conversa transcritas. É possível organizar esse material em colunas, para anotar e marcar semelhanças e contrastes, utilizando lápis colorido, para sublinhar as semelhanças com a mesma cor. Ressalta-se que, estes procedimentos dependem do interesse do pesquisador e dos objetivos que o levam a realizar a pesquisa (BARDIN, 2010).

A fase de Exploração do material foi a próxima etapa. É nessa fase que é realizada a codificação; os dados brutos são transformados de forma organizada e agregados em unidades, as quais possibilitam uma descrição das características pertinentes do conteúdo (BARDIN, 2010). A codificação compreendeu a escolha de unidades de registro, a seleção de regras de contagem e a escolha de categorias. Unidade de registro (UR) consiste na unidade de significação a codificar, a qual pode ser o tema, palavra ou frase. A frequência com que aparece uma UR denota relevância.

Neste estudo, o corpus foi constituído por 3 rodas de conversa, tendo sido definida como unidade de registro a frase e, como unidade de contexto, o parágrafo. Esta, por sua vez, serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem cujas dimensões (superiores às da unidade de registro) são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registro (BARDIN, 2010).

Os resultados foram discutidos com a literatura referente à temática. Para garantir o anonimato dos entrevistados, estes foram codificados por letras.

A etapa seguinte foi a categorização. Categorias são rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) em razão de características comuns. Na

atividade de agrupar elementos comuns, estabelecendo categorias, seguem-se duas etapas: inventário (isolam-se os elementos comuns) e classificação (repartem-se os elementos e impõem-se certa organização à mensagem).

Por último, procedeu-se ao Tratamento dos Resultados obtidos e Interpretação. Nessa etapa, ao se descobrir um tema nos dados, é preciso comparar enunciados e ações entre si, para ver se existe um conceito que os unifique; quando se encontram temas diferentes, é necessário achar semelhanças que possa haver entre eles. Durante a interpretação dos dados, é preciso voltar atentamente aos marcos teóricos, correspondentes à investigação, pois eles dão o embasamento e as perspectivas significativas para a pesquisa. A relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica é que dará sentido à interpretação (BARDIN, 2010).

4.6 Procedimentos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH-UFSC), seguindo as prerrogativas da Resolução 466/2012, sendo que todos os participantes terão que aceitar sua participação através da assinatura do TCLE. Seu número de aprovação do CAAE, no CEP da UFSC é 60910216.6.0000.0121.

4.7 Limitações da Pesquisa

Desde o início do ano de 2017, as medidas de ajuste econômico implementadas pela gestão do município em que foi realizada a pesquisa afetaram a área da saúde por meio de cortes e restrições financeiras.

Conforme a Portaria GM/MS n.º 336 de 19 de fevereiro de 2002, os usuários do CAPS assistidos em um turno (4 horas) devem receber uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (8 horas) devem receber duas refeições diárias. Desde janeiro deste ano os pacientes não recebem nenhuma refeição independente do tempo que permanecem no Serviço. Até final de 2016, os usuários tinham direito a vale-transporte para tratamento de saúde. Este ano, não estão sendo emitidos novos cartões de passe, e os que estão vencendo, não estão sendo renovados.

Em vista da falta de alimentação e de vale-transporte, necessários para os usuários que são em sua maioria de baixa-renda, houve um esvaziamento do Serviço. Não há mais PTS's

intensivos devido à não-adesão de usuários e à redução de atividades grupais devido à diminuição da quantidade de profissionais. Esses fatores influenciaram diretamente na coleta de dados da pesquisa. Em 2016 o CAPS ad em questão atendia em média 350 usuários por mês e neste ano tem atendido cerca de 180 usuários por mês. Sendo assim, não foi possível atingir o número de 45 participantes conforme o projeto inicial. A pesquisa só foi possível ser realizada com um total de 23 participantes (9 familiares, 9 profissionais e 5 usuários).

Dada esta situação, o envolvimento de poucas famílias no estudo, com a pesquisa sendo realizada em um único serviço, que tem sua história e proposta de concepção de cuidado singular, a generalização dos dados da pesquisa fica limitada. De todo modo, os depoimentos colhidos trazem importantes contribuições para pensar as ações dos CAPS ad com os familiares.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir resultado da análise de conteúdo temática foram apreendidas sete categorias: acolhida dos familiares, necessidade de informação, cuidado do usuário, estratégias de cuidado para o familiar, sofrimento do cuidador, determinantes da dependência de drogas e relacionamento familiar; totalizando 419 unidades de análise temáticas.

A seguir, cada categoria é apresentada com as respectivas discussões baseadas nas UR (Unidades de Registro) encontradas e nos achados da literatura.

5.1 CATEGORIA I: Acolhida dos Familiares

Esta categoria reúne 8 unidades de registro (UR) que agruparam aspectos relacionados ao primeiro contato das famílias com o CAPS ad e sua acolhida propriamente dita no Serviço. Aspectos estes discutidos a seguir.

Além de relatarem que se sentem acolhidas, as famílias acreditam ser suficiente aquilo que lhes é oferecido. Não questionam, não exigem, não se mostram muito ativas no tratamento de seus entes queridos. Estão tão acostumadas e esgotadas com os problemas e conflitos do cotidiano, que o Serviço serve para preencher a falta que perpassa suas vidas:

Eu também sempre fui muito bem recebida, o pessoal aqui é muito querido e se preocupa muito com nós. (Familiar 1)
A gente é bem acolhido, né?! (Familiar 2)

É sim, com certeza! Mas no geral a gente se sentiu bem acolhido quando chegamos aqui. A gente sentiu que tava no lugar certo, na hora certa! (Familiar 3)

Fomos bem recebidos e por isso fizemos questão de vir nessa reunião hoje, porque a gente achou importante. (Familiar 4)

Mas, enfim... eu gosto muito de vir aqui, vocês são bem acolhedores e ouvir os depoimentos dos outros pais é muito bom! (Familiar 5)

Ou seja, percebe-se que a família vê o CAPS de forma positiva. Os familiares expressaram uma boa relação com o Serviço e satisfação em relação aos cuidados apresentados pela equipe, o que vai ao encontro dos resultados de pesquisa apresentados por Romagnoli (2006), Kantorski (2009), Leal (2012) e Barbosa (2015). Em sua pesquisa realizada no CERSAM (Centro de Referência à Saúde Mental) Teresópolis, em Betim, MG, Romagnoli (2006) observou que, todas as famílias entrevistadas, com exceção de uma, reconheceram a importância do dispositivo de saúde. De modo geral, possuem uma boa

relação com o Serviço, além de percebê-lo como cooperativo com o usuário e com a família. Essa boa relação, geralmente, não permite um olhar crítico do familiar para com a assistência fornecida. E os familiares passam a ocupar um lugar passivo no tratamento do dependente de drogas.

Outra característica marcante dos familiares que frequentam o CAPS é o fato de, majoritariamente, os cuidadores serem mulheres. Os nove familiares que participaram da roda de conversa são, em sua maioria, do gênero feminino, com exceção de dois pais. Destes, cinco eram mães, uma companheira com relação estável e uma irmã, o que reflete uma tradição do cuidado familiar relegando a mulher a responsabilidade de cuidar do membro familiar dependente de drogas. Esse fato é comumente encontrado na literatura sobre o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico no ambiente doméstico, há uma feminização do encargo de assistir ao indivíduo com transtorno mental, deixando claro que a função do cuidado para familiares é uma questão de gênero historicamente produzida e mantida pela sociedade que percebe a mulher como uma cuidadora por excelência, tanto para familiares adoecidos ou não (MORAES et al. 2009; SILVA, 2006; REIS et al. 2016).

5.2 CATEGORIA II. Necessidade de Informação

Esta categoria abrange 8 UR sobre a demanda de informações sobre dependência de drogas e de tratamento apresentada pelas famílias, e também percebida pelos profissionais e usuários do Serviço.

Pode-se observar nas famílias a demanda por busca de resolução do problema de dependência de drogas de seus entes queridos. Abaixo, uma fala que sintetiza e representa bem, toda a expectativa do grupo:

E por ser a nossa primeira vez aqui, a gente tá tentando encontrar respostas pras perguntas q nós mesmos fizemos pra nós. Tentar entender e aprender mais um pouco. (Familiar 6)

A necessidade de informação também aparece na roda de conversa com os profissionais:

E depois quando a família vem, conhecem o que é o CAPS, eles começam a ter noção do que seria a dependência, de como ele poderia ajudar aquele familiar nesse momento, e trazer outras pessoas que não tem conhecimento daquilo. (Profissional 1).

Tem essa coisa educacional dessa geração e tem a influência da mídia, o que essas pessoas assistem na TV é que usuário de crack é zumbi, “crack nem pensar”, então

nem vamos pensar a respeito, fazer de conta que isso nem existe. É um desserviço. (Profissional 2).

E na roda de conversa com os usuários:

A minha família hoje compreende que é uma doença, com mais responsabilidade e consciência em relação ao álcool porque é uma doença perigosa mesmo. (Usuário 1)

Tem que dar visibilidade para isso, para informar, divulgar... (Usuário 2)

Para a gente pensar em prevenção do uso de drogas, né? (Usuário 3)

É, tem essas propagandas de cerveja, Skol, Brahma na televisão e é muito complicado. (Usuário 4)

Diante dessas falas, percebe-se a necessidade de a família ser bem informada, de ter um lugar disponibilizado para que suas dúvidas sejam sanadas, um local onde seja possível acolhê-la, orientá-la para que ela consiga cuidar do seu familiar com problemas. A família também pode ocupar um lugar de saber. É importante que ela seja instruída e acolhida em sua singularidade para dar conta de suas responsabilidades. E essa instrução e acolhimento devem ser realizados pelo serviço de saúde para possibilitar uma melhor qualidade de vida à família e ter uma parceria mais eficaz com esse grupo.

Destaca-se também a importância dos familiares participarem de ações dentro de uma rede intersetorial, como os grupos de apoio, uma vez que estes espaços proporcionam trocas de experiências com outros familiares que vivenciam situações semelhantes, auxiliando na busca de informações e de respostas sobre como agir em determinadas circunstâncias. Quando familiares em situações de crise encontram outros familiares que conseguem ter posturas diferentes e que já possuem experiências positivas, há um aumento da motivação para a mudança e da confiança no processo de tratamento (GOULART e SOARES, 2013 apud AMARAL e BRESSAN, 2015), além de poderem fazer amizades, fortalecerem-se, etc. Dessa forma, faz-se necessário traçar ações objetivando o apoio das famílias que apresentam tais problemáticas, por meio de orientações, grupos de apoio, até intervenções que foquem no tratamento e na reinserção social.

5.3 CATEGORIA III. Cuidado do usuário

Dezenove UR foram reunidas nesta categoria. Os discursos, a seguir, expõem a percepção dos familiares e profissionais pesquisados sobre o cuidado dos usuários no CAPS.

Na roda de conversa com os familiares, estes enfatizaram que os usuários estão melhorando com o tratamento no CAPS ad:

[...] teve as tentativas de se matar e internações no hospital psiquiátrico e desde que começou a fazer o tratamento aqui, tá bem melhor. (Familiar 2)

Ela tem bebido bem menos, quase não tem recaída e sempre que ela precisa conversar tem alguém pra ouvir ela. (Familiar 2)

Pinho et al. (2014) ressaltam que a medida que os dependentes de drogas começam tratamento em CAPS ad, as famílias percebem que este é o melhor tratamento a longo prazo.

No entanto, ainda há uma parcela da população que independente de informações e orientações prestadas pelos CAPS's, rechaçam o tratamento em rede substitutiva de saúde mental.

“E pra piorar agora tem essa palhaçada que se interna num hospital psiquiátrico fica no máximo 21 dias e se for numa Comunidade Terapêutica pode ficar meses, mas se quiser sair antes ele pode! Não tem nenhum lugar pra ele ficar trancado sem droga! Não sei mais o que fazer”! (Familiar 4)

Segundo CAPONI (2012), a mídia exerce uma forte influência sobre a população no que tange o tratamento de dependentes de drogas. Diariamente é veiculado nos meios de comunicação que o fenômeno do uso de drogas é uma epidemia extremamente grave, perigosa e que deve ser combatida por meio de ações rápidas e enérgicas, para que o país não seja dominado por adictos - em situações de crise se formulam respostas rápidas e o debate democrático não é permitido.

Ainda conforme CAPONI (2012, p.11):

Frente a isso, tem sido deixado de lado o que já havia sido construído com relação às políticas públicas, principalmente ao que se refere à Reforma Psiquiátrica Brasileira. Ainda não temos uma rede substitutiva de saúde mental totalmente implementada. Enquanto isso, vemos o investimento público em instituições de cunho religioso, que haviam sido vetadas nas últimas Conferências de Saúde Mental (2010) e de Saúde (2011). Mais grave que defender a exclusão é escolhê-la, quando já se apostou na construção de práticas e políticas públicas libertárias e cidadãs. Ao proporcionar a banalização da internação contra a vontade do usuário, se liberou uma nova ordem de violência contra as populações mais vulneráveis. Os usuários

das chamadas cracolândias, esquecidos por lá durante mais de 20 anos, precisam, de repente, ser “freados” em seu vício, custe o que custar, numa reedição do higienismo social praticado no século XIX”.

Os fatores mencionados acima, somados à falta de reconhecimento da problemática das drogas como um grave problema biopsicossocial, reforça o modelo de institucionalização do tratamento, uma vez que os familiares não sabem lidar com essas situações e acreditam que o isolamento possa reverter tal quadro.

Entretanto, a abordagem da dependência das drogas no âmbito hospitalar deveria se restringir a situações extremas como síndrome de abstinência grave, comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas com risco de auto ou heteroagressão. Nos demais casos, conforme Pinho et al. (2014), o acompanhamento ambulatorial consiste na melhor opção, pois além de não retirar o usuário de seu meio, incentiva a ele e sua família a ter corresponsabilidade pelo tratamento.

Na roda de conversa com os profissionais, estes salientaram o papel da família na constituição do problema da dependência de drogas e no cuidado do dependente:

Eu acho importante o familiar se empoderar da doença do paciente, porque eles acham que é simplesmente um “usuário de drogas” e não associam como doença, dependência.

Então eu acho muito fácil jogar pros outros cuidarem e a família se isentar disso, não participar.

É importante para a pessoa vir no grupo de famílias e conhecer o que realmente tá acontecendo, como é o uso, a dependência, como eu posso ajudar aquela pessoa que tá mal, mas que eu não sei chegar até ela... aquela pessoa que é discriminada pela família, muitas vezes a família chega “ah porque é vagabundo”... então ele não vai se abrir com ninguém. (Profissional 2)

[...] Mas a família especificamente tem um papel de contribuição tanto na constituição do problema, quanto na constituição da resolução e melhoria desse problema.

Então na minha opinião tem um papel importante na constituição dos problemas e na constituição das possibilidades de melhorias desses problemas... os dois lados. (Profissional 3)

Lembrando que nem sempre a família é boa [risos].

Tem a família que é traficante, família que não tem cuidado, que não respeita.

Existem pessoas que atrapalham e que até ocasionam a vontade de usar droga. (Profissional 5)

Eu sempre penso qual o papel da família.

As famílias com certeza se constituem de formas diferentes, famílias totalmente desajustadas, sem condições nem físicas, psicológicas, econômicas, sociais de se manter, e aí há muito sofrimento psicológico, espiritual. O quanto eu observo como a família se constitui quando chego na casa de alguém. [Exemplo pessoal]

Aqui dentro eu vejo muitos pacientes todo o dia e sempre me pergunto “Que família está por trás dele?”

O que constitui ele?” porque a gente sempre traz um pouquinho de cada uma dessas pessoas que a gente tem dentro de casa, principalmente a família de base. (Profissional 6)

Algumas posturas da família muitas vezes empurra a pessoa para o uso. São famílias que descobrem que a pessoa é usuária de drogas e aí brigam, ditam regras, enfim... uma série de limitações. Não se dão conta que estão empurrando mais para o uso do que o não uso. (Profissional 7)

O que eu pensei sobre o nosso trabalho no CAPS, da faixa etária da maioria dos pacientes que a gente atende, aí conseqüentemente a faixa etária dos pais... uma coisa que fica muito forte é o modelo educacional desses pais, no sentido da moralidade do uso de drogas como sendo algo feio, errado, ilegal e aí assim, se o filho chegar e disser “olha, eu tô com dor no dedão do pé” ele recebe um tipo de acolhimento, agora se chegar “olha, tô me sentindo dependente de uma substância” ele vai receber outro tipo de acolhimento. (Profissional 3)

Destaca-se também a necessidade do apoio da família para orientação e entrega da medicação para o usuário. Para isso, a família também precisa ser orientada a fim de se evitar o uso indiscriminado da medicação. Conforme um profissional do CAPS:

Muitas vezes o paciente não tá no momento de conseguir se coordenar e se organizar com os medicamentos, então esse apoio é extremamente importante ao mesmo tempo que é importante tratar com a família a questão da desmedicalização do paciente. Muitas vezes a própria família prefere o paciente extremamente medicado porque daí ele vai estar mais quieto no canto dele sem incomodar. (Profissional 4)

5.4 CATEGORIA IV. Estratégias de cuidado para o familiar

A categoria em questão merece destaque diante do quantitativo de unidades de registro nela reunidas, num total de 68 UR e por ser o tema central deste estudo.

Na roda de conversa com os familiares, estes expressam suas dificuldades:

Nesse momento eu só tô precisando desabafar, de alguém pra me escutar. (Familiar 7)

Eu sinto falta disso! (Familiar 8)

De conversar com uma pessoa q não me conhece, q não vai me julgar que nem o resto da minha família, mas q vai me ouvir entendeu?! (Familiar 9)

Segundo as afirmações acima, evidencia-se a sensação de solidão por parte dos familiares em relação ao seu sofrimento. Alguns relatam que não podem contar com seus outros parentes ou com vizinhos, sendo o CAPS o único suporte fora da família nuclear.

Os familiares ligados diretamente à pessoa em situação de sofrimento mental geralmente não dispõem de tempo nem de espaço para manter outros relacionamentos. Toda sua vida gira em torno da doença mental, tornando o vínculo sobrecarregado de cobranças e exigências em relação a eles mesmos e à pessoa de quem cuidam. Não há espaço para festas e eventos, bem como interação com amigos e outros parentes (SANT'ANA, 2011).

Para melhor compreender o sofrimento das famílias faz-se necessário a utilização do conceito de sobrecarga familiar que, segundo Melman (2001), foi desenvolvido para “definir os encargos econômicos, físicos e emocionais a que os familiares estão submetidos e o quanto a convivência com um paciente representa em peso material, subjetivo, organizativo e social” (p.79). O conceito de sobrecarga vem sendo estudado a partir de duas dimensões, complementares entre si: a de sobrecarga objetiva e a de sobrecarga subjetiva. A primeira, se refere às mudanças que podem ocorrer na rotina diária do familiar, tais como a restrição das vidas social e profissional, gastos financeiros, e supervisão de comportamentos problemáticos, entre outros, que acabam por forçá-lo a abrir mão de alguns projetos e objetivos de vida. A segunda dimensão diz respeito aos aspectos emocionais inerentes ao cuidado do usuário, como preocupações, percepções, sentimentos negativos e várias dificuldades que essa atividade pode acarretar (BORBA, 2008).

Como possibilidade de suprir essa demanda, os familiares pesquisados ressaltam a necessidade de atendimentos individuais:

[...] tem o grupo de famílias, mas é que às vezes a gente precisa conversar em particular a situação da nossa família... (Familiar 4)

Sei lá, um atendimento pra gente! (Familiar 5)

Tu acha que alguns atendimentos individuais quando necessário? (Moderador)

Isso mesmo! (Familiar 4)

Sim! (Familiar 5)

Seria importante também pra gente! (Familiar 4)

Acerca dos atendimentos individuais, de acordo com Schrank (2006), no atendimento individual é proporcionada uma atenção maior para a família do dependente de drogas por meio da escuta e de um acolhimento do sofrimento, promovendo saúde e uma parceria eficiente entre a equipe e a família, uma vez que estas atuam juntas para o cuidado do usuário. Esse tipo de recurso terapêutico permite que o serviço conheça melhor a família, pois esta

sente mais confiança em relatar seu cotidiano, suas aflições e anseios, facilitando a resolução de seus problemas cotidianos por meio de um contato direto e personalizado (Schrank e Olschowsky, 2008).

Já os técnicos, como se vê a seguir, destacam o Grupo de Famílias como principal estratégia:

Ó, o grupo de famílias! Ele ajuda a lidar com o paciente, com o familiar! (Profissional 2)

Eu penso que o espaço do grupo de famílias é um espaço que a pessoa vem quando tem alguma necessidade muito grande de falar o que tá acontecendo, de pedir ajuda. E eu acho que deve ser um espaço onde a conversa parta da necessidade deles mesmo. (Profissional 3)

A respeito do Grupo de Famílias, percebe-se que os profissionais do CAPS ad reconhecem este grupo como um espaço terapêutico, de ajuda nos momentos difíceis, de troca de experiências e de fortalecimento, enfim, um espaço que cuida daqueles que cuidam (SANTIN e KLAFKE, 2011). Conforme Bielemann et al. (2009), os grupos de apoio são relevantes no processo de intervenção nos casos de dependência de drogas, podendo contribuir para o fortalecimento das famílias e para o melhor manejo das situações vividas neste contexto muitas vezes difícil, nos relacionamentos estabelecidos entre os membros familiares, e na maneira como tratam a questão da dependência.

Outra estratégia de cuidado para os familiares ressaltada na roda de conversa com os técnicos do CAPS ad, são as situações de confraternização no Serviço entre técnicos, usuários e seus familiares:

Uma das oportunidades que acontece são as celebrações, atividades que as famílias possam estar juntas, onde não é o momento de estar falando sobre as questões do cotidiano. Até dividindo esse espaço com os profissionais, estando em relação com os outros, significa muito. Então nas festividades que ocorreram aqui no CAPS eu pude presenciar situações muito bacanas. Além de acolher é fazer a família viver estes momentos bons. (Profissional 8)

Também pode-se criar na vida do paciente eventos, festas, encontros que não são só sobre a problemática que eles vivem. Manter a expectativa de quem está em tratamento precisa continuar o tratamento, e não perder a esperança. É uma parceria que vai envolver muito esforço dos dois lados. (Profissional 5)

Desde que a gente teve as festas com familiares e pacientes aqui no CAPS a gente percebeu que foi muito bom.

Tanto pro paciente quanto pro familiar, que vem aqui no local conhecer a primeira vez, conhecer o espaço, os profissionais e poder participar no momento de felicidade daquele paciente. Na festa a gente vê muito disso, a família toda participando das brincadeiras. Então o que poderia fazer é um encontro festivo familiar uma vez ao

mês com os pacientes. Não só pela comida, mas fazer um grupo e participar de brincadeiras para trazer os familiares para o CAPS em um primeiro momento. A gente tinha os passeios que eram bem legais... e os pacientes sempre perguntavam “ai pode trazer alguém da família?”. Então tem essa expectativa grande dos familiares participarem das atividades, pra provar pra si e pro familiar que o tratamento tá legal. (Profissional 2)

Essa ideia do bingo da L é bem legal. (Profissional 5)

Um churrasco, música... fazer o paciente se sentir um ser. Ri, canta, dança, participa do churrasco, cada um ajuda um pouco... então ele se sente feliz de estar aqui, participando de várias atividades e de coisas boas. E as famílias vêm! Eles gostam de participar. (Profissional 2)

Acho que o momento das festas é bom porque tu consegue observar o paciente e a relação que ele constrói com os familiares, ou eles mesmos se observarem também [...] (Profissional 6)

O espaço da festa da família pode ser algo mensal com uma data fixa, mas esse grupo de tempos em tempos, informar três semanas antes para todos os familiares poderem vir. (Profissional 3)

Pode ser uma sessão de cinema também. (Profissional 8)

Conforme Schrank (2006), confraternizações como festa junina, festa natalina, etc., bem como eventos realizados para promover a integração família-usuários-comunidade-profissionais, também são instrumentos facilitadores para o trabalho em parceria da família com a equipe. Ainda segundo a autora, a participação da família nos eventos realizados com os usuários é uma oportunidade de a equipe conhecer a família e convidá-la para visitar o serviço e participar de uma atividade, ao considerar esta atitude fundamental para o cuidado do usuário, como forma de motivação e valorização (SCHRANK, 2006).

Mais uma estratégia citada por um profissional: a visita domiciliar.

Outro ponto importante também [...] é conhecer o contexto familiar dessas pessoas, principalmente todo o contexto quando elas tão muito em conflito. Quando se trata de contexto socioeconômico eu fico meio presa. Então mesmo que eu ligue pra rede pedindo suporte, eu preciso analisar o contexto social nem que seja lá na favela, no morro... se eu pudesse iria. Talvez a gente não consiga trazer algumas famílias por não conseguir ir até o contexto dela. Se a gente tivesse uma abertura maior eu acho que teria sim esse vínculo. (Profissional 1)

Segundo Bielemann et al. (2009), as visitas domiciliares são uma estratégia possível para o cuidado da rede familiar, possibilitando um maior conhecimento do contexto familiar da família. Uma vez que a equipe se desloca ao domicílio dos familiares pode resignificar

acontecimentos não se limitando apenas as declarações do usuário. No entanto, ressalta-se também uma das dificuldades para se fazer uma visita:

Deveria ter um carro só para o CAPS.
Eu sinto falta disso, mas o contexto daqui é diferente, tenho que me adaptar a isso. Seria muito bom até para orientar as pessoas e ressaltar a importância da família aqui no CAPS, do tratamento terapêutico com a família. (Profissional 1)

Isso seria interessante. (Profissional 2)

A necessidade de capacitação também é elencada:

Vou romantizar, mas acho que a formação é muito importante. Formação contínua da equipe. (Profissional 8)

Nota-se que os profissionais parecem estar relativamente atentos às necessidades imediatas dos usuários e de seus familiares, e que o serviço lhes oferece atividades de integração. A família é entendida como público-alvo de cuidado, visto que é responsável por suprir grande parte da demanda do usuário, assim como pela promoção e manutenção da saúde mental deste. (BIELEMANN et al, 2009). Verifica-se que os membros da equipe demonstram ter consciência de que novas abordagens precisam ser pensadas e implementadas, buscando atender às demandas que estão presentes neste movimento de inclusão da família no processo terapêutico.

Entretanto, os participantes da pesquisa ainda apontam algumas lacunas do serviço que dificultam a aproximação ao contexto institucional do CAPS. As falas abaixo expressam essa realidade:

O paciente sabe muito como manipular o familiar, e ele se vai muito nisso também... então é difícil cuidar junto com essa manipulação. (Profissional 2)

Eu acho que aqui no CAPS, especificamente falando do meu trabalho, eu gostaria de conseguir me comunicar mais com os familiares. Eu acho que o papel do grupo de famílias é importante, mas acho que ele sozinho é pouco para a relevância da família no tratamento. Por mais que o familiar venha e participe, eu acho que não é o suficiente. E pela demanda de serviço às vezes eu penso em fazer contatos que acabam não sendo feitos.

Ontem, por exemplo, como eu recebi vários “bolos” de pacientes eu acabei conversando com mais de um familiar de paciente que tava ali porque aquele horário tava vago pra mim, entende? Mas não é sempre que isso acontece. O ideal seria que isso acontecesse sempre! Que se pudesse fazer esse contato com o familiar sempre. Com o paciente junto, só com o familiar... com os dois juntos além do grupo de famílias. Às vezes eu acho que tem um efeito que um monte de outras coisas que a gente faz não têm o mesmo efeito, esse contato com o familiar. Às vezes é mais efetivo e resolutivo do que outras coisas.

Acho que talvez a criação de um segundo espaço além desse grupo para trazer às vezes um debate sobre algum tema, como por exemplo a questão da moralidade. Não no sentido de doutrinar, mas de provocar algumas reflexões sobre isso. (Profissional 3)

Devido às dificuldades do dia-a-dia como baixo número de técnicos (apenas onze) e escassez de recursos tais como verbas, materiais, parcerias e apoio da Prefeitura, os profissionais realizam poucos atendimentos a familiares (em média 30 atendimentos por mês) e poucas atividades grupais, inclusive para os usuários (18 por semana), dificuldades estas também encontradas em outros CAPS (KANTORSKI et al. 2009, LEAL et al. 2012; TERRA, 2015). Além disso, no que concerne à formação continuada, tão necessária para o trabalho na Atenção Especializada, a carência de iniciativas da Gestão Municipal atual soma-se ao pouco incentivo por parte desta. Nos últimos meses, a Prefeitura não tem autorizado a liberação dos profissionais para cursos, congressos e outras capacitações, nem mesmo com a possibilidade de reposição de horas de trabalho.

5.5 CATEGORIA V. Sofrimento do cuidador

Acerca do sofrimento dos cuidadores/familiares dos usuários, verificou-se a ocorrência de 14 UR.

A convivência com o usuário prejudica a saúde dos familiares que ficam à mercê todo tipo de sofrimento, causando apreensão diante das tentativas frustradas de tratamento e, ainda, a sobrecarga física, emocional e financeira a que são expostos, dificultando ainda mais o vínculo entre familiares e usuário.

Eu só não venho mais aqui porque minha vida tá bem difícil! Eu quase não posso trabalhar pra cuidar dela [filha] e além de tudo a perícia dela foi cortada! O dinheiro tá contado! (Familiar 2)

Novamente a respeito de sobrecarga familiar, salienta-se que muitas famílias vivem em situação econômica difícil, o que em parte as torna mais vulneráveis. Quando se trata da família com sofrimento mental, a dificuldade financeira é intensificada devido à necessidade constante de uma reestruturação nas relações de trabalho, nas inter-relações e no orçamento familiar (BORBA, 2008).

Ainda conforme Borba (2008), os pais e demais familiares do portador de transtorno mental arcam com os gastos relacionados à doença e suas consequências. O sustento da casa, a compra de medicamentos, as despesas com transporte, internações, médicos, precisam ser financiados em detrimento de outras necessidades financeiras da família.

Em sua grande maioria, nos casos de dependência de drogas, as famílias buscam por ajuda terapêutica quando as suas relações e sua comunicação já estão desgastadas:

Eu tô sem chão. (Familiar 4)

Pra mim, eu fiquei chocada q nem meu marido, mas como eu acho q eu tenho uma ligação maior com o nosso filho, eu tive q controlar as minhas emoções, eu passo o dia inteiro tentando controlar as minhas emoções porque eu acho q eu tenho q ser forte. Porque quando a gente chegou aqui a gente tava desesperados! (Familiar 5)

Eu tenho problema de depressão faz uns 30 anos... eu piorei muito porque meu filho entrou nas drogas aos 14 anos, hoje ele tá com 33 e ainda tá lutando contra isso. Mas eu tô bem satisfeita no sentido do mais velho tá vindo aqui [CAPS]... mas ouvindo o depoimento de alguns pais, eu dou graças a Deus que o meu filho não é agressivo, mas eu cheguei ao ponto que quando eu vejo a claridade na cortina eu tenho vontade de rasgar ela, porque eu não tenho mais vontade de viver; é como se eu tivesse perdido a motivação. (Familiar 6)

Diferente da família que já tá cansada.

A família tá exausta, a gente não vive o dia-a-dia dela, que estão há anos e anos nesse sistema. (Profissional 1)

Às vezes ele [familiar] já está muito desestruturado. (Profissional 6)

Minha esposa fica ansiosa, às vezes mal, e não é todo o dia que eu fico bem. (Usuário 2)

As características da cronicidade (permanência, remissão, necessidade de diferentes intervenções) e o comportamento inadequado do indivíduo em sofrimento psíquico propiciam maior vulnerabilidade para as perdas, em geral, (da saúde, financeira, do equilíbrio físico, mental e emocional). A sobrecarga em forma de doença física e emocional é desencadeada pela alteração da dinâmica familiar, pelo aumento das demandas advindas de uma nova situação e pela falta de recursos de enfrentamento, o que acarreta agravos físicos e emocionais, após o diagnóstico de transtorno mental em um de seus integrantes. (BORBA, 2008; BOTTI, 2011).

O sofrimento das famílias em ter um familiar dependente de drogas é muito grande, na maioria dos casos. A fala de uma familiar sobre seu filho alcoolista ilustra um sofrimento intensificado pela presença de violência:

Já eu, tô apavorada porque ele [filho] chega a me bater quando eu não dou dinheiro pra ele! A gente trouxe ele aqui pra ver se para c/isso! (Familiar 9)

Segundo Sant’Ana (2011), cuidar da pessoa com transtorno mental coloca o familiar em situações associadas aos sintomas da doença, com as quais nem sempre está preparado para lidar. Estas situações são caracterizadas por comportamentos de descontrole do familiar em sofrimento, que se torna mais agressivo e inquieto, causando um clima de tensão diferente dos padrões até então conhecidos e que afetam toda a estrutura familiar, aumentando ainda mais a sobrecarga emocional dos cuidadores.

Apesar do ambiente desgastante relatado pelos entrevistados, as famílias demonstram sentimentos de afeto, amor, responsabilidade, cuidado e proteção com seu familiar. Percebe-se que estes sentimentos podem promover o apoio necessário para a reabilitação psicossocial do usuário:

Eu amo muito a minha filha. E sempre q ela não tá bebendo eu procuro demonstrar esse amor. Eu nunca vou abandoná-la! (Familiar 2)

5.6 CATEGORIA VI. Determinantes da dependência de drogas

Esta categoria apresentou 46 UR.

Um dos profissionais aborda a questão das determinantes da dependência de drogas contextualizando o problema:

Na verdade ele [uso de drogas] não costuma ser o problema e, sim, a consequência de outros problemas; e me chamou muito a atenção, eu costumo perguntar para os pacientes na avaliação inicial porque que eles acham que eles usam. E eu escuto as mais diferentes respostas, desde “não sei” a até “pra ficar feliz”, enfim. Mas todas elas, à medida que vai se investigando, acabam sempre passando pelo tema família. Pra mim é um dado muito relevante do papel da constituição dos problemas relacionados ao uso de drogas. Não me recordo de algum paciente que não tenha trazido algo relacionado à família, até mesmo aqueles que dizem na avaliação inicial “não, a minha família é ótima, minha relação com a minha mãe e com o meu pai é ótima!” ... com todo mundo que a gente começa a achar que tem alguma coisa de errado. Eu penso que é um tema biopsicossocial muito complexo, não é só a família, tem outras coisas envolvidas... Então na minha opinião tem um papel importante na constituição dos problemas e na constituição das possibilidades de melhorias desses problemas... os dois lados. (Profissional 3)

Já para os usuários, os motivos que contribuíram para a sua dependência de drogas estão relacionados a perdas familiares e dificuldades de relacionamento, como a morte do pai, por exemplo:

Começou quando eu perdi o meu pai. Queria ficar isolado, fiquei 7 dias dentro do meu quarto, não comia nada só pensando no meu pai. Então foi começando devagarinho, né?
 [...] E até agora tenho ele na cabeça. Ele se perdeu quando era jovem, bebia e tudo... mas com a família ele era bom. Ele bebia bastante. (Usuário 1)

Conforme Gabatz (2013), a busca pelo uso da droga esteve relacionada à incapacidade de conseguir lidar com as crises afetivas e pessoais.

A exposição precoce ao consumo de álcool também é referida:

Eu acho que a minha família sem querer colaboraram para isso. Quando eu era pequeno a família tinha o hábito de deixar a gente provar cerveja, tanto que a minha mãe até brincava “olha, ficou até bêbado”!
 Com oito anos meu tio me deixava tomar um golinho, meu vô... eu ia debaixo da mesa, tomava um pouquinho, e acho que isso foi me dando gosto por beber. Fui aprendendo a beber então, desde cedo... A não ficar sóbrio. Desde então foram outras drogas, mas o álcool foi a primeira. Eu lembro de uma festa onde minha vó viu que eu fiquei bêbado. De golinho em golinho foi indo. E assim eu fui tendo contato com o álcool... e com 12, 13 anos já ia comprar bebida sozinho. Eu falei pra eles [familiares] que quem deixasse minha filha tomar algo ia se ver comigo!
 Não pode nem provar um golinho de vinho, ou de cerveja pra ver como era o gosto. Não quero porque o primeiro contato que eu tive foi assim. E eu falei pra minha filha que ficar fora da tua consciência normal é perigoso, principalmente adolescente. Eu fui conhecer as drogas quando estava alcoolizado. Hoje minha filha já tem bastante informação por eu ser dependente químico. Eu acho que tem que falar com as famílias para elas não cometerem o mesmo erro que minha família cometeu. Eu acho um absurdo ver um pai deixando um filho experimentar bebida só porque “é docinho”, “ai é só um golinho”.
 Eu acho que o adulto tem que ter uma outra postura. Eu cresci vendo o meu pai bêbado e aquilo ali era complicado porque meu pai era meu exemplo, né? Se eu vejo meu pai tomar e ficar doidão eu quero ficar assim também. Talvez eu não tivesse mais feito isso, porque eu lembro que eu me assustei. Mas como via todo mundo bêbado, fazendo graça, achando aquilo engraçado, eu achei normal. O álcool não me dava mais prazer depois, precisei de uma droga nova. Eu achava que não tinha problemas com o álcool, que era só cocaína... Mas depois vi que não era bem assim. (Usuário 2)

Além do álcool era a prostituição, né?
 O cara era obrigado a ir para a zona e provar pro pai que era homem.

Com nove meses molhava a chupeta na cachaça e dava pra tomar... a família induzia, né?

E isso na minha época era bem complicado.

Em todos os círculos sociais que eu andava o álcool tava dentro. Seja festa, aniversário, velório... e como eu já tinha predisposição para a dependência isso foi ruim.

É, bem poucas famílias tinham essa consciência de que o álcool tinha predisposição.

Hoje não se tem visibilidade em relação a doença do alcoolismo.

A família despreza, é taxado como marginal, vagabundo... uma pessoa que não está adequada em viver na sociedade, e não acham que é doença.

Mas em relação à família, hoje eu tenho apoio pela minha luta. Mas tenho certeza que a grande maioria é desprezada. (Usuário 3)

Queria complementar: eu lembro da minha mãe na festa, falando que eu tava bêbado porque todo mundo me viu.

Quando ela foi me falar e falar comigo sobre isso, ela fazia brincadeira!

Ao invés de me aconselhar, de falar o que acontece com a pessoa quando bebe, ela ria. (Usuário 2)

Eu fui criado desde a infância na colônia, onde tem plantação de uva.

Botavam a gente pra colher e escolher uva, então desde criança tinha o álcool na vida. (Usuário 4)

Pra eles era assim "ah vamos experimentar aquele vinho que tá fermentando há dois dias, é doce"!

Então eu lembro que tomava, brincava, festejava...

Pro meu avô, beber a cachacinha era sagrada.

Meu pai bebia muito álcool também, mas eu não culpo eles. (Usuário 5)

Os depoimentos citados retratam que o comportamento familiar exerce influência sobre seus descendentes, uma vez que o histórico familiar pode contribuir para o surgimento do uso de drogas, especialmente se no convívio familiar existirem situações que exponham e afetem a saúde mental do sujeito.

A família até hoje é vista como fator de risco dos problemas dos filhos. Vários estudos relacionam o uso de drogas do filho com o alcoolismo de um dos pais, a transmissão genética familiar, a separação dos pais, ou ainda a estrutura e a relação afetiva familiar (MATOS et al. 2008; MARTINS et al. 2008; BERNARDY e OLIVEIRA, 2010).

Foi possível perceber ainda que, em alguns casos, a família que vivencia problemas com drogas não percebe o padrão prejudicial que faz das substâncias até que um dos membros da família passa a fazer uso em termos de uma dependência.

Nas falas dos usuários verifica-se que o uso de drogas era reconhecido e negado por suas famílias. Mostra que o uso de drogas, sobretudo do álcool, era aprendido predominantemente no contexto das interações primárias e que os comportamentos dos pais foram sendo interiorizados pelo sujeito (ORTH, 2005).

Já na roda de conversa com os familiares, a influência do grupo de amigos é ressaltada como possível causa da dependência de drogas:

Eu acho que o nosso papel de pai e mãe a gente sempre fez: a gente sempre procurou ensinar o que é certo e o que é errado, mas ultimamente tá muito difícil educar porque a gente não pode bater nem nada e daí tem os colega de colégio, as más companhias e eles vão se deixando levar. (Familiar 4)

Segundo BERNARDY (2010), os familiares costumam atribuir o uso de substâncias psicoativas de seus entes queridos às amizades, más companhias e ciúmes entre irmãos, e têm dificuldades de perceberem o quanto estão envolvidos na dinâmica da origem e manutenção da dependência de drogas.

5.7 CATEGORIA VII. Relacionamento familiar

Por fim, a categoria sobre o relacionamento familiar entre os cuidadores e usuários foi discutido a partir de 51 UR.

Conforme Costa et al. (2014) é importante que a família seja estimulada a modificar seu modo de perceber suas problemáticas e cuidar do sujeito em sofrimento psíquico, visando melhorar a convivência e possibilitar sua inserção no meio familiar. Dessa forma, os serviços de saúde mental têm um papel de sobremaneira importante, devendo propiciar à família espaços de trocas, para que a parceria numa nova forma de cuidado seja possível. Como se percebe a seguir na fala de um profissional do CAPS:

Às vezes a família tem uma forma viciada de lidar com a pessoa, tá todo mundo vendo que não tá dando certo e ela vem se repetindo em 10, 15 anos, mas a pessoa não sabe o que fazer para desconstruir aquilo e acaba gerando sofrimento. A questão é: como desconstruir alguns desses hábitos viciados dos familiares. Como mudar algumas coisas que estão fadadas a dar errado? (Profissional 7)

Já os próximos fragmentos obtidos na roda de conversa com os profissionais ilustra o entendimento sobre a codependência das famílias no cenário da dependência de drogas, questão sempre relevante nos relacionamentos familiares:

Por exemplo: assumir responsabilidade pelo outro. Várias mães vêm aqui dizendo que vão catar o filho na boca, que pagam a conta do traficante... tão sempre correndo atrás de apagar o incêndio e não se dão conta de que aquilo tá fazendo o cara ficar ainda pior, mais e mais dependente. As mães que preferem dar 15 reais por semana pro filho não roubar... Então são pequenas coisas que a gente vê que estão fadadas ao fracasso, mas a pessoa não consegue enxergar de outra forma.

Às vezes pressiona demais, causa ansiedade... mas ninguém é obrigado a saber, por isso estamos sempre orientando. (Profissional 7)

Nas décadas de 1940 e 50, o conceito de codependência foi se estruturando a partir de estudos direcionados às esposas dos alcoolistas. Além deste movimento, ocorria em paralelo a estruturação dos grupos de Alcoólicos Anônimos (grupo de ajuda-mútua direcionado a alcoolistas) e de Al Anon (grupo de ajuda-mútua dirigido aos familiares e entes queridos de alcoolistas – predominantemente às esposas), que colaboravam tanto com a recuperação dos dependentes de álcool quanto com as estratégias de relações e convivência de seus familiares. Neste contexto, o termo codependência historicamente foi associado às esposas de alcoolistas. Na década de 70 este conceito foi ampliado, abrangendo não apenas o funcionamento das relações com os dependentes de drogas, mas também outras relações disfuncionais que pressupunham dependência e indiferenciação (SILVA, 2017).

Atualmente, a codependência pode ser compreendida como um transtorno emocional característico de familiares ou de pessoas da convivência direta de dependentes de drogas, de jogadores patológicos e de pessoas com transtorno de personalidade. Trata-se de uma condição na qual o indivíduo sofre nos aspectos emocional, psicológico e comportamental, na forma em que suas ações são dirigidas ao outro (ZAMPIERI, 2004). O problema da codependência também foi mencionado na roda de conversa com os usuários:

Mas a mulher não sabe quando ela dificulta o tratamento do marido. (Usuário 3)

Eles pegavam muito no meu pé. Me policiavam o tempo todo. Agora eles tão mudando um pouco, mas é complicado. (Usuário 2)

Tem horas que a família ajuda e horas que ela estraga. (Usuário 4)

Mas no geral os usuários que participaram da roda de conversa referem bom apoio familiar. Esse fato pode estar ligado diretamente à recuperação desses usuários no CASP ad:

A minha família agora me ajuda. (Usuário 2)

Quando você tá se recuperando aí começa a ter um tratamento diferente. (Usuário 3)
Eu falo pra minha esposa que, se não fosse ela, eu estaria em estado de situação de rua. A minha família, quando eu tive a minha primeira internação, eles queriam que eu saísse de casa. Ela [esposa] não, ela falou que ficaria comigo. A minha esposa nunca me abandonou e foi ensinando pra eles que não é abandonando ou tratando mal que vai me ajudar. O que acontecia quando eu recaía? Eu recaía pesado, pensando que eles iam me tratar mal. Eu ficava 5 dias sem aparecer em casa, aí eles vinham me ajudar achando que eu ia morrer. Hoje eu já conversei com meu pai, ele reagiu bem, mas foi difícil... coisa de anos.

Hoje até me sinto mais a vontade de conversar sobre as minhas dificuldades com a minha esposa do que com a minha família. Ela sabe quando eu falo e quero ajuda ou quando não preciso de ajuda. (Usuário 2)

Borba et al. (2008) ressaltam a importância de atributos como proteção e presença no cuidado por parte da família expressos por meio de iniciativas de solidariedade para com seus membros, bem como segurança física, emocional e social.

No que tange ao envolvimento da família no cuidado, Vieira (2015) destaca que o apoio à pessoa em sofrimento é fundamental e que contribui de forma significativa no seu tratamento e conseqüentemente na sua melhora.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação teve como objetivo a reflexão com as famílias, usuários e profissionais de um CAPS ad sobre estratégias de intervenção para o cuidado de famílias de dependentes de drogas que buscasse aumentar a adesão destas ao serviço. A partir deste trabalho, foi possível: conhecer as demandas e expectativas das famílias no serviço; refletir com os familiares sobre a necessidade da parceria do familiar e Instituição; possibilitar discussões entre os familiares, usuários e profissionais de saúde, permitindo trocas de experiências; e analisar as discussões levantadas e propostas interventivas criadas ao longo do processo. Embora haja políticas públicas para o cuidado dos dependentes de drogas e de seus familiares, percebeu-se a necessidade de melhorar a relação do serviço de saúde mental com as famílias.

O conjunto de dados apresentados revela que usuários, suas famílias e os profissionais de saúde do CAPS ad estão cientes de que o cuidado com as famílias ainda é deficitário. No entanto, ao serem instigados a pensar sobre o problema são elencadas algumas estratégias de aprimoramento da atenção aos familiares. Algumas já existentes no CAPS em estudo tais como: o grupo de famílias somente para familiares e atendimentos individuais; outras realizadas em situações pontuais: visitas domiciliares e confraternizações; e outras nunca realizadas até hoje no serviço: grupo de famílias para usuários e seus familiares, e atividades educativas para as famílias. Todas essas estratégias têm por objetivo orientar, esclarecer, incentivar, apoiar e cuidar das famílias com atenção e respeito à experiência do sofrimento psíquico.

A respeito de Grupos de famílias para usuários e seus familiares, Falcão (1999) ressalta que este tipo de terapia tem sido incorporada aos programas de tratamento na dependência de drogas em muitos lugares, inclusive meio terapêutico. A autora enfatiza ainda que a terapia de grupos multifamiliares tem muitas vantagens, dentre elas: (a) requer menos tempo terapêutico por família; (b) ajuda a reduzir a defensividade de famílias rígidas por meio do diálogo aberto dos membros de cada família; (c) serve para amenizar a situação, preparando o cenário para uma participação familiar mais intensa em um momento posterior da terapia; e (d) permite que as famílias isoladas socialmente se enriqueçam com a força, a objetividade e as condutas modeladoras de um grupo de iguais, servindo como rede de apoio.

Quanto às atividades educativas para as famílias, Fligie (1999) ressalta a importância dos grupos informativos como uma possível ferramenta para suprir demandas de informações

(conceitos básicos sobre dependência, tolerância, síndrome de abstinência, etc.), orientações (como agir, conversar, o que fazer em casos de intoxicação e/ou violência, etc.), e troca de experiências entre os participantes do grupo. Sendo assim, as atividades educativas poderiam exercer um papel na modificação do relacionamento família – dependente, aumentando a probabilidade de o dependente motivar-se a entrar num estágio de ação na modificação do comportamento aditivo e efetuar/dar continuidade ao tratamento.

Acerca dos problemas relatados pelos participantes desta pesquisa, percebe-se que estes vão ao encontro de outros trabalhos publicados sobre famílias, sugerindo que embora os problemas decorrentes da dependência de drogas sejam bem conhecidos, é difícil enfrentá-los com eficiência.

Neste estudo, foi verificado o esforço dos profissionais da instituição para conceder um atendimento adequado tanto aos dependentes de drogas quanto aos seus familiares. No entanto, constatou-se, através da fala de alguns profissionais que a falta de recursos materiais e humanos também prejudica a qualidade do trabalho realizado no Serviço.

Ressalta-se que é importante a atenção voltada para o dependente de drogas, mas também é relevante que a família esteja inserida no processo. Para que seja parceira do CAPS, ela precisa ser cuidada, necessita ser ouvida, acolhida e orientada. A partir do momento em que isso é proporcionado aos familiares, todos passam a sentir que estão envolvidos na assistência, e a família sente-se mais motivada para ser parceira da equipe. Tendo a família como co-participante do processo terapêutico, esta poderá influenciar a busca de novas possibilidades de atendimento, de mecanismos que propiciem a autonomia do usuário, a conquista de direitos e o exercício da cidadania.

Nesse sentido, espera-se que esta pesquisa favoreça a implementação de estratégias de cuidado aos familiares no CAPS ad e nos demais serviços de saúde mental. Além disso, busca-se fomentar a realização de trabalhos com famílias que visem consolidar as políticas públicas de assistência ao dependente de drogas, possibilitando que profissionais da área aprimorem suas práticas e criem novas maneiras de cuidar.

7. REFERÊNCIAS

AMARAL, Daniela Abreu; BRESSAN, Claudete Marlene Fries. A centralidade da família nos serviços de atendimento de pacientes com transtornos mentais e dependentes químicos. In: **Serviço Social em Revista**. Londrina, v. 17, n.2, p.108 - 124, Jan. /Jun. 2015.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5**: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ASSUNÇÃO, Ari Nunes. **Alcoolismo e ensino de enfermagem**: convergências e divergências entre o ensino e a prática. Pelotas: Universitária/Ufpel; Florianópolis: UFSC, 2000. (Série teses em Enfermagem, 25).

AZEVEDO, Carolina Santos de; SILVA, Rodrigo Sinnott. A importância da família no tratamento do dependente químico. **Encontro**: Revista de Psicologia, 2013, v. 16, n.25, p. 151-162.

BANDEIRA, M. Calsavara, M.G.P. Costa, C.S. Cesari, L. Avaliação de serviços de saúde mental: adaptação transcultural de uma medida da percepção dos usuários sobre os resultados do tratamento. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 2009, v.2, n. 58 , p.107-114.

BARBOSA, Guilherme Correa et al. Satisfação de usuários num Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. Porto, 2015, n.14, p.31-37.

BARDIN, L. (2010). **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70.

BEATTIE, M. **Co-dependência nunca mais**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Nova Era, 2007.

BERNARDY, Catia Campaner Ferrari and OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de. O papel das relações familiares na iniciação ao uso de drogas de abuso por jovens institucionalizados. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2010, v.44, n.1, p.11-17.

BIELEMANN, V. L. M. et al. A inserção da família nos Centros de Atenção Psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, Jan/Mar, 2009, v.18, n.1, p.131-9.

BORBA, L.O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L.P.. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paul Enferm**. 2008, v.21, n.4, p.588-94.

BOTTI NCL, COSTA BT, HENRIQUES APF. Composição e dinâmica das famílias de usuários de crack. **Cad Bras Saúde Ment**. 2011, v.3, n.7, p.93-110.

BRASIL. Decreto nº 85.110, de 2 de setembro de 1980. Institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes. **Diário Oficial [da] República do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, set. 1980.

_____. Decreto nº 3.696 de 21 de dezembro de 2000. Dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 2000; 22 dez.

_____. Lei nº. 10.409 de 11 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 2002; 14 jan.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2a Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b.

_____. **Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Presidência da República**, Secretaria Nacional Antidrogas, 2005.

_____. Decreto nº. 5.912 de 27 de setembro de 2006. Regulamenta a Lei nº. 11.343 de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 2006; 28 set.

_____. Ministério da Saúde. SAS. DAPE. Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. **Relatório de Gestão 2003-2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010. Institui Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**; 20 maio 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

_____. Portal Brasil. **Crack, é possível vencer: enfrentar o crack; compromisso de todos**. Brasília: Governo Federal, 2013.

CAPPONI, Marília e GOMES, Bruno Ramos. Álcool e outras drogas: novos olhares, outras percepções. In CRP – Conselho Regional de Psicologia 6ª Região (org.). **Álcool e outras drogas**. São Paulo, CRP/SP, 2011.

CARLINI, E. A., et al. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005**. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CARVALHO, D.B.B. (Coord.) **Mapeamento das instituições governamentais e não governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil - 2006/2007**: Relatório. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

CIRILO, Livia Sales; FILHO, Pedro de Oliveira. **Saúde Mental e CAPS: A importância do Grupo de Família**. XII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VIII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba, 2008.

COSTA, Elisa Maria Amorim da et al. **Saúde da Família - Uma abordagem multidisciplinar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.

COSTA, G. M. et al. A importância da família nas práticas de cuidado no campo da Saúde Mental. **Cadernos ESP**, Ceará, jan./jun. 2014, v. 8, n.1, p.41-57.

DUARTE, C. E.; MORIHISA, R. S. Experimentação, uso, abuso e dependência de drogas. In: **Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 3ed. Brasília: Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, SENAD, 2010.

FALCÃO, C. P. Grupo de familiares do centro de atenção diária: uma tentativa de reconstrução da rede social. **Nova Perspectiva Sistêmica**, n. 14, ano VIII, Rio de Janeiro, 1999, p. 24-29.

FIGLIE, N. B. et al. **Orientação Familiar para Dependentes Químicos: Perfil, Expectativas e Estratégias**. s.d. Disponível em: <http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/pdf/Orientacao_Familiar_para_DQ_-_J_Bras_Psiq_4810471-478_1999.Pdf> Acesso em: 20 ago. 2017.

FIGLIE N. B., PAYÁ, R. Abordagem Familiar em Dependência Química. In: Bordin, S.; Figlie, N. B.; Laranjeira, R. **Aconselhamento em Dependência Química**. São Paulo: Roca, 2004.

GABATZ, Ruth I. B. et. al. Percepção do usuário sobre a droga em sua vida. In: **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n 3, ago. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-814520130003000520&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 20 jul. 2017.

GARCIA, Maria Lúcia Teixeira; LEAL, Fabíola Xavier; ABREU, Cassiane Cominoti. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Psicologia & Sociedade**. Belo Horizonte: Associação Brasileira de Psicologia Social, 2008, v. 20, n. 2, p. 267-276.

GIONGO, C. D. Tecendo relações: o trabalho com famílias na perspectiva de redes sociais. In A. V. Scheunemann, & L. C. Hoch (Orgs.), **Redes de apoio na crise**. São Leopoldo: Escola Superior de Teologia, 2003.

HALPERN, S. C. O abuso de substâncias psicoativas: Repercussões no sistema familiar. **Pensando Famílias**. Porto Alegre: DOMUS - Centro de Terapia de Casal e Família, 2001. n. 3, p.120-125.

KANTORSKI, Luciane Prado et al. Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, agosto, 2009, v. 43, n.1, p. 29-35.

LEAL, Rosângela Maria de Almeida Camarano et al. Avaliação da qualidade de um serviço de saúde mental na perspectiva do trabalhador: satisfação, sobrecarga e condições de trabalho dos profissionais. **Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, 2012, v.14, n.1, p.15-25.

MACHADO, A.R. **Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública**: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas. 2006. 151f. Dissertação [Mestrado]. Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2006.

MAGALHÃES, Mário. **O narcotráfico**. São Paulo: Publifolha, 2000.

MARTINS, Mayra; SANTOS, Manoel Antonio dos and PILLON, Sandra Cristina. Percepções de famílias de baixa renda sobre o uso de drogas por um de seus membros. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2008, v.16, n.2, p.293-298. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000200019&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 20 jul. 2017.

MATOS, M.T.S., PINTO, F. J. M., JORGE, M.S.B. Grupo de Orientação Familiar em Dependência Química: uma avaliação sob a percepção dos familiares participantes. **Revista Baiana de Saúde pública**. jan./abr, 2008, v. 32, n.1, p.58-71.
< <http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/1384/1020> > Acesso em: 20 jul. 2017.

MÉLLO, R. P. et al. Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa. **Psicologia e Sociedade**, 2007, v.19, n.3, p. 26-32,

MELMAN, J. **Família e Doença Mental**: Repensando e relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras Editora, 2001.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social – Teoria, Método e Criatividade**. (org) (19^oed). Petrópolis: Vozes, 2001.

MINUCHIN, S., & FISHMAN, C. S. **Técnicas de Terapia Familiar**. Porto Alegre: Artmed, 1990.

MIOTO, R. C. T. Família e Serviço Social. **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, 1997. n. 55, p.114-130.

MORAES, Leila Memória Paiva, et. al. Expressão da codependência em familiares em dependentes químicos. **Rev. Min. Enferm.**, 2009, v.13, n.1, jan./mar. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c0e47a93ae90.pdf> Acesso em: 20 jul. 2017.

MOREIRA, Maria Stela Setti. A dependência familiar. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, 2004, v. 5, n.5.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID 10.** (10ª ed. Revisada). Porto Alegre: Artmed, 1993.

ORTH, A. P. S. **A dependência química e o funcionamento familiar à luz do pensamento sistêmico.** 2005. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC, Brasil.

ORTH, A. P. S.; MORÉ, C. L. O. O. Funcionamento de famílias com membros dependentes de substâncias psicoativas. **Psicologia Argumento**, Curitiba, 2008, v. 26, n.55, p.293-303

PAZ, Fernanda Marques; COLOSSI, Patrícia Manozzo. Aspectos da dinâmica da família com dependência química. **Estudos de Psicologia**, Campinas, 2013, v. 4, n. 18, p.551-558.

Pinho PH, Oliveira MF, Claro HG, Pereira MO, Almeida MM. A concepção dos profissionais de saúde acerca da reabilitação psicossocial nos eixos: morar, rede social e trabalho dos usuários de substâncias psicoativas. **Rev Port Enferm Saúde Mental.** 2013, v.9, p.29-35.

REIS, Thaíssa Lima dos et al. Sobrecarga e participação de familiares no cuidado de usuários de Centros de Atenção Psicossocial. **Saúde debate** [online]. 2016, vol.40, n.109, pp.70-85. ISSN 0103-1104. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201610906>. Acesso em: 27 de jun. de 2017.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. Famílias na rede de Saúde Mental: um breve estudo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, mai/ago. 2006, v.11, n.2, p. 305-314.

SANCHES. Ricardo Pinheiro.; LEOPARDI. Maria Tereza. Pesquisa, Teoria e Metodologia - Tecnologia de abordagem para o cuidado ao usuário de drogas. Centro de Ciências da Saúde. **Sau. & Transf. Soc.**, Universidade do Vale do Itajaí, Florianópolis, 2012, v.3, n.3.

SANT'ANA, M. M. et al. O significado de ser familiar cuidador do portador de transtorno mental. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 50-58. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/06.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2017

SANTIN, G.; KLAFKE, T. E. A família e o cuidado em saúde mental. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, 2011, n. 31,.

SCHRANK, G. O. **Centro de Atenção Psicossocial e a Inserção da Família.** 2006. 114f. Tese (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/8228/000571724.pdf?sequence=1>> Acesso em: 01 de jul. 2017.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, 2008, v. 42, n.1, p.127-34.

SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS (SENAD). **Política nacional antidroga.** Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2002.

SILVA, Anielson Barbosa da. **A vivência de conflitos entre a prática gerencial e as relações em família.** 2005, 272f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis-SC, 2005.

SILVA, Sonia Maria Costa da. **Participação da família na assistência ao portador de transtorno mental no CAPS.** Dissertação (Mestrado em enfermagem) Programa de pós-graduação em enfermagem - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis-SC, 2006.

SILVA, Anielson Barbosa da; ROSSETTO, Carlos Ricardo. Os conflitos entre a prática gerencial e as relações em família: uma abordagem complexa e multidimensional. **RAC**, Curitiba, 2010, v. 14, n. 1, art. 3. p. 40-60.

SILVA, A. H; FOSSÁ, M. I. T. Análise de Conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualit@s**, 2015, v.17, n.1, p. 1-14

SILVA, E.A. Co-dependência e mulheres: uma questão de gênero? **Associação Brasileira de Justiça Terapêutica.** Disponível em< <http://www.abjt.org.br/index.php?id=99&n=127>> Acesso em: 20 jul. 2017

TERRA, Ana Paula de Alvarenga; OTANI, Márcia Aparecida Padovan; JÚNIOR, Antônio Carlos Siqueira. Satisfação Profissional de Trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial // Job Satisfaction of Workers of Centers of Centers Psychosocial Attention. **REGRAD - Revista Eletrônica de Graduação do UNIVEM - ISSN 1984-7866**, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 96-111, nov. 2015. ISSN 1984-7866. Disponível em: <<http://revista.univem.edu.br/REGRAD/article/view/941>> Acesso em: 22 jul. 2017.

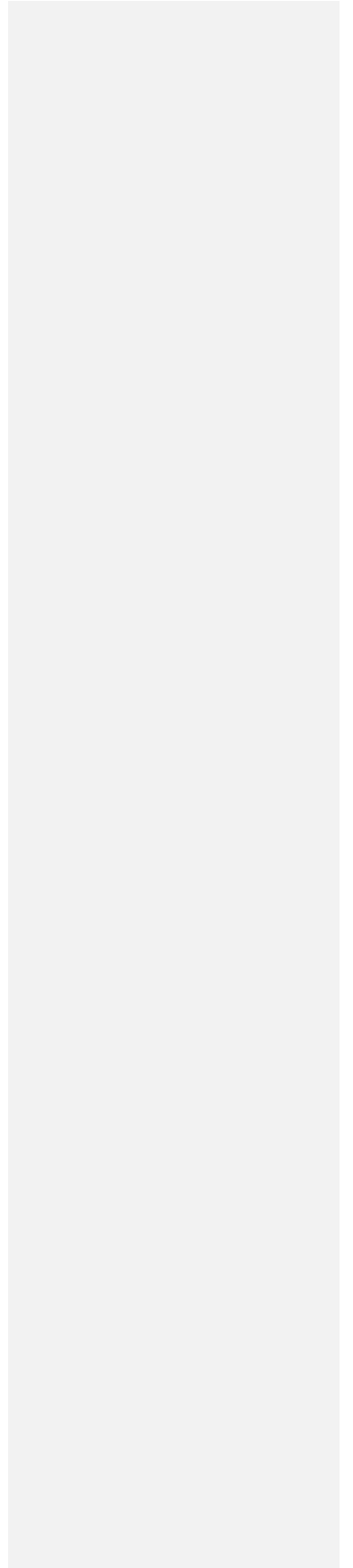
VELOSO, Zeno. **Direito de Família e o novo Código Civil** (obra coletiva) Del Rey, 2002.

VIEIRA, Rodrigo Quadros. **A Família como Ponto Chave no Tratamento Terapêutico de Pacientes Portadores de Transtornos Psiquiátricos e Dependentes Químicos.** Disponível em: <<http://www.uniica.com.br/artigo/a-familia-como-ponto-chave-no-tratamento-terapeutico-de-pacientes-portadores-de-transtornos-psiquiatricos-e-dependentes-quimicos/>> Acesso em: 20 jul. 2017.

WESTPHAL, M. F.; BOGUS, C. M.; FARIA, M. de M. **Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil.** Bol. Oficina Saint. Panam. Washington, 1996, v.120, n.6, p. 472-481.

ZAMPIERI, M.A.J. Transtorno de personalidade co-dependente: Discussão sobre classificação diagnóstica e manifestações sistêmicas. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, 2004, v.6, n.2, p.123-134.

APÊNDICES



(Apêndice A)

DECLARAÇÃO
(responsável pela instituição da coleta de dados)

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição CAPS ad tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **“CUIDANDO DE QUEM CUIDA”:** **APRIMORANDO O CUIDADO DAS FAMÍLIAS DE DEPENDENTES DE DROGAS,** e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis,/...../.....

ASSINATURA:

NOME:.....

CARGO:

CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL

(Apêndice B)**CARTA DE SOLICITAÇÃO PARA ENTRADA NO CAMPO**

De: Mestranda Edirê do Santos Ferreira

Para: Gerência de CAPS

Assunto: Solicitação de Pesquisa

Sr^a Gerente:

Sou Psicóloga e trabalho com Saúde Mental na área de dependência de drogas. Estou cursando o Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Universidade Federal de Santa Catarina, sob orientação da Prof^a Dr^a Daniela Ribeiro Schneider e desenvolvo projeto de dissertação sobre o cuidado das famílias dos dependentes de drogas do CAPS ad. O estudo visa construir com as famílias, usuários e profissionais do CAPS ad estratégias de intervenção para o aprimoramento do cuidado das famílias de dependentes de drogas do Serviço. Nesse sentido, gostaria de solicitar sua autorização para realização da pesquisa com os familiares, usuários e profissionais do CAPS ad.

A pesquisa será realizada por meio de Rodas de Conversa serão gravadas com a permissão dos que participarem do estudo mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, estando garantido o sigilo das identidades entrevistadas. Os dados das gravações serão analisados a partir do referencial teórico da Análise de Conteúdo.

Informo que os resultados do estudo serão apresentados ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Mental e divulgados junto a comunidade acadêmica, respeitando o caráter confidencial de sua identidade.

Sem mais para o momento, agradeço a atenção.

Edirê dos Santos Ferreira

Formatado: Título 2

(Apêndice C)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA FAMILIARES**
(Em acordo com a Resolução CNS 466/2012)

Estamos desenvolvendo uma pesquisa entrevistando familiares de dependentes de drogas em tratamento no CAPS ad, dentro de um projeto de Mestrado Profissionalizante em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da UFSC de Edirê dos Santos Ferreira, sob orientação da Profª Drª Daniela Ribeiro Schneider. Assim, estamos lhe convidando para participar desse estudo.

Esse estudo será realizado com diversos familiares cujos parentes estejam em atendimento neste Serviço. O objetivo desse trabalho é construir com as famílias, usuários e profissionais do CAPS ad estratégias de intervenção para o aprimoramento do cuidado das famílias de dependentes de drogas do Serviço.

Para isso, se a senhora/senhor concordar em responder e debater algumas perguntas sobre esse assunto, gostaria de pedir permissão para gravar o nosso encontro através da realização de Rodas de Conversa com outros familiares, pois assim não será necessário tomar notas e, ao mesmo tempo, não se perderá nada do que a senhora/senhor falar. Gostaria de dizer que a sua participação é voluntária - participa se quiser. Caso não desejar participar do estudo, a senhora/senhor poderá ter a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo ao seu atendimento no serviço, bem como do seu familiar.

Aparentemente, não sofrerá riscos ou acidentes físicos ao relatar a história do uso de drogas do seu familiar e os prejuízos causados, no entanto, caso isso lhe cause desconforto, tristeza ou outro sentimento, poderemos lhe encaminhar para atendimento com o profissional especializado, caso assim o desejar e concordar.

Não lhe será atribuído nenhum gasto ou ganho financeiro por participar desse estudo. Não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar por sua participação. Entretanto, caso tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, haverá ressarcimento. A senhora/senhor poderá solicitar ao pesquisador o valor em dinheiro do custo do deslocamento para a realização das rodas de conversa. Caso ocorra algum dano decorrente de sua participação no estudo, a senhora/senhor será devidamente indenizado, conforme estabelecimento da lei.

Informo-lhe que os dados obtidos nas rodas de conversa serão apresentados em relatórios e revistas científicas da área da saúde, sempre omitindo o seu nome, ou qualquer informação que possa lhe identificar.

Caso tiver outras dúvidas, poderá entrar em contato com as pesquisadoras através dos e-mails: danischneiderpsi@gmail.com/ edirel@yahoo.com.br ou através do fone do PSICLIN, (48) 37218607.

Em face aos motivos acima mencionados, gostaria muito de poder contar com sua valorosa cooperação, a qual desde já agradeço.

Eu, _____, declaro que tomei conhecimento do estudo realizado pela pesquisadora Edirê dos Santos Ferreira, sob orientação da Profª Drª Daniela Ribeiro Schneider, compreendi seus objetivos e métodos, concordo em participar da pesquisa e declaro que não me oponho a que as Rodas de Conversa sejam gravadas.

Florianópolis, ____ de _____ de 2016.

Assinatura do Participante

Profª Drª Daniela Ribeiro Schneider

Edirê dos Santos Ferreira

(1ª Via Pesquisador; 2ª Via Pesquisado)

(Apêndice D)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USUÁRIOS DE CAPS**
(Em acordo com a Resolução CNS 466/2012)

Estamos desenvolvendo uma pesquisa entrevistando dependentes de drogas em tratamento no CAPS ad, dentro de um projeto de Mestrado Profissionalizante em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da UFSC de Edirê dos Santos Ferreira, sob orientação da Prof^ª Dr^ª Daniela Ribeiro Schneider. Assim, estamos lhe convidando para participar desse estudo.

Esse estudo será realizado com diversos dependentes de drogas que estejam em atendimento neste Serviço. O objetivo desse trabalho é construir com as famílias, usuários e profissionais do CAPS ad estratégias de intervenção para o aprimoramento do cuidado das famílias de dependentes de drogas do Serviço.

Para isso, se a senhora/senhor concordar em responder e debater algumas perguntas sobre esse assunto, gostaria de pedir permissão para gravar o nosso encontro através da realização de Rodas de Conversa com outros usuários, pois assim não será necessário tomar notas e, ao mesmo tempo, não se perderá nada do que a senhora/senhor falar. Gostaria de dizer que a sua participação é voluntária - participa se quiser. Caso não desejar participar do estudo, a senhora/senhor poderá ter a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo seu atendimento no serviço, bem como do seu familiar.

Aparentemente, não sofrerá riscos ou acidentes físicos ao relatar a história do seu uso de drogas e os prejuízos causados, no entanto, caso isso lhe cause desconforto, tristeza ou outro sentimento, poderemos lhe encaminhar para atendimento com o profissional especializado, caso assim o desejar e concordar.

Não lhe será atribuído nenhum gasto ou ganho financeiro por participar desse estudo. Não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar por sua participação. Entretanto, caso tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, haverá ressarcimento. A senhora/senhor poderá solicitar ao pesquisador o valor em dinheiro do custo do deslocamento para a realização das rodas de conversa. Caso ocorra algum dano decorrente de sua participação no estudo, a senhora/senhor será devidamente indenizado, conforme estabelecimento da lei.

Informo-lhe que os dados obtidos nas rodas de conversa serão apresentados em relatórios e revistas científicas da área da saúde, sempre omitindo o seu nome, ou qualquer informação que possa lhe identificar.

Caso tiver outras dúvidas, poderá entrar em contato com as pesquisadoras através dos e-mails: danischneiderpsi@gmail.com/ edire1@yahoo.com.br ou através do fone do PSICLIN (48) 3721-8607.

Em face aos motivos acima mencionados, gostaria muito de poder contar com sua valorosa cooperação, a qual desde já agradeço.

Eu, _____, declaro que tomei conhecimento do estudo realizado pela pesquisadora Edirê dos Santos Ferreira, sob orientação da Profª Drª Daniela Ribeiro Schneider, compreendi seus objetivos e métodos, concordo em participar da pesquisa e declaro que não me oponho a que as Rodas de Conversa sejam gravadas.

Florianópolis, ____ de _____ de 2016.

Assinatura do Participante

Profª Drª Daniela Ribeiro Schneider

Edirê dos Santos Ferreira

(1ª Via Pesquisador; 2ª Via Pesquisado)

(Apêndice E)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE CAPS**

(Em acordo com a Resolução CNS 466/2012)

Estou desenvolvendo uma pesquisa entrevistando profissionais de saúde do CAPS ad dentro de um projeto de Mestrado Profissionalizante em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da UFSC de Edirê dos Santos Ferreira, sob orientação da Prof^ª Dr^ª Daniela Ribeiro Schneider. Assim, estamos lhe convidando para participar desse estudo.

Esse estudo será realizado com diversos profissionais de saúde deste Serviço. O objetivo desse trabalho é construir com as famílias, usuários e profissionais do CAPS ad estratégias de intervenção para o aprimoramento do cuidado das famílias de dependentes de drogas do Serviço.

Para isso se o(a) senhor(a) concordar em responder algumas perguntas sobre esse assunto, gostaria de pedir permissão para gravar o nosso encontro através da realização de Rodas de Conversa com outros profissionais, pois assim não será necessário eu tomar notas, e ao mesmo tempo, eu não perderei nada do que o(a) senhor(a) me falar. Gostaria de dizer que a sua participação é voluntária - participa se quiser. Caso não desejar participar do estudo, o(a) senhor(a) poderá ter a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo ao seu trabalho no Serviço.

Aparentemente, não sofrerá riscos ou acidentes físicos ao relatar a sua experiência no trabalho com os usuários e com os familiares de usuários de drogas, no entanto, caso isso lhe cause desconforto, tristeza ou outro sentimento, poderemos lhe encaminhar para atendimento com o profissional especializado, caso assim o desejar e concordar.

Não lhe será atribuído nenhum gasto ou ganho financeiro por participar desse estudo. Não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar por sua participação. Entretanto, caso tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, haverá ressarcimento. A senhora/senhor poderá solicitar ao pesquisador o valor em dinheiro do custo do deslocamento para a realização das rodas de conversa. Caso ocorra algum dano decorrente de sua participação no estudo, a senhora/senhor será devidamente indenizado, conforme estabelecimento da lei.

Informo-lhe que os dados obtidos nas rodas de conversa serão apresentados em relatórios e revistas científicas da área da saúde, sempre omitindo o seu nome, ou qualquer informação que possa lhe identificar.

Caso tiver outras dúvidas, poderá entrar em contato com as pesquisadoras através dos e-mails: danischneiderpsi@gmail.com/ edirel@yahoo.com.br ou através do fone do PSICLIN, (48) 3721-8607.

Em face aos motivos acima mencionados, gostaria muito de poder contar com sua valorosa cooperação, a qual desde já agradeço.

Eu, _____, declaro que tomei conhecimento do estudo realizado pela pesquisadora Edirê dos Santos Ferreira, sob orientação da Profª Drª Daniela Ribeiro Schneider, compreendi seus objetivos e métodos, concordo em participar da pesquisa e declaro que não me oponho a que as Rodas de Conversa sejam gravadas.

Florianópolis, ____ de _____ de 2016.

Assinatura do Participante

Profª Drª Daniela Ribeiro Schneider

Edirê dos Santos Ferreira

(1ª Via Pesquisador; 2ª Via Pesquisado)

(Apêndice F)

TEMAS DISPARADORES:

RODA DE CONVERSA

1. Constituição dos problemas relacionados ao uso de drogas.
2. O papel da família no cuidado dos usuários
3. Sugestões de ações e estratégias para o envolvimento dos familiares no cuidado.