

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

LUIZA BOHNEN SOUZA

**EU CAMINHO, TU CAMINHAS, NÓS CAMINHAMOS:
(Re)conhecendo as trajetórias de cuidado de familiares de usuários de drogas**

PORTO ALEGRE

2020

LUIZA BOHNEN SOUZA

EU CAMINHO, TU CAMINHAS, NÓS CAMINHAMOS:

(Re)conhecendo as trajetórias de cuidado de familiares de usuários de drogas

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Área de concentração: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Saúde Mental e Enfermagem

Eixo Temático: Saúde Mental e Família

Orientador: Marcio Wagner Camatta

PORTO ALEGRE

2020

LUÍZA BOHNEN SOUZA

**EU CAMINHO, TU CAMINHAS, NÓS CAMINHAMOS: (RE) CONHECENDO AS
TRAJETÓRIAS DE CUIDADO DE FAMILIARES DE USUÁRIOS DE DROGAS**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 24 de março de 2020.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Marcio Wagner Camatta

Presidente da Banca – Orientador

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Deise Lisboa Riquinho Membro da banca

PPGENF/UFRGS



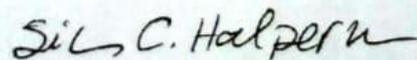
Profa. Dra. Adriana Roesse Ramos

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Christine Wetzel

PPGENF/UFRGS



Dra. Silvia Chwartzmann Halpern

HCPA

CIP - Catalogação na Publicação

SOUZA, LUIZA BOHNEN
EU CAMINHO, TU CAMINHAS, NÓS CAMINHAMOS:
(RE)CONHECENDO TRAJETÓRIAS DE CUIDADO DE FAMILIARES DE
USUÁRIOS DE DROGAS / LUIZA BOHNEN SOUZA. -- 2020.
127 f.
Orientador: MARCIO WAGNER CAMATTA.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS,
2020.

1. FAMÍLIA. 2. SAÚDE DA FAMÍLIA. 3. USUÁRIO DE
DROGAS. 4. QUALIDADE, ACESSO E AVALIAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA À SAÚDE. 5. SAÚDE MENTAL. I. CAMATTA,
MARCIO WAGNER, orient. II. Título.

RESUMO

As intervenções no grupo familiar ou na rede social de usuários de drogas trazem um impacto positivo nas famílias e na vida dos usuários. Apesar da efetividade bem documentada de diversas abordagens terapêuticas voltadas às famílias de usuários de drogas, apenas 10% das famílias recebem este apoio. Tais dados sugerem a existência de barreiras na implementação dessas abordagens terapêuticas e ilustram a dificuldade das equipes de saúde em assistir tais famílias. A trajetória de cuidado percorrida por esses familiares engloba uma série de ações terapêuticas que se dão em três setores de assistência à saúde: o informal, o popular (folk) e o profissional. As escolhas por essas alternativas de cuidado são realizadas conforme a necessidade, a disponibilidade, a condição socioeconômica e cultural da família. Assim se estabelece o fluxo de assistência à saúde, compreendido como a trajetória percorrida pelo usuário em busca de atendimento para resolver o seu problema. Considerando esta complexidade, o presente estudo teve como objetivo compreender as trajetórias de cuidado percorridas por familiares de usuários de drogas, apoiando-se no referencial teórico dos Setores de Assistência à Saúde de Helman e no conceito de fluxo proposto por Ramos. Este projeto utilizou os dados coletados em uma pesquisa maior intitulada “Familiares de usuários de drogas: um olhar compreensivo de suas vivências e trajetórias assistenciais”. Tal pesquisa trata-se um estudo de abordagem qualitativa, descritiva, exploratória que se deu por meio de entrevistas semiestruturadas a partir de um roteiro com questões que contemplam a temática pesquisada. Os participantes da pesquisa foram 15 familiares de usuários de drogas acompanhados na internação e no ambulatório de um serviço em pertencente a uma instituição hospitalar do sul do Brasil. Para a análise e interpretação dos dados foi utilizado o método de análise de conteúdo de Bardin, que ocorreu em três etapas: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos dados obtidos e interpretação. Este projeto respeitou a todos aspectos éticos previstos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata sobre os aspectos éticos com pesquisa envolvendo seres humanos. Os familiares pesquisados percorrem pelos três setores de cuidado em saúde, sendo o informal o mais prevalente entre as 15 trajetórias de cuidado. A família foi o destaque neste setor, por ter sido a fonte de ajuda mais citada. No entanto, foi no setor profissional que os familiares encontraram os apoios mais efetivos para o tratamento do usuário. Porém, revelou-se a escassez na oferta de espaços que oferecem assistência ao familiar do usuário de drogas no setor público de saúde. É urgente que as equipes se apropriem de atitudes e técnicas de intervenção no cuidado a essas famílias, tomando para si a responsabilidade em catalisar o processo de inseri-las no tratamento, trazendo-as de uma posição periférica e coadjuvante para o interior da cena, para que junto ao usuário possam atuar como protagonistas no tratamento.

Palavras chaves: Família. Usuário de drogas. Saúde da família. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Interventions in the family group or social network of drug users have a positive impact on families and the lives of users. Despite the well-documented effectiveness of several therapeutic approaches aimed at drug users' families, only 10% of families receive this support. These data suggest the existence of barriers in the implementation of these therapeutic approaches and illustrate the difficulty of health teams in assisting such families. The trajectory of care taken by these families encompasses a series of therapeutic actions that take place in three sectors of health care: the informal, the popular (folk) and the professional. The choices for these care alternatives are made according to the need, availability, socioeconomic and cultural condition of the family. This is how the flow of health care is established, understood as the trajectory travelled by the user seeking care to solve his problem. Considering this complexity, this study aimed to understand the trajectories of care taken by family members of drug users, based on the theoretical framework of Helman's Health Care Sectors and the flow concept proposed by Ramos. This project used the data collected in a larger survey entitled "Families of drug users: a comprehensive look at their experiences and care trajectories. This research is a qualitative, descriptive, exploratory approach that was carried out through semi-structured interviews based on a script with questions that contemplate the researched theme. The participants in the research were 15 family members of drug users accompanied in the hospitalization and outpatient clinic of a service belonging to a hospital institution in southern Brazil. For the analysis and interpretation of the data, the Bardin content analysis method was used, which occurred in three stages: 1) pre-analysis, 2) exploration of the material, and 3) treatment of the data obtained and interpretation. This project respected all the ethical aspects foreseen in Resolution 466/12 of the National Health Council, which deals with ethical aspects with research involving human beings. The family members researched travel through the three health care sectors, the informal one being the most prevalent among the 15 care trajectories. The family was the highlight in this sector, as it was the most cited source of help. However, it was in the professional sector that family members found the most effective support for the user's treatment. However, there was a scarcity of space in the public health sector that offered assistance to the drug user's family member. It is urgent that the teams take ownership of attitudes and techniques of intervention in the care to these families, taking for themselves the responsibility of catalyzing the process of inserting them in the treatment, bringing them from a peripheral and supporting position into the scene, so that together with the user they can act as protagonists in the treatment.

Keywords: Family. Drug user. Family Health. Quality, Access and Evaluation of Health Care.

Quem é rico anda em burrico
Quem é pobre anda a pé
Mas o pobre vê nas estrada
O orvaio beijando as flô
Vê de perto o galo campina
Que quando canta muda de cor
Vai moiando os pés no riacho
Que água fresca, nosso Senhor
Vai oiando coisa a grané
O cristão tem que andá a pé

Ai, Ai, que bom
Que bom, que bom que é
Uma estrada e uma cabocla
Cum a gente andando a pé
Coisa que pra mode vê
O cristão tem de andar a pé

Estrada de Canindé

(Luiz Gonzaga)

SUMÁRIO

1	INICIANDO OS CAMINHOS: POR ONDE ANDAMOS E PARA ONDE QUEREMOS IR	8
2	RECONHECENDO O TERRENO: CONTEXTUALIZANDO O PROBLEMA	14
2.1	AINDA SOBRE RECONHECER O TERRENO: A FAMÍLIA DO USUÁRIO DE DROGAS	25
3.1	OBJETIVO GERAL	33
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
4	OS SETORES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: REFERENCIAL TEÓRICO DE HELMAN	34
4	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	45
4.1.	TIPO DE PESQUISA	45
4.2.	CAMPO DE PESQUISA	46
4.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA	46
4.4	COLETA DE DADOS	47
4.5	ANÁLISE DE DADOS	49
4.6	CONSIDERAÇÕES BIOÉTICAS	50
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
6.1	QUEM CAMINHA: CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO PESQUISADA	52
6.2	TU CAMINHAS: TRAJETÓRIAS DE CUIDADO DOS 15 FAMILIARES ENTREVISTADOS	54
6.3	ELES CAMINHAM: PEDRAS, DESVIOS, PONTES E ENCONTROS NO CAMINHO	75
	CONCLUSÃO	104
	REFERÊNCIAS	108
	APÊNDICE I – AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS SECUNDÁRIOS	118
	APÊNDICE II – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	119
	APÊNDICE III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	120
	ANEXO – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HCPA	122

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	23
Figura 2- As principais alternativas de cuidado do setor informal segundo Helman (2009)	36
Figura 3- Os setores de assistência à saúde segundo Helman (2009).....	38
Figura 4 - Mapa Conceitual de dados de caracterização dos 15 familiares participantes da pesquisa.....	53
Figura 5 - Legenda utilizada para visualização das trajetórias de cuidado	54
Figura 6 - Trajetória de cuidado F1	55
Figura 7 - Trajetória de cuidado F2	56
Figura 8 - Trajetória de cuidado F3	58
Figura 9 - Trajetória de cuidado F4	59
Figura 10 - Trajetória de cuidado F5	60
Figura 11 - Trajetória de cuidado F6	62
Figura 12 - Trajetória de cuidado F7	63
Figura 13 - Trajetória de cuidado F8	65
Figura 14 - Trajetória de cuidado F9	66
Figura 15 - Trajetória de cuidado F10	67
Figura 16 - Trajetória de cuidado F11	69
Figura 17 - Trajetória de cuidado F12	70
Figura 18 - Trajetória de cuidado F13	71
Figura 19 - Trajetória de cuidado F14	73
Figura 20 - Trajetória de cuidado F15	74
Figura 21 - Setores dos cuidados de saúde e os recursos citados	76

1 INICIANDO OS CAMINHOS: POR ONDE ANDAMOS E PARA ONDE QUEREMOS IR

Ainda no período da graduação, me aproximei do trabalho com usuários de drogas, mais especificamente o trabalho com seus familiares. No Ambulatório de Adição da Unidade Álvaro Alvim do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (UAA/HCPA), realizei meu último estágio da graduação e meu primeiro contato com a temática. Dentre as diversas atividades acompanhadas, a vivência de uma delas reverbera até hoje na minha trajetória como enfermeira: o grupo multifamiliar.

Em uma hora e trinta minutos, através da escuta ativa e da discussão de temas comuns àqueles familiares, pude experimentar, por dois meses e de forma contínua, a potência que tem um espaço terapêutico voltado à família. A partir deste ponto, passei a ver o familiar como um dos pilares do tratamento destinado a problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

Em 2014, assim que formada, ingressei na Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS-GHC) com ênfase em Saúde Mental. Os programas de RIS são orientados pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das necessidades e realidades locais e regionais, e abrangem diversas profissões da área da saúde.

A escolha profissional que fiz em viver essa experiência me aproximou das pautas políticas do governo, em especial daquelas voltadas à saúde pública e à saúde mental. E assim pude me alinhar com princípios e diretrizes do SUS caminhando pela sua história de luta e os marcos políticos que o constituem, como a Reforma Sanitária e Psiquiátrica, considerando que a formação em serviço prevista pelo programa se dá no e para o SUS.

Meus campos de residência foram a Internação Psiquiátrica 4°F, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II e o CAPS Álcool e Drogas (AD) III, sendo neste último em que tive a passagem mais longa: um ano e meio. O contato com a família sempre foi algo presente nas minhas experiências de residência. Mas foi no CAPS AD III Passo a Passo que mais vivi e aprendi o cuidado a estes familiares. Por todo o período em que estive lá, participei e coordenei por vezes o grupo de familiares. E ainda que as propostas dos serviços sejam diferentes (CAPS x Ambulatório), o cuidado ao familiar do usuário de drogas mais uma vez despertou meu interesse e me elucidou quanto à importância de espaços de cuidado a essas pessoas.

Empiricamente, foi possível perceber o quanto este cuidado empodera familiares para um manejo assertivo, impactando positivamente no vínculo do usuário de drogas com o

tratamento. Além de receber a gratidão daqueles familiares por sentirem que estão se (re)aproximando de sua saúde mental, de sua saúde física, emocional; de seus vínculos de afeto e de seus prazeres.

Ao finalizar a residência, continuei como trabalhadora da rede de saúde mental, dessa vez na região metropolitana de Porto Alegre. Trabalhei novamente em um CAPS AD III, e lá tive a primeira experiência malsucedida de grupo de familiares. Naquele serviço, eram atendidas cerca de 60 pessoas diariamente, sendo a significativa maioria (dados empíricos) pessoas em situação de rua, com os vínculos rompidos, em especial com as respectivas referências familiares. Tínhamos baixa adesão familiar ao tratamento e um espaço altamente esvaziado de grupo de familiares. Mas para além do perfil dos usuários atendidos lá, era evidente a falta de enfoque no trabalho da nossa equipe em aproximar essas famílias do acompanhamento em saúde do usuário, ficando estas praticamente desassistidas.

Ainda circulei por outros espaços terapêuticos, como internação psiquiátrica e em adição, ambas em hospital geral. E atualmente trabalho em dois CAPS AD III do município de Porto Alegre. E em todos os cenários, o papel do familiar sempre se fez presente de alguma forma, nem que fosse pela ausência. E, a depender do espaço de cuidado, as famílias eram mais ou menos assistidas, sendo o movimento da equipe de saúde, ao acessar e se mostrar acessível ao familiar, aquilo que dava o tom da potencialidade ou da fragilidade encontradas nos laços familiares, sendo estes consanguíneos ou não.

A internação psiquiátrica e em saúde mental tende a ocorrer em unidades de internação fechadas, as quais costumam limitar o acesso da família ao familiar internado, além de ser um espaço de acompanhamento transitório de curto prazo, o qual também não possibilita grandes intervenções no contexto de vida e contexto familiar. O que me levou a questionar quais as possibilidades, limites, potencialidades e possíveis barreiras de cada serviço, dentro da sua especificidade e grau de complexidade.

Assim, fui desenhando minha curiosidade em investigar o tema. Até que, em março de 2018, ingresso no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF), na linha de pesquisa Enfermagem em Saúde Mental.

Minha aproximação com o PPGENF veio antes do início das aulas de mestrado, em março de 2017, ao ingressar no Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (GEPESM). O Grupo, que ocorre mensalmente com encontros de uma hora e trinta minutos, reúne pesquisadores, professores, profissionais e estudantes da área de

enfermagem psiquiátrica e saúde mental interessados na produção de conhecimento científico neste cenário.

Somada às minhas já relatadas inquietações, o encontro com o orientador Marcio Wagner Camatta edificou a ideia, até então insegura, de desenhar uma trajetória de pesquisa voltada ao familiar de usuário de drogas e o apoio recebido por ele neste complexo contexto. Assim, ainda no ano de 2017, participei da elaboração do projeto intitulado “Familiares de Usuários de Drogas: um olhar compreensivo de suas vivências e trajetórias assistenciais”, do qual hoje esta pesquisa de mestrado pretende fazer parte.

Ainda antes do início das aulas do Mestrado, participei das reuniões do Grupo de Orientação Coletiva em Pesquisa, constituído a partir de uma demanda em organizar as etapas da pesquisa do projeto citado. Nessas reuniões, nos preparamos para ida a campo, a partir de discussões sobre metodologias de pesquisa, postura e ética do pesquisador, simulação da coleta de pesquisa a partir do roteiro de entrevista, leitura de textos sobre a temática de pesquisa e estudo da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata sobre os aspectos éticos com pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012c).

Estes momentos proporcionam maior segurança a todos os participantes da pesquisa, em especial para a etapa de coleta de dados. Essa etapa foi de ímpar contribuição para a sensibilização no meu processo de construção do objeto de pesquisa, pois através das entrevistas e do contato com os familiares pesquisados, busquei maior embasamento teórico e argumentativo para consolidar o caminho de pesquisa.

Ao longo dos semestres do mestrado, me enriqueci com o conhecimento sobre a temática, me aproximei, revi e me reaproximei de referenciais teóricos até a definição de um caminho que fizesse mais sentido para o objeto de estudo. Chego nesse cenário de pesquisa com essas percepções e com o desejo de compreender melhor as trajetórias dos familiares dos usuários de álcool e outras drogas em busca de cuidado.

As intervenções no grupo familiar ou na rede social do usuário de drogas contribuem para a adesão ao tratamento, apresentando um impacto positivo maior nas famílias e na vida dos usuários se comparada a intervenções individuais (PAYÁ; FIGLIE, 2010). Apesar da efetividade bem documentada de diversas abordagens terapêuticas voltadas à família de pessoas usuárias de drogas, poucas famílias recebem este apoio.

Tais dados sugerem a existência de barreiras na implementação de tais abordagens terapêuticas e uma provável dificuldade das equipes de saúde em assistir essas famílias. Portanto, para isso, é necessário que as equipes estejam instrumentalizadas para a abordagem

familiar e atentas às complexidades e possibilidades de produção de saúde. Para isso, é preciso se aproximar do contexto dessas famílias, compreender e reconhecer as relações sociais, políticas, afetivas e ideológicas que compõe esse contexto.

O levantamento nacional sobre familiares de usuários de drogas revelou que a primeira fonte de ajuda procurada pelos familiares quase sempre é a internação, por ser reconhecida como a mais eficaz dentre as possibilidades. Além da internação, buscam-se grupos de mútua ajuda (Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos e Amor exigente) e a religião, sendo pouco frequentes outros serviços de saúde, parentes/amigos e profissionais de saúde (LARANJEIRA, 2014).

Mesmo assim, Schneider et al (2013) falam dos obstáculos de acesso aos serviços de saúde, trazendo o quanto é difícil acessar vagas de internação para desintoxicação. Por outro lado, salientam que os serviços que estão mais próximos à comunidade, como os da atenção básica em saúde, têm limitações quanto às possibilidades de cuidado aos usuários de drogas devido à implantação insuficiente das políticas de saúde mental, evidenciada pela baixa oferta de atividades e ações no território.

Dentre os aspectos que influenciam na não implementação das políticas de saúde mental na atenção básica, surge a dificuldade dos serviços em envolver a família que se mostra resistente ao cuidado, voltando sua atenção à droga e não para si enquanto organismo adoecido (SCHNEIDER ET AL, 2013). Outro aspecto que contribui para este cenário é a difícil articulação com os recursos do território, como igreja, cursos ou outros espaços que de certa forma também assistem às famílias (PINHEIRO; MARAFANTI; DIEHL, 2017).

A trajetória percorrida em busca de cuidados na rede de atenção em todos os níveis de complexidade, tanto pelos usuários de drogas quanto pelos seus familiares, tem sido lenta e difícil para os indivíduos. Pois os fluxos não estão claramente estabelecidos e quando estão, são descontínuos, ficando a pessoa privada de possibilidades de assistência para suas demandas em saúde (TEIXEIRA JÚNIOR, 2010).

No momento em que o usuário busca um serviço de saúde, o fluxo passa a envolver também os diferentes níveis de atenção – básica, de média e de alta complexidade –, pois a referência e a contrarreferência também influenciam a trajetória do usuário. Pode-se conceituar este fluxo como o conjunto das alternativas de cuidado buscadas ou como uma trajetória percorrida pelo usuário em busca de atendimento para resolver o seu problema (RAMOS, 2005).

Há uma diversidade de ações terapêuticas que podem ser acessadas pelos familiares em três setores da assistência à saúde: no campo informal, popular e profissional. Sendo o informal o domínio leigo, não-profissional; o popular, aquele que diz respeito aos que se especializam em formas de cura que não pertencem ao sistema médico formal (curandeiros sagrados e seculares); e o profissional aquele que constitui o sistema biomédico formal (HELMAN, 2009). As escolhas por essas alternativas são realizadas conforme a necessidade, disponibilidade, condição socioeconômica e cultural da família (RAMOS, 2005), assim como a resolutividade de cada alternativa também influenciará nas escolhas por determinadas opções de cuidado (HELMAN, 2009).

Considerando esta complexidade, o presente estudo não se limitou a pesquisar apenas os fluxos oficiais de acesso às estruturas formais do sistema de saúde, mas sim as trajetórias de cuidado dos familiares dos usuários de drogas também nos âmbitos informal e popular. A trajetória de cuidado, apoiada no conceito de fluxo proposto por Ramos (2005) e nos setores da assistência à saúde de Helman (2009), se constitui em toda e qualquer referência de cuidado trazida pelo familiar pesquisado durante seu caminho em busca de ajuda.

Entende-se que há uma complexidade de vida que vai para além do uso de drogas, sendo as relações que o sujeito estabelece ao longo da vida e as representações sociais que foram aprendidas condicionam o uso. Da mesma forma, são a trajetória e os encontros que se dão ao percorrer o caminho que determinam as possibilidades de invenção à vida desses familiares, justificando assim a busca pela compreensão das trajetórias de cuidado das famílias de usuários de álcool e outras drogas, participantes desta pesquisa.

Esta pesquisa tem como objeto de estudo a trajetória de cuidado de familiares de usuários de drogas, através da questão de pesquisa “quais são as trajetórias de cuidado percorridas pelos familiares de usuários de drogas em busca de cuidado para si?”. Para compreender e assistir às necessidades destes familiares enquanto pessoas que, juntamente com o usuário de drogas, também podem estar em sofrimento e precisar de ajuda, identificar os percalços, as pedras, as flores e as facilidades encontradas nesta caminhada, há de se olhar atentamente para o caminho percorrido, a trajetória desenhada por estes familiares até ter suas necessidades atendidas.

A fim de vislumbrar esse caminho, este estudo se propôs a olhá-lo sob a ótica do referencial teórico “Setores de Assistência à Saúde” apresentado por Helman (2009). Tal referencial conduziu adequadamente o caminho para chegar aos objetivos de compreender e

dar voz a diferentes percepções de saúde e de cuidado, abrangendo assim as diversas possibilidades de cuidado percebidas por estes familiares.

O que se espera é que, com essa investigação, além de direcionar o olhar aos efeitos da vulnerabilidade social a qual estão expostos os familiares de usuários de drogas, se possa evidenciar os diferentes caminhos por busca de cuidado, pensando os fluxos e trajetórias percorridas por estes familiares, dando voz às diversas concepções de saúde e doença existentes; assim, proporcionando ferramentas para o desenvolvimento de políticas sociais e de saúde voltadas às diferentes necessidades e contextos de vida, levando a uma maior equidade do cuidado.

Este estudo faz-se relevante pela necessidade em garantir o pressuposto das políticas públicas vigentes de centralizar o cuidado na família, podendo servir de subsídio para a revisão de diretrizes de cuidado no que se refere à assistência a famílias de usuários de álcool e outras drogas. Somando-se à importância de pesquisas que vinculam o papel do profissional de saúde e de enfermagem como potência de transformação e superação dos obstáculos da assistência e das políticas de saúde mental, destaca-se a importante atuação desses profissionais no planejamento, na organização, na gestão de serviços e da assistência em saúde.

2 RECONHECENDO O TERRENO: CONTEXTUALIZANDO O PROBLEMA

As atuais políticas de saúde e assistência social têm seu caminho rabiscado a partir de dois grandes movimentos da sociedade no início da década de 1980: a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica. Ambas reformas surgem para propor uma nova lógica de cuidado em saúde que se opõe ao cuidado hegemônico e vertical, valorizando a história, o contexto e os vínculos territoriais e afetivos do sujeito (indivíduo ou coletivo), lançando luz à família como parte fundamental desse processo de cuidado (AMARANTE, 1995)

O Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto desses processos. O SUS vem pautado em princípios que nortearão essa nova lógica de operar, propondo a desconstrução do cuidado compartimentado a partir de um olhar integral, e do acesso universal e igualitário (LANCETTI; AMARANTE, 2009). Além desses pressupostos, surge a ideia de territorialização, a qual propõe um cuidado extramuros, ou seja, aquele que opera em lócus, na comunidade, não apenas a partir da doença, mas também na lógica de produção de saúde, a partir dos recursos do território e dos caminhos que desenham uma rede de cuidados mais próxima da comunidade (LANCETTI, 2008).

A Reforma Psiquiátrica traz a desinstitucionalização como principal marcador da diferença que pretende imprimir nas práticas de cuidado em saúde mental, tendo como objetivo contrapor o modelo à época posto à sociedade que privava de liberdade nos manicômios aqueles indivíduos tidos como loucos. Essa proposta aposta na potência do território e dos serviços substitutivos aos espaços de privação de liberdade, aproximando o sujeito à sociedade e vice-versa, desconstruindo o estigma da loucura como algo que não deve compor a sociedade e, por isso, precisa ser isolado.

Como consolidação desse modo de operar a saúde, se constituem as políticas nacionais de Atenção Básica e de Assistência Social e as Políticas de Saúde Mental e de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas. O que une essas políticas na prestação de cuidado ao usuário é a busca pelo duplo sentido da clínica: o de “inclinarse”, acolhendo o usuário e sua história, e o de propor um desvio para produzir outra possibilidade de existência. Compreende-se, assim, também o sentido de saúde coletiva, ao pensar o cuidado a partir da diversidade e especificidade de cada grupo populacional nos seus próprios modos de ser e adoecer (BRASIL, 2003b).

A família é objeto de inúmeras produções legislativas, sendo assegurada pelo Estado a “*obrigação legal de estabelecer políticas públicas de proteção à família*”, conforme estabelecido no artigo 226 da Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 2003a). Partindo,

assim, do pressuposto de que a família tem tanta importância quanto o usuário de drogas (CAMATTA; SCHNEIDER; 2006).

A família como pauta central do cuidado vem a partir da aprovação da Lei nº8.742, a Lei Orgânica da Assistência Social, a partir do ano de 1993. Anterior a isto, a família era acompanhada de forma tangencial, sendo a centralidade das políticas voltadas aos indivíduos, e não aos grupos familiares (PAYÁ, 2017).

Em abril de 2001, entra em vigor a Lei 10.216/2001, que entende o usuário enquanto protagonista do seu processo de tratamento, juntamente com sua família. Assim, a família ganha espaço garantido de atendimento às suas especificidades, enquanto necessidades e potencialidades. Outros importantes marcos da trajetória política em saúde mental (Quadro 1) surgem ao longo do tempo a fim de afirmar que a atenção à família do usuário de drogas é responsabilidade do estado e direito das pessoas (BRASIL, 2001).

Quadro 1- Marcos políticos e sociais em saúde mental no Brasil (1973-2019) (continua)

Ano/Local	Marco Político e Social	Principal contribuição
1973	LEI No 5.991, DE 17 DE DEZEMBRO DE 1973 (BRASIL, 1973)	Controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos.
1975 Brasília (DF)	Plano Integrado de Saúde Mental - PISAM (BRASIL, 1978)	Primeira política de saúde mental de caráter preventivista - visava a qualificação de médicos generalistas e auxiliares de saúde para o atendimento em nível primário (centros de saúde e unidades básicas de saúde).
1976	LEI No 6.368, DE 21 DE OUTUBRO DE 1976 (BRASIL, 1976)	Primeira lei brasileira que aborda a questão do tratamento de usuários de drogas.
1978 Rio de Janeiro (RJ)	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) (AMARANTE; NUNES, 2018)	Protagonismo e construção coletiva da crítica ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais.
1986	VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (CNS) (BRASIL, 1986)	O relatório final da VIII CNS serviu de principal referência para a configuração do sistema nacional de saúde brasileiro – Sistema Único de Saúde (SUS).
1987 Rio de Janeiro (RJ)	I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (BRASIL, 1988)	O foco das discussões estava voltado para a consolidação das propostas do movimento da reforma sanitária no campo da saúde mental, reiterando assim, a organização do sistema de saúde a partir dos princípios e diretrizes estabelecidos na VIII CNS, tendo em vista a mudança do modelo de atenção em saúde.
1987 Bauru-SP	II Congresso Nacional do MTSM (AMARANTE; NUNES, 2018)	Processo inicial de desinstitucionalização com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”.
1987-1989 São Paulo (SP), Santos (SP), São Lourenço do Sul (RS)	Construção dos primeiros NAPS (que depois viriam a ser os CAPS) (AMARANTE; NUNES, 2018)	Intervenção em um hospital psiquiátrico com repercussão nacional; implantação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) com funcionamento 24h em Santos; Criação de cooperativas e residências para os egressos do hospital psiquiátrico e associações.
1990	LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 (BRASIL, 1990a)	SUS – Traz a família como corresponsável e detentora de direitos à assistência à saúde
1990	LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990 (BRASIL, 1990b)	Estatuto da Criança e do Adolescente – dispõe dos direitos e deveres da família enquanto responsável junto ao estado pela criança e pelo adolescente
1991	PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (PACS) (BRASIL, 2000)	Criação oficial do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) pelo Ministério da Saúde. Só foi efetivamente instituído e regulamentado em 1997.
1992	PORTARIA SAS/MS Nº 224, DE 29 DE JANEIRO DE 1992 (AMARANTE; NUNES, 2018)	Traz a implementação de uma rede serviços especializados em saúde mental, trazendo à cena o atendimento à família como prática integrante da assistência em saúde mental em todos os espaços de cuidado, incluindo hospital especializado em psiquiatria.

Quadro 1- Marcos políticos e sociais em saúde mental no Brasil (1973-2019) (continua)

Ano/Local	Marco Político e Social	Principal contribuição
1994	PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: DENTRO DE CASA (BRASIL, 2010)	Criação do Programa Saúde da Família (PSF); primeiro documento oficial “Programa Saúde da Família: dentro de casa”; e criação de procedimentos vinculados ao PSF e ao PACS na tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS); a população coberta pelo PSF era em torno de 1 milhão de pessoas.
1997	PORTARIA MS/GM nº. 1886, DE 18 DE DEZEMBRO DE 1997 (BRASIL, 2010)	O PSF passa a ser considerado estratégia estruturante da organização do SUS; início da transferência dos incentivos financeiros fundo a fundo destinados ao PSF e ao PACS, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde; definição, pela primeira vez, de orçamento próprio para o PSF, estabelecido no Plano Plurianual.
1999	RESOLUÇÃO CNS Nº 298, DE 02 DE DEZEMBRO DE 1999 (AMARANTES; NUNES, 2018)	Constitui a Comissão Nacional de Saúde Mental, garantindo a representação de usuários e familiares na assessoria à formulação de políticas na área de saúde mental.
2001	LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001 (BRASIL, 2001)	Redirecionamento da assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e garante o cuidado às famílias dessas pessoas.
2001 Brasília (DF)	III Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2002a)	Consolidação da política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Confere ao CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência. Defesa da construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, além da expansão da rede de atenção comunitária com a participação efetiva de usuários e familiares.
2002	PORTARIA GM/MS Nº 816, DE 30 DE ABRIL DE 2002 (BRASIL, 2002b)	Institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas.
2002	PORTARIA GM/MS Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002 (BRASIL, 2002c)	Institui os CAPS como dispositivos estratégicos de articulação do cuidado em saúde mental no território e como principal dispositivo da desinstitucionalização, aproximando a família de maneira fundamental do tratamento da pessoa com transtorno mental.
2004	PORTARIA GM/MS Nº 2.197, DE 14 DE OUTUBRO DE 2004 (BRASIL, 2004b)	Institui a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, que prevê ações em rede de atenção integral e comunitária com o estímulo a integração social e familiar do usuário
2005	PORTARIA GM/MS Nº 1.028, DE 01 DE JULHO DE 2005 (TEIXEIRA et al, 2017)	Determina a regulação de ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência.
2005	PORTARIA GM/MS Nº 1.059, DE 04 DE JULHO DE 2005 (TEIXEIRA et al, 2017)	Destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em CAPS AD.
2006	PORTARIA Nº 648 DE 28 DE MARÇO DE 2006 (TEIXEIRA et al, 2017)	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o PACS.

Quadro 1- Marcos políticos e sociais em saúde mental no Brasil (1973-2019) (continua)

Ano/Local	Marco Político e Social	Principal contribuição
2006	PORTARIA INTERMINISTERIAL PR/MS Nº 1.055, DE 17 DE MAIO DE 2006 (TEIXEIRA et al, 2017)	Institui grupo de trabalho para viabilizar a constituição do Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental.
2006	LEI Nº 11.343, DE 23 DE AGOSTO DE 2006 (TEIXEIRA et al, 2017)	Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.
2008	PORTARIA GM/MS Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008 (TEIXEIRA et al, 2017)	Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF
2010	PORTARIA GM/MS Nº 2.843, DE 20 DE SETEMBRO DE 2010 (TEIXEIRA et al, 2017)	Cria, no âmbito do sistema único de saúde - SUS, os núcleos de apoio à saúde da família - modalidade 3 - NASF3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas.
2011	PORTARIA GM/MS Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011 (BRASIL, 2011a)	Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
2011	PORTARIA GM/MS Nº 3.089, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011 (AMARANTES; NUNES, 2018)	Dispõe, no âmbito da RAPS, sobre o financiamento dos CAPS.
2011	PORTARIA GM/MS Nº 3.090, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011 (AMARANTES; NUNES, 2018)	Dispõe, no âmbito da RAPS, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).
2011	PORTARIA GM/MS Nº 122, DE 25 DE JANEIRO DE 2011 (AMARANTES; NUNES, 2018)	Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua
2011	PROGRAMA “CRACK, É POSSÍVEL VENCER” (MEIRELLES, 2018)	Eixos do Programa: atenção e cuidado em saúde para os usuários, prevenção ao uso e enfrentamento ao tráfico de drogas.
2012	PORTARIA GM/MS Nº 121, DE 25 DE JANEIRO DE 2012 (BRASIL, 2012a)	Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da RAPS.

Quadro 1- Marcos políticos e sociais em saúde mental no Brasil (1973-2019) (conclusão)

Ano/Local	Marco Político e Social	Principal contribuição
2012	PORTARIA GM/MS Nº 1.306, DE 27 DE JUNHO DE 2012 (BRASIL, 2012b)	Institui o Comitê de Mobilização Social para a Rede de Atenção Psicossocial.
2014	SENAD e FIOCRUZ (BASTOS; BERTONI, 2014)	Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são e quantos são os usuários de crack e/ou similares no Brasil?
2017	PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 2, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017 (BRASIL, 2017a)	Institui o Comitê Gestor Interministerial O Comitê priorizará as ações de cuidado e reinserção social, com foco no acolhimento residencial transitório de pessoas usuários de drogas, as quais serão realizadas por pessoas jurídicas, sem fins lucrativos, dentre elas as comunidades terapêuticas.
2017	PORTARIA GM/MS Nº 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017 (BRASIL, 2017b)	Tem como principal alteração a implantação de CAPS AD IV.
2019	PORTARIA Nº 563, DE 19 DE MARÇO DE 2019 (BRASIL, 2019a)	Credenciamento de Comunidades Terapêuticas em parceria com a União.
2019	NOTA TÉCNICA Nº 11/2019 (BRASIL, 2019b)	Inclusão do hospital psiquiátrico, do ambulatório especializado em saúde mental e do hospital-dia na composição da RAPS. Maior incentivo financeiro às Comunidades Terapêuticas e implementação do CAPS AD IV. Aumento do financiamento de eletroconvulsoterapia como tecnologia de cuidado em saúde mental. Abstinência como única possibilidade de tratamento.
2019	DECRETO 9.926/2019 (BRASIL, 2019c)	Exclui vagas ocupadas por especialistas e sociedade civil da composição do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD).
2019	LEI 13.840/2019 (BRASIL, 2019d)	Altera 13 leis e decretos para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas.

No Brasil, em detrimento de um grande período histórico de negligência, os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas começam a ser abordados pelo Estado no início do século XX. Contudo, essa abordagem é desenvolvida predominantemente no campo da justiça e da segurança pública, considerando o uso de drogas como um ato criminoso e moralmente incorreto. Embasados nesta concepção e abordagem proibicionista, a partir de um posicionamento político de “guerra às drogas”, o Estado assume como lógica de cuidado a abstinência de drogas ilícitas, e através de leis e decretos criados ao longo do século XX, o Brasil busca controlar o uso de drogas através da proibição e criminalização do uso e do comércio (RONZANI et al, 2015).

Já na década de 70, a legislação brasileira passa a ser influenciada também pelo discurso psiquiátrico de controle do usuário de drogas, colocando-o no lugar não só de criminoso, mas agora também de doente, reforçando assim o lugar de exclusão ao qual o usuário de drogas segue ocupando até então. Assim, em 1976, com a primeira lei brasileira (Lei n. 6.368) que dispõe de medidas de prevenção e repressão do tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes que determinem dependência física ou psíquica, os hospitais psiquiátricos passam a ser o lugar de referência para a “recuperação” (e não somente o cenário prisional), no qual o que prevalecia era o discurso de reabilitação deste usuário, não lhe garantindo exclusivamente o direito ao tratamento em saúde, mas primordialmente a salvação do crime (RONZANI et al, 2015).

Já de meados ao final da década de 70 e década de 80 começa a se construir, com a participação da sociedade, um olhar voltado para o cuidado em liberdade, problematizando o foco na doença e na droga e valorizando o foco na pessoa. Em 1975, foi criado o PISAM, primeira política de saúde mental inspirada em experiências como a do Centro Médico Social São José do Murialdo, criado em 1971 em Porto Alegre/ RS, momento no qual a psiquiatria preventiva (comunitária) chega ao Brasil. Essa e outras experiências tinham como práticas a prevenção e o tratamento em saúde mental e psiquiatria comunitária, e contavam com a participação da população na construção das estratégias de cuidado (CAMATTA, 2010).

O período da década de 1980 trouxe grandes movimentos no cenário político da sociedade brasileira, por ter sido marcado por importantes lutas sociais, iniciando a construção com forte participação popular do sistema nacional de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS). A partir deste momento o uso de drogas e os problemas decorrentes dele ganham maior visibilidade e força política, levando a construção de uma malha de serviços para os usuários de drogas, mesmo que inicial. Foi nesse período que ocorreram a

VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986 e a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) em 1987. Ambas tiveram um papel fundamental na consolidação das políticas de saúde mental.

A I CNSM recomendou a revisão do modelo assistencial vigente, que tinha a centralidade no hospital psiquiátrico, propondo um novo modelo que trouxesse o enfoque no cuidado não hospitalocêntrico, com a atuação de equipes multiprofissionais, a fim de desconstruir com o cuidado hegemônico e medicalizante, propondo estratégias de desospitalização e cuidado no território (BRASIL, 1988).

E então, na década de 90, a partir da Reforma Sanitária e consolidação do SUS é que a família passa a ter os holofotes do cuidado voltados a ela, tendo seus direitos e deveres evidenciados através da Lei Orgânica 8.080 e do Estatuto da Criança e do Adolescente, colocando a família como corresponsável pela sua saúde. Neste período então, a família passa a fazer parte da agenda política do país, através da construção dos Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 1990a; 1990b; 2010).

Os serviços de saúde implementados pelas políticas públicas passaram a ancorar-se no atendimento à família. Essa começa a ser provocada quanto a sua função socializadora, esperando-se dela uma atuação corresponsável (CAVALCANTI et al, 2013). O PSF tem como estratégia de atendimento a família em seu território, propondo ações que compreendam o domicílio e a comunidade como espaços legítimos para diagnosticar e atender as necessidades de atenção, favorecendo as redes de apoio social. Desenvolve, assim, ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua, buscando melhorar a qualidade de vida da comunidade (BRASIL, 2010).

A partir de 1992, a família da pessoa com transtornos mentais chega à cena, através da instituição de uma rede de serviços especializados que preconiza o atendimento a essas famílias, assim como sua participação efetiva no cuidado ao usuário dos serviços de saúde mental e na construção de políticas públicas. Em 2001, a partir da III Conferência Nacional de Saúde, a Lei da Reforma Psiquiátrica 10.216 marca a reestruturação do cuidado em saúde mental para usuários de álcool e outras drogas, tendo no CAPS, como serviço territorializado e próximo à comunidade, um instrumento estratégico de articulação do cuidado e de aproximação da família nos cenários terapêuticos (BRASIL, 2001; 2002a).

De 2002 a 2010, uma série de portarias voltadas à construção de um cuidado aos usuários de drogas buscam consolidar a atenção às famílias destes usuários, bem como seu papel fundamental no processo de cuidado. Listamos desde a implementação do Programa

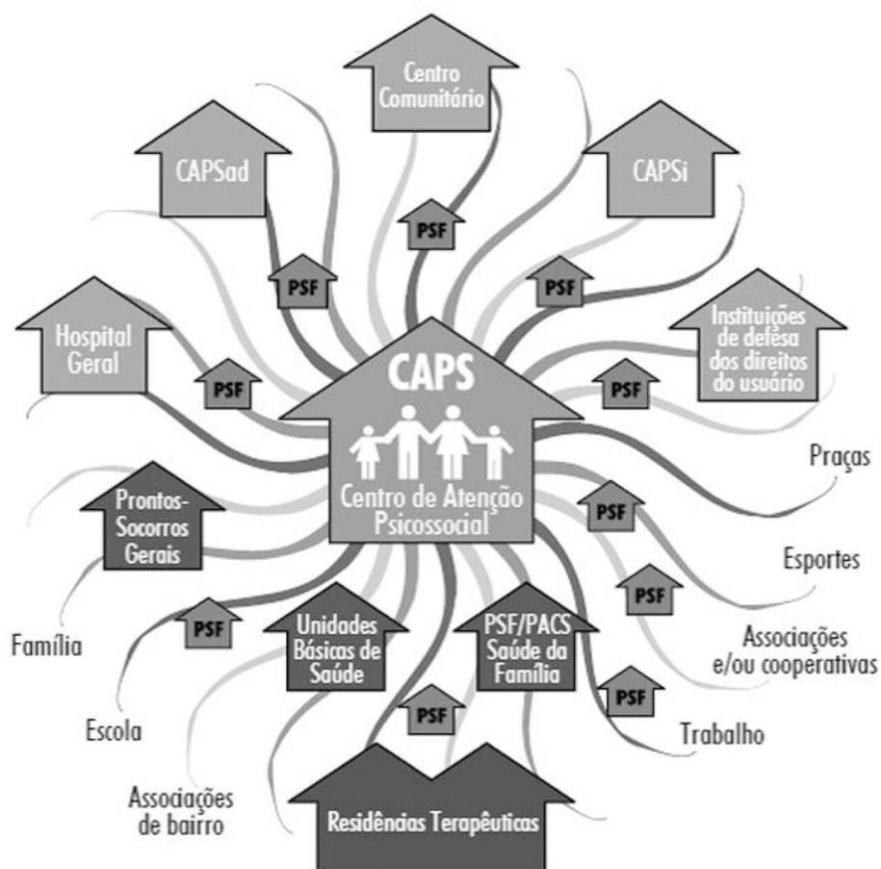
Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, passando pela instituição dos CAPS como serviços substitutivos, marcando o processo de desinstitucionalização; a pactuação da política de redução de danos, que garante o direito a todos os usuários de receber tratamento de acordo com seu desejo; a criação do Sisnad e NASFs, em especial do NASF3, destinado ao cuidado integral ao usuário de drogas, compreendendo este dentro do seu contexto social, familiar e territorial.

Tais avanços reafirmaram o compromisso do estado em construir um cuidado que compreende a complexidade do sujeito, inserido em uma história de vida e um contexto social, com relações de afeto e apoio, as quais constituem a verdadeira potencialidade de produção de vida e saúde mental; negando, assim, o modelo manicomial, de isolar, segregar e excluir como possibilidade de cuidado.

Nos anos de 2011 e 2012, uma série de portarias são implementadas foram consolidando a construção efetiva da rede de serviços para usuários de álcool e outras drogas, além da implementação do programa “Crack, é possível vencer”. Com a criação dos CAPS, SRTs, Equipes de Consultório na Rua e Unidade de Acolhimento (UA), através das respectivas portarias, se institui a RAPS. Esta rede é entendida como a articulação de todos os pontos de atenção à saúde, contemplando os serviços da atenção básica - ESF e Unidade Básica de Saúde -; os serviços especializados de saúde mental - CAPS e UA -; a atenção hospitalar - leitos psiquiátricos em hospital geral e os leitos ainda restantes em hospitais psiquiátricos -; os serviços de urgência - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e emergências e pronto-socorro -; e as estratégias de desinstitucionalização - SRTs - e reabilitação psicossocial - cooperativas sociais e oficinas de trabalho e geração de renda (BRASIL, 2011a; 2011b; AMARANTES; NUNES, 2018).

A rede de atenção ao usuário de álcool e outras drogas entende o CAPS AD como principal dispositivo de articulação do cuidado, por estar inserido no território, próximo à comunidade e à família do usuário, podendo construir um cuidado atento aos vínculos sociais e potencialidades da rede de apoio e comunidade. A figura 1 representa a rede de atenção à saúde mental à época, segundo o Ministério da Saúde (2004a). Esta figura, mais tarde, foi revisada, passando a entender a centralidade do cuidado no usuário, estando este no centro e orbitado pelos dispositivos da RAPS, configurando um ir e vir entre os serviços.

Figura 1- Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)



Fonte: Brasil, Ministério da Saúde (2004a)

Em 2014, dados da Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack, liderada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em parceria com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), evidenciaram o cenário real do crack e seus derivados no Brasil. A pesquisa revelou que são as vulnerabilidades sociais que marcam o usuário, que apresenta em sua maioria um perfil de baixa escolaridade, sendo adultos jovens negros ou pardos. Desses jovens com baixa escolaridade, muitos deles têm um precário suporte familiar, e acabam entrando na vida adulta em absoluta desvantagem na disputa por trabalho, renda e um lugar social. A pesquisa também aponta para uma oferta de serviços de saúde insuficiente, sugerindo, dentre os objetivos prioritários das políticas públicas de cuidado a estas pessoas, ações de apoio às famílias vulneráveis socialmente (renda e apoio psicossocial) como estratégias para o enfrentamento da questão, evidenciando que o uso do crack no Brasil é, atualmente, um problema social (BASTOS; BERTONI, 2014).

A partir de 2017, mudanças significativas nas políticas até então vigentes foram efetivadas, gerando um movimento de retrocesso nas construções alcançadas, ainda que

timidamente, pelo movimento popular. O Estado passa a operar de forma mais dura, pautando as mudanças das políticas públicas a partir do método da exclusão, do cuidado hegemônico e fragmentado em especialidades de saúde, desvalorizando o contexto social e, na lógica hospitalocêntrica e manicomial, com o agravo da privatização dos serviços públicos.

O incentivo prioritário às Comunidades Terapêuticas, tanto ideológico quanto financeiro, traz de volta à cena a abstinência como imposição de tratamento, legitimando a intervenção na liberdade de ação do sujeito, o privando do direito de escolha sobre si. Deposita o usuário de drogas em ambientes geralmente comandados por instituições religiosas, que além de impor a sua doutrina, ainda afasta da família e exclui da sociedade, com a pretensão de dizer que se propõe à reinserção social deste usuário.

Ainda em 2017, o governo insere na RAPS um novo dispositivo, o CAPS AD IV. Sua implantação deve ser planejada junto a cenas de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de Estado, de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população. O primeiro CAPS AD IV do Brasil foi inaugurado no primeiro trimestre de 2019, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, a partir de uma parceria público-privada entre uma instituição hospitalar e o município.

Também em 2019, sem nenhuma discussão junto ao movimento de controle social, as Comunidades Terapêuticas passam a compor a RAPS, a partir da Portaria n. 563 de março de 2019. Uma questão crucial surge em relação à natureza das comunidades terapêuticas, com o veto ao trecho que define que não são equipamentos de saúde (BRASIL, 2019a). Mas se não são equipamentos de saúde, como serão reconhecidos como espaços de tratamento? Serão regidas pelas regulações da área de saúde ou não? Receberão ou não recursos públicos do SUS? Serão ou não fiscalizadas e acompanhadas pelos Conselhos de Saúde? A confusão continua enquanto os recursos públicos aumentam.

Com a entrada do governo Bolsonaro, a consolidação dessas mudanças ocorre de forma abrupta e apressada, sem a participação popular e, inclusive, excluindo a sociedade civil de conselhos políticos como o CONAD, criado em 2006 no governo Lula. Através do decreto 9.926 de Julho de 2019, o presidente Jair Bolsonaro enfraquece o CONAD ao excluir a participação de especialistas de diversas áreas e com grande acúmulo sobre o tema, deixando o governo com 85% das cadeiras. Até o presente decreto, o CONAD contava com 31 membros, sendo 17 do governo (ministros ou autoridades indicadas) e 14 membros da sociedade. Com a mudança, perdem assento o Conselho Nacional de Educação, a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a União Nacional dos Estudantes (UNE), a Sociedade Brasileira

para o Progresso da Ciência (SBPC) e os conselhos federais de Medicina, Psicologia, Serviço Social e Enfermagem (BRASIL, 2019d).

A Lei nº 13.840, de 2019, com a retirada da menção à redução de danos em seu texto, traz como principal estratégia a abstinência. E, para garantir isso, busca flexibilizar, facilitar e favorecer a indústria privada de leitos de internação e de práticas como eletroconvulsoterapia. E como mudança coloca que as políticas públicas devem operar com foco na internação involuntária, aumentando o financiamento e até mesmo flexibilizando-a de forma que qualquer profissional da saúde possa encaminhá-la sem sequer necessitar da autorização da família (BRASIL, 2019c).

Investir no aumento de leitos psiquiátricos pode parecer a estratégia mais fácil, pois a internação aparentemente é mais resolutiva para a família. Mas é uma lógica de cuidado imediatista e pontual, que assiste o usuário e sua família em um recorte de tempo, ignorando a longitudinalidade da questão, além de ser uma prática que impossibilita o exercício do protagonismo e da autonomia do usuário e da sua família.

Esses direcionamentos na nova política demonstram que o caminho seguido é de retrocesso, com o retorno do modelo manicomial, consolidando a indústria de leitos privados de internação e com nenhuma participação ou controle social. Assim, o cumprimento de leis e políticas públicas fica à mercê das opiniões e agendas de cada governo. O sistema precisa ser mais estável, com políticas de Estado não atreladas a mudanças de governo.

2.1 AINDA SOBRE RECONHECER O TERRENO: A FAMÍLIA DO USUÁRIO DE DROGAS

Para compreender a família e pensar seu cuidado, deve-se considerar que não se trata de um modelo único e estático, mas sim de diversos modelos, que se organizam sob formas e lógicas diferentes, respeitando o movimento e a diversidade de cada grupo familiar e reconhecendo-as como grupo social unido por diferentes tipos de vínculos, como “*de consaguinidade, afinidade e/ou solidariedade*” (VELOSO, 2017, p. 176). Sendo este grupo social identificado como família, quando assim o for reconhecido pela pessoa que o refere: família é quem o sujeito reconhece como família.

Assim, assume-se que definir família não é tarefa fácil, podendo-se dizer que não existe “a família”, mas sim diversas possibilidades de combinações familiares construídas de forma histórica e social (MOURA; BOARINI, 2012). A tríade ‘pai, mãe e filhos’ pode servir de exemplo de configuração familiar, tanto quanto um grupo formado por toda “parentada”. E

esta configuração familiar vai apoiar-se em aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais, transitando e movimentando-se ao longo do tempo e da história. Como citado por Moura e Boarini (2012), Lewis Morgan (1877) descreveu a família como “*Um princípio ativo. Nunca permanece estacionária*”. Isso nos diz que “*toda forma de organização familiar é transitória e histórica, tornando-se expressão da sociedade da qual faz parte*” (MOURA; BOARINI, 2012, pg. 218).

Em tempos de fragilidade das políticas públicas voltadas às minorias, deve-se olhar criticamente para o impacto no cuidado ao compreender a complexidade de conceitos como “família”.

(...) a vivência do paradoxo entre a família idealizada, “normal”, percebida ideologicamente como a família nuclear, heterossexual, monogâmica e patriarcal, e a família efetivamente vivida, desqualificada como “desestruturada” ou “irregular” desfaz, na essência, qualquer tentativa de valorização das famílias das classes populares (VELOSO, 2017, p. 176).

A dinâmica das relações familiares vai dar o tom de como o uso ou abuso de substâncias vai ser vivenciado em determinada família. Neste sentido, a droga não pode ser estudada sem pensar o contexto social e familiar dos sujeitos (GUIMARÃES et al, 2009).

As drogas podem ser entendidas como produtos ou substâncias capazes de causar dependência. Seu consumo e sua problemática estão relacionados a diferentes aspectos – como questões políticas, econômicas, sociais e culturais – caracterizando uma questão de saúde pública (PEREIRA et al, 2016). Tais aspectos condicionam diferentes reações ao uso de drogas por parte dos usuários, de acordo com seu contexto social.

A ideia de que a dependência química é uma patologia coloca o usuário de drogas como doente mental, e traz ênfase mais à substância psicoativa do que à relação que o sujeito estabelece com a droga, em variados contextos e relações com família, amigos e comunidade num determinado cenário sociocultural (SCHENKER; MINAYO, 2003). Basaglia, o maior representante da influência italiana no modelo de reforma psiquiátrica brasileira, considerava que, para estudar as doenças mentais, a psiquiatria havia colocado o homem entre parênteses. E então, propunha ele que colocássemos a doença entre parênteses, para que assim fosse possível conhecer e tratar sujeitos que vivenciam o sofrimento (AMARANTE, 1995).

Assim se ilustra a dimensão complexa deste fenômeno que pode colocar o consumo de drogas como um fator importante para a desorganização familiar, individual e social do sujeito (PEREIRA et al., 2016; MARTINS, 2007). Ainda assim, há que se pensar que, a depender das crenças e valores de cada família, o uso de drogas pode ser entendido como um

hábito que não acarreta problemas para aqueles que usam dentro da dinâmica familiar – seus rituais, costumes e ritos.

E por compreender o uso de drogas como um fenômeno social, e não individual, é que o modelo de atenção psicossocial trabalha com a importância da inserção da família no acompanhamento e cuidado do sujeito (COSTA-ROSA, 2000). A família que enfrenta dificuldades pode favorecer o uso de drogas, e ao mesmo tempo pode servir de proteção, instigando a prevenção desde o princípio das relações do indivíduo com a sociedade (PRIETO-MONTOYA et al., 2016).

Pesquisas descritas por Hoffmann e Cerbone (2002) mostram que as dificuldades relacionadas ao uso de drogas apresentadas por adolescentes estão associadas à baixa autoestima, sintomas depressivos, eventos de vida estressantes, baixa coesão familiar e ligação com amigos que consomem drogas. Logo, entende-se o uso e abuso de drogas como um comportamento de complexidade multifatorial, inserido em um cenário singular para cada sujeito; devendo, portanto, ser compreendido como um funcionamento causador de sofrimento psíquico que se dá dentro de um contexto e processo relacional entre sujeito e substância, não havendo um fator único determinante para o uso.

Existem fatores que contribuem, em maior ou menor grau, para a probabilidade deste uso, aumentando o risco. Por outro lado, determinados fatores podem se apresentar como protetores, minimizando a probabilidade do uso de drogas (BRASIL, 2006a).

Como principais fatores de risco para o uso e abuso álcool e outras drogas, a literatura mostra as seguintes situações: o uso de drogas entre os pais, a desestrutura familiar, a violência doméstica, a não adesão à escola, a necessidade de pertencimento a um grupo social. (BERNARDY; OLIVEIRA, 2010; PEREIRA et al., 2016; LAZARI et al., 2017; FELIPE; MOREIRA; FAVA, 2017). A família aparece em lugar de destaque na literatura, enquanto fator de risco para o uso de drogas. Alvarez (2007) traz que a falta de apoio e os conflitos com a família são fatores que podem favorecer a recaída de alcoolistas.

Além destes fatores, Silva e Micheli (2017) listam as seguintes questões familiares que podem ser consideradas de risco para o uso de drogas: a) Fragilidade e/ou ausência de vínculos que unem pais e filhos; b) Vínculo paterno prejudicado; c) Práticas disciplinares inconsistentes ou coercitiva; d) Excessiva permissividade; e) Dificuldades para estabelecer limites; f) Superproteção; g) Educação autoritária associada a pouco zelo e pouca afetividade nas relações; h) Permissividade do uso de drogas pelos pais.

Já entre os fatores de proteção para uso de drogas, a literatura aponta para os vínculos afetivos e familiares e redes de apoio fortalecidos como influenciadores no não uso de substâncias (BERNARDY; OLIVEIRA, 2010; LAVALL, OLSCHOW, KANTORSKI, 2009; LAZARI et al., 2017; SOUZA; KANTORSKI; MIELKE, 2006). A família ainda aparece como fonte de motivação para a mudança de comportamento (ALVAREZ et al, 2012); como ferramenta de enfrentamento para situações de risco (GABATZ et al, 2013) e como estímulo para modificar estilo de vida (CRAUSS; ABAID, 2012). Ainda se destaca que o estabelecimento de regras e normas mais claras para os comportamentos sociais, incluindo o uso de drogas, por parte das famílias, cumpre um importante papel de proteção neste contexto (SILVA; MICHELI, 2017).

Os autores Borba, Schwartz e Kantorski (2008) falam da potência da família enquanto fator protetivo ao colocá-la enquanto um sistema informal de cuidado, zelo, preocupação e presença que, ao perceber problemas de saúde em um dos integrantes da família, se consolida em uma sólida rede de apoio. Esse sentimento de cuidado está vinculado ao sentimento de pertencimento à família, e estudos trouxeram que adolescentes que falam de uma menor percepção de cuidado apresentam maior chance de usar de modo mais frequente álcool e maconha (SILVA; MICHELI, 2017).

É possível perceber o quanto o papel da família circula neste lugar de potência de cuidado e influência na trajetória de uso de drogas do sujeito. Do mesmo modo, o uso de drogas a afeta. A família é considerada o primeiro sistema a ser afetado de alguma forma pelo uso de drogas, o que fragiliza as relações e leva a diversos efeitos na saúde dos familiares envolvidos (ORTH; MORÉ, 2008).

Desde a década de 1990, estudos já sugerem que o uso de álcool afeta diretamente a vida das pessoas à volta do usuário (KRESTAN; BEPKO, 1995). O que também se confirma na atualidade, em estudos que destacam que os filhos de pais usuários de drogas vivenciam um processo complexo de dor e sofrimento (FELIPE; MOREIRA; FAVA, 2017) e que, quanto maior o grau de parentesco, maior o impacto vivenciado pelo familiar, sendo estes os que mais se envolvem no cuidado (LARANJEIRA, 2014).

O uso de drogas leva ao sofrimento da família, gerando sentimentos de culpa, insegurança, vergonha, angústia, medo, e até agravamento de problemas de saúde ou surgimento de questões físicas ou psicológicas - como cansaço, cefaleia, insônia ou ansiedade (PINHEIRO; MARAFANTI; DIEHL, 2017). Além de questões sociais - como os dias que deixou de cuidar de si ou fazer alguma atividade de lazer para cuidar do familiar usuário - e

econômicas - gastos com hospital e medicação, aliado às faltas no trabalho, menor produtividade ou perda de emprego (PINHEIRO; MARAFANTI; DIEHL, 2017). E assim, o familiar de referência para o cuidado do usuário de drogas relata que se sente sobrecarregado, percebendo a falta de apoio dos demais membros (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008).

No entanto, existe uma tendência dos familiares se aproximarem depois que o problema do uso de drogas está instaurado, podendo não se enxergar e também não atuar como fator preventivo à aproximação com as drogas (PEREIRA et al, 2016). Os sentimentos de vergonha, cansaço e frustração podem levar a um distanciamento da rede de suporte social (MELMAN, 2006).

A sociedade entende o uso de drogas como um comportamento marginalizado e associado à falta de caráter. A família estigmatizada é vítima de preconceito, contribuindo para o afastamento social e para a demora em buscar ajuda (ALVAREZ et al, 2012).

As intervenções voltadas a essas famílias devem buscar minimizar esse fardo e os custos, para que elas possam, de forma efetiva, atuar como fatores de proteção e auxiliar no processo de tratamento de forma conjunta (PINHEIRO; MARAFANTI; DIEHL, 2017). Ou seja, é preciso atuar para diminuir a sobrecarga e trabalhar as potencialidades da família cuidadora.

Nesse ponto destaca-se o papel da mulher enquanto familiar mais presente no tratamento de usuários de drogas (LARANJEIRA, 2014; PAYA; FIGLIE, 2010). É socialmente atribuída à figura feminina a tarefa de cuidadora de seus familiares adoecidos sejam eles homens ou também mulheres, até mesmo quando estas cuidadoras também se encontram em processo de adoecimento (SANTOS, 2009). Logo, quando se pensa o cuidado da família, não há como deslocá-lo da variável de gênero.

Para tanto, a função terapêutica do suporte a estas famílias está em acolhê-la em sua complexidade em um contexto de inclusão, considerando o meio social em que o indivíduo está inserido (CAMATTA; SCHNEIDER; 2009). No qual, todas as vozes possam ser ouvidas, ampliando as possibilidades de novas narrativas acerca do familiar usuário de drogas e não só dos problemas vivenciados, mas também das necessidades e recursos da família.

É preciso que as equipes de saúde se apropriem da influência dos vínculos familiares – os rompidos e os fortalecidos – no estado de saúde do sujeito. E é preciso ainda, abandonar duas ideias: a da família tradicional brasileira como único modelo concebível de estrutura

familiar e a ideia de família desestruturada. O que interessa é (re)conhecer como a família está estruturada e oferecer um cuidado, acima de tudo, não moral.

Os CAPS, em especial os CAPS AD, se constituem serviços de referência para o cuidado ao familiar do usuário de drogas, devendo ofertar o acolhimento às demandas desses familiares, em espaços individuais ou em grupo (BRASIL, 2004a). Porém o maior desafio está posto em “romper com a lógica de instituições totalitárias, reconhecendo em sua atuação no território o conceito de incompletude institucional” (VELOSO, 2017, pg. 180).

E essa é uma atribuição da rede de serviços como um todo, cujos profissionais devem identificar e articular os recursos dos respectivos serviços para a concretização do cuidado, garantindo que as famílias não fiquem desassistidas, mas estabeleçam vínculo com essa rede, participando do seu próprio processo de cuidado, favorecendo a autonomia e o protagonismo no enfrentamento de questões de seus processos de vida.

Uma extensa variedade de cuidados tem sido apresentada pela literatura como estratégia de grande impacto positivo na vida das famílias e do usuário, melhorando o ambiente familiar, reduzindo recaídas e aliviando a sobrecarga desses familiares (PINHEIRO; MARAFANTI; DIEHL, 2017). A seguir, apresenta-se um quadro (Quadro 2) com as possibilidades de cuidado formais encontradas na literatura voltadas aos familiares em diferentes cenários terapêuticos e suas principais potencialidades.

Quadro 2 – Possibilidades de cuidado e suas principais potencialidades

PRÁTICA DE CUIDADO / CENÁRIO TERAPÊUTICO	PRINCIPAIS POTENCIALIDADES	FONTES
Terapia familiar	Foco nas questões familiares de forma singular; aumento da adesão ao tratamento por parte do familiar usuário; melhora do manejo das situações de crise por parte da família; aumento da coesão familiar e capacidade de resolução de conflitos; diminuição da comunicação violenta, do estresse, ansiedade, tristeza e raiva dentro da família; instaura esperança e mudança de comportamento familiar.	ZANELATTO, 2017
Grupos Terapêuticos: Familiar. Multifamiliar (família e usuário), Grupos de pares (pais, mães, filhos, mulheres cuidadoras)	Possibilidade de reconhecer em si o que estava reprimido e é despertado pelos demais; grupo como continente, apoio; os próprios participantes do grupo se tornam também agentes terapêuticos a partir da troca de experiências, vivências e estratégias utilizadas para lidar com o problema; oportunidade de transformar e ressignificar experiências; estímulo dos sentimentos de esperança e coletividade; maior consciência sobre seu comportamento e desenvolvimento de habilidades de comunicação mais assertiva; aumento e fortalecimento da rede de apoio do familiar.	LINS, 2017
Internação	Aumento da aceitação do tratamento por parte da família e do usuário; redução significativa do estresse familiar e do usuário; redução da reincidência; diminui o tempo de internação; adesão do usuário ao tratamento; promoção do autoconhecimento em diferentes fases do problema de uso de drogas; qualifica a análise do contexto familiar e social do usuário de drogas internado.	PAYÁ; SACCANI, 2017
Emergência Psiquiátrica	Foco é o estresse situacional; suporte como meio de reduzir a vulnerabilidade da família; diminuição da exposição a riscos; muitas vezes é a porta de entrada do familiar na rede de serviços, sendo momento fundamental para conscientização da corresponsabilidade familiar na questão do uso de drogas; intervenção breve através do acolhimento e escuta efetiva, seguida de orientação objetiva.	PAYÁ; SACCANI, 2017
Ações psicoeducativas	Aumento da autonomia e maior compreensão da questão-problema, levando a mudanças mais concretas e efetivas de comportamento e das relações familiares; possibilidade de reflexão sobre possíveis mudanças de hábito e estratégias para minimizar situações de risco, evitando recaídas.	MILAGRES et al, 2017
Visita domiciliar	Maior aproximação com a realidade e contexto familiar, contribuindo para a identificação de fatores de risco e proteção; maior vínculo terapêutico, proporcionando maior confiança e adesão ao tratamento indicado; escuta qualificada; estratégia de baixo custo; <i>setting</i> terapêutico que diminui a barreira hierárquica terapeuta-paciente, por se colocar mais próximo ao contexto da pessoa.	MILAGRES et al, 2017
Grupos de auto ajuda: Al-Anon., Nar-Anon, Amor-exigente, Codependentes anônimos	Trabalha a corresponsabilidade; transmissão de força, acolhimento, esperança, autoentendimento; rede de solidariedade; troca de experiências e compartilhamento de problemas em comum e possíveis soluções.	SANT'ANNA, 2017

Estudos trazem que as famílias entendem como grande potencial de ajuda, os espaços de grupos de apoio e ajuda mútua. Essa ajuda, segundo as famílias se dá através do compartilhamento de estratégias de enfrentamento do problema, além da criação de laços afetivos a partir do encontro com pessoas que compartilham experiências semelhantes (ALVAREZ et al, 2012; SOUZA et al, 2011; OLIVEIRA, 2006). Familiares referem que sem o apoio desses espaços não conseguiriam enfrentar os problemas e dificuldades do uso de drogas na sua família (SOUZA et al, 2011). Ainda assim, alguns familiares não comparecem aos grupos por entender que sua demanda já é suficientemente assistida pela sua rede de apoio própria (família e amigos). Além destas questões, os familiares trazem como motivo para não frequentar tais espaços de grupo a falta de tempo e o desconforto em estar nesses espaços (MATOS, 2016).

As intervenções no grupo familiar ou na rede social do usuário de drogas contribui para a adesão ao tratamento, apresentando um impacto positivo maior nas famílias e na vida dos usuários se comparada a intervenções individuais (PAYA; FIGLIE, 2010). Apesar da efetividade bem documentada de diversas abordagens terapêuticas voltadas à família de pessoas usuárias de drogas, apenas 10% das famílias recebem este apoio, segundo estudos australianos apresentados por Payá e Figlie (2010). Aqui no Brasil, essas intervenções também não são amplamente utilizadas nem devidamente oferecidas pelos serviços de saúde público e planos de saúde (PINHEIRO; MARAFANTI; DIEHL, 2017).

O movimento pelo território surge como uma forma de operacionalizar este cuidado, tornando a itinerância uma potência capaz de transformar o território numa oficina de criação de vida para essas famílias. Os autores Franco e Merhy (2007) trazem que a ênfase no território tende a produzir vínculo e responsabilização, considerando que a inclinação para a centralidade na família desloca a ideia de um cuidado voltado a um “indivíduo orgânico” para um “sujeito coletivo”.

Nas políticas de Saúde Mental, a tomada de responsabilidade pelo território opera como uma tecnologia de gestão e de organização dos processos de trabalho. Os CAPS tem como função criar e articular um modelo de atenção territorial ao promover o “*progressivo deslocamento do centro do cuidado para fora do hospital, em direção à comunidade*” (BRASIL, 2004a, pg. 25). Assim, busca-se romper com a expectativa cristalizada da sociedade de que a internação hospitalar é a única forma de responder às demandas de saúde mental, pensando um cuidado que fortalece os vínculos familiares a partir dos recursos já existentes no contexto de cada uma dessas famílias.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender as trajetórias de cuidado percorridas por familiares de usuários de drogas sob a perspectiva do referencial teórico de Setores de Assistência à Saúde de Helmann.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os recursos de cuidado utilizados por familiares de usuários de drogas na rede de assistência e em suas respectivas redes de apoio;
- Compreender o que influencia esses familiares na busca por determinados recursos de cuidado;
- Identificar as facilidades e dificuldades encontradas pelos familiares ao longo de suas respectivas trajetórias de cuidado;
- Conhecer as demandas de assistência dos familiares.

4 OS SETORES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: REFERENCIAL TEÓRICO DE HELMAN

Nas diversas sociedades, as pessoas podem recorrer a inúmeras formas de ajuda. E quanto maior e mais complexa for a sociedade, maior será a disponibilidade de ofertas de ajuda, sendo as sociedades urbanas, orientais ou ocidentais, aquelas com maior probabilidade de dispor da pluralidade de serviços de saúde (HELMAN, 2009).

Porém, apenas será possível usufruir de tais serviços desde que a pessoa tenha condições de pagar por eles, de acessá-los, de conhecê-los e até mesmo de reconhecê-los como possibilidade de cuidado, e isso irá depender do contexto sociocultural em que a pessoa se encontra inserida (HELMAN, 2009).

Ramos (2005) escolhe trabalhar com a ideia de acesso enquanto possibilidade de o usuário conseguir chegar a algum serviço de saúde, que seja próximo à sua casa e que ofereça um atendimento capaz de atender suas necessidades até que esteja satisfeito; ou que, então, possa ao menos referenciar adequadamente o atendimento a outro serviço de saúde, garantindo a resolutividade do problema sem que seja necessário longo tempo de espera. Para a pessoa adoecida, o que importa é a efetividade de determinada prática terapêutica no alívio do sofrimento para que possa, assim, legitimá-la.

Sendo assim, pode-se considerar que a disponibilidade (ou a indisponibilidade) de serviços (privados ou públicos) na rede de saúde de uma determinada sociedade pode refletir na busca por outras formas de cuidado na trajetória das pessoas. Então quais são as possibilidades de assistência à saúde? Como compreendê-las em meio à complexidade?

A assistência à saúde de uma dada sociedade está interligada a diversos outros aspectos desta mesma sociedade, como o seu sistema social, político, religioso e econômico, compartilhando a mesma visão de mundo (HELMAN, 2009). Sendo assim, ao estudar o pluralismo na assistência à saúde em qualquer sociedade, não se pode ignorar os aspectos supracitados.

Geralmente, cada sociedade apresenta um modelo de cuidado principal, acima de outras formas de cuidado, incluindo ainda sistemas menores, alternativos e secundários, como as práticas de medicina tradicional chinesa no ocidente. Entretanto, estes sistemas alternativos são reconhecidos como subculturas de assistência à saúde (HELMAN, 2009). Por sua vez, Kleinman (1987) traz uma crítica quanto à valorização desse modelo de cuidado principal, no qual são tidas como essenciais apenas as questões biomédicas do indivíduo, tratando como

secundárias as demais possibilidades de cuidado, onde fatores sociais e culturais não são tratados como acessórios, sendo tão valorizados quanto os fatores biomédicos.

Assim, debruçando-se no referencial teórico de Helman (2009), busca-se apresentar a seguir a variedade de possibilidades de assistência à saúde disponíveis nessas sociedades e compreender como e por que determinadas escolhas são feitas entre as diversas opções. Helman (2009) estratifica as possibilidades terapêuticas em três grandes setores sobrepostos e interconectados da assistência à saúde: o setor informal, o setor popular (folk) e o setor profissional, apresentados a seguir.

O setor informal corresponde a maior porcentagem de busca por assistência à saúde, tanto em sociedades ocidentais como orientais, abrangendo o campo de atuação leigo, não-profissional e não-especializado. Aqui incluem-se todas as opções terapêuticas que não são remuneradas e excluindo-se todo acesso a medicina formal (HELMAN, 2009).

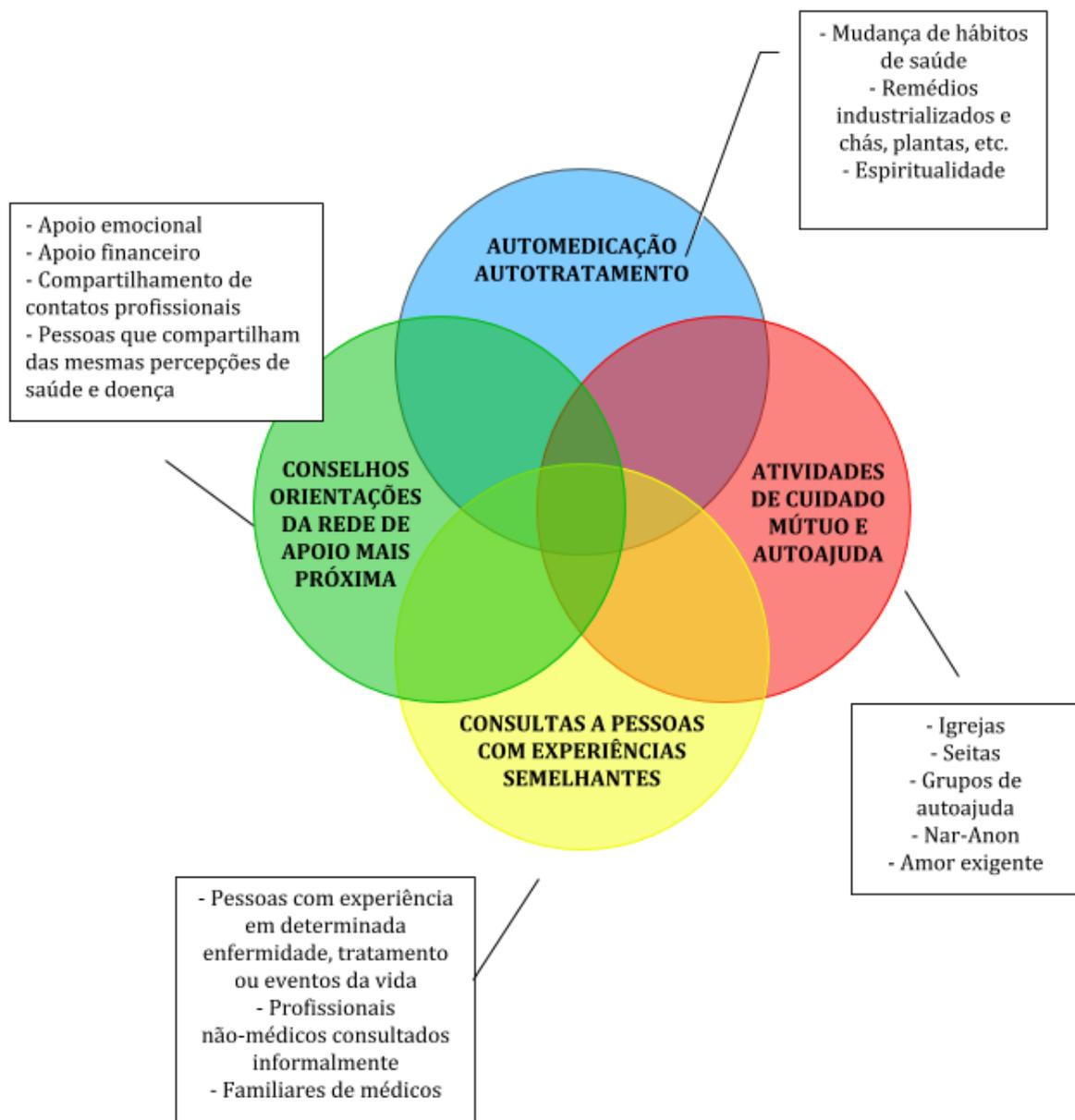
A família toma o papel de primeiro acesso à assistência em saúde, sendo a principal fonte de ajuda deste setor, fazendo parte da rede de apoio mais próxima à pessoa. A ela somam-se outras possibilidades de cuidado, tais como:

- Autotratamento e automedicação;
- Conselhos ou orientações recomendadas por um parente, amigo, vizinho ou colega de trabalho;
- Atividades de cuidado mútuo em igrejas, seitas ou grupos de autoajuda;
- Consultas com outros leigos que tem experiência específica com certas questões de adoecimento.

As pessoas que buscam ajuda frequentemente seguem uma hierarquia de recursos, percorrendo um caminho até terem suas necessidades atendidas. Este caminho pode se desenhar num ir e vir, movimentando-se entre todos os setores de assistência à saúde, nem sempre se mostrando em uma trajetória linear.

A fim de ilustrar as subcategorias supracitadas deste setor, na figura a seguir apresentamos um diagrama elencando alternativas de cuidado do setor informal.

Figura 2– As principais alternativas de cuidado do setor informal segundo Helman (2009)



Fonte: elaborado pela autora (2020) a partir de Helman (2009)

A maior parte da assistência em saúde no setor informal se dá entre pessoas que já possuem vínculo, seja familiar, de amizade, um vizinho ou o pertencimento a um mesmo ambiente de trabalho ou organização coletiva. Porém, o que determina essa busca de ajuda é a identificação quanto às percepções semelhantes do processo de adoecimento e cura, ou seja, como chamou Helman (2009), devido a esses “encontros terapêuticos” que são geralmente desprovidos de regras de comportamento e cenário terapêutico, podendo muito bem circular o papel de cuidador entre os envolvidos no encontro.

Além disso, é possível encontrar o apoio necessário no familiar mais próximo, ou até mesmo no gerente do banco que negocia um empréstimo para o pagamento de um tratamento de saúde. O que de fato importa não é a educação e o conhecimento científico, mas sim a própria experiência da pessoa. Uma mulher que tenha passado por uma gestação, por exemplo, pode dar conselhos a uma mãe de primeira viagem baseada em suas próprias vivências. Alguém cujo familiar já esteve em tratamento para o uso de drogas, pode indicar caminhos terapêuticos que lhe foram efetivos. Ou alguém que faz uso de determinada medicação pode “emprestá-la” ao vizinho por acreditar que os sintomas são parecidos, ou indicar a participação em um grupo de autoajuda voltado a familiares de usuários de drogas, como o Amor Exigente.

A espiritualidade também se destaca como fonte de ajuda no setor informal. Como Igrejas, rezas, cultos, práticas meditativas, exercícios de introspecção como o yoga, uso de talismãs e amuletos. Todos fazem parte de um conjunto de alternativas de cuidado que estimulam o exercício de recursos internos próprios da pessoa, promovendo crescimento pessoal e reconhecimento de potencialidades de si.

Claro que, no campo informal, também são alguns os riscos aos quais se expõem as pessoas que buscam recursos de cuidado não médicos. A própria família, por exemplo, pode facilitar ou dificultar a assistência à saúde por questões como vergonha, estigma e relações arbitrárias. Pinheiro, Marafanti e Diehl (2017) falam da possível tendência de familiares de usuários de drogas de se sentirem culpados e envergonhados, levando assim à consequente demora para admitir o problema e buscar ajuda externa e/ou profissional.

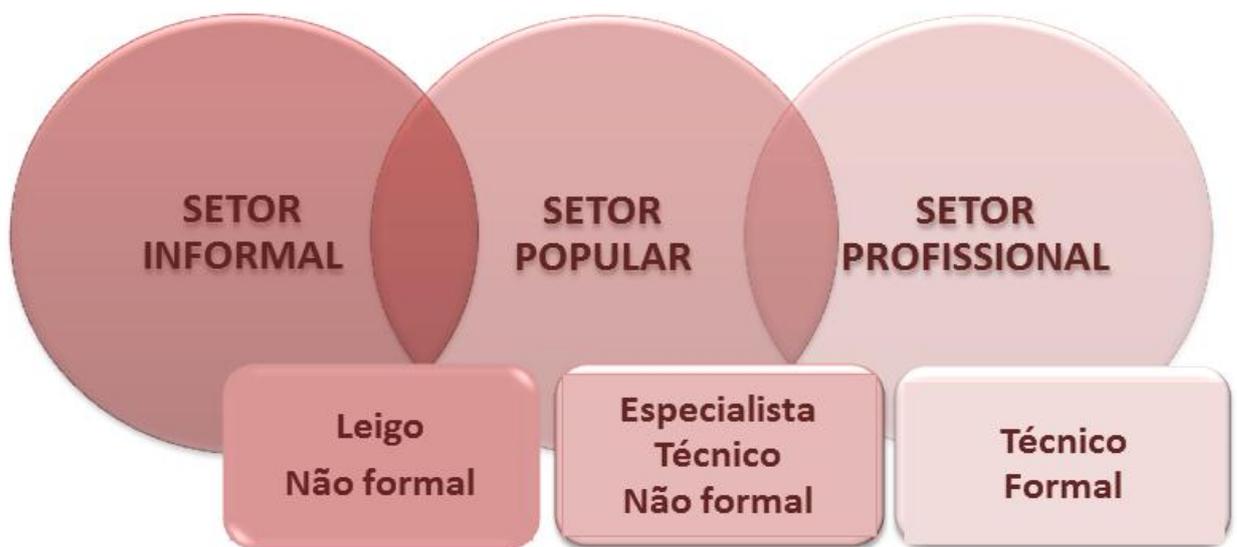
O mais recente Levantamento de Famílias Brasileiras dos Dependentes Químicos (LENAD), publicado em 2013 pelo Centro de Pesquisa IMPAD, observou que a principal causa para a demora do familiar em buscar ajuda foi a recusa do usuário de drogas. Somente um terço dessas famílias buscou ajuda imediatamente após ter conhecimento do uso de drogas por parte do seu familiar (LARANJEIRA, 2014).

Ainda dentre os riscos aos quais estão expostos aqueles que buscam assistência à saúde no campo informal, estão os riscos de efeitos adversos pelo uso indevido de medicações não prescritas; da exposição moral em ambiente familiar, círculo de amigos, vizinhança ou ambiente de trabalho; do rompimento de vínculos e dos gastos desnecessários com terapêuticas não efetivas (HELMAN, 2009). No entanto, estes riscos também estarão presentes nos demais setores. Kleinman (1987) mais uma vez contrapõe as afirmativas de Helman (2009), ao discutir que, muitas vezes, as drogas prescritas contém mais efeito

colateral que chás ou outras formas de medicação mas que, pela legitimidade do setor profissional, esta questão acaba não sendo discutida como um problema.

Por sua vez, o setor popular de Helman (2009) ocupa um espaço intermediário, entre os setores informal e profissional, onde indivíduos se tornam especialistas em determinadas formas de cura (figura 2). Os chamados curandeiros populares (especializados em curas seculares ou sagradas) compõem este setor de assistência à saúde de forma muito heterogênea com diferentes pontos de vista e metodologias de trabalho.

Figura 3- Os setores de assistência à saúde segundo Helman (2009)



Fonte: elaborado pela autora (2020) a partir de Helman (2009)

O curandeiro secular é aquele com saber mais técnico, como as parteiras, os herbalistas – que trabalham com ervas e chás -, massoterapeutas, aromaterapeutas ou até mesmo grandes referências de conhecimento de cura da comunidade, como as “senhorinhas do bairro” que prescrevem formas de medicação não tradicionais (HELMAN, 2009). Helman ainda traz a quiropraxia, a acupuntura e a homeopatia como exemplos de cura secular do setor popular.

Os curandeiros sagrados trabalham com enfoque mais holístico, voltando o cuidado atento a todos os aspectos da vida da pessoa: físico, mental e espiritual, entendendo o sujeito como um sistema no qual todos os aspectos se relacionam e influenciam uns aos outros. Estes curandeiros enxergam o adoecimento como produto de causas sociais (bruxaria, feitiço, mal olhado) ou sobrenaturais (deuses, espíritos ou destino).

Os curandeiros populares geralmente fazem parte de uma comunidade com a qual compartilham a mesma visão de mundo, valores culturais, crenças e percepções acerca do processo saúde-doença. As pessoas adoecidas buscam ajuda com os curandeiros populares por perceber essa proximidade, cordialidade, informalidade e uso de linguagem mais coloquial e compreensível durante as consultas (HELMAN, 2009). Sentem-se, portanto, mais envolvidas no tratamento e percebem maior sentido na explicação do adoecer e curar-se.

Quadro 2 – Algumas características do setor popular (Folk) de assistência à saúde segundo Helman (2009)

SETOR POPULAR			
Quem	Causas	Diagnóstico	Tratamento
Curandeiros seculares: parteiras, quiropraxistas, herbalistas, massoterapeutas, acupunturistas, etc.	Desequilíbrio físico, mental e espiritual	Exame físico, a partir das queixas trazidas	Chás, remédios naturais não industrializados, técnicas específicas de manipulação do corpo, alimentação específica
Curandeiros sagrados: benzedeiros, padre exorcista, xamãs, videntes, etc.	Sociais → feitiço, bruxaria, mal-olhado Sobrenaturais → espíritos, deuses, cama, destino	Leitura das mãos, de cartas, búzios, pedras preciosas, ossos, folhas e flores, interpretação de sonhos, visão e contato com espíritos e/ou seres sobrenaturais, uso de alucinógenos	Banho de sal grosso ou de ervas, rezas, rituais, penitências, bençãos, uso de chás e alimentos específicos

Fonte: elaborado pela autora (2020) a partir de Helman (2009)

Tal proximidade com a visão de mundo de seus pacientes pode colocar os curandeiros populares em certa vantagem quando comparados aos profissionais médicos que, muitas vezes, não compartilham das vivências de seus pacientes, estando social, econômica e culturalmente distante das comunidades. Os profissionais da saúde tendem a trazer de forma mais objetiva os fatos sobre a doença, sem um compartilhamento mais explicativo do problema, até mesmo pelo alto grau de complexidade e conhecimento técnico que isto exige. Já os curandeiros explicam a situação de doença em termos mais familiares aos seus pacientes, com uso de análises culturais mais amplas, suprimindo suas expectativas por estar de acordo com suas experiências emocionais e subjetivas da doença (HELMAN, 2009).

As autoras Aranha e Martins (2003) trazem que a modernidade tem um projeto centrado na subjetividade, e que esta reconhece o sujeito como ser pensante capaz de conhecer. Assim, elas colocam em relevo a discussão entre o saber científico e o saber popular, onde um não se sobrepõe ao outro, pois a busca pela verdade supõe o exercício da liberdade de pensar e dialogar, sendo impresso assim o compartilhamento das distintas interpretações possíveis do real.

Enquanto no setor profissional o saber técnico científico se dá através de uma formação formal, no setor popular o saber é adquirido pela experiência, dons natos ou passados de geração em geração. Assim, embora a maior parte dos curandeiros trabalhe de forma individual, existem coletivos de curandeiros que se organizam em redes informais e associações que orientam, capacitam e regulam a prática de curandeiros, através de regras, códigos de conduta e trocas de informações (HELMAN, 2009).

Existem ainda diversas profissões da área da saúde, como enfermeiras, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, que se especializam em práticas não formais de cuidado e trabalham de forma paralela e complementar, ampliando possibilidades de assistência ofertadas. Grande parte desses profissionais atuam como terapeutas holísticos, oferecendo práticas como acupuntura, homeopatia, reiki, fitoterapia, entre outras (SOUZA; NASCIMENTO; ZVIRTES, 2019). Apesar de Helman reconhecer e categorizar as práticas de medicina alternativa e complementar como pertencentes ao setor popular, estas são atividades de assistência que vem ocupando um espaço de reconhecimento como também prática profissional oficial em muitos países, sendo reconhecidas como especialidades da área de saúde (BRASIL, 2006b).

Com uma discussão a nível mundial, a partir da declaração de Alma-Ata de “Saúde para todos até 2000”, cresceu o movimento que suscitou a discussão sobre a ampliação de promoção e prevenção de saúde, integrando outras práticas de cuidado de forma complementar à medicina científica moderna. O fomento de pesquisas e legitimação de tais práticas através das políticas públicas de saúde no Brasil e no mundo também contribuíram para o reconhecimento de tais práticas, sendo que hoje, muitas delas exigem formação específica (SOUZA; NASCIMENTO; ZVIRTES, 2019). Assim, em países como Índia e China, existem escolas de curso superior de Medicina Tradicional Chinesa, Acupuntura e Homeopatia, assim como há também cursos técnicos e de pós-graduação que formam especialistas em osteopatia, naturopatia, hidroterapia, fitoterapia, quiropraxia, entre outras (HELMAN, 2009).

Há uma crítica aos curandeiros – especialmente por parte do setor profissional, colocando em dúvida sua capacidade e competência técnica, reforçando o lugar de complementar e secundário. Helman (2009) recomenda cuidado para não demonizar nem romantizar este setor, mas entendê-lo com respeito enquanto alternativa de cuidado.

Apesar das críticas, o autor salienta que existem diversos exemplos de cooperação entre os setores popular e profissional, atuando de forma complementar na assistência a doenças crônicas, no planejamento familiar, no tratamento de doenças psiquiátricas e uso de álcool e outras drogas (HELMAN, 2009; SOUZA; NASCIMENTO; ZVIRTES, 2019).

No setor profissional concentram-se as profissões da saúde organizadas de forma legal e científica, como é o caso da alopatia ou biomedicina, ou simplesmente, medicina ocidental. Os profissionais desta área concentram-se não só na medicina e suas respectivas especialidades, mas também em os outros profissionais da área de saúde: enfermeiras, fisioterapeutas, psicólogos, etc. (HELMAN, 2009).

O grande nó deste setor se dá devido à distribuição não homogênea destes profissionais em território nacional. A tendência é que estes profissionais ocupem na sua maioria os espaços urbanos que oferecem melhor infraestrutura e recursos tecnológicos de trabalho, possibilitando aumento da clientela e, conseqüentemente, do retorno financeiro (HELMAN, 2009).

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, os profissionais médicos estão concentrados nas regiões metropolitanas e de maior renda - mesmo nas grandes cidades, não estão presentes nas áreas de maior vulnerabilidade. No ano de 2012, o Brasil possuía o quantitativo de 1,8 médico para cada mil habitantes, sendo que 22 estados da Federação estavam abaixo dessa média. Mais de 1.900 municípios possuíam menos de 1 médico para cada 3.000 habitantes na atenção básica. O Brasil precisaria de 168.424 médicos, de acordo com a população atual, para alcançar o índice de países com maior cobertura assistencial pública (a exemplo do Reino Unido, do Canadá, da Austrália) (BRASIL, 2017c).

A partir de tal cenário, o governo federal cria o Programa Mais Médicos, instituído por meio da Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013, convertida na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Como política pública, o programa surge com objetivo de assistir à população, preferencialmente nas regiões mais vulneráveis do país, no âmbito da Atenção Básica, como estratégia para viabilizar a garantia mínima de pelo menos um profissional médico em cada município do Brasil e a ampliação da cobertura médica (BRASIL, 2017c).

Concomitante a este cenário, Helman (2009) também observa uma inflação do setor

privado, inflando consultórios e clínicas particulares disponíveis a apenas uma parcela mínima da população que tem condições de pagar por tal. Em consequência disso, cresce a porção desassistida da população mais pobre, que não tem condições de pagar pelo serviço médico oficial. Tal cenário contribui para a procura cada vez maior de serviços de saúde nos setores informal e popular.

Ao saber médico se dá o poder e controle sobre a saúde do paciente, colocando este como portador de um estado de saúde ou doença, no qual apenas o médico pode e sabe interferir, pois somente ele detém o saber técnico (superior a qualquer outro conhecimento). A estes juízos de valor, somam-se os valores atribuídos aos recursos, exames, procedimentos e medicações, levando a ideia desleal de que quanto mais caro, mais sofisticado e maior for a demanda de exames solicitados pelo profissional, melhor e mais efetivo é o atendimento. Isso mais uma vez precariza a assistência aos que mais necessitam, aqueles que não têm recursos financeiros para pagar por um plano de saúde ou um atendimento particular (HELMAN, 2009).

Mais uma vez, o sistema de saúde dominante em uma sociedade não existe em um “vácuo cultural e social” (HELMAN, 2009, pg. 91). Ou seja, a forma como se entende o processo de adoecer e o tipo de assistência em saúde predominante ofertada em determinada sociedade tem direta relação com o modelo ideológico de tal sociedade – seja ele capitalista, estatal, socialista ou comunista. Uma sociedade pode conceber o acesso gratuito à assistência à saúde como um direito apenas dos mais pobres, ou como direito básico de qualquer cidadão. Enquanto em outra sociedade, a assistência à saúde pode ser entendida como uma mercadoria a ser consumida por quem puder pagar por ela.

Assim, o sistema médico não só se apresenta como um reflexo de tais valores e ideologias, como corrobora para a manutenção deles dentro das respectivas sociedades. Além disso, os recursos humanos neste setor estão organizados de forma hierárquica em um modelo médico-centrado, hegemônico, machista e elitista, tal qual os estratos sociais, onde o maior prestígio está centrado nas mãos de homens brancos héteros (HELMAN, 2009).

À classe médica é culturalmente atribuído o prestígio inquestionável; tidos quase como deuses que quanto mais especializados forem, maior será prestígio atribuído a eles. A medicina de família é a única especialidade que tem como premissa fundamental a proximidade com a comunidade; ainda assim, o poder hegemônico, já estabelecido culturalmente, prevalece na relação médico-paciente (HELMAN, 2009).

Helman (2009) diz que o hospital é a principal estrutura institucional do setor

profissional, onde todos são destituídos de sua identidade social, separados de sua família e comunidade (salientando que isso ocorre em um momento de fragilidade e vulnerabilidade), perdendo o controle sobre o próprio corpo, espaço, comportamento e privacidade.

Goffman (1961), ao apresentar o hospital como instituição total e assim caracterizá-la, traz um aspecto fundamental para compreender as relações de poder e que diz respeito à intervenção na vida do sujeito internado. Nestes espaços, as atividades são determinadas através de um sistema de regras ao qual são submetidos os “internados”; sistema este criado, aplicado e vigiado através de uma constante examinação da obediência pela “equipe dirigente” (funcionários da instituição).

Segundo Goffman (1961), quando o internado chega ao hospital ele sofre um processo de “mortificação do eu” que suprime a “concepção de si mesmo” e a “cultura aparente” que traz consigo, que são formadas na vida familiar e civil e não são aceitas pela sociedade. Estes “ataques ao eu” decorrem do “despojamento” do seu papel na vida civil pela imposição de barreiras no contato com o mundo externo, do “enquadramento” pela imposição das regras de conduta, do “despojamento de bens” que o faz perder seu conjunto de identidade e segurança pessoal, e da “exposição contaminadora” através de elaboração de um dossiê que viola a reserva de informação sobre o seu eu “doente”. Esse mecanismo, além de causar a perturbação da relação entre ator/indivíduo e seus atos, causa o “desequilíbrio do eu”, uma vez que profana as ações, a autonomia e a liberdade de ação do internado.

Assim, é preciso lembrar que não estamos no início ou no fim da história; estamos no meio dela. Portanto o regime hospitalocêntrico, no qual o hospital ocupa um lugar majoritário e é visto como a primeira, a única ou a melhor alternativa de cuidado e o poder hegemônico predomina, ainda predomina em nossa cultura, em especial no campo da saúde mental.

Helman (2009) ainda traz, em seu texto, a crítica sobre o quanto iatrogênico este modelo de medicina ocidental pode ser ao interferir na autonomia do usuário, tornando-o dependente dos profissionais médicos e não médicos, e prejudicando a sua saúde através da sobrecarga de exames, dos efeitos colaterais das medicações e intervenções invasivas. A relação simbiótica entre o sistema médico e a indústria farmacêutica, discutida por Helman (2009) e nem sempre interessante ao usuário, colabora para a medicalização da vida, promovendo o controle de qualquer que seja o comportamento desviante da norma.

O autor caracteriza a relação médico-paciente como algo distante e formal, que se dá através de conversas rápidas e posições verticais. Na passagem do século XVIII para o século XIX, Philippe Pinel, em o “O Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental ou a

Mania” (2007), disse que a relação terapêutica entre médico e paciente, que deveria se dar em tempo integral, teria como objetivo a busca do resgate da razão a fim de alcançar mudanças de comportamento.

No texto de Carvalho e Lins (2015), que pesquisam concepções atuais da loucura, retomando a história do conceito, as autoras identificam que os modelos de tratamento operantes em séculos anteriores ainda se perpetuam, seja em sua concretude, seja na mentalidade e concepção de loucura das pessoas, que seguem entendendo que o louco deve ser normalizado, controlado e equilibrado, para atender às demandas sociais. Assim, se retira a liberdade de enlouquecer e de ser desprovido de razão, ao passo que a humanidade, constituída de sua história, não está imune de reproduzir os “antigos” modelos de isolamento social através das relações de poder que os profissionais de saúde estabelecem ao lidarem com o louco.

Somado a estas questões, Helman (2009) traz ainda a discussão sobre o olhar da medicina ocidental que ignora fatores socioeconômicos e culturais como determinantes no processo saúde-doença do indivíduo ou da sociedade, recaindo o foco cada vez mais para uma culpabilização do indivíduo sobre seu estado de saúde. A culpa é atribuída aos hábitos de vida individuais, ignorando a influência das políticas públicas (ou a falta delas), da pobreza, da cultura, das condições de saneamento, da falta de acesso aos serviços básicos, etc.

Ramos (2005) traz em sua dissertação uma importante discussão sobre o processo de consolidação do SUS. A autora fala desse processo como uma forma de garantir o acesso de todos os cidadãos a uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde; afirmando que esse processo é um resgate do papel do Estado em sua responsabilidade de coordenar, regular e garantir o acesso à saúde. Ela ainda aponta para o papel das gestões municipais enquanto criadoras de alternativas reais às dificuldades que se têm encontrado quanto ao cumprimento constitucional do SUS, através do planejamento e execução de políticas públicas de saúde coerentes com as necessidades da população assistida.

Como apontado pelo Helman (2009), a busca por atendimento médico se dá a partir da avaliação de seu desempenho prévio, através das experiências anteriores compartilhadas entre as pessoas. Logo, as escolhas dos tipos de assistência à saúde entre os três setores se dará a partir do que faz sentido ou não para cada pessoa. E o resultado, quando o mais negativo, será a não adesão ao tratamento ou a migração para outro segmento da rede terapêutica (HELMAN, 2009).

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1. TIPO DE PESQUISA

Este projeto utilizou os dados coletados na pesquisa maior “Familiares de usuários de drogas: um olhar compreensivo de suas vivências e trajetórias assistenciais” e para isso contou com a autorização do coordenador da pesquisa (APÊNDICE I). O projeto dessa pesquisa maior foi registrado e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ – nº 34083) da UFRGS, assim como foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP – nº 2.456.262) do HCPA (ANEXO), via Plataforma Brasil, e do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) do HCPA via sistema Web-GPPG. O projeto desse recorte também foi registrado e aprovado pela COMPESQ da UFRGS.

O projeto maior propõe uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, exploratória, que busca as vivências e trajetória assistenciais dos familiares de usuários da unidade de adição e do ambulatório de adição da Unidade Álvaro Alvim (UAA) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Para tal foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os familiares, a partir de um roteiro com questões que contemplam a temática em pesquisa. A presente pesquisa utilizou-se de um recorte dos dados obtidos a partir da pesquisa maior, correspondendo ao que se propunha conhecer as trajetórias de cuidado dos familiares.

Conforme Minayo (2010, p. 57), a pesquisa qualitativa

se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

A função deste tipo de abordagem é trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes; informações estas que não podem ser quantificáveis (MINAYO, 2010). Assim, a abordagem qualitativa se mostrou mais adequada para atingir os objetivos deste estudo, uma vez que o objeto a ser investigado compreende a subjetividade das trajetórias percorridas pelos familiares de usuários de drogas em busca de tratamento.

As pesquisas exploratórias têm a finalidade de possibilitar conhecimento com o problema, com vistas a torná-lo mais compreensível tendo como objetivo a construção de hipóteses. Já as pesquisas descritivas têm como objetivo descrever características de determinada população, a fim de identificar possíveis relações entre variáveis (GIL, 2010).

4.2. CAMPO DE PESQUISA

O estudo foi desenvolvido na unidade de internação e no ambulatório do Serviço de Adição da UAA do HCPA, localizado na cidade de Porto Alegre. A unidade de internação em adição oferece tratamento para pacientes masculinos com uso problemático de drogas. Já o ambulatório realiza atendimentos voltados a usuários de substâncias psicoativas de ambos os sexos, assim como crianças e adolescentes. Os serviços podem ser acessados através da rede de serviços em saúde do município, constituindo-se um serviço do Sistema Único de Saúde. Ambos os espaços oferecem atendimento multidisciplinar aos usuários, valorizando a participação dos respectivos familiares no tratamento, oferecendo atendimentos individuais e em grupo para usuários e seus familiares, em conjunto e separadamente.

O motivo da escolha desse cenário deu-se por entender que estes são espaços de tratamento de usuários de drogas de um hospital geral vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul da qual o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (dentro do qual se pretende realizar esta pesquisa) faz parte.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Na pesquisa qualitativa recomenda-se um limite do número de entrevistas, que geralmente flutua entre 15 e 25 entrevistas (GASKELL, 2007). A pesquisa maior tinha como previsão atender a este parâmetro, porém já previa que o número de participantes na pesquisa qualitativa pode variar conforme as necessidades identificadas no decorrer da pesquisa de acordo com os resultados obtidos ao longo da mesma (FLICK, 2009).

A amostra foi composta por 15 familiares de usuários inseridos no programa de tratamento do serviço de enfermagem em adição, sendo cinco vinculados à unidade de internação e dez ao ambulatório de adição da UAA do HCPA. Houve maior disponibilidade em participar da coleta por parte dos familiares vinculados ao ambulatório. Provavelmente o fato de estarem em acompanhamento sistemático em grupo multifamiliar e/ou atendimento individual influenciou na participação da pesquisa; diferentemente dos familiares da unidade de internação, cujo vínculo com o serviço é pontual, se limitando ao período de internação do seu familiar usuário de drogas.

Para critérios de inclusão, determinou-se: a pessoa cujo familiar está em tratamento na unidade de internação ou no ambulatório de adição; a pessoa mais envolvida com o

tratamento do familiar, indicada pela equipe do Serviço de Adição. Como critérios de exclusão foram considerados: o familiar que apresentou dificuldade de comunicação verbal; aquele que possuía menos de 18 anos e pessoa cujos familiares em tratamento eram crianças, adolescentes ou gestantes.

A realização de novas entrevistas se encerrou a partir do momento em que os pesquisadores observaram o não aparecimento de conteúdo substancialmente novo; o que não significa a explicitação total do fenômeno estudado, mas sim a revelação de alguns de seus aspectos, considerando que os conhecimentos produzidos acerca do objeto de estudo terão sempre um caráter aproximativo da realidade e nunca alcançado em sua totalidade.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados da presente pesquisa se deu a partir da consulta do banco de dados da pesquisa maior, no qual constavam as transcrições das entrevistas realizadas. Esta por sua vez foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas de acordo com o roteiro (APÊNDICE II) que contém os dados de caracterização dos participantes, além de questões abertas para que esses indivíduos pudessem expor suas ideias, crenças e opiniões a respeito da temática da pesquisa.

Desta maneira, foram dirigidas aos familiares perguntas que possibilitaram ilustrar a trajetória de busca de atendimento na rede de atenção intersetorial. Tais questões foram construídas com o intuito de proporcionar a cada sujeito a expressão de experiências vividas e suas expectativas em relação à ação de cuidado do seu familiar usuário de drogas.

A entrevista tem como objetivo descobrir os significados, percepções e interpretações dos entrevistados sobre um determinado assunto, permitindo a leitura imediata de informações obtidas (MATHEUS; FUSTINONI, 2006). Na entrevista semi-estruturada há maior liberdade de o pesquisador fazer perguntas abertas, oportunizando ao entrevistado expor sua percepção acerca do objeto de estudo.

Os familiares de usuários de drogas foram abordados por mim e pelos demais integrantes da equipe de pesquisa do projeto maior, através de contato telefônico ou pessoalmente no próprio serviço antes de atendimentos ou em horários de visita, a partir de uma prévia indicação da equipe assistencial de referência. Os convites também foram realizados a partir da participação da equipe de pesquisa no grupo multifamiliar do ambulatório e no grupo pré-visita da internação, nos quais participam os familiares dos

usuários em acompanhamento em ambos os serviços. As pessoas foram convidadas a participar do estudo de acordo com o preenchimento dos critérios de inclusão.

O agendamento das entrevistas com os familiares foi realizado na medida em que eles demonstraram interesse em falar sobre o objeto de pesquisa, em ambiente e momento previamente pactuados entre equipe de pesquisa e entrevistado. Houve a negativa de um familiar em participar, sendo que o mesmo depois acabou procurando a equipe do projeto maior, referindo o interesse em contribuir com a mesma. Um familiar não compareceu no horário e local agendados para a entrevista, sendo a equipe informada que o mesmo se desvinculou do ambulatório após a morte do filho, usuário do serviço. Nenhum familiar desistiu após a assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os encontros ocorreram nos consultórios da internação e do ambulatório de adição, nos turnos da manhã e da tarde, durante os dias de semana e, eventualmente, aos sábados, sempre priorizando a disponibilidade do familiar. Cada entrevista teve duração média de uma hora e vinte minutos, sendo necessário, na maioria das vezes, dois encontros para a finalização do instrumento de coleta, sendo que neste constavam blocos de perguntas referentes a outros temas de pesquisa, pertencentes ao projeto maior, mas que não compunham o presente estudo. Eu participei somente das entrevistas dos familiares do ambulatório, ficando como pesquisadora responsável pelas coletas neste campo e pela condução destas entrevistas.

As perguntas do instrumento de coleta serviram para guiar as entrevistas, que foram dirigidas sempre por uma dupla de pesquisadores do projeto maior, a fim de assegurar uma melhor percepção e captação dos dados de coleta. No entanto, esta etapa me exigiu, enquanto entrevistadora, o exercício de esmiuçar determinadas respostas, em busca de resultados mais fidedignos à realidade da pessoa entrevistada. A fim de evitar compreensões ambíguas ou confusas, em alguns momentos, foi preciso retomar questões ao longo da entrevista, ao se perceber algum dado relevante ignorado anteriormente, ou pelo familiar, ou pelo próprio entrevistador.

As entrevistas foram gravadas com gravador de voz, com autorização do entrevistado, e em seguida transcritas na íntegra, compondo as narrativas para posterior análise. Durante as entrevistas, anotações de pontos relevantes para o estudo, que fogem aos registros de áudio do gravador, como movimentos, emoções e sentimentos percebidos por mim, foram registradas em um diário de campo. Ao final de cada encontro, a dupla de pesquisadores conversava a fim

de compartilhar percepções e discutir possíveis conteúdos de análise. Tais discussões também eram registradas no diário de campo para serem revisitadas na etapa de análise.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Por tratar-se de uma abordagem exploratório-descritiva, para a análise e interpretação dos resultados foi utilizado o método de *análise de conteúdo* de Bardin (2011). Esta proposta de análise de dados, do tipo temática, sugere a aplicação de três etapas, que foram seguidas no percurso metodológico deste estudo:

1) **Pré-análise:** nesta etapa se deu a organização do material coletado, a partir da sua leitura, registrando as impressões iniciais e a definição de unidades de significado. As informações das entrevistas transcritas foram organizadas em uma planilha do programa Microsoft Excel[®], a fim de conhecer quais os recursos de apoio buscados por cada familiar. Esta planilha foi estruturada de acordo com cada questão norteadora, a fim de visualizar os trechos que interessavam aos objetivos do estudo.

2) **Exploração do material:** na segunda etapa é que se deram as várias leituras do mesmo material (leitura exaustiva) e a estruturação em categorias de análise, compreendendo a etapa mais longa do processo de análise de dados. Nesta etapa, ao revisar inúmeras vezes as falas dos familiares entrevistados, procurei organizá-las de acordo com cada objetivo, identificando os setores de assistência em saúde pelos quais os familiares participantes desta pesquisa percorreram e os fatores que influenciaram as buscas por determinadas alternativas de cuidado em cada um dos setores.

3) **Tratamento dos resultados obtidos e interpretação:** é quando se explorou o conteúdo implícito dos registros do material coletado, voltando-se principalmente para as características do fenômeno em estudo – ideologia, significados, concepção, entre outros. Nesta parte, a pesquisadora utilizou-se de um diário de campo, onde foram registradas percepções prévias pertinentes ao estudo, a partir dos relatos durante a entrevista.

A partir deste levantamento, foi apontada a resolutividade dos recursos de apoio que foram trazidos pelos participantes da pesquisa, e assim desenhou-se as trajetórias de cuidado. Foram criadas tabelas informativas, contendo os tipos de ajuda buscados pelos familiares pesquisados, para fins exclusivos de processo de análise, não sendo trazidas na apresentação dos resultados. Por fim, foi elaborada uma representação geral dos tipos de ajuda observados nas trajetórias de cuidado em cada setor de assistência em saúde.

O acesso e o fluxo de utilização dos recursos de apoio foram descritos e analisados a partir da descrição das trajetórias de cuidado dos familiares pesquisados, quando buscam ajuda para o seu sofrimento relacionado ao uso de drogas do seu familiar.

A partir das questões norteadoras sobre os recursos de apoio buscados, o familiar descreveu sua trajetória de cuidado percorrida e assim, foi possível identificar quais recursos de apoio foram utilizados, bem como, quais as dificuldades e facilidades encontradas neste caminho e o que influenciou estas escolhas. O desenho das trajetórias percorridas se deu a partir do primeiro atendimento referido até o atual ou último, ilustrando, dessa forma os fluxos e acesso aos recursos de apoio, não respeitando, obrigatoriamente, a ordem cronológica. Apenas foi importante ilustrar quais os recursos de cuidado apareceram nas trajetórias, sem a necessidade de se estabelecer a ordem absoluta do caminho percorrido.

Em cada trajetória, se identificou a qual setor de assistência à saúde pertencia cada alternativa de cuidado buscada, bem como a sua efetividade a partir da perspectiva do familiar entrevistado. Foram identificadas também as ajudas consideradas mais efetivas para o tratamento do usuário, assim como, a quantidade de tempo que o familiar demorou para buscar ajuda.

A partir da identificação das trajetórias de cuidado de cada familiar, foi possível chegar às três categorias de análise: Setor Informal de Cuidado em Saúde, Setor Popular de Cuidado em Saúde e Setor Profissional de Cuidado em Saúde. Tais categorias foram definidas a priori, inspirando-se no referencial teórico de Helman que propõe a estruturação de cuidados em saúde em três setores de assistência em saúde, o informal, o popular (folk) e o profissional.

4.6 CONSIDERAÇÕES BIOÉTICAS

A pesquisa maior “Familiares de usuários de drogas: um olhar compreensivo de suas vivências e trajetórias assistenciais”, cujos dados coletados foram utilizados para a presente pesquisa, cumpriu com as exigências estabelecidas pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata sobre os aspectos éticos com pesquisa envolvendo seres humanos. Sendo assim, a presente pesquisa seguiu os mesmos cumprimentos.

Cumprindo o disposto na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), o participante foi informado dos objetivos do estudo, da metodologia para coleta de informações, dos aspectos éticos, do sigilo de seus dados pessoais e do direito em desistir de participar da pesquisa independente da etapa em que estiver sem acarretar qualquer

ônus. A partir do aceite de participação voluntária dos sujeitos, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE III). Este foi assinado pela pesquisadora e pelo sujeito de pesquisa, ficando uma cópia para cada.

Os riscos associados ao estudo estão relacionados a possíveis desconfortos emocionais durante as entrevistas com o pesquisador, pois os participantes falam sobre aspectos de sua vida relacionados ao tratamento do seu familiar usuário de drogas. Dessa maneira, ressalta-se que foi assegurado ao participante a possibilidade de interrupção da entrevista. Caso houvessem desconfortos, as equipes de saúde da internação ou do ambulatório seriam comunicadas para a realização de atendimentos específicos. Não foi necessário a utilização deste recurso em nenhum momento em qualquer das entrevistas.

A participação neste estudo não previa benefício direto ao participante, porém prevê a contribuição para o aumento dos conhecimentos sobre o assunto estudado e os resultados poderão auxiliar a realização de estudos futuros, auxiliando na consolidação de políticas públicas na área.

Os resultados do estudo poderão ser utilizados futuramente para fins acadêmicos e científicos, como apresentações em congressos, eventos ou publicações. E como compromisso e responsabilidade da pesquisadora, os resultados dessa pesquisa serão devolvidos aos sujeitos de pesquisa e às equipes de trabalho em saúde envolvidas, a fim de proporcionar a reflexão e servir como potencializador de construções de cuidado em saúde.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados se deu nas seguintes etapas: primeiramente, foram caracterizados os participantes do estudo, a fim de possibilitar que o leitor visualize quem são as pessoas entrevistadas. Esta etapa foi chamada de “Quem caminha: caracterização da população pesquisada”.

Em seguida, são apresentadas as trajetórias de todos os familiares separadamente, de forma descritiva. Esta etapa foi nomeada “Tu caminhas: trajetórias de cuidado dos 15 familiares entrevistados”.

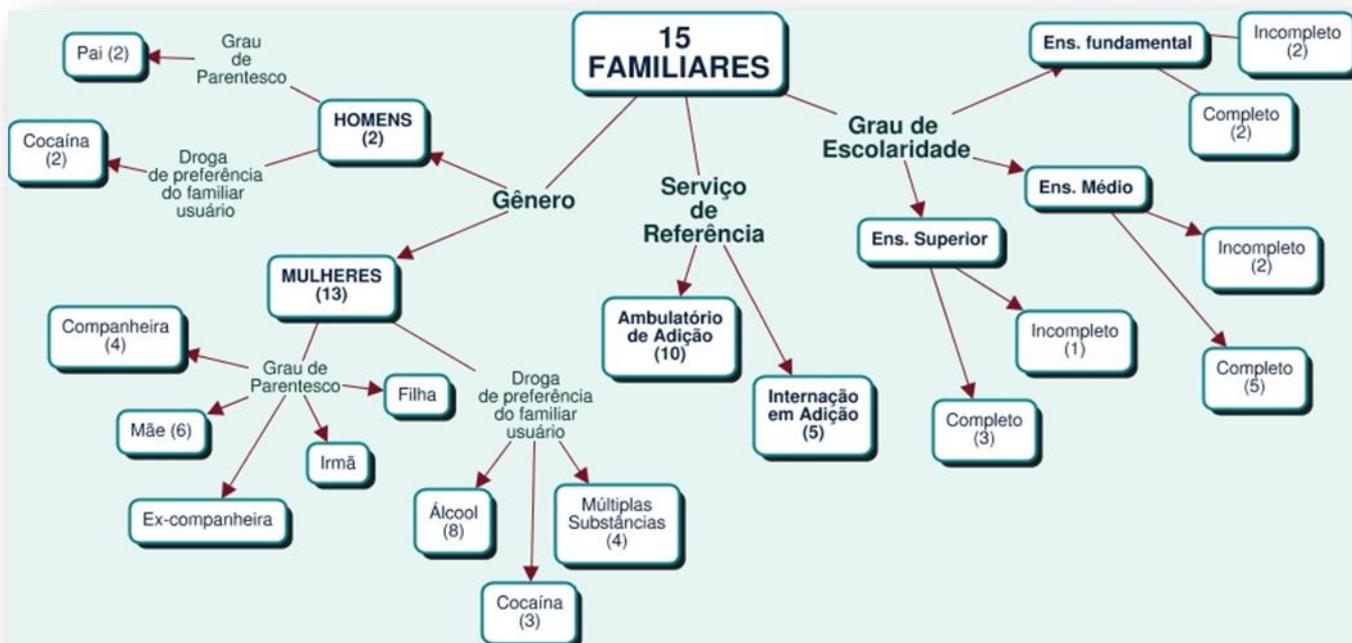
A etapa seguinte recebeu o nome de “Eles caminham: pedras, desvios, pontes e encontros no caminho”. Neste momento são apresentadas as categorias de análise a partir do referencial teórico de Helman (2009), dividindo os resultados de acordo com cada setor de cuidados de saúde. Sendo assim, as categorias de análise são três: Setor Informal de Cuidados em Saúde, Setor Popular de Cuidados em Saúde e Setor Profissional de Cuidados em Saúde. Em cada setor serão apresentados os recursos de ajuda encontrados pelos familiares desta pesquisa, abordando aspectos que influenciam o trânsito em cada setor.

Ao final desta etapa, serão discutidas as demandas de assistência destes familiares a partir da análise de suas trajetórias percorridas nos três setores de cuidados em saúde. O intuito é analisar todo conteúdo que atravessa as 15 trajetórias, assim como o que atravessa os três setores de Helman. Sem deixar de discutir o que nos atravessa enquanto comunidade científica e atores implicados com a pauta de cuidado à família do usuário de drogas. E assim, poder sugerir um rumo a ser seguido em direção a novas ou velhas e conhecidas rotas de assistência em saúde.

6.1 QUEM CAMINHA: CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO PESQUISADA

Neste estudo participaram ao todo 15 familiares de usuários de drogas em tratamento no Serviço de Adição de um hospital universitário do sul do Brasil, sendo 10 familiares vinculados ao ambulatório e cinco vinculados à internação. A idade mediana foi 55 anos e variou entre 28 e 80 anos. As características destes familiares são apresentadas a seguir no mapa conceitual (figura 04).

Figura 4 - Mapa Conceitual de dados de caracterização dos 15 familiares participantes da pesquisa



Fizeram parte da amostra 13 mulheres e dois homens. Entre as mulheres, participaram em maioria mães e companheiras de usuários, mas também participaram uma filha, uma irmã e uma ex-companheira.

Os usuários, familiares destas mulheres, eram a maioria usuários de álcool; três faziam acompanhamento devido aos problemas relacionados ao uso de cocaína e quatro ao uso de múltiplas substâncias, dentre elas, além da cocaína: tabaco, maconha, alucinógenos e crack. Os dois homens participantes do estudo acompanhavam seus respectivos filhos, ambos usuários de cocaína.

O II LENAD, estudo que pesquisou 3.153 famílias de usuários de drogas internados em comunidades terapêuticas, internação e grupos de mútua ajuda, traz resultados semelhantes aos encontrados na presente pesquisa no que diz respeito ao perfil destes familiares. Dentre os familiares entrevistados no II LENAD, as mulheres também apareceram como maioria (80%) e dentre estas, as mães (46%) são as mais presentes no cuidado dos usuários de álcool e outras drogas (LARANJEIRAS, 2014). As mulheres, mães e esposas também são as que acompanham por mais tempo o mesmo usuário (PAYÁ, 2017 – pg. 6).

Quanto ao grau de escolaridade, menos de um terço (quatro) dos familiares entrevistados possuem ensino superior completo ou incompleto. Um estudo mostrou que os

menos escolarizados vivenciam mais dificuldades de acesso aos serviços de saúde, como maior tempo de espera para atendimento e que quanto menor a capacidade econômica da pessoa, maior é a falta de acesso (NUNES et al, 2014).

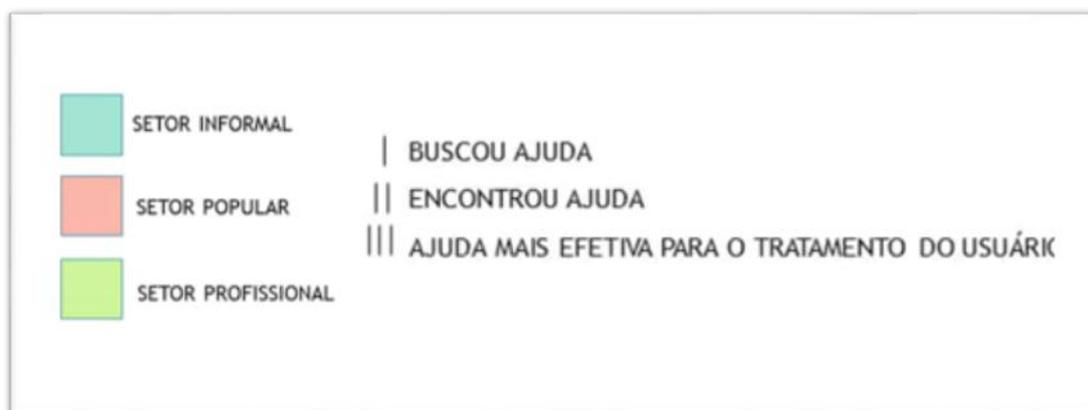
Ainda que o presente estudo não tenha analisado a relação escolaridade e situação socioeconômica dos familiares entrevistados, vale salientarmos a influência que ambas as questões podem exercer na trajetória de cuidado de familiares de usuários de drogas, impactando na qualidade de acesso aos serviços de saúde, como trazido por Nunes et Al (2014).

6.2 TU CAMINHAS: TRAJETÓRIAS DE CUIDADO DOS 15 FAMILIARES ENTREVISTADOS

A seguir serão apresentadas as trajetórias de cuidado percorridas pelos 15 familiares participantes da pesquisa. Não se investigou a cronologia do caminho percorrido, portanto a leitura não deve se dar em forma de linha do tempo, mas sim uma ilustração deste caminho, nem sempre linear.

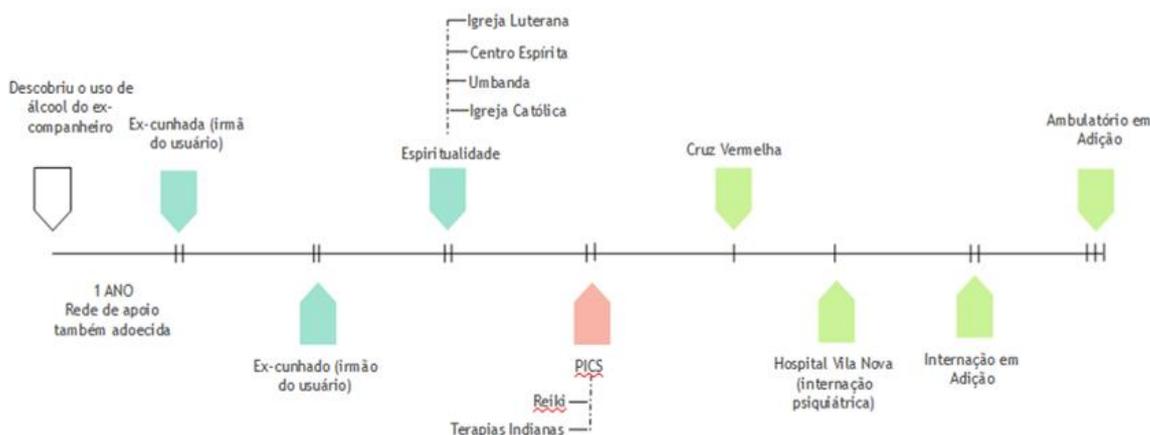
O propósito aqui foi identificar, na perspectiva dos familiares, quais foram as alternativas de cuidado buscadas por cada familiar e dentre estas, em quais os familiares receberam ajuda ou sentiram-se apoiados e qual delas foi a mais efetiva para o tratamento do respectivo usuário. Os recursos de cuidado foram identificados por cores de acordo com cada setor de assistência em saúde. Para tais identificações, foram criadas legendas para melhor ilustração, conforme figura a seguir:

Figura 5 - Legenda utilizada para visualização das trajetórias de cuidado



As trajetórias serão apresentadas em sequência do familiar 1 (F1) ao familiar 15 (F15), sendo então analisadas separadamente neste primeiro momento. A seguir está o desenho da trajetória de cuidado da F1.

Figura 6 - Trajetória de cuidado F1



A familiar F1 é mulher, é ex-companheira de um usuário de álcool em acompanhamento no Ambulatório de Adição da Unidade Álvaro Alvim do HCPA, tem 53 anos e possui ensino superior completo.

A F1 demorou um ano para pedir ajuda à irmã do usuário, sua ex-cunhada, após descobrir o uso de álcool do ex-companheiro, pois a mesma encontrava-se adoecida e a familiar quis então poupá-la. Recorreu a esta familiar em busca de ajuda, pois a mesma, por fazer acompanhamento para questões psiquiátricas, já tinha experiência com a rede de saúde mental.

F1 recorreu aos três setores de saúde para buscar ajuda e encontrou ajuda em todos. Traz a família do usuário e a espiritualidade como recursos em que recebeu apoio no setor informal. Relata o acolhimento e alívio da angústia vivenciados ao encontrar ajuda nas PICS (Reiki e terapias indianas) no setor popular.

A entrevistada traz também quatro serviços de saúde especializados no atendimento a usuários de álcool e outras drogas da rede de saúde do município, sendo duas instituições hospitalares e dois serviços de caráter ambulatorial, nos quais buscou ajuda no setor profissional, sendo que em dois deles não encontrou ajuda. Assim, na Cruz Vermelha (serviço ambulatorial), a familiar referiu não ter se sentido confortável nem acolhida. Já o Hospital

Vila Nova (internação psiquiátrica) era longe da sua casa e demandava muito tempo de deslocamento, dificultando o acesso da familiar ao serviço.

Foi também no setor profissional que a familiar encontrou a ajuda que considerou mais efetiva para o tratamento do usuário. Em sua fala, salienta o quanto se sentiu ajudada ao buscar apoio no Ambulatório de Adição, podendo compreender melhor a questão do uso de drogas do familiar, além de trabalhar as suas próprias demandas.

A partir do momento que tu consegue ver outras pessoas, que tu consegue ver o psicólogo pra te dar um apoio, até um psiquiatra pra te dar um rumo [...] que tu consegue entender que é uma doença. [...] aqui eu já me sinto melhor, de poder trabalhar as minhas dificuldades. (F1)

A seguir será apresentada a trajetória de cuidado da F2, ilustrada na figura 7.

Figura 7 - Trajetória de cuidado F2



A F2 tem 54 anos, é mulher, tem ensino superior completo e é mãe de um usuário de múltiplas substâncias.

A participante da pesquisa demorou um ano para procurar por apoio, pois não achou que tinha necessidade de ajuda. A primeira ajuda que buscou foi da psiquiatra particular do filho, que a encaminhou para atendimento psicológico, porém não considerou o encaminhamento como ajuda, por não se sentir apoiada.

A familiar seguiu em busca de ajuda no setor profissional, recebendo apenas orientações pontuais, seguindo sem se sentir apoiada. E conta que só recebeu ajuda na unidade de saúde de referência, primeiro lugar em que lhe foi ofertado espaço de apoio.

Essa médica ela foi tão maravilhosa que ela ligou pra mim, tu acredita nisso? Ela me retornou pra dizer assim oh: que ela não sabia o quanto eles iam poder ajudar o E. (usuário) lá, mas que ela sabia, isso ela tinha certeza, que a mim eles podiam ajudar (F2)

Da unidade de saúde F2 foi encaminhada junto ao familiar usuário para acompanhamento no ambulatório de adição, espaço considerado o mais efetivo para o tratamento do usuário. Na sua fala, F2 também marca a efetividade do tratamento recebido no ambulatório para a família, apontando o enfoque familiar, com grupos e terapia de família com a psicóloga como o diferencial do tratamento.

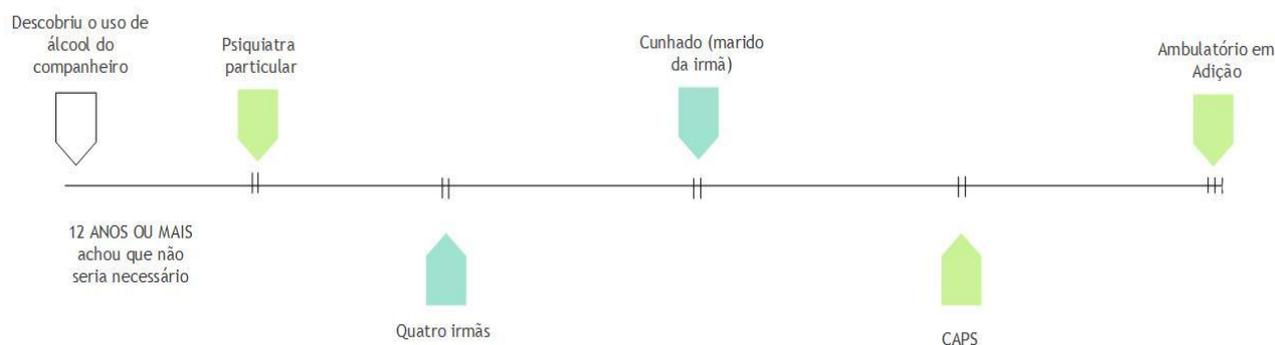
Eu nunca tive tão assistida quanto aqui [...] Os meus espaços são dois aqui, que são a terapia de família individual [...] E as consultas que eu venho também são as de grupo familiar [...] eu acho que a gente aprende muito ali, a gente se troca muito, tu ouviu muita experiência assim, eu acho muito bom, eu não conseguiria ficar sem nenhum desses espaços [...] De acolhimento [...] de aprendizado, de como lidar [...] Eu não tive esse tipo de atendimento, pra mim foi uma novidade. [...] aqui o enfoque é mais efetivo. (F2)

A familiar percorreu os setores profissional e informal de saúde durante a sua trajetória de cuidado, mas foi no setor profissional que se dedicou mais à busca por cuidado. No setor informal, apenas cita algumas familiares como rede de apoio, exemplificando um cuidado mais pontual de eventual escuta e palavras de apoio. Porém traz sobre a dificuldade em encontrar o apoio da família:

A família em vez de ajudar, [...] ninguém diz: “tu tá com um problema? Vamo vê assim como é que a gente pode te ajudar”, né? Minha família infelizmente não tem isso. (F2)

A trajetória de cuidado da F3, ilustrada na figura abaixo, mostra o caminho percorrido pela familiar entre os setores profissional e informal.

Figura 8 - Trajetória de cuidado F3



F3 é uma mulher de 73 anos, possui ensino fundamental incompleto e é companheira de um usuário de álcool em acompanhamento no Ambulatório de Adição.

Após descobrir o uso de álcool do companheiro, a familiar esperou em torno de 12 anos pra pedir ajuda, pois achou que não necessitava de cuidado. Foi a um psiquiatra particular, porque “*estava deprimida*” (F3) e o psiquiatra quem sinalizou o uso de álcool do companheiro como a principal fonte do sofrimento de F3.

Seguindo pelo setor profissional, a familiar sempre encontrou oferta de cuidado nos serviços em que acompanhou o usuário. O fato de a trajetória da familiar estar diretamente associada a trajetória do usuário, se justifica a partir da seguinte fala de F3:

Ah não sei, achei que não era necessário. O negócio é que nunca me preocupei comigo. Na verdade, eu me preocupava mais com ele do que comigo mesmo. Eu sempre achava que era forte, conseguia se virar. (F3)

Esta fala é o que dá o tom da construção da trajetória de cuidado de F3: parte da necessidade de cuidado do usuário, colocando suas demandas em segundo plano, como pode ser percebido através dos seguintes relatos:

Eu acompanho ele (no ambulatório de adição), a gente acompanha nas reunião quando tem familiar, to achando muito bom, eu acho que tá ajudando muito ele [...] sim, me ajuda. (F3)

Ai eu ia todos os dias com ele (no CAPS), aí ele disse que se eu fosse com ele de novo, ele não ia mais, que ele não precisava mais que eu fosse junto. (F3)

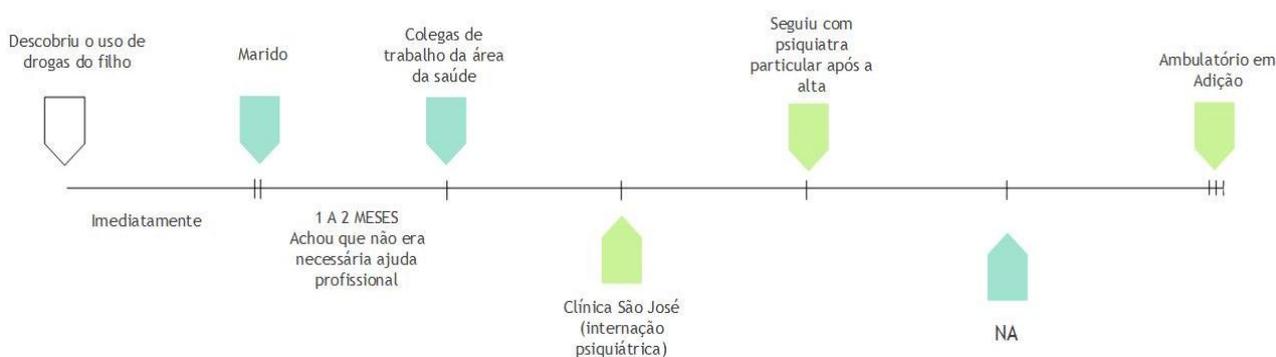
Tal entendimento de que suas necessidades estão ligadas às necessidades do companheiro, também acompanham a demanda de cuidado da familiar no setor informal:

Nessa época, a minha mãe gostava muito dele, então eu evitava muito de levar pra ela as coisas, porque ela era muito velhinha e ele era muito bom pra ela. [...] Então eu segurava tudo aquilo pra mim. [...] Tenho minhas irmãs, minha família, isso aí eu tenho apoio. Tanto eu quanto ele, porque a minha família gosta muito dele. (F3)

Assim, se percebe que mesmo o apoio recebido da sua família, é considerado ajuda por também apoiar o usuário, companheiro de F3.

A próxima trajetória apresentada é de F4, mãe de um usuário de cocaína, que buscou no companheiro a primeira ajuda, imediatamente após descobrir o uso do filho. A seguir a figura 9, que ilustra a trajetória de cuidado de F4.

Figura 9 - Trajetória de cuidado F4



A entrevistada F4 é mulher, tem 55 anos e completou o ensino médio. Assim que descobriu o uso de drogas do filho, F4 procurou o companheiro imediatamente em busca de ajuda. Porém, a familiar relata vergonha e medo do preconceito dos colegas de trabalho, caso revelasse a eles a situação de uso de drogas do filho. F4 é agente comunitária de saúde e trabalha em uma US, o que facilitou que ela buscasse ajuda profissional. Mas antes de buscar tal ajuda, cerca de 1 a 2 meses após descobrir o uso do filho, F4 procurou os colegas de trabalho da US em busca de informações sobre espaços de tratamento, sem revelar que a ajuda que buscava era pra ela; não relatando sobre o uso de drogas do filho.

Como o filho tinha plano de saúde, a mesma conseguiu interná-lo diretamente em uma clínica de tratamento psiquiátrico. Após 21 dias, com a alta hospitalar, o filho seguiu acompanhamento com psiquiatra pelo convênio, porém em seguida ficou desempregado, perdendo o plano de saúde e, por isso, abandonando o acompanhamento psiquiátrico.

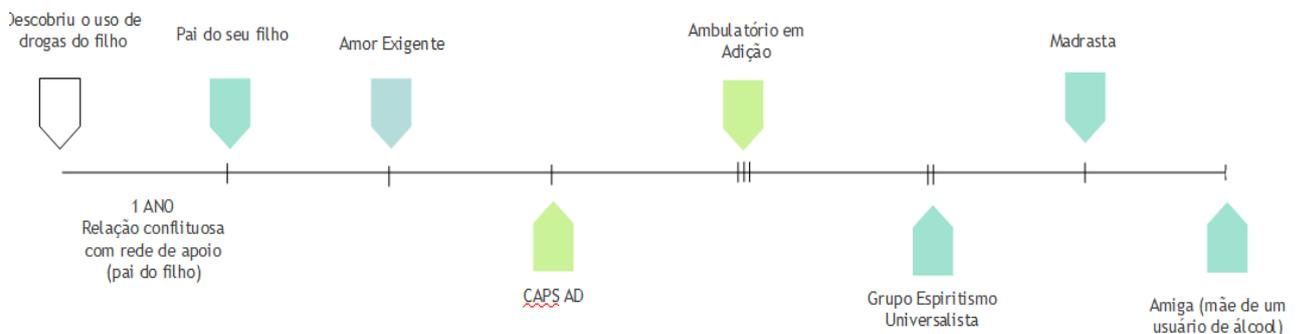
Foi então que F4 passou a frequentar, junto com o usuário, os grupos de NA. Enquanto isso, aguardavam vaga para atendimento no ambulatório de adição. Quando ingressaram no ambulatório, foi ofertado à participante da pesquisa e seu companheiro um espaço de terapia familiar além do grupo multifamiliar. Pela primeira vez, durante a trajetória de cuidado da F4, é ofertado um espaço de ajuda desde o apoio recebido pelo marido (primeira fonte de ajuda). Ou seja, apesar de ter buscado ajuda em outros quatro momentos, F4 não obteve apoio após recebê-lo do marido, até chegar no ambulatório de adição, que considerou como a ajuda recebida mais efetiva pra o tratamento do usuário.

A entrevistada compartilha a análise de que só percebeu que precisava de ajuda, quando a equipe do ambulatório sinalizou a necessidade de apoio ao familiar do usuário de drogas, como evidenciado na fala abaixo:

Aí tu vê que tu precisa de ajuda e todo esse tempo que tu não teve, tu podia ter feito melhor se tu tivesse uma ajuda anterior. Ninguém é preparado pra isso, assim. (F4)

A participante da pesquisa F5, tem 64 anos, é mulher, possui ensino fundamental incompleto e é mãe de um usuário de múltiplas substâncias, também acompanhado no ambulatório de adição. A trajetória de F5 está ilustrada na figura a seguir.

Figura 10 - Trajetória de cuidado F5



Após um ano convivendo com o uso de drogas do filho, F5 resolveu pedir ajuda pela primeira vez. Na ocasião, recorreu ao pai do usuário, referindo ter hesitado tal movimento, devido à relação conflituosa com o ex-companheiro. Traz ainda que ele é um pai ausente para o seu filho usuário e, assim como durante quase toda sua trajetória de cuidado, não se sentiu apoiada pelo pai do seu filho.

Apoio? Nenhum! Muito pelo contrário! Sem pudessem me condenar, me condenavam. (F5)

Durante a sua trajetória, F5 buscou apoio nos grupos de autoajuda do Amor Exigente, porém referiu não ter se sentido acolhida, além de não concordar com a filosofia do grupo. Já no CAPS AD, relata pouco incentivo da equipe quanto a sua participação no tratamento do usuário, tendo sido chamada pontualmente para um atendimento com a psicóloga.

A familiar entrevistada relata opiniões divergentes com a madrasta e amiga, referindo que ambas não compreendem o uso de drogas como uma questão complexa que demanda tratamento. Refere ainda que a amiga também é mãe de um usuário de álcool, porém nega problemas relacionados à questão, o que dificulta o diálogo entre as duas, como traz F5 em sua fala a seguir.

Tem uma amiga que nós duas temos pensamentos completamente diferentes [...] O filho dela usa álcool e ela não acredita que ele esteja doente, conversamos assim rapidamente, normalmente discordamos do que está sendo dito, mas pelo menos conversamos. [...] não considero uma ajuda. (F5)

No grupo de Espiritismo Universalista, a familiar referiu encontrar “*forças pra continuar vivendo*” (F5) e receber acolhimento tanto para ela quanto para o filho. Porém, é no ambulatório de adição que F5 reconhece como a ajuda mais efetiva para o tratamento do usuário. Somado a isso, a familiar traz como diferencial do atendimento neste local o fato de se sentir envolvida no tratamento do filho, como diz sua fala a seguir.

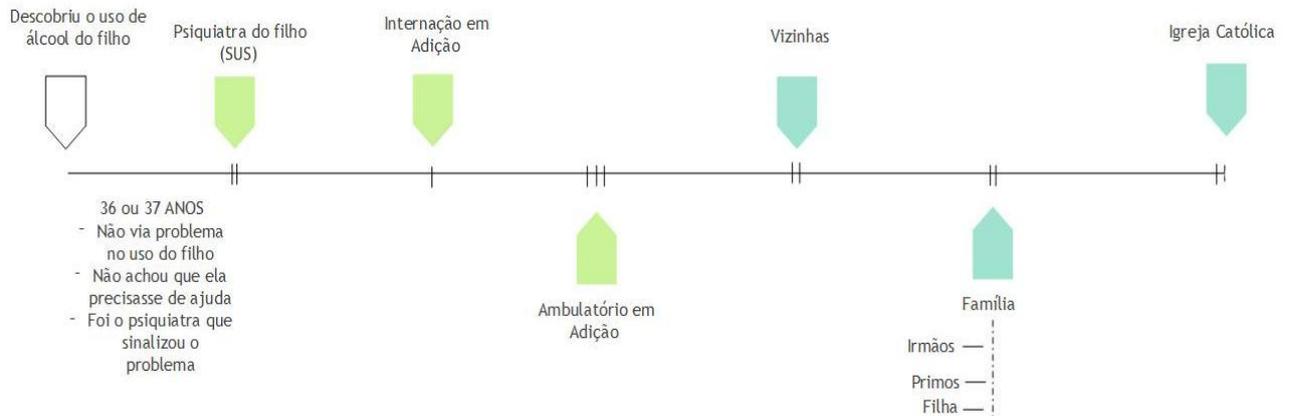
Um tratamento completo, abrangendo todas as facetas, embora ele não use, ele não faz academia, não lê. O tratamento que envolve, envolveu o J. (usuário), que me envolveu. (F5)

Durante a entrevista, F5 fala da questão de suicídio vivenciada no passado e que o acompanhamento familiar recebido no ambulatório de adição é o que tem ajudado na prevenção ao suicídio.

É o que está me mantendo de pé! Realmente na metade do ano passado um pensamento de suicídio meu foi muito grande. [...] a “doutora” daqui, eu chegava aqui e ela me fazia pensar. Hoje eu não corro risco novamente de pensar. (F5)

A familiar F6 também é mulher, tem 80 anos, ensino médio completo e é mãe de um usuário de álcool acompanhado pelo ambulatório de adição. Sua trajetória de cuidado está ilustrada na figura 11 e será descrita a seguir.

Figura 11 - Trajetória de cuidado F6



Foram mais de 36 anos que F6 demorou para encontrar ajuda desde a descoberta do uso de álcool do filho. A necessidade de ajuda para lidar com tal questão sequer foi identificada pela familiar, que relatou achar que não necessitava de ajuda nem mesmo percebia o uso de álcool do filho como um problema. O psiquiatra do filho foi quem identificou tal necessidade e orientou à familiar que procurasse por ajuda.

A familiar, então, buscou a internação como alternativa de cuidado, porém refere não ter sido ofertada uma ajuda neste espaço. Traz ainda dificuldades relacionadas ao isolamento social vivenciado no ambiente de internação:

Eu fiquei quase quinze dias sem vê-lo eu acho, não me lembro bem. Ai a angústia veio à tona. [...] eu sabia que ele estava sendo bem tratado, só que eu queria vê-lo né e não pode. Depois as visitas eram nas terças de manhã e sábados à tarde. [...] Não, nunca me ofereceram nada. (F6)

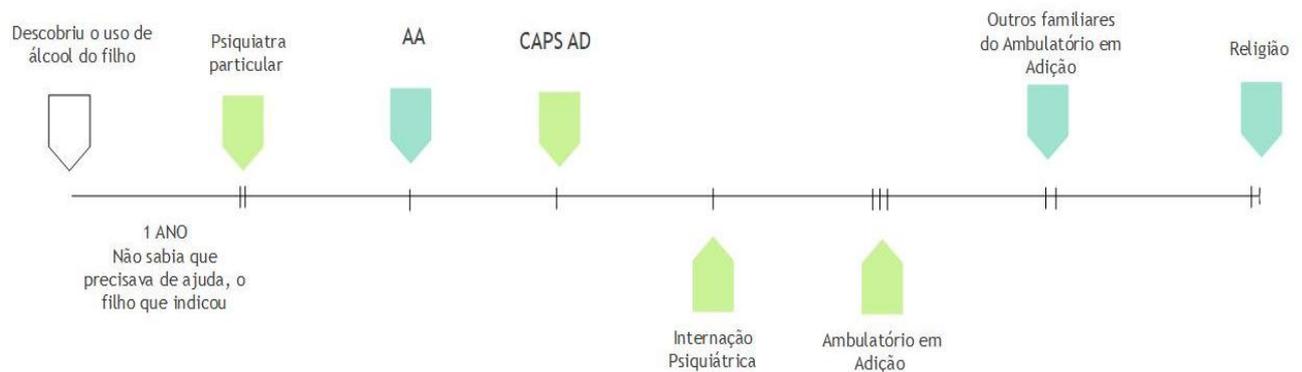
Após a internação, usuário e familiar foram encaminhados ao ambulatório de adição para dar continuidade ao tratamento, lugar que considerou o mais efetivo pro tratamento do usuário. Neste espaço, F6 refere lhe ter sido ofertada ajuda, salientando a escuta e o vínculo como características do cuidado recebido.

Ai aqui a gente adora [...] Conversa, a gente tem apoio de todos... , esses dias teve um churrasco, [...] eu já tinha almoçado e sentei na rua e o doutor sentou do meu lado [...] meu deus! O que ele conversou comigo, um monte! E quem faz isso com a gente hoje em dia? Não tem! [...] Muito bom o atendimento! E ninguém deixa de conversar e responder o que tu pergunta, ninguém! Não deixam de responder o que a gente precisa. (F6)

No setor informal de cuidados de saúde, F6 encontrou apoio da família, da igreja e de vizinhas. Traz cuidados como escuta, apoio financeiro e apoio à organização das rotinas e do cuidado com o filho usuário ao contar com a ajuda das vizinhas, dos irmãos, das primas e da filha. Já ao falar sobre a ajuda recebida pela igreja, F6 a descreve como espaço em que “*renova a esperança*” (F6).

Assim como F6, a entrevistada F7 também é mãe de um usuário de álcool em acompanhamento no ambulatório de adição. A familiar tem 77 anos, é do sexo feminino e possui ensino médio completo. Sua trajetória se desenhou através dos setores dos cuidados de saúde informal e profissional, como ilustrado na figura a seguir.

Figura 12 - Trajetória de cuidado F7



Por não saber que precisava de ajuda, F7 não buscou apoio. Foi o usuário quem indicou à mãe a ajuda de um psiquiatra particular, quando F7 já havia descoberto o uso de álcool do filho há cerca de um ano.

Ao buscar a ajuda do psiquiatra, F7 refere ter recebido orientações sobre o cuidado com o usuário, ajudando-a no manejo mais adequado às situações vivenciadas a partir do uso de álcool do filho. Relata não contar com a ajuda da família, e por isso ter buscado ajuda no setor profissional.

Eu tenho um pensamento bem diferente da família, a família sai porque não tem coragem. A gente fica sozinha e eu tô sozinha há muito tempo, então é por isso que tô aqui (ambulatório de adição) também... porque aqui eu sou acolhida. (F7)

Buscou ajuda nos grupos do AA e no grupo de família do CAPS AD, porém referiu não perceber melhora e não se sentir bem: “*não me fazia bem! Eu não saía do lugar*” (F7). Na internação psiquiátrica, assim como a F6, F7 também aponta para o isolamento do usuário como uma dificuldade vivenciada e nega ter sido ofertado algum espaço de cuidado para o familiar.

Eu não entendia porque uma mãe não podia ver o filho que estava muito doente [...] Só visitava, não tinha nada disso (reuniões familiares ou atendimentos individuais). (F7)

A familiar encontrou ajuda ainda ao receber o apoio de outros familiares de usuários de drogas do ambulatório de adição, relatando uma relação de cuidado mútuo. Em relação a religião, F7 traz o relato de uso desta fonte de ajuda como alternativa à terapia medicamentosa e psicoterapia, como visto na fala a seguir.

Se tô ansiosa, muito ansiosa, aí eu vou tomar fluoxetina? Não, eu vou rezar meu terço! [...] Tu vê como eu faço uma terapia com meu terço? Aí eu faço uma terapia psíquica e religiosa, isso a religião ajuda sim. (F7)

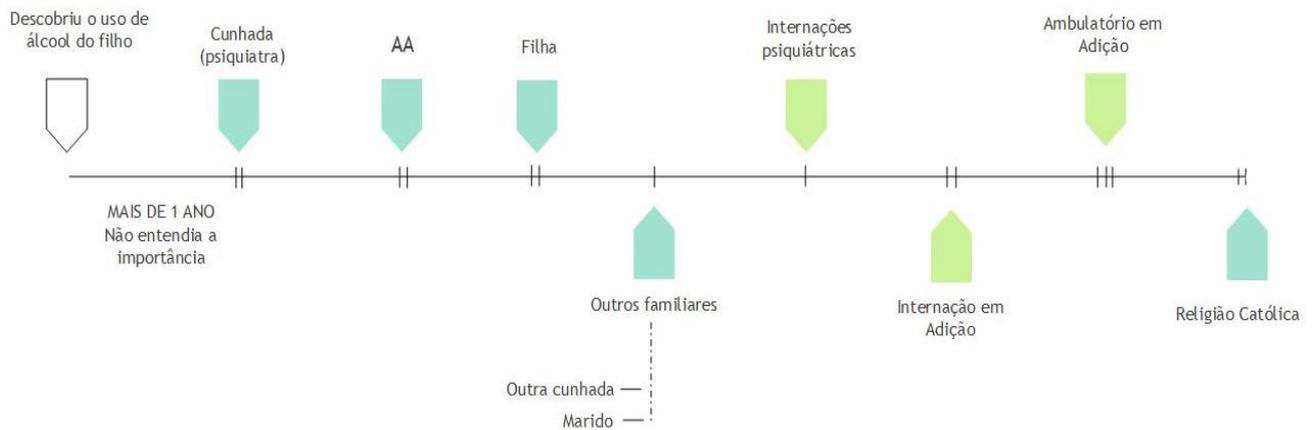
O alto custo para financiar um acompanhamento psiquiátrico particular, as altas taxas descontadas pelo plano de saúde, assim como a ausência de oferta de espaços de cuidado para o familiar de um usuário de álcool e outras drogas pelo convênio, foram dificuldades encontradas por F7 durante a sua trajetória de cuidado. Somado a isto, F7 também denuncia tal escassez de oferta de cuidado dentro do SUS, como evidenciado na fala a seguir.

Era o único lugar especializado, porque não tem outro lugar, só no hospital de clínicas se faz esse tratamento pelo SUS assim, nessa qualidade. (F7)

Foi no espaço citado na fala anterior, o ambulatório de adição, que F7 recebeu o cuidado que considerou mais efetivo para o tratamento do usuário. Refere ter buscado a ajuda no local, após ter sido informada pela equipe assistente do serviço que havia oferta de atendimento ao familiar do usuário de álcool e outras drogas. Reconhece este serviço como um espaço de garantia de fala, no qual tem o direito de receber tratamento e compartilhar experiências e receber orientação profissional.

A oitava trajetória de cuidado é da F8. A participante da pesquisa é mulher, tem 73 anos, possui ensino superior completo e também é mãe de um usuário de álcool em acompanhamento no ambulatório de adição.

Figura 13 - Trajetória de cuidado F8



Por não compreender a importância de um acompanhamento profissional ao familiar do usuário de drogas, F8 levou mais de um ano para pedir ajuda a sua cunhada, com formação em psiquiatria, após descobrir o uso de álcool do filho. Refere ter encontrado nesta cunhada, uma fonte de apoio e confiança.

A F8 percorreu sua trajetória de cuidado pelos setores informal e profissional, de forma concomitante e complementar. No setor informal, buscou ajuda nos grupos de AA, na religião e na família. Já no setor profissional, F8 recorreu aos espaços de atendimento especializado ao usuário com questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, como internações hospitalares e ambulatório de adição.

Ao recorrer à família em busca de ajuda, além da cunhada psiquiatra já citada, F8 só voltou a encontrar ajuda no cuidado recebido pela filha, que também tem formação na área de saúde mental e atua como psicóloga. F8 negou ter recebido ajuda do marido e de outra cunhada, pela dificuldade de ambos em compreender a questão do uso de drogas como uma doença, apesar de reconhecer que ambos a escutam em relação a outras demandas.

A familiar descreveu a ajuda encontrada no apoio da filha e da cunhada psiquiatra como uma “*orientação e apoio para lidar melhor com o R. (usuário)*” (F8). Assim, podemos supor que a necessidade de cuidado de F8 está relacionada à necessidade de cuidado do usuário, buscando compreender o seu papel enquanto familiar, como evidenciado na fala a seguir.

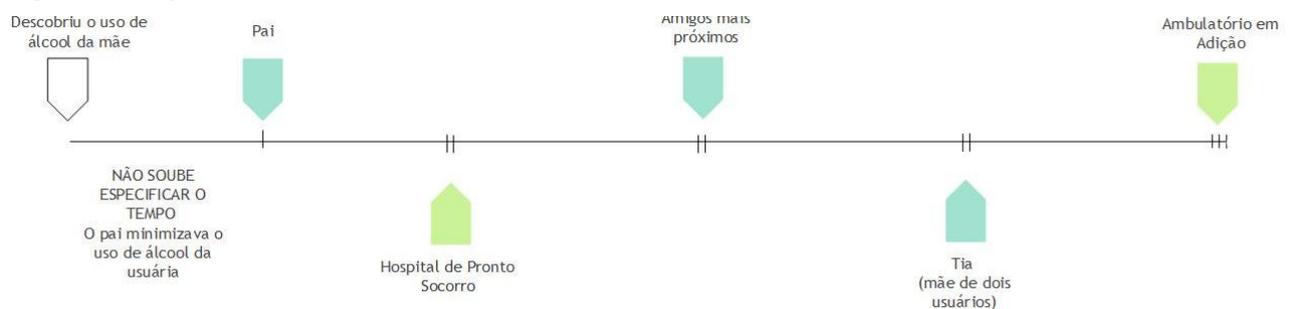
Sim, me ajudou (cuidado ofertado para o usuário) porque ajudou ele, entendeu? No momento que ajudou o R., me ajudou! Eu tô bem se ele tá bem! (F8)

Nos grupos de AA e na internação de adição, F8 relata ter começado a entender um pouco mais sobre o uso de drogas e o seu papel enquanto familiar, mas destaca que aprendeu de fato a lidar com a questão ao ser assistida no ambulatório de adição por ter mais espaço de fala.

A gente conseguia entender um pouco mais como é, entende? [...] a gente conversava né, mas não como aqui. Aqui eu sempre coloquei tudo que eu tinha que fala. [...] Só que eu fui entender bem aqui. [...] porque aqui eu acho que a gente fala muito mais. (F8)

Traz ainda a religião como espaço em que se sentia mais calma e novava a esperança. Relata ter acompanhado o filho em diversas internações psiquiátricas, mas nega ter sido ofertado qualquer espaço de cuidado para ela enquanto familiar, exceto na internação de adição que ofereceu espaços pontuais de escuta e a encaminhou para o ambulatório de adição. A figura a seguir (figura 14) ilustra a trajetória de cuidado de F9.

Figura 14 - Trajetória de cuidado F9



F9 é mulher, tem 28 anos, ensino superior incompleto e é filha de uma usuária de álcool em acompanhamento no ambulatório de adição. A participante da pesquisa não soube especificar quanto tempo demorou pra buscar a ajuda do pai, mas lembra que foi “na terceira crise” (F9) da mãe que viu a necessidade de chamar pelo apoio do familiar.

Refere que o pai sempre minimizou o uso de álcool da mãe, levando F9 a postergar o pedido de ajuda. Além disso, pelo mesmo motivo, F9 refere não ter se sentido apoiada pelo pai. Ainda no setor informal de cuidados de saúde, a familiar traz o apoio recebido por amigos próximos que a acolhem “com palavras de otimismo” (F9) e pela tia, que a acolhe a partir da troca de experiências enquanto também familiar de dois usuários de drogas.

Quando questionada sobre espaços de ajuda no setor profissional, F9 responde “*Não precisei de ajuda profissional, mas tive aqui (ambulatório de adição)*”. E apesar de não identificar sua necessidade de ajuda, reconhece que recebeu cuidado em dois serviços de saúde: o ambulatório de adição e o Hospital de Pronto Socorro.

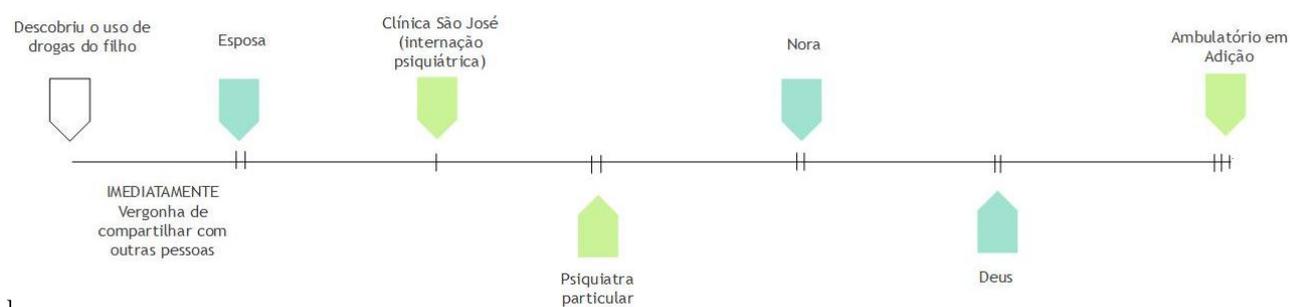
Relata que o HPS sinalizou à familiar sobre o uso abusivo de álcool da usuária, sendo lá onde F9 recebeu as primeiras orientações sobre como lidar com a questão. Mas foi no ambulatório de adição onde encontrou atendimento focado na abordagem do familiar do usuário de drogas, considerando este como o espaço de cuidado mais efetivo no tratamento da usuária.

Aqui (ambulatório de adição) eles focam no problema do paciente e resolvem [...] aqui a gente vê que é com a família! Os tutores pegam o caso, eles querem te ajudar, te dão apoio, a gente se sente acolhido [...] aqui a gente tem essa noção de apoio e de ajuda, de ideia, de não saber o que fazer, mas aqui encontra. [...] a gente aprende mais... além do profissional a gente aprende com outros familiares. (F9)

Conta que o incentivo para a participação da família no tratamento veio da equipe do ambulatório e da própria usuária, o que a fez buscar o atendimento. E a partir daí perceber a importância do cuidado recebido.

A próxima trajetória de cuidado a ser descrita é de F10, homem, 59 anos, ensino médio completo. F10 é pai de um usuário de cocaína acompanhado no ambulatório de adição.

Figura 15 - Trajetória de cuidado F10



O familiar conta que, assim que soube do uso de cocaína do filho, procurou a ajuda da esposa para entender como lidar com a situação. F10 conta que a vergonha foi a principal dificuldade vivenciada na sua trajetória de cuidado. Justificando assim, o fato de não ter buscado a ajuda em nenhum outro espaço ou pessoa.

Não busquei (ajuda), eu fiquei digerindo aquele problema junto, eu e minha mulher. [...] Eu tinha tanta vergonha (emocionado), eu tinha tanta vergonha que eu não falei pra ninguém. Nem pros parentes. [...] Só quem sabe que ele usou: minhas duas cunhadas e minha sogra. Da minha família, meus irmãos, ninguém sabe! Somos em dez irmãos, cada um com uma “penca” de filhos e ninguém fuma, ninguém cheira! (F10)

Apesar de não ter buscado ajuda, traz sobre o apoio recebido, tanto no setor profissional quanto informal, ao relatar o caminho percorrido em sua trajetória. Fala que, na Clínica São José (internação psiquiátrica), apesar de ter sido ofertado alguns espaços para família, não se sentiu ajudado, pois entende que as ofertas eram pontuais e com o intuito de controle das visitas e não de escuta e acolhida.

Era pra passar as regras [...] acabou a reunião, pronto, sai dali, daí tu ia lá pra outra sala onde poderia ver o paciente e era isso. Era isso, tu não perguntava assim, enfim, tu não tinha acolhida. (F10)

O familiar conta que o psiquiatra particular do filho se mostrava disponível, orientava quanto a abordagem ao usuário e estratégias de manejo, além de receber F10 e a esposa para atendimento separadamente do usuário. Reconhece a ajuda como importante estratégia de compreensão do problema do uso de cocaína do filho.

F10 também considerou a ajuda recebida no ambulatório de adição como a mais efetiva para o tratamento do seu filho, destacando o enfoque na abordagem familiar como o diferencial deste serviço. A fala a seguir aponta tal resultado.

Aqui eu fui acolhido! [...] a gente aprendeu aqui como lidar com isso e também ser acolhido pela equipe. Aqui não é só pra atender o E. (usuário), tem um momento da família, do familiar, a gente fez terapia familiar também. Então, as coisas aqui fluiu numa maneira totalmente diferente. [...] nós aprendemos a lidar com o E. nessa terapia familiar (F10)

O familiar salienta ainda o quão motivador é compartilhar experiências e ter um espaço de fala e escuta no grupo multifamiliar, outra alternativa de cuidado ofertada ao F10 no ambulatório de adição.

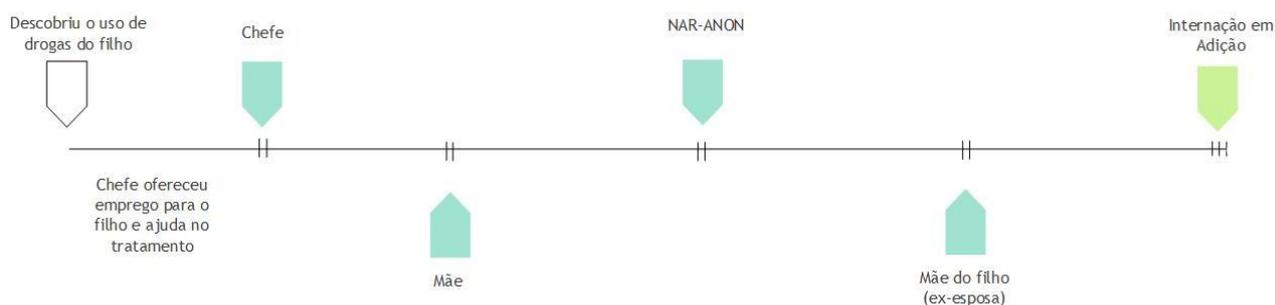
Tu compartilha a tua vida, tu abre o teu coração, tu tira aquilo que tá engasgado, que tá te apertando, tu bota pra fora. (F10)

O F10 traz ainda sobre a ajuda indireta recebida da nora, que ao cuidar do filho, cuidava também do familiar. E fala também da ajuda de Deus que, segundo as crenças de F10, foi o que possibilitou que usuário e família conseguissem atendimento gratuito e de qualidade.

A trajetória de cuidado a seguir é de F11, familiar de um usuário de cocaína que se encontrava, no momento da entrevista, em tratamento na Unidade de Internação de Adição, também do HCPA. F11 é homem, tem 67 anos e ensino médio incompleto.

A figura 1 ilustra a trajetória de F11 pelos setores de cuidados de saúde informal e profissional, cujo percurso será discutido a seguir.

Figura 16 - Trajetória de cuidado F11



Ao descobrir o uso de cocaína do filho, F11 procurou o chefe, com quem compartilhou a angústia de não saber o que fazer pra ajudar o filho. Foi quando seu chefe ofereceu ao usuário, filho de F11, uma vaga de emprego. Na persistência do uso de drogas e dos problemas relacionados a essa questão, o chefe de F11 “*conseguiu uma vaguinha numa clínica em Santa Cruz do Sul*” (F11).

A partir de então, o usuário esteve internado em diversas instituições, como internações, clínicas especializadas em álcool e drogas e CTs. Porém, F11 não reconhece nenhuma destas instituições como espaço de ajuda para si, apesar de acompanhar o filho em todas, como relatado na fala a seguir.

Todos os lugares eu é que vou, eu visito ele, em todos os lugares, [...] Se ele já se internou em 30... tô botando por cima... é por cima, vamos supor que seja menos: todas!! Todas, todas, todas, é eu que faço a mão, é eu é que interno, eu é que levo. [...] o tratamento era pra ele né, não pra mim! (F11)

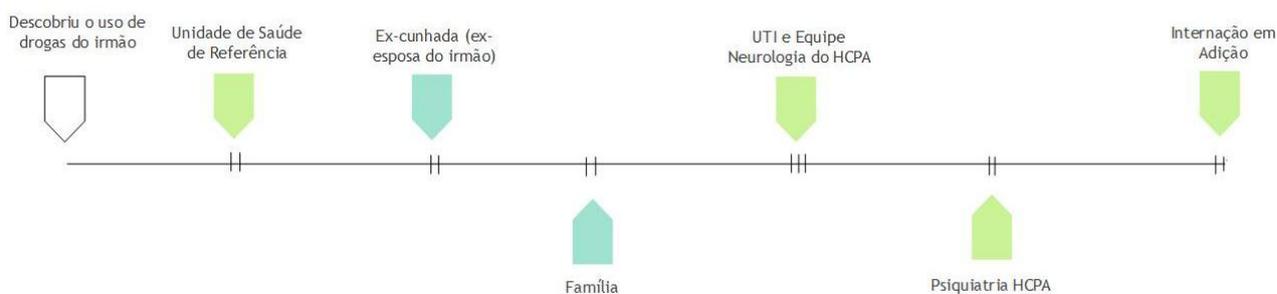
Relata ter frequentado o Nar-Anon durante uma das internações do filho em CT, entendendo que o espaço o ajudou a lidar com as recaídas do usuário na época. F11 fala salienta a ajuda recebida da mãe que está “*sempre preocupada, me liga, liga pro G. (usuário)*” (F11).

Ainda no setor informal, ao descrever a ajuda recebida pela mãe do usuário, F11 relata um contato mais superficial, em que ela faz eventuais contatos para saber do filho. Apesar da pontualidade e superficialidade referidas, F11 considera como um cuidado recebido.

Na unidade de internação de adição, o familiar diz ter encontrado a ajuda mais efetiva para o tratamento do usuário, seu filho. E associa tal percepção com a presença de regras rígidas que podem auxiliar a mudança de comportamento do usuário e, conseqüentemente, ajudar F11.

A seguir é apresentada a trajetória de cuidado de F12 (figura 12), mulher, 52 anos, ensino médio completo. F12 é irmã de um usuário de múltiplas substâncias internado na Unidade de Adição.

Figura 17 - Trajetória de cuidado F12



A primeira ajuda que a familiar buscou ao descobrir o uso de drogas do irmão foi a unidade de saúde de referência, porque “*na época, não tinha CAPS*” (F12). A familiar reconhece ter sido ajudada neste espaço pelo fato de receber orientações e encaminhamentos, reduzindo o cuidado a ações pontuais.

No posto de saúde, tu vai lá tem uma orientação pra encaminhar pro psicólogo, mas eu não tinha uma coisa mais abrangente como a gente tem agora, era bem menos. (F12)

Nos demais serviços de saúde onde buscou ajuda, apesar de relatar grande satisfação com o apoio recebido, a ajuda limitou-se a orientações e encaminhamentos a outras especialidades. Além dos serviços citados como espaços em que a familiar encontrou ajuda, vale trazer que o usuário já esteve em acompanhamento em uma CT, porém em nenhum momento foi ofertado à familiar qualquer tipo de apoio, nem se quer foi acionada pela equipe assistente.

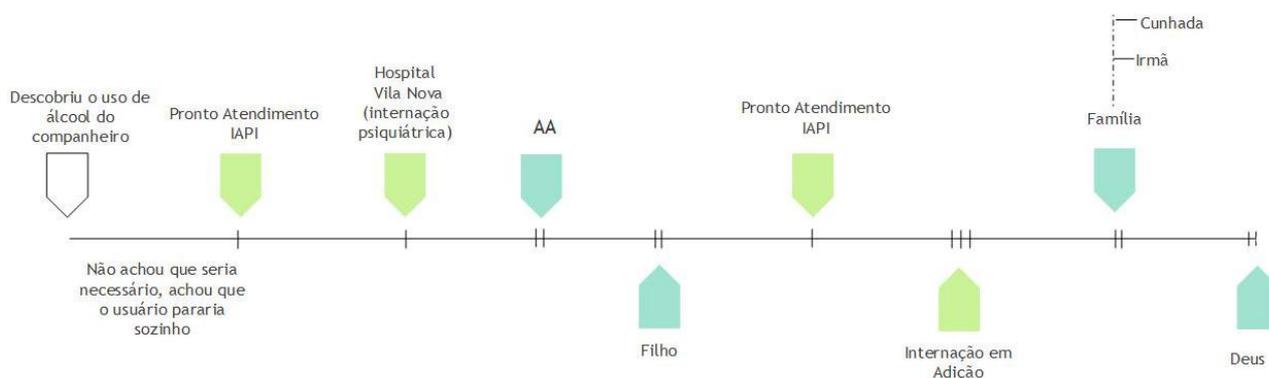
E mesmo reconhecendo que a ajuda mais efetiva para o tratamento do usuário foi a recebida pela equipe de Neurologia da Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) do HCPA, quando questionada sobre como foi essa ajuda e qual o diferencial, a familiar responde: “o encaminhamento, porque eles disseram direitinho que o problema dele era as drogas” (F12), e não reconhece mais nenhum tipo de ajuda: “não, foi só isso mesmo, mas ba me ajudou!” (F12).

No único serviço de saúde especializado no atendimento ao usuário de drogas acessado pela familiar durante sua trajetória, a ajuda descrita por F12 também se restringiu a orientações e encaminhamentos. Pelo fato de o usuário apresentar limitações físicas e demanda de suporte clínico 24 horas, a F12 aguarda o encaminhamento do usuário para uma clínica de longa permanência, e para isso contou com as orientações e auxílio da assistente social da unidade.

Ao contar com a ajuda da família, F12 relata o compartilhamento do cuidado clínico do usuário com os demais familiares; porém, traz que nem sempre eles estão disponíveis para auxiliar no cuidado, devido a outras demandas como trabalho e cuidado com os demais membros da família.

A próxima trajetória a ser descrita é de F13, uma mulher de 55 anos que não chegou a completar o ensino médio. F13 é esposa de um usuário de álcool que está em acompanhamento na Internação de Adição e a sua trajetória está representada na figura 18.

Figura 18 - Trajetória de cuidado F13



F13, como a maioria dos familiares participantes desta pesquisa, circulou apenas pelos setores informal e profissional de cuidados de saúde ao buscar cuidado para si. A familiar

descreveu toda sua caminhada a partir dos espaços frequentados pelo usuário e a busca por ajuda foi destinada a ele.

Não procurou ajuda enquanto não achou que o usuário necessitasse de cuidado. Ao procurar o Pronto Atendimento IAPI, nas duas ocasiões, o fez em busca de atendimento para o usuário e obteve encaminhamento para a internação. Em ambos os espaços, nega oferta de atendimento para si.

Foi 21 dias no HVN, uma reunião só que eu falei com o pessoal, depois não sei nem quem é o médico dele, não conheci nenhum médico. [...] não, nunca me chamaram assim que nem aqui (ambulatório de adição). (F13)

Nos grupos de AA, F13 acompanhava o usuário, e fala sobre a ajuda recebida e reconhece seu adoecimento:

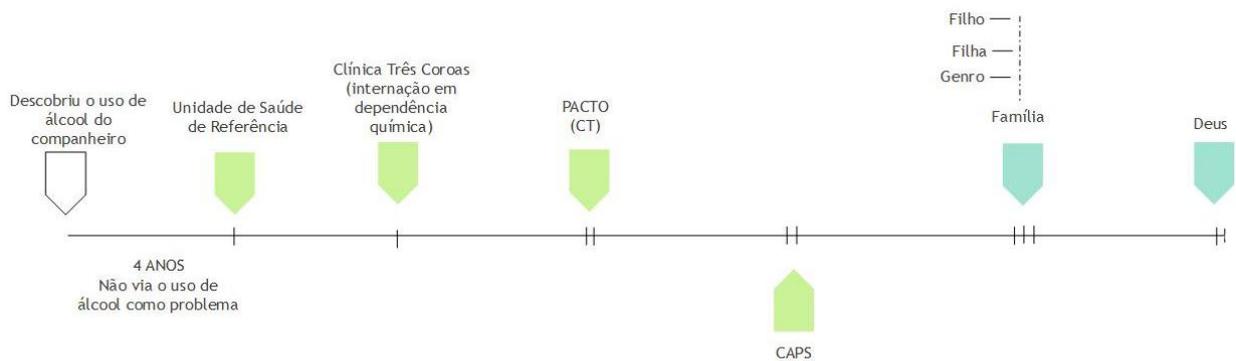
Apoio pra mim. Que eu também ouvia muito! O depoimento... tinha muitos ali, a maioria separados, outros viúvos... porque a mulher adocece junto! (F13)

Na Internação de Adição, refere ter sido ofertado momentos de atendimento para a familiar, destacando o vínculo com a equipe e as reuniões familiares como o diferencial do cuidado, elegendo-o como o mais efetivo no tratamento do usuário. F13 destaca que suas vindas frequentes para atendimento familiar são devido ao incentivo da equipe assistente e da flexibilidade de horários para atendê-la. Porém traz a dificuldade em conseguir dinheiro para a passagem de ônibus para comparecer nas reuniões, como o principal obstáculo de acesso ao tratamento.

Ao descrever a rede de apoio familiar e espiritualidade, F13 relata contar com a compreensão da irmã, da cunhada (irmã do usuário) e, principalmente do filho. O fato de a irmã do usuário já ter perdido um companheiro com quem foi casada anos por complicações devido ao uso de álcool, possibilita que ambas troquem experiências e se apoiem mutuamente. F13 ainda traz Deus e o filho como fontes de força e esperança.

A penúltima familiar a ter sua trajetória apresentada também é mulher, tem 54 anos e ensino fundamental completo. F14 é esposa de um usuário de álcool em tratamento na internação de adição e construiu seu caminho de cuidado pelos setores profissional e informal de cuidados de saúde, conforme figura 19.

Figura 19 - Trajetória de cuidado F14



A familiar relata que demorou cerca de 4 anos pra buscar a unidade de saúde de referência desde que descobriu o uso de álcool do companheiro, pois não o via como um uso problemático.

Ao buscar a ajuda na unidade de saúde, foi encaminhada para uma clínica de tratamento em dependência química do município onde residia, reconhecendo o encaminhamento como ajuda, mas negando que tenha sido ofertado qualquer espaço de escuta ou cuidado á familiar em ambos os espaços.

F14 descreve toda a sua trajetória de cuidado baseada na trajetória do usuário, assim como associa o apoio recebido ao apoio destinado ao usuário. No setor profissional, a ajuda recebida se limitou a encaminhamentos e orientações. Tais análises podem ser percebidas na fala a seguir.

Lá em Três Coroas, o do posto (US) eu gostei. Não gostei da clínica, porque achava que ia ser diferente, mas achei que foi pior do que se estivesse em casa. Em casa ele bebia mas estava acordado e podia conversar. Gostei muito da PACTO e do CAPS. [...] do atendimento, das explicações deles. (F14)

No CAPS foi o único serviço citado em que foi ofertado à F14 algum espaço de cuidado, como o grupo de família e outros momentos de escuta.

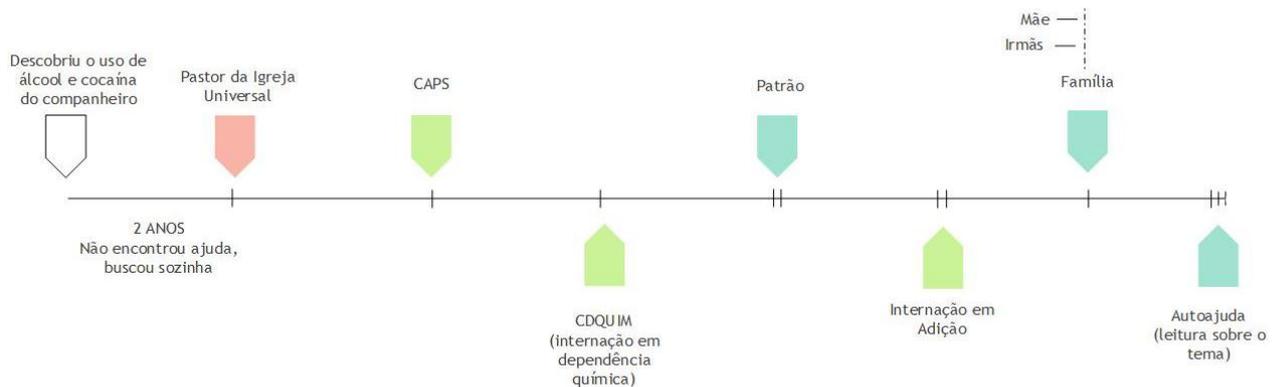
Cheguei no CAPS, falei da situação dele e aí ele começou a fazer o tratamento dele lá. [...] Muito ótimo. Eles são bem atenciosos, perguntam se sou da família, se quero participar do grupo, conversam muito com a gente, conversam com o dependente químico, com a gente, qualquer hora que eu precisar, posso ligar pra lá e eles me atendem. (F14)

Apesar do usuário, familiar de F14, no momento da entrevista, estar internado na unidade de internação de adição, a familiar se quer cita este espaço como um espaço no qual tenha buscado ajuda. Tão pouco relata a oferta de apoio à família por parte da equipe.

Por fim, F14 diz não conseguir pensar nela neste momento, colocando o usuário em primeiro lugar. E assim, reconhece, ao final da entrevista, que suas únicas fontes de apoio são a família e Deus. É a primeira participante da pesquisa que não considera algum serviço do setor profissional como a ajuda mais efetiva para o tratamento do usuário. F14 atribuí tal efetividade à família, que “*sempre pergunta do R. (usuário) e me dão palavras de apoio*” (F14).

A última trajetória de cuidado a ser apresentada é a de F15. A participante da pesquisa é mulher, tem 43 anos, ensino fundamental completo, e é companheira de um usuário de álcool e cocaína, internado na unidade de internação de adição.

Figura 20 - Trajetória de cuidado F15



Apesar de ter circulado nos três setores de cuidados de saúde, ao ser questionada sobre quais espaços de ajuda buscou para si, F15 nega ter recebido ajuda: “*porque no tratamento dos pacientes, essa ajuda pra gente, não tem nenhum*” (F15). E traz uma crítica quanto à importância da oferta de cuidado aos familiares de usuários de drogas, como mostra a fala a seguir.

Eu acho que a partir do momento que um paciente interna com um problema desses, já devia ter um acompanhamento pra mãe, pro pai, pro filho, pra quem fosse... Pra mulher... Pra quem fosse. [...] Porque pela, pela medicina e grupo de... é só pro paciente né? Não é pra família. Tu não tem assistência nenhuma, que eu acho que isso prejudica muito o paciente. (F15)

A familiar relata ter demorado em torno de 2 anos pra pedir ajuda ao pastor da igreja na qual casou, que encaminhou o usuário para um centro de recuperação para dependentes químicos vinculado à Igreja Universal¹. Mesmo assim, afirma não ter encontrado ajuda e até hoje buscar sozinha.

Ajuda pra mim, estou buscando sozinha. [...] Fui ler e tentar conhecer algumas coisas para ajudá-lo. Mas tudo sozinha, sem orientação. Eu não tenho orientação. (F15)

Apesar do relato de ter sido ofertado grupo de familiares no CAPS e no CDQUIM, F15 afirma não ter se sentido ajudada nesses espaços.

O grupo pra família, por exemplo, que tem no CAPS, eu não vejo ajuda nenhuma pra família. (F15)

Lá no CDQUIM é um caos! [...] eu chorava desesperadamente pelo ambiente, pelo tratamento dos profissionais, com o tratamento com os familiares que acompanhavam os grupos, é horrível! (F15)

Apenas na Internação de Adição, dentro do setor profissional, que F15 identificou alguma fonte de ajuda recebida. Porém traz ações pontuais que não incluem ações voltadas especificamente aos familiares.

Tu consegue organizar teus horários. Toda vez que tu liga tu é bem atendida, te passam toda a informação necessária. [...] Isso passa uma certa tranquilidade, isso tá me ajudando muito. Eu hoje durmo. (F15)

A participante da pesquisa não identificou ajuda vinda nem mesmo da família, referindo que *“houve um afastamento grande, a gente ficou bastante isolado [...] a gente não fala muito no assunto, porque é difícil de eles entenderem”* (F15).

No setor informal, as únicas fontes de ajuda que a familiar identificou foram o patrão e os livros de autoajuda. F15 se sentiu ajudada pelo patrão, quando este ofereceu emprego ao usuário e permitia as saídas de ambos para o tratamento. Os livros de autoajuda e leituras sobre o tema de uso de drogas que a mesma buscou sozinha foi a ajuda que F15 considerou mais efetiva para o tratamento do usuário, por ser a maneira que conseguiu aprender estratégias para lidar com o uso de álcool e cocaína do companheiro.

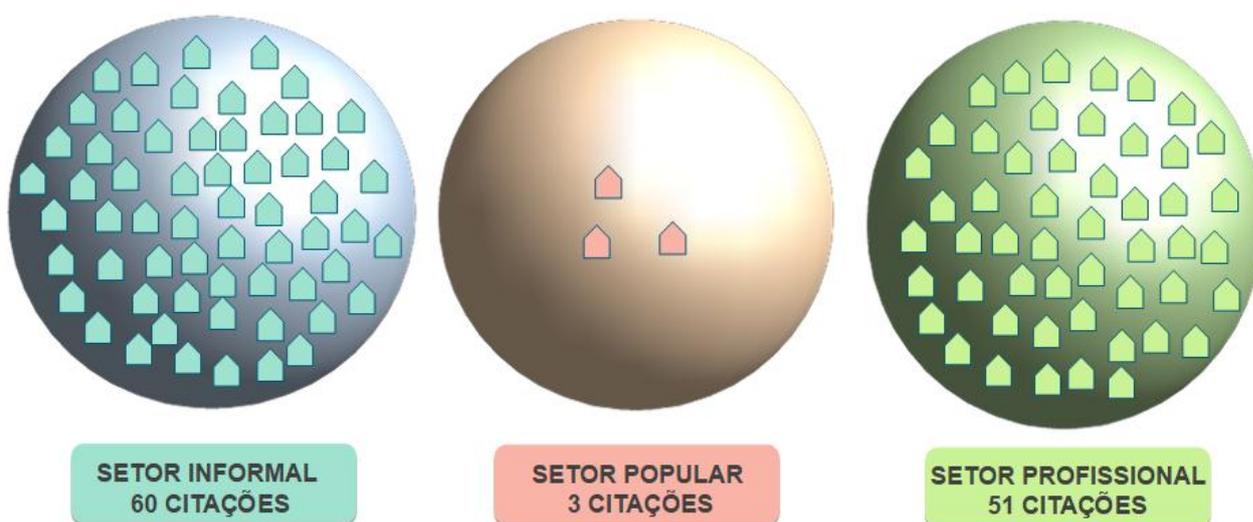
6.3 ELES CAMINHAM: PEDRAS, DESVIOS, PONTES E ENCONTROS NO CAMINHO

Nesta etapa são apresentadas as categorias de análise a partir da metodologia proposta por Bardin. As categorias correspondem aos três setores de cuidado em saúde, sendo elas:

Setor Informal, Setor Popular e Setor Profissional de cuidado em saúde. Em cada categoria são discutidos os principais aspectos vivenciados pelos familiares ao percorrer aquele determinado setor de cuidado em saúde e quais as demandas identificadas.

Ao traçarem suas trajetórias de cuidado, os familiares percorreram, em idas e vindas, pelos diferentes setores dos cuidados de saúde (Figura 21). Como prevê Helman (2009), estas trajetórias nem sempre se desenham de forma linear, podendo o familiar, ora experimentar a ajuda no setor informal, ora no setor popular, e assim por diante, podendo inclusive costurar sua rede de apoio de forma concomitante em mais de um setor.

Figura 21 - Setores dos cuidados de saúde e os recursos citados



A figura 21 ilustra o número de recursos de ajuda - buscados e/ou encontrados – que foram citados nas entrevistas, em cada setor dos cuidados de saúde. Observa-se que os participantes da pesquisa circularam com maior frequência entre os setores informal e profissional, sendo que apenas duas familiares buscaram ajuda no setor popular, totalizando três citações.

Conforme Helman (2009), o setor popular é composto por pessoas que oferecem cuidado baseado no saber popular a partir de uma cultura específica. Geralmente estão próximos a comunidade e, por isso, compartilham da visão de mundo e noção de saúde e doença daquelas pessoas. Como era o caso de uma das familiares:

A gente tava indo pra casa e a gente encontrou o pastor da Igreja que a gente casou, que é a Assembleia. Eu fiz sinal pra ele e esse pastor nos ajudou. (F15)

A busca por determinado setor de saúde tem relação direta com o contexto sociocultural em que está inserida aquela pessoa (HELMAN, 2009). Assim, ao analisar as trajetórias de cuidado dos familiares participantes da pesquisa, podemos relacionar a menor procura por ajuda no setor popular às questões culturais e de estrato social experienciadas por estas famílias que, mesmo não tendo sido investigadas separadamente, nos sugerem uma maior proximidade com práticas especializadas de cuidado, como trazido na fala a seguir:

Não precisei uma ajuda mais profissional, mas tive aqui (ambulatório em adição) [...] que aí tem os profissionais ideais pra isso. (F9)

Nos países ocidentais e em desenvolvimento, as pessoas tendem a buscar mais ajuda com profissionais com alguma formação técnica para o cuidado, pelo prestígio atribuído a estes profissionais (HELMAN, 2009). Freitas e Amarante (2017), ao discutirem o papel social do médico, reconhecendo que, a partir da apropriação das tecnociências, é conferido ao médico o poder e uma convincente vantagem em relação a outras práticas de cura tradicionais da sociedade.

Guimarães (2017) discute em sua dissertação de mestrado, sobre a diferenciação entre os modos de adoecer e cuidar-se no meio rural e no meio urbano. A autora pontua aspectos culturais como a relação da incapacidade de trabalhar como reconhecimento do adoecimento. Assim como a relação mais próxima desta população com práticas não tradicionais de cuidado em saúde, como o uso de chás, benzimentos, mudanças de comportamento e na alimentação, “conselhos de comadre”, rezas, confissões, ou até mesmo banho quente ou repouso. Estes modos diferenciam-se, assim, do modo de cura mais acadêmico e protocolar que a população em meio urbano costuma lançar mão.

O PSF e a PNPIC são políticas brasileiras que, apesar de já consolidadas, são jovens e vêm sendo implementadas junto às comunidades no intuito de propor um cuidado menos fragmentado em especialidades médicas e mais ampliado e atento às complexidades de cada indivíduo e sua comunidade (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2010), incorporando ao repertório de diagnóstico situacional e construção de cuidado aspectos socioculturais da própria comunidade. Porém, como reflete Guimarães (2017), a implantação das políticas públicas no Brasil, ainda encara o desafio de estender a oferta de saúde a todo território nacional,

incluindo áreas rurais com limitações de acesso e infraestrutura, sobretudo no que diz respeito às políticas de atenção básica e saúde mental.

Somado a isto, ainda há resistência da sociedade ocidental e, até mesmo por parte dos profissionais de saúde, que desaconselham a busca por tratamento complementar ou alternativo sem a indicação de um profissional médico, sustentando, assim, a cultura médico-centrada (SOUZA; NASCIMENTO; ZVIRTES, 2019). Todos estes fatores discutidos podem servir como influenciadores na escolha por determinados espaços ou modos de assistência à saúde buscados pelos familiares.

Apesar deste estudo não ter investigado a procedência do familiar entrevistado, a maior parte dos serviços de saúde citados são serviços pertencentes a rede de saúde municipal de Porto Alegre, o que configura um cenário urbano de pesquisa e nos direciona a estas reflexões. Tal análise se ilustra a partir das falas de familiares que explicitam a relação de cuidado recebido e atendimento profissional:

Particpei dos encontros, não gostei, te digo assim, não gostei. Porque não tem, por exemplo, um psicólogo ou um médico pra mediar. (F7)

Não é pra amador! [...] É pra profissional! Porque assim ó, eu preciso que alguém profissional me auxilie a lidar com essa pessoa perturbada. (F2)

Outro fator pertinente nesta discussão é o fato de que podemos pensar que as pessoas tendem a buscar ajuda quando o problema do uso de drogas dentro família já está instalado, como apontado por Orth e Moré (2008). Em seu estudo, as autoras afirmam que a conscientização do problema só se dá quando situações extremas, como episódios de agressão e ameaças, já estão instalados. Ou quando a família já se encontra em um adoecimento importante, do qual busca soluções imediatas para um problema que vive por anos, mesmo não reconhecendo essa dimensão (ORTH; MORÉ, 2008).

A projeção da necessidade de uma abordagem profissional e, preferencialmente, médica e especializada, que na perspectiva do familiar, está na internação ou na medicalização, levantam a discussão de um fenômeno chamado de “epidemia das drogas psiquiátricas”, discutido por Freitas e Amarante (2017). Ao propor a reflexão sobre o tema, os autores vão direcioná-la a dois pontos: o caráter mercadológico sobreposto ao de produção de saúde, a partir do interesse financeiro da indústria farmacêutica; e o processo de *desmedicação*, que evidencia dificuldades na substituição de remédios por outras formas de medicação ou até mesmo suspensão do uso destes.

Outro estudo também traz dados que vão ao encontro dessa discussão, ao apontar que a família só percebe o uso de drogas do usuário quando existem mudanças de comportamento, como agressividade, alienação e indiferença. Ao passo que, ao perceber tais mudanças, a maioria dos familiares busca a internação como primeira alternativa de cuidado (LARANJEIRA, 2014).

Esse movimento de perceber o problema de forma tardia e então transferir a responsabilidade ao setor profissional, é verbalizado na fala a seguir.

O familiar, no início, [...] ele já tá esgotado [...] e ele já vem bem antes da coisa estourar segurando, já está de saco cheio, já está esgotado, ele quer mais que alguém vá lá e tome conta. (F1)

Nesse cenário, o familiar já não nega seu adoecimento, mas ainda age como se somente o usuário de drogas precisasse de ajuda. Porém Orth e Moré (2008) afirmam que, assim como a família pode atuar como coautora/colaboradora no surgimento do problema, também pode exercer este papel na busca por um cuidado que ajuda a romper e superar a problemática/ as consequências do abuso de drogas no contexto familiar.

No setor popular, foram citados três momentos em que os familiares buscam por ajuda, sendo que dois desses movimentos foram de busca por apoio realizados pela mesma familiar, direcionada às práticas integrativas e complementares de cuidado (Reiki e Terapias Indianas). Estas práticas foram entendidas como espaços de acolhimento, liberdade, individualidade e alívio da angústia. A vivência dessas práticas, possibilitou que a familiar se sentisse à vontade para expressar seus sentimentos e compreendesse estas práticas como uma alternativa de cuidado.

É lá (Reiki e terapias indianas) o momento em que tu vai e consegue chorar o que tu não pode, ser fraca, que tu não pode. [...] é um momento que também é só teu e aí tu consegue sair de lá mais aliviada. Me faz muito bem! (F1)

Pesquisas trazem diversas atividades inseridas dentro das PICS como possibilidades que trazem maior satisfação, além de oferecer menor custo, se comparadas a psicoterapias ou terapias medicamentosas, sendo menor a ocorrência até mesmo de efeitos colaterais (PAL, 2002; BELL 2005). Rodrigues-neto et al (2008) discutem os benefícios das práticas espirituais no alívio de sintomas depressivos e ansiosos, mostrando o impacto da espiritualidade na saúde física e mental. Madruga (2019) traz sobre o alívio da ansiedade e da tristeza proporcionado pelo tratamento através das PICS. Resultando na diminuição do isolamento social, do cansaço

e da dificuldade em conciliar o sono, proporcionando ainda um impacto positivo nos níveis de estresse e irritabilidade.

Outra alternativa de cuidado buscada dentro do setor popular estava ligada a uma instituição religiosa (pastor que encaminhou a familiar e o usuário a um Centro de Recuperação para Dependentes Químicos da Assembleia de Deus, que chamaremos de CR) e foi mencionada pela familiar como a primeira ajuda buscada, mas que não foi efetiva e nem compreendida enquanto cuidado voltado para a familiar.

Lugar horrível, sem nenhuma condição, impróprio pra qualquer tipo de pessoa; com dependência ou sem dependência; usuário ou familiar. (F15)

Fez-se o questionamento quanto ao duplo lugar que pode ser ocupado por estas instituições, sendo tanto reconhecidas como dispositivos vinculados a instituições religiosas quanto alternativas de cuidado da rede de saúde. Tal dúvida se sustenta ainda mais quando retomamos a discussão, já feita anteriormente, sobre o reconhecimento das CTs enquanto dispositivos da RAPS, apesar do não reconhecimento enquanto serviço de saúde (BRASIL, 2019a).

O vínculo com a igreja e o caráter cultural e religioso impresso nessas instituições, se somam aos recém-apresentados questionamentos, para contrapor o pertencimento ao setor profissional e sugerir-las enquanto alternativas de cuidado do setor popular. No setor popular, a identificação com a ideologia, ética e visão de mundo entre paciente e cuidador é o que imprime a lógica deste setor, somado ao conhecimento empírico do processo de saúde-doença com ausência de formação profissional para o exercício do cuidado, como é o caso do espaço citado pela familiar e das CTs no Brasil (PERRONE, 2014). A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), através da resolução RDC nº 29, de 30 de Junho de 2011, se refere às CTs como “*instituições que prestam serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas*” (BRASIL, 2011c, p.11).

Perrone (2014) buscou analisar se, de fato, o trabalho das CTs em funcionamento no Brasil se orienta em concordância com a premissa da Reforma Psiquiátrica e do Movimento de Luta Antimanicomial. Para tal análise, o autor retomou os resultados do Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, realizado pelo Conselho Federal de Psicologia em 2017 (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018).

Assim, denunciou-se que grande parte das chamadas CTs não correspondem ao conceito proposto originalmente. Essa discordância é gritante, pois o que se denuncia é que

estes espaços não atendem aos requisitos mínimos de funcionamento, apresentando inúmeras práticas iatrogênicas que rompem com os direitos humanos, justificando, assim que estes espaços não devem ser reconhecidos sob a denominação de CT (PERRONE, 2014).

No entanto, a legitimação das comunidades terapêuticas enquanto dispositivos da RAPS derruba qualquer contraponto e, por isso, neste estudo, optou-se por considerar as comunidades terapêuticas enquanto alternativa de cuidado pertencente ao setor profissional. Porém, o CR (citado pela familiar) não é reconhecido como um serviço da rede de assistência em saúde ou social, nem mesmo conta com a presença de profissionais das áreas. Trata-se apenas de um serviço vinculado à Assembleia de Deus que objetiva

a recuperação de dependentes químicos, alcançando um bom resultado com vidas totalmente transformadas e levadas a um novo encontro com a família e a sociedade, tendo como orientação a Luz da Palavra de Deus¹.

Assim, este espaço foi considerado neste estudo como pertencente ao setor popular.

As ajudas reconhecidas pelos familiares no setor informal foram família, amigos, espiritualidade, pessoas conhecidas que atuam na área da saúde e outros familiares de usuários de drogas. Ainda foram citados os grupos de autoajuda, como Alcoólicos Anônimos (AA), Narcóticos Anônimos (NA) e Nar-Anon.

Este setor de cuidados em saúde concentra a maior parte das ajudas buscadas pelos familiares entrevistados, correspondendo a um total de 60 buscas de resposta as suas necessidades de cuidado. Destaca-se aqui o papel da família como fonte de apoio mais buscada pelos familiares, sendo citada 36 vezes. Se somarmos amigas e vizinhas como também parte da família, o número sobe para 40. Porém, não foi possível identificar se estas pessoas eram consideradas membros da família por meio do instrumento de pesquisa utilizado.

Um estudo que investigou as forças das famílias para lidar com pessoas com transtorno mental mostrou que, quando o familiar conta com o apoio dentro da família, ele pode vivenciar o afeto entre os membros e a troca de saberes acumulados entre os familiares referente ao manejo de situações cotidianas envolvendo as demandas a partir da questão de saúde mental do familiar usuário. Essas famílias acabam se mostrando mais capazes de superar dificuldades e se apoiam financeira e emocionalmente entre si (DIAS; SILVA, 2010; SOCCOL et al, 2014), evidenciado neste estudo na fala de F15.

¹ Disponível em <https://www.facebook.com/IEADPVH/posts/1008729722545578/>. Acesso em: 10/01/2020.

Meu pai já ligou: “Tu precisa de dinheiro?”, “Não anda sozinha por aí”, “Não vai a lugares que não conhece”! (F15)

Percebe-se que apesar de os entrevistados recorrerem bastante à família, poucas vezes a acionam como primeira fonte de ajuda, pois de 36 familiares procurados para ajudar com as questões relacionadas ao uso de drogas na família, apenas seis foram a primeira ajuda que os familiares entrevistados buscaram dentro de sua trajetória. Um estudo que avaliou famílias de dependentes químicos em tratamento em todo o Brasil, apontou que a internação é procurada como primeira fonte de ajuda de 21,5% dos entrevistados de uma amostra 3.153 famílias, e que a família aparece em 4º lugar neste *ranking* (LARANJEIRA, 2014).

Agora se falarmos apenas do setor informal, a família foi, quase sempre, a primeira fonte de ajuda buscada, estando na maioria das vezes antes da espiritualidade e dos grupos de autoajuda, outras duas alternativas muito buscadas pelos familiares pesquisados. Helman (2009) confirma que a família é geralmente a primeira fonte de ajuda buscada dentro do setor informal. Porém, ao se falar do familiar do usuário de drogas especificamente, o estudo de Laranjeiras (2014), citado anteriormente, mostrou que apenas 7% deles buscam familiares e amigos como primeira alternativa de cuidado, ficando atrás até mesmo de grupos de autoajuda (13,9%) e religião/igreja (11%) (LARANJEIRA, 2014), ou sejam, ocupando a terceira posição entre as opções de ajuda mais buscada no setor informal.

Não raro, as participantes da pesquisa, ao serem questionadas sobre quais ajudas buscaram em sua trajetória de cuidado, não trouxeram a família para a lista até que a entrevistadora questionasse diretamente sobre a rede de apoio familiar.

E a família? Tem alguém com quem tu conta? Alguém que te apoia, que te ajuda?
(entrevistadora)

Ah da família tem sim, minha filha, meu marido e o próprio E. (usuário) por incrível que pareça (emocionada). (F3)

Talvez a relação dessa referência de ajuda possa estar associada às dificuldades vivenciadas por estes familiares. No setor informal, os participantes da pesquisa trouxeram que o que dificultou o acesso às ajudas foram o preconceito, o estigma, a vergonha, a rede de apoio frágil ou pouco presente e o não reconhecimento do uso de drogas enquanto questão de saúde que demanda cuidados ao usuário e sua família. Tais dificuldades estão ilustradas nas falas a seguir:

A gente tem muita vergonha, [...] Tu tem mais medo do preconceito das pessoas marginalizarem, porque, na verdade, hoje tu diz que é usuário e eles: “ah é um maconheiro, é um drogado”. Não é uma pessoa doente pra ninguém. (F4)

Acho que eu nem me dei conta que eu precisava de ajuda. Porque tem isso: a gente não consegue vê que tu tem uma família doente. (F2)

Ela também trabalha, o meu outro irmão também trabalha o dia todo, então fica mais difícil. (F12)

Estudos confirmam o quanto o medo do preconceito e a vergonha são sentimentos presentes nas famílias de usuários de drogas (ORTH; MORÉ, 2008; ALVES et Al, 2015). E que estas famílias acabam tão estigmatizadas pela sociedade, quanto os próprios usuários (ALVAREZ et Al, 2012; ALVES et Al, 2015).

Orth e Moré (2008) problematizam o quanto a vergonha e a negação do problema caminham juntos, ao trazer os dados de sua pesquisa, que discute o funcionamento dessas famílias, em que a regra familiar é não falar sobre a droga e negar o problema, como um mecanismo de proteção, tanto para o usuário quanto para a família. Somado a isso, os autores constataram em sua pesquisa uma comunicação empobrecida entre os membros, a qual dificulta a discussão da questão do uso de drogas e sua prevenção, ou até mesmo o desenvolvimento de estratégias para lidar com o problema.

A rede de apoio frágil e distante dos familiares pesquisados também aparece nos dados de outros estudos, que falam da prevalência de dificuldades que impactam a rotina de vida destas famílias, como o trabalho e vida social (LARANJEIRA, 2014; SOCCOL et al, 2014). Isto porque essas pessoas seguem tendo que trabalhar e lidar com outras responsabilidades, colaborando assim para que a sobrecarga fique depositada no familiar cuidador, que acaba rompendo ou se isolando da família ampliada e da comunidade (ORTH; MORÉ, 2008).

As dificuldades associadas aos grupos de autoajuda foram a não identificação com a metodologia de abordagem, que segundo os familiares está focada na doença e não no contexto familiar, além de não contar com a presença de profissionais capacitados tecnicamente; e o fato de não se sentirem cuidados nesse espaço.

Porque o NA é única e exclusivamente pra ajudar o paciente, o usuário, não os familiares desse usuário. (F4)

Porque aquilo não era tratamento. E era uma obrigação numa dessas fazendas pra ele receber visita [...] eu ia por obrigação [...] Não concordei com a filosofia daquele grupo, daí não fui mais. (F5)

Particpei dos encontros, não gostei, te digo assim, não gostei. Porque não tem, por exemplo, um psicólogo ou um médico pra mediar. (F7)

Um estudo com mulheres frequentadoras de um grupo de autoajuda, trouxe resultados que contrariam as percepções relatadas pelos familiares nesta pesquisa. Estas mulheres identificaram que, a partir da participação nos grupos de autoajuda, puderam reconhecer o problema do uso de drogas, além de repensar a forma como lidam com tal situação, reconhecendo-se como pessoas que precisam de ajuda e atuam como agentes de mudança do contexto de uso de drogas no qual estão inseridas (FILZOLA et al, 2009).

Sant'Ana (2017) traz que os membros dos grupos de autoajuda reconhecem que, apesar de funcionarem enquanto espaço terapêutico ao tratar seus próprios problemas, não se pautam em orientações técnicas, tão pouco esperam que sua visão terapêutica seja adotada de forma universal. O autor reconhece os grupos de autoajuda voltados aos familiares, como uma rede de solidariedade, na qual o familiar encontra esperança, força, acolhimento, aceitação, orientação e autoconhecimento.

No entanto, os processos terapêuticos seguem sustentados pela concepção de que é o profissional quem detém conhecimento e quem o transmite para o *paciente* alienado deste saber. Levar em consideração o conhecimento dos usuários e seus familiares, assim como suas estratégias prévias para lidar com os problemas dentro da família, amplia a potencialidade terapêutica e norteia a construção de estratégias mais efetivas para lidar com os problemas relacionados ao uso de drogas vivenciado pela família (ALVAREZ et al, 2012).

Porém, alguns familiares também relatam que se sentem acolhidos e conseguem compartilhar experiências ao buscar ajuda neste setor, principalmente quando se referem aos seus pares, como pessoas que também experienciam as consequências do abuso de drogas na família.

Uma acolhida muito boa! Não precisa ser profissionais, [...] mas os próprios familiares e pacientes te acolhem! É uma coisa boa! (F4)

Ah sim, nós (outros familiares do ambulatório em adição) nos telefonamos, a gente conversa na rádio corredor, a gente se apoia. (F7)

A interação entre pares, ou seja, entre familiares que vivenciam questões semelhantes, possibilita a troca de experiência e a divisão de estratégias de manejo em situações de conflito, auxiliando a superação do isolamento social e ampliação da rede de apoio. O sentimento de acolhimento experimentado por estas famílias com seus pares, possibilita um enfrentamento de situações de crise mais efetivo, bem como o alívio do sofrimento e da ansiedade vivenciada (ALVAREZ et al, 2012).

Quando se referem a espaços nos quais compartilham com o coletivo ali presente no espaço do ambulatório de tratamento, valores e crenças, como igrejas e espaços onde exercem a sua espiritualidade, os familiares também identificaram sentimentos positivos.

A religião me ajuda, porque eu tô conseguindo, ontem, por exemplo, quando eu comecei a ficar chateada que ele não vinha [...] ansiosa, muito ansiosa, aí eu vou tomar fluoxetina? Não, eu vou rezar meu terço, rezei meu terço, [...] tu vê como eu faço uma terapia com meu terço, aí eu faço uma terapia psíquica e religiosa, isso a religião ajuda sim. (F7)

É muito bom! [chora/emocionada] [...] Me faz muito bem (Centro Espírita, umbanda, igreja luterana e católica), porque tu encontra o apoio das pessoas. Aquela angústia que tu tem de não saber como é que vai ser amanhã, eles te dão esse apoio. (F1)

A religião pode ser considerada um dos elos da família com a comunidade, se mostrando como importante rede de apoio emocional e social, pela possibilidade de interação, formação de vínculos e sentimento de pertencimento que podem ser vivenciados na igreja de referência. A religião e a espiritualidade também podem exercer importante papel terapêutico, ao proporcionar a diminuição da tristeza e da ansiedade, muitas vezes experienciadas por estes familiares (DIAS; SILVA, 2010), como ilustrado nas falas anteriormente.

Oliveira (2020) reforça essa discussão ao falar da importância da espiritualidade, enquanto rede de apoio de usuários internados em uma unidade de tratamento para uso de drogas, como ferramenta que amplia os aspectos de mudança, comumente focados somente no comportamento de uso de drogas, passando a abranger outros setores da vida, proporcionando às pessoas repensar suas crenças e valores. O mesmo podemos pensar em relação ao impacto na vida dos familiares, ao se permitirem lançar mão desta alternativa de cuidado.

Dentre os setores de cuidados em saúde, o setor profissional foi o segundo mais buscado pelos familiares. Foram identificados como fonte de ajuda, 51 profissionais ou serviços, pertencentes tanto à rede privada quanto à rede pública de saúde, sendo que um serviço foi buscado duas vezes pela mesma familiar (pronto-atendimento psiquiátrico).

As principais ajudas relatadas foram os grupos de família e de terapia de família em serviços especializados em álcool e outras drogas. Também foram citados médicos psiquiatras, clínicas e internações que ofertam atendimento na rede privada e pública. Somam-se a este setor, outros pontos da RAPS, como unidades de saúde, serviços de urgência e emergência e comunidades terapêuticas. Além destes, ainda foram citadas unidades de internação clínica em hospital público e outras especialidades médicas.

Foi observado que as primeiras buscas por ajuda, dentro da rede de saúde pública, ocorreram, em sua maioria, nos serviços que funcionam como porta de entrada do SUS, como as unidades básicas de saúde de referência e o serviço de emergência. Já as buscas realizadas na rede privada de saúde, concentraram-se nos profissionais médicos psiquiatras.

A Política Nacional de Atenção Básica preconiza que os serviços de atenção básica trabalhem como porta de entrada preferencial do SUS, pautados a partir do cuidado com base territorial, podendo a partir da proximidade com a história de vida e com vínculos das famílias na comunidade, identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, encaminhando aos demais níveis de complexidade quando necessário (BRASIL, 2012). Isso nos mostra que o resultado apresentado, em que estes serviços aparecem como primeira ajuda no setor profissional, vai ao encontro do que está preconizado pelo Ministério da Saúde.

Em 2013, o governo criou o Caderno da Atenção Básica - Saúde Mental, a fim de direcionar o trabalho das equipes no cuidado à pessoa em sofrimento psíquico, que demanda cuidados em saúde mental. O objetivo é tornar essas equipes capazes de coordenar o cuidado, elaborando e acompanhando projetos terapêuticos singulares, além de acompanhar e organizar o fluxo das pessoas e famílias atendidas entre os pontos da rede de assistência em saúde, articulando o cuidado com os demais serviços da RAPS (BRASIL, 2013). O trabalho em caráter preventivo com famílias de usuários de drogas pode reduzir a exposição a relações conflituosas e uso precoce de drogas (BRAUN; DELLAZZANA-ZANON; HALPERN, 2014).

Schneider et al (2013) salientam em seu estudo, que investiga o atendimento a usuários de drogas sob a perspectiva das equipes de saúde dos serviços de atenção básica, a baixa oferta de atividades e ações no território, mesmo estando próximos à comunidade. Dentre os aspectos destacados por estas equipes por influenciarem na insuficiente implementação das políticas de saúde mental na atenção básica, surge a dificuldade em envolver a família no tratamento. As equipes relatam uma resistência das famílias em se perceberem adoecidas, voltando sua atenção à droga como única questão a ser tratada.

Outro aspecto que pode contribuir para este cenário é, quando há, a dificuldade de articulação com os recursos do território que também assistem às famílias, como igreja, associações, escolas ou cursos (PINHEIRO; MARAFANTI; DIEHL, 2017). Além do que, ao encaminhar estes familiares e usuários aos demais níveis de complexidade, as equipes sofrem com os obstáculos de acesso aos serviços de saúde, trazendo o quão difícil é acessar vagas de internação para desintoxicação, por exemplo (SCHNEIDER et al, 2013).

A falta de oferta de cuidado aos familiares e abordagens que focam a atenção apenas no usuário e na droga aparecem na fala dos familiares como as principais dificuldades encontradas no setor de cuidados em saúde profissional. Diversas falas exemplificam tais dificuldades e estas são vivenciadas nos mais diversos serviços citados. No âmbito da atenção básica:

Na época não tinha CAPS ainda, era um posto de saúde [...] tu vai lá... tem uma orientação pra encaminhar pro psicólogo... mas eu não tinha uma coisa mais abrangente como a gente tem agora, era bem menos. (F12)

Em serviços especializados no SUS, demonstrando inclusive um desconhecimento do trabalho com as famílias que deveriam ser ofertados nestes espaços:

Eu fui duas vezes na Cruz Vermelha, porque me recomendaram e eu não me senti confortável lá, não me senti acolhida. (F1)

Aqui (ambulatório em adição) ao menos eu participo mais de tudo, consigo falar, consigo dizer. Lá (no CAPS) eu não tinha. (F3)

Daí eu comecei a procurar, perguntar onde é que eu poderia levar ele [...] e realmente era portas fechadas assim, pelo SUS era muito difícil [...] aparecia lá uma vez na vida uma vaga pro Álvaro Alvim (ambulatório de adição). (F4)

O grupo pra família, por exemplo, que tem no CAPS, eu não vejo ajuda nenhuma pra família. [...] o tratamento é só pro paciente né? Não é pra família. Tu não tem assistência nenhuma, que eu acho que isso prejudica muito o paciente. (F15)

Também em serviços especializados com atendimento particular ou por plano de saúde:

A ajuda da L. (psiquiatra do filho) não foi nada eficiente, não foi boa [...] eu ia seguido na L. pedir uma orientação. [...] E ela não dava retorno nenhum. (F2)

Não tinha uma comunicação de família, tratamento de família. [...] eu me senti ajudada no meu tratamento, de psicóloga (particular), pra manejar, mas não foi uma coisa assim... (F2)

Nós acompanhávamos ele na consulta (psiquiatra particular), mas nós não tínhamos. [...] Foi essa orientação de lidar com o E. (usuário). Uma orientação, nunca em relação a mim, ao meu sofrimento. (F4)

Em serviços de alta complexidade privado e SUS:

Não, nunca me ofereceram nada (internação de adição). (F6)

Só visitava (na clínica particular), não tinha nada disso (espaços de atendimento familiar). (F7)

Não tinha algo que tu pudesse, é... captar pra uma ajuda (internações psiquiátricas pelo SUS) (F8)

Então, não teve acolhidas. Tu não tinha contato com os técnicos [...] era pra passar as regras, um psiquiatra falando lá na frente pra nós todos lá dos familiares, ele falou, acabou a reunião, pronto, sai dali, daí tu ia lá pra outra sala, onde poderia ver o paciente e era isso. Era isso, tu não perguntava assim, enfim, tu não tinha acolhida. (F10)

Os familiares verbalizam sua compreensão sobre a importância do enfoque e abordagem familiar pelas equipes de saúde ao longo de suas trajetórias de cuidado:

Eu acho que a dificuldade era o enfoque do tratamento, eu acho que era o enfoque do tratamento que visa 100% do paciente e tu ouve o problema dele, mas tu não tá vendo que aquilo ali é um problema muito maior. Eu acho que no momento que tu trata a família, talvez pra várias doenças isso faça toda a diferença, acho que é muito importante incluir a família. (F2)

A gente nem imagina que vai precisar de ajuda. [...] aí tu vê que tu precisa de ajuda e todo esse tempo que tu não teve, tu podia ter feito melhor, se tu tivesse uma ajuda anterior. Ninguém é preparado pra isso. (F4)

Diversos autores discutem a fundamental inclusão da família no tratamento do usuário para a adequada atenção ao complexo contexto do uso de drogas. E ainda falam do fundamental papel da equipe de saúde em incentivar a participação dos familiares, oferecendo espaços de escuta e orientação (MALBERGIER; CARDOSO; AMARAL, 2012; DIAS; SILVA, 2010; PAZ; COLOSSI, 2013; GUIMARÃES, 2017; SANTOS et al, 2018; ALVAREZ et al, 2012; SILVA et al, 2015; ALVES et al, 2015; SOCCOL et al, 2014; ORTH; MORÉ, 2008; BRAUN; DELLAZZANA-ZANON; HALPERN, 2014), para evitar o já discutido movimento em que o familiar só busca ajuda em momentos de crise (PAYÁ; SACCANI, 2017; SILVA et al, 2015), como recaídas e rompimentos de vínculo (ORTH; MORÉ, 2008; SILVA et al, 2015).

Alguns autores ainda discutem a especificidade da enfermagem no cuidado a estas famílias, por meio de uma abordagem que possibilite ao familiar construir um projeto de vida mais saudável, a partir do enfrentamento das dificuldades e desenvolvimento de habilidades psicossociais (ALVES et al, 2015; SOCCOL et al, 2014; BESSA; WAIDMAN, 2013). Dias e Silva (2010) reforçam este papel, ao trazer a capacidade da equipe de enfermagem em potencializar as competências das famílias ao mobilizar recursos que favoreçam maior efetividade no enfrentamento às exigências do contexto vivenciado.

O II LENAD também avaliou o impacto do uso de drogas problemático nas finanças das famílias estudadas, relatando que a situação financeira foi afetada muito ou drasticamente em quase metade desses casos (LARANJEIRA, 2014). O tratamento muitas vezes é

financiado exclusivamente pelo familiar e envolve gastos com consultas, medicamentos e internações (LARANJEIRA, 2014; SOCCOL et al, 2014).

Braun, Dellazzana-Zanon e Halpern (2014), ao relatarem a experiência de acompanhamento a uma família em um CAPS AD, discutem a importância de incluir o planejamento financeiro no projeto terapêutico singular da família. As autoras buscaram trabalhar os aspectos positivos que podem ser vivenciados por todos no ambiente familiar ao se trabalhar a questão financeira, como a retomada da autonomia e autoestima, e o incentivo à participação no tratamento, por questões que possam vir a facilitar a organização familiar para dar conta das diversas demandas de vida.

Nesta pesquisa, as dificuldades financeiras foram relatadas pelos familiares, ao acessarem serviços particulares, além do relato de insatisfação com a assistência recebida.

Ele perdeu o emprego, perdeu o convênio, aí foi a dificuldade. Ele continuou com o L. (psiquiatra), mas pagando consultas particulares. E era bem difícil pagar, era R\$250 reais uma consulta. [...] R\$1000 reais por mês de consulta, fora a medicação, tudo isso dificultou a coisa. (F4)

Eu comecei a ler sobre isso e eu telefonei pro doutor pedindo, vi que eu não podia pagar a consulta dele, ele deu uma discipula dele pra ele fazer o tratamento, mas mesmo assim eu não conseguia pagar (médico particular). (F7)

Enquanto eu busquei um tratamento assim, de me endividar ao máximo pra pagar achando que era o melhor, não! Não teve (ajuda)! (F2)

A dificuldade em acessar a rede de saúde especializada via convênio ou plano de saúde também apareceu entre as falas dos familiares, a exemplo da fala a seguir:

Eu tenho um plano de saúde que não funciona pra psiquiatria, que me come 14% do meu salário [...] Hoje eu não tenho assistência nenhuma nesse plano, [...] eu telefonava e não conseguia as consultas, [...] nenhum médico quer fazer, o IP dá 10 consultas. (F7)

Alguns familiares trouxeram ainda a dificuldade de acesso a serviços públicos, pela falta de oferta de recursos de cuidado na rede pública de saúde e pela demorada fila de espera para uma vaga em serviço especializado.

Porque hoje não existe isso pra nós, do SUS, vamos dizer assim... terapia. Hoje tu tem que pagar pra ter terapia, acompanhamento semanal. [...] essas coisas não são fáceis. (F4)

Era o único lugar especializado, porque não tem outro lugar, só no Hospital de Clínicas se faz esse tratamento pelo SUS, assim... nessa qualidade. (F7)

Eu defendo o SUS muito [...] mas até tu entrar nessa porta (ingressar no SUS) é muito difícil, porque tem muita gente na frente dessa porta. (F4)

Somada a estes relatos, outra queixa trazida pelos familiares da pesquisa fala da dificuldade de acesso a serviços fora do território:

Antes se ele era internado lá no Vila Nova (internação psiquiátrica), até eu ir no Vila Nova [...] eu levo o dia inteiro trabalhando [...] imagina eu ter que me deslocar até o Vila Nova. (F1)

Friedrich et al (2019) problematizam a vulnerabilidade programática veiculada à fragilização do público usuário de drogas, por meio de obstáculos que são impostos no acesso aos serviços de saúde, negando o direito à continuidade do cuidado de maneira efetiva e democrática. A distorção do projeto assistencial na implementação das políticas públicas de álcool e drogas, impede a porosidade necessária para garantir o direito ao acesso facilitado e territorializado das famílias em toda a rede de serviços de saúde.

Entretanto, apareceram falas de familiares que encontraram ajuda próximo ao território, apontando este aspecto como um facilitador do acesso às alternativas de cuidado no setor profissional. A flexibilidade de horários para atendimento de acordo com a disponibilidade do familiar também foi trazida como fator que influenciou na busca e recebimento de ajuda profissional.

Facilitou ser perto de casa. [...] Então facilitou muito ser aqui, próximo. (F1)

Eles tentam encaixar nos teus horários, de acordo como tu pode [...] Mas em outros lugares não. [...] Tem ajudado bastante em termos de horário, porque eu não preciso pedir pra sair (do trabalho) à uma da tarde! (F15)

Vale salientar que, atualmente, o município de Porto Alegre oferece atendimento em CAPS AD com cobertura de 100% do território, funcionando com acolhimento sem a necessidade de agendamento prévio, destinado a qualquer pessoa com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas (<https://prefeitura.poa.br/carta-de-servicos/centro-de-atencao-psicossocial>). É preconizado o atendimento familiar nestes serviços, como premissa de um cuidado integral, devendo fazer parte da grade de atividades oferecidas atendimentos individuais ou em grupo às famílias (BRASIL, 2002c). E o acompanhamento pela equipe do CAPS AD pode se dar, até mesmo quando o usuário se encontra internado ou não aceita o tratamento (ALVAREZ et al, 2012).

Estudos realizados dentro de CAPS AD, abordando o atendimento às famílias vinculadas a estes serviços, apontam para a oferta de espaços de escuta, atendimento

individual e em grupo (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008; ALVAREZ et al, 2012; ALVES et al, 2015); busca ativa e visita domiciliar (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008); além da terapia de família (BAUN, DELLAZZANA-ZANON; HALPERN, 2014).

Tais dados contrapõem os resultados desta pesquisa, porém lançam luz sobre uma hipótese de limitação nestes estudos. Quando os dados são coletados com um público atendido em um determinado serviço de saúde, a fim de avaliar o atendimento prestado neste local, pode levar a indução de resultados positivos. Isso pode ser justificado pelo fato de que os entrevistados possam se sentir intimidados e com receio que suas respostas impactem de alguma forma seu tratamento – ainda que isso seja esclarecido no instrumento de TCLE. Ou porque, comumente, quem aceita participar das pesquisas são pessoas que já possuem um bom vínculo com o serviço e por isso, já acessam os dispositivos de cuidado ofertados ali, o que não invalida os resultados, mas pode influenciar.

Alguns familiares ainda salientaram que, apesar da dificuldade em conseguir uma vaga em serviços públicos, o serviço prestado é de qualidade, chegando a dizer que a ajuda recebida só foi de fato efetiva no setor público de saúde.

Eu vou te dizer que eu só recebi ajuda de fato quando eu ingressei no serviço público [...] a oferta de espaços e a qualidade dos trabalhos [...] e a continuidade também. (F2)

Então, eu acho que ele recebeu a medicação adequada só no serviço público de saúde né. (F2)

[...] os melhores tratamentos, depois que tu tá vinculada, não existe melhor né? [...] a porta que se abre, tu entra e tem um leque de coisas. (F4)

Outra dificuldade apontada por uma das familiares traz a denúncia de negativa de atendimento e informações contraditórias quanto ao fluxo de atendimento.

Fiquei chamando e o SAMU e a brigada não vieram! Nenhum dos dois até as três da manhã, eles não vieram! Porque o SAMU diz que o protocolo é que a brigada chegue primeiro e a brigada diz que o protocolo é que o SAMU chegue primeiro, então não chega ninguém. [...] E eles não foram. (F2)

Ao relatarem o acompanhamento das famílias em ambientes de internação, os familiares trouxeram críticas quanto ao isolamento social imposto ao usuário internado e o distanciamento e pouca participação da família no tratamento.

Eu não via meu filho né? É uma internação que tu não vê ele por uma semana, sem ver, sem saber nada dele. Sabe por intermédio de pessoas estranhas, que tu nunca viu, não sabe se tá falando a verdade ou se não tá. (F4)

No Espirita (internação psiquiátrica) também eles conversaram pouco com a gente [...] nunca perguntaram se a gente tava bem, nem pra mim, nem pra minha irmã, nem pro meu pai, mas sempre a função assim, sempre foi ela o foco. (F9)

No Vila Nova (internação psiquiátrica), [...] eu tive uma reunião. Foi 21 dias, uma reunião só que eu falei com o pessoal, depois não sei nem quem é o médico dele, não conheci nenhum médico, e aqui (internação em adição) eu tive várias reuniões, conheço a equipe. (F13)

Bessa e Waidman (2013) denunciam em sua pesquisa com famílias cuidadoras de pessoas com transtornos mentais, que estas não se sentem assistidas nas internações psiquiátricas, cujo objetivo deve ser aproximar estas famílias através da corresponsabilização do cuidado e a articulação com a rede extra-hospitalar, a fim de garantir a continuidade da assistência em saúde. Por outro lado, quando essa dificuldade é superada, a falta de recursos territoriais que garantam a continuidade do cuidado, é novamente apontada pelos serviços de saúde contra-referenciados pelas internações psiquiátricas (SCHNEIDER et al, 2013).

A evidência da desarticulação da rede de serviços e a escassez de ações e atividades no território apontam para a urgente necessidade de reorganizar a atenção que vem sendo prestada aos usuários de drogas e suas famílias nos três níveis de complexidade de atenção à saúde.

Dentre as facilidades encontradas no setor profissional de cuidados em saúde, destacam-se a escuta, o acolhimento e a oferta de espaços de atenção ao familiar, assim como a abordagem do papel da família no contexto de uso de drogas.

Às vezes que eu precisei de emergência, que ele bateu aqui alcoolizado, eu tive toda a assistência [...] fui bem recebida, fui bem atendida e resolveu a situação. (F1)

Eu tinha direito de vir aqui, eu tenho direito a consultar [...] ter esse direito de participar do tratamento do meu filho e ver ele melhorar é o que ajuda! (F7)

Aqui a gente tem essa noção de apoio e de ajuda, de ideia, de não saber o que fazer, mas aqui encontra. (F9)

Aqui não é só o tratamento pro E. (usuário). Na verdade, todos nós viramos pacientes. [...] me fazia bem [...] parece que eu to mais 'libertado' assim. (F10)

A oferta de espaços e a qualidade dos trabalhos [...] e a continuidade também. (F2)

O uso de técnicas de cuidado voltadas às especificidades familiares também foi trazido como diferenciais na assistência recebida, destacando-as como ferramentas para a conscientização do problema e do papel do familiar neste processo.

Facilitou essa visão assim: mais ampla, o tratamento mais amplo, tu começa a abordar em vários temas [...] Essa é a diferença: antes sabe quando tu tem “uma dor no pé” tu vai lá correndo e volta com um “remedinho”? É mais ou menos isso, mas tu não vê o todo, o conjunto. E aqui não, aqui a gente vê tudo. (F2)

Quando eu comecei a vir, que eu vi que tinha grupo, grupo de familiares e coisa, foi aí que a gente começou a aprender, saber como lidar. [...] E o apoio foi pra todos nós né? Toda família! (F4)

Eu tive encontros individuais com a psicóloga e a gente também fez uma terapia de família que nos ajudou muito. (F4)

Foi na terapia de família que eu aprendi a dizer não pro E. (usuário), que o meu ‘não’ não ia matar o E. [...] eu aprendi muito lá no grupo de família né? Que nós não somos culpados, a gente é um coadjuvante da história toda de cada um. (F4)

Queria um grupo que eu discutisse e que a gente tivesse uma orientação. E isso eu tenho aqui, isso eu encontrei aqui. (F7)

Outra questão trazida pelos familiares como fator que influencia no recebimento de apoio no setor profissional foi o incentivo das equipes de saúde à participação da família, como parte fundamental do tratamento dos usuários de álcool ou outras drogas.

O médico que atendeu ele falou tudo como funcionava e uma das coisas era que o familiar tinha atendimento. E eu vim pra cá em função disso. (F7)

A mãe comunicou a gente, a minha e minha irmã, que a partir de um certo tempo desse tratamento, iam ter consultas que o familiar ia ser obrigatório vir... pra ajudar no tratamento. (F9)

Eles são bem atenciosos, perguntam se sou da família, se quero participar do grupo, conversam muito com a gente. [...] qualquer hora que eu precisar, posso ligar pra lá e eles me atendem. (F14)

A literatura afirma que a elaboração e condução do projeto terapêutico singular não deve se restringir à instituição. E para que a reinserção social seja possível, o resgate dos vínculos afetivos do usuário deve se dar a partir da interlocução com a comunidade, com foco na abordagem familiar. A pactuação do cuidado deve se dar a partir da negociação entre todos os atores envolvidos - profissional, usuário e familiar -, a fim de proporcionar uma maior possibilidade de concretizar mudanças na vida do usuário e sua família (SANTOS et al, 2018).

Além de discutir a importância da escuta, da compreensão ampliada sobre o adoecimento familiar, da intervenção terapêutica orientada, do provimento de ferramentas para lidar com a problemática do uso de drogas, é de fundamental importância que as equipes de saúde estimulem e orientem o familiar em relação ao seu potencial transformador no cenário de sofrimento que estão vivendo (SILVA et al, 2015; PAZ; COLOSSI, 2013; ALVES

et al, 2015; DIAS; SILVA, 2010; PAYA; FIGLIE, 2010). Só através da assistência a este público, será possível responsabilizá-lo, valorizar suas potencialidades e estratégias de cuidado, assim como, assisti-lo em seu sofrimento (ALVES et al, 2015; DIAS; SILVA, 2010).

Nenhum serviço da rede de assistência social e educação foi citado. E um serviço da rede de segurança, a Brigada Militar, chegou a ser acionado por uma das familiares em busca de ajuda, porém a mesma referiu não ter sido atendida em sua demanda.

A compreensão da necessidade de cuidado para familiares de usuários de drogas já foi ou ainda é negada pelos familiares, e transferida somente ao usuário, negando também a corresponsabilidade da família na dinâmica problemática do uso de drogas (SILVA et al, 2015; PAYÁ, 2017). As falas a seguir exemplificam tal constatação.

Pra mim? Eu nunca precisei de ajuda. (F5)

As primeiras internações eu não quis acompanhar [...] E aí eu disse: eu não tenho nada a ver com isso, quis me preservar dessa forma, achando que isso ia resolver. [...] ele (familiar) quer mais que alguém vá lá e tome conta. (F1)

Pode se constatar, a partir da fala de F1, que esta responsabilidade também é transferida pelos familiares às equipes de saúde, dado que se confirma também em outra pesquisa com este público (ORTH; MORÉ, 2008). Tal análise também pode se dar a partir do relato dos familiares que só perceberam a necessidade de cuidado, quando sinalizado pelos profissionais, como traz F7 a seguir.

[...] até porque eu não sabia que eu tava precisando de ajuda. Eu achava que ia superar [...] então hoje eu me dou conta, porque eu aprendi isso aqui, então eles ficam... eles (os familiares) tem o mesmo comportamento que o alcoolista. (F7)

De fato, o trabalho com as questões que envolvem o uso de drogas envolve uma responsabilidade que cabe a todos os envolvidos: usuário, família e serviço de saúde – que aqui representa o Estado (PAZ; COLOSSI, 2013; ALVAREZ et al, 2012). Porém é o Estado, que aqui está representado na figura do serviço de saúde, quem tem obrigação de garantir este direito de acesso ao cuidado em saúde. Sendo assim, são as equipes de saúde quem devem promover ações que instrumentalizem estas famílias para o cuidado, auxiliando-as a compreender seu papel e proporcionando escuta, inclusão e confiança no próprio potencial de mudança (ALVAREZ et al, 2012).

Outra questão em destaque foi o tempo em que os familiares demoraram para pedir ajuda. Oito deles demoraram até dois anos para buscar ajuda, sendo cinco no setor informal. A maior demora em buscar auxílio foi no setor profissional.

Três pessoas demoraram mais de quatro anos para pedir ajuda, sendo que uma delas levou mais de 12 anos e outra mais de 36 anos. Estas duas últimas eram mulheres, familiares de usuários de álcool e buscaram ajuda pela primeira vez no setor profissional. Elas disseram que demoraram para pedir ajuda pois não viam o uso de álcool do seu familiar como um problema, tampouco entendiam que também precisavam de ajuda enquanto familiares de um alcoologista.

Duas pessoas não souberam precisar o tempo que demoraram para pedir ajuda, mas uma delas relatou ter buscado auxílio “na terceira crise” da mãe, usuária de álcool. Silva et al (2015) reforça esse dado, ao afirmar que é comum que usuários e familiares busquem por tratamento em situações de crise, ou seja, em momentos de intoxicação pelo uso da droga, perda de emprego, rompimentos de vínculo e envolvimento com atividades ilícitas.

Os resultados também revelam a relação direta com a concepção de problema, saúde, doença e cuidado. Cabe destacar que os maiores tempos de espera foram relatados por familiares de usuários de álcool, ao passo que os familiares de usuários de outras drogas foram os que procuram por ajuda mais rápido.

Quando o governo começou a investir já tinha bastante gente. E pra o familiar é importante, porque o familiar demora, é o último a perceber que a coisa tá num nível já... Porque ele convive no dia-a-dia com a pessoa e pra ela é como normal aquilo. Até a gente de casa se dar conta que o nosso parceiro de lar, ou filho, ou marido, ou sobrinho tá demais demora. [...] porque todo mundo bebe! (F1)

O álcool é a droga que mais preocupa pesquisadores, devido à associação do seu uso a complicações clínicas e mortes violentas (acidente de trânsito) (BASTOS, 2017). No entanto, por ser lícita e culturalmente aceita em nossa sociedade desde o início da história da humanidade, o consumo de álcool apenas passa a ser reconhecido como um problema, quando impacta a vida do usuário e da família drasticamente (ORTH; MORÉ, 2008). O crack é tido como a droga que mais mata por 44,5% dos brasileiros, enquanto apenas 26,7% colocariam o álcool nesta posição (BASTOS, 2017). O estudo do II LENAD trouxe que o tempo médio que as famílias levaram para buscar ajuda após o conhecimento do consumo de álcool e/ou drogas foi de 3 anos, sendo 7,3 anos entre os usuários de álcool e de 2 anos para usuários de crack e cocaína (LARANJEIRA, 2014).

Entretanto, a fala de F1 lança luz a uma questão chave: a responsabilidade do Estado em investir em políticas públicas que dialoguem com a sociedade e abordem a questão do uso abusivo de álcool como uma questão de saúde pública. Até mesmo o enfoque às substâncias ilícitas, a partir de políticas de “guerra às drogas”, fomenta o estigma do crack, ao tratá-lo como o inimigo número um. Assim, corrobora-se para a minimização dos problemas relacionados ao uso precoce e abusivo de álcool, ignorando-se estatísticas que o colocam o no topo das drogas que mais causam prejuízo à saúde pública (BASTOS, 2017).

Os resultados também apontaram para outras discussões necessárias, como o acesso aos serviços públicos de saúde. Tal questão perpassa pela disponibilidade e qualidade de serviços na rede de saúde pública, pelas possibilidades financeiras das famílias, pela cobertura de planos de saúde e pela territorialização dos serviços, facilitando a garantia de acesso à assistência em saúde dentro do território do sujeito (ROESE, 2005).

As falas trazidas pelos familiares entrevistados lançaram luz às vulnerabilidades as quais vivenciam familiares de usuários de drogas em busca de atendimento em saúde. Os relatos denunciaram a escassez de serviços que atendem às demandas dos familiares na rede SUS, sujeitando-os a dificuldades financeiras para financiar o atendimento.

Hoje não existe isso pra nós, do SUS, vamos dizer assim... terapia. Hoje tu tem que pagar pra ter terapia, acompanhamento semanal. [...] não vão achar outro lugar assim (se refere ao ambulatório de adição). É a luzinha acessa no fim do túnel, em Porto Alegre não existe. (F4)

Tais dificuldades foram vivenciadas tanto ao se bancar os altos custos de atendimento na rede privada, quanto a encarar a escassez de cobertura da rede conveniada aos planos de saúde. Somado a isto, o financiamento dos custos com transporte para deslocar-se aos serviços, por não ter oferta de atendimento no território, também evidenciaram as dificuldades enfrentadas pelos familiares entrevistados.

Telefonei pro doutor pedindo, vi que não podia pagar a consulta dele, ele me deu uma discípula dele, mas mesmo assim eu não conseguia pagar. [...] Eu tenho um plano de saúde que não funciona pra psiquiatria, que me come 14% do meu salário! [...] Hoje eu não tenho assistência nenhuma nesse plano. (F7)

Aí não vem no sábado, deixa pra vir na terça, em função de passagem. É longe, aí sai caro. (F13)

Chama a atenção que ao identificar as demandas e necessidades de cuidado dos familiares, estudos sugerem que o trabalho dos CAPS deveria supri-las, uma vez que este tipo

de serviço deveria atender as demandas e necessidades também dos familiares de usuários de drogas (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008; ALVAREZ et al, 2012). Contudo, esta modalidade de serviço quase não aparece nos resultados desta pesquisa, o que nos faz questionar a efetividade do atendimento envolvendo familiares no cuidado ao usuário de drogas nos CAPS, como é afirmado pelas autoras Alves et al (2015). Já Santos et al (2018) confirmam o distanciamento da família na construção e participação do projeto terapêutico singular dentro dos CAPS AD.

Uma parte representativa dos familiares identificou o ambulatório de adição como a única fonte de ajuda dentro da rede pública de saúde ou mesmo a mais efetiva para o tratamento do usuário. Muitos dizem só ter percebido a necessidade de ajuda enquanto familiar após terem recebido este apoio no grupo multifamiliar e nos espaços de terapia familiar ou de casal realizados nesse serviço. Ou seja, somente após a equipe ter ofertado espaços e abordagens terapêuticas a estas pessoas, lançando um olhar de cuidado para a família.

Quando a gente está numa posição assim, que o filho tá doente, a gente não pensa na gente. A gente acha que tem que tratar ele e a gente nem imagina que vai precisar de ajuda. [...] aí quando tu vem pro grupo que as primeiras falas assim, tu diz: tá, mas isso aí ajuda em que? Aí depois tu vê, a cada etapa tu vai enfrentando e vem uma resposta. [...] aí tu vê que tu precisa de ajuda. (F4)

Os familiares entrevistados, que realizavam tratamento no ambulatório de adição, trouxeram falas que demonstraram uma maturidade no que diz respeito ao entendimento da sua necessidade de ajuda e da importância do cuidado à família do usuário de drogas.

Eu acho que a dificuldade era o enfoque no tratamento! [...] não tinha uma comunicação de família, tratamento de família [...] é tipo apagar incêndio [...] pontuais, até pra ti saber como manejar [...] mas não tratar efetivamente. [...] acho que é muito importante tratar a família. (F2)

Tal aspecto, no entanto, não surgiu nas falas dos familiares em tratamento na internação de adição. O apoio identificado por estes familiares foi ou em ações voltadas aos usuários, como medicalização e abordagem terapêutica; ou em ações pontuais, como encaminhamentos, orientações e informações sobre o familiar internado.

Os familiares do grupo da internação não reconheceram nenhum espaço terapêutico voltado à abordagem familiar enquanto lugar de cuidado, ou se quer chegaram a acessar qualquer espaço deste. Sendo assim, esses familiares apenas reconheceram como ajuda para si

elementos superficiais ou de ajuda pontual, como orientações de caráter informativo e encaminhamentos.

Pode-se pensar que o enfoque na abordagem familiar do usuário de drogas apresentado no atendimento ofertado pelo ambulatório de adição possibilita ao familiar maior consciência do seu papel frente à complexidade em torno do uso de drogas, como trazem Paz e Colossi (2013) ao reforçar a imprescindível intervenção na família, que deve visar a restauração de vínculos, o estabelecimento de limites e a reorganização e autonomia familiar (PAZ; COLOSSI, 2013; SILVA et al, 2015; ALVES et al, 2015).

Tal distanciamento com a conscientização do seu papel, também pode estar associado a uma possível exaustão dos familiares dos usuários internados, que trazem como expectativa a transferência de cuidados e não o seu compartilhamento com a equipe, servindo assim como possibilidade de descanso e alívio do seu sofrimento em conviver com o usuário. Payá e Saccani (2017) discutem essa questão, ao apontar que tanto a internação quanto a terapia familiar são acionadas em situações de crise, quando a família já não vê mais o que fazer. As autoras sugerem, então, que neste momento de maior estresse, o foco do atendimento à família deve estar em orientá-la quanto ao diagnóstico e prognóstico, para que ela seja capaz de atuar de maneira funcional, tornando-a menos dependente da relação institucional.

O objetivo dos serviços de base territorial é alcançar estas necessidades antes que a família atinja a percepção extrema de “não ver mais o que fazer”. A falta de acesso ou mesmo de efetividades de outras alternativas de cuidado territoriais podem levar a estas “situações limite” (MILAGRES et al, 2017), reforçando entre os participantes que a internação é um local privilegiado de cuidado em detrimento de outros espaços potentes de cuidado.

Além disso, ao relatar a falta de espaços de cuidado para familiares dentro do setor profissional, fica evidente a demanda por oferta de espaços terapêuticos voltados à família, como terapia de família ou de casal, como foco do cuidado em saúde mental a usuários de álcool e outras drogas. Paz e Colossi (2013) discutem enfaticamente sobre a importância do atendimento psicológico a estas famílias nos serviços públicos de saúde, valorizando a compreensão da questão do uso de drogas para além da droga e do usuário, estendendo-a ao cenário ampliado, que inclui o sistema familiar.

A oferta de cuidados aos familiares deve se dar a partir da instrumentalização de técnicas assistenciais fundamentadas em referenciais teóricos consistentes (SILVA et al, 2015), não devendo jamais serem banalizadas as ações de cuidado voltadas a este público (MILAGRES et al, 2017). Os instrumentos de cuidado devem partir de uma escuta ativa e

sensível, capaz de direcionar o familiar na construção de um processo saudável de mudança de comportamento (PAZ; COLOSSI, 2013).

Os grupos de família ou multifamiliar também aparecem nas falas como espaço onde as pessoas entrevistadas se sentem acolhidas, escutadas e pertencentes. O aprendizado de novos comportamentos mais saudáveis no manejo às vivências relacionadas ao uso de drogas se dá no encontro e troca de experiências entre as famílias participantes dos grupos, se tornando um importante recurso terapêutico para o fortalecimento da família (ALVES et al, 2015). Alves et al (2015) trazem o grupo terapêutico familiar como ferramenta para potencializar o papel da família como parceira fundamental no tratamento do usuário, além de funcionar como um espaço de autonomia e aceitação, rompendo com o estigma e preconceito.

Dentre as principais demandas trazidas pelos familiares para o setor profissional, está a necessidade de aprender a lidar com o uso de drogas dentro da sua família. Muitos relatam dúvidas e angústias por não saber como lidar e ainda descrevem dificuldades, por vezes, em acionar a rede de apoio mais próxima (setor informal) pelo estigma e preconceito associados ao uso de drogas, mencionando sentimentos como vergonha e medo de compartilhar com a rede de apoio informal o problema do uso de drogas vivenciado na família. As abordagens grupais se apresentam como ferramentas que ajudam na compreensão do uso de drogas como questão de saúde que demanda cuidados, reduzindo o estigma que entende o usuário de drogas como um marginal sem caráter (ALVAREZ et al, 2012).

As equipes ainda estão muito voltadas a uma lógica de guerra às drogas, pouco capacitadas a atender às demais questões sociais, políticas e culturais que compõem o contexto do uso de drogas (PAYÁ, 2017). O cuidado tem se construído de maneira centralizada nos serviços de saúde, com pouco ou nenhum movimento de compartilhamento e responsabilização do cuidado com as famílias e a sociedade (SANTOS et al, 2018).

Por isso os projetos terapêuticos singulares, ferramenta essencial do cuidado ao usuário em saúde mental, tem sido, comumente, voltados à institucionalização do cuidado (SANTOS et al, 2018). Sendo compostos, quase sempre, pela oferta de ações de internação, acolhimento noturno ou atividades restritas aos serviços (atendimentos individuais, em grupo, medicalização), ignorando a rede de apoio familiar e os recursos da comunidade como instrumentos de ampliação do cuidado (VELOSO, 2017).

Incluir a família no cuidado ao usuário de drogas é incluir a sociedade; é ampliar a discussão com a comunidade; é desconstruir o senso comum de que o problema é somente a droga e que, por isso, a solução é internação e manejo químico. Não que estas não sejam

alternativas saudáveis e necessárias, mas não devem ser nem a primeira e nem a única opção de cuidado.

Acessar estas famílias, trabalhando o seu contexto social e sua história de vida, é fundamental para a efetividade do tratamento do usuário que busca diminuir ou interromper o uso de drogas (SILVA et al, 2015; PAYÁ, 2017). Isso só é possível se proporcionar cuidado quando se conhece qual é a concepção de cuidado daquele sujeito ou daquela família.

A concepção de saúde e doença também compõe a visão de mundo do sujeito que, como problematizado por Helman (2009), estão sempre relacionadas com a visão de mundo da sociedade na qual este sujeito está inserido. Por exemplo: uma sociedade que marginaliza o usuário de drogas e o encaixa numa figura sem caráter, sem vergonha, culpabilizando-o pelo seu problema, vai produzir pessoas preconceituosas que reduzem usuários de drogas a um estereótipo marginal e criminoso. Não é à toa que vários familiares que participaram desta pesquisa trouxeram em suas falas a vergonha e o medo do preconceito como dificuldades vivenciadas ao traçarem suas trajetórias de cuidado, mesmo no setor profissional, presumidamente com preparo técnico-profissional para acolher adequadamente essas demandas.

Eu tenho muita dificuldade de falar sobre isso, são poucos espaços que eu consigo falar que meu filho foi usuário. [...] Antes eu tinha mais vergonha que medo do preconceito, hoje eu tenho mais medo do preconceito com ele, a sociedade tem muito preconceito com o usuário marginalizado. [...] eu ainda tenho essa dificuldade de abrir totalmente que meu filho é usuário (F4)

(...) os vizinhos eu até passava escondido! (F2)

Todo mundo tem olhar crítico a respeito disso, [...] pra eles é sem-vergonhice, não enxergam como uma doença. Ainda hoje, o alcoolismo... [...] era sem-vergonhice, era vagabundagem, era não sei o que, nunca foi assim, difundido como uma doença, agora de uns anos pra cá que começou. (F14)

A vergonha e o medo do preconceito se justificam pelo estigma social ao qual está sujeita a pessoa usuária de drogas e toda a sua família, que também recebe o rótulo de família problemática (ALVAREZ, 2012). A experiência da vergonha impacta a busca por cuidado e as relações com a rede de apoio, em especial quanto aos recursos do setor informal de cuidados de saúde. As pessoas passam a evitar espaços e pessoas, que antes compunham sua rede de apoio (ORTH; MORÉ, 2008).

Com o problema do E. (usuário) a gente se afastou. [...] Pela vergonha! Porque nós íamos e as pessoas perguntavam. [...] E assim, acabou a gente se afastando. A gente até vai, mas não vai com aquela frequência de todo o domingo. (F10)

Tal estigma é vivenciado, inclusive dentro da própria família, dificultando aos familiares que acionem sua rede de apoio informal (ALVAREZ et al, 2012). As falas a seguir ilustram essa dificuldade.

A família com os olhos desse tamanho “assim”, porque a família em vez de ajuda, aí tu tem um problema, a família só critica: não, olha o cara, um drogado, caindo! (F2)

E. tem uma doença, que o pai deles não compreende! [...]Tem vários familiares que dizem isso: “isso é sem-vergonhice”, assim ele tá nessa categoria sabe: “não se tu não quer, tu não usa e acabou! É sem-vergonhice! “Assim, ele tá nessa categoria mesmo. (F2)

Não busquei, eu fiquei digerindo aquele problema junto, eu e minha mulher. [...] Eu tinha tanta vergonha (emocionado), eu tinha tanta vergonha que eu não falei pra ninguém. Nem pros parentes. [...] Mas, pode até ter algum que também passa pelo mesmo problema. Assim como eles não sabem do meu, [...] também posso não saber do deles. (F10)

Como já discutido, o preconceito e o estigma estão ainda mais associados ao uso de drogas ilícitas. Já em relação ao álcool, muitas vezes, é negado o seu prejuízo e minimizados os seus problemas, como observado pela familiar F1 na fala a seguir.

Porque “ah todo mundo usa, aí festa, aí que legal, aí é churrasco no final de semana beleza, aí é final de semana, aí é sexta-feira vou beber, aí é quinta eu vou beber”, sabe? “Aí eu vou beber pra comemorar, aí eu vou beber porque tô triste, vou beber porque...”. Então é normal as pessoas fazerem isso, a sociedade em si leva como uma coisa normal e quando se dão por conta já foi, é muito rápido. (F1)

Mas alguns familiares já percebem caminhos possíveis de enfrentamento e superação desta questão. F7 traz em sua fala um aspecto importante que vai ao encontro do que traz a literatura ao discutir o potencial terapêutico dos grupos, em acolher, orientar, proporcionar compreensão e lugar de pertencimento ao familiar participante (ALVAREZ et al, 2012; ALVES et al, 2015; SILVA et al, 2015).

Há 20 anos atrás, ou mais, tinha muito preconceito. Hoje também tem horrores de preconceito, mas acontece que tu perde o preconceito quando tu entra em um grupo onde passa a conhecer. Porque só tem preconceito quem não conhece as coisas. (F7)

O trabalho voltado a estas famílias deve, além de discutir processos de adoecimento e potencialidades de cada grupo familiar, trabalhar todas estas questões abordadas ao longo deste trabalho que atravessam o contexto de situações de vulnerabilidade vivenciadas por essas famílias. Reconhecer o estigma social, a escassez de recursos, as nuances da tríade setor

privado - setor público - convênios de saúde e a sobrecarga destes familiares cuidadores, é essencial para compreender o seu sofrimento e propor estratégias de superação deste (ORTH; MORÉ, 2008; DIAS; SILVA, 2010; PAZ; COLOSSI, 2013; SOCCOL et al, 2014).

Para tal, não se pode negar também as questões de gênero que atravessam essas trajetórias de cuidados buscadas pelos os familiares que se envolvem ativamente nos cuidados de usuários de drogas. Estudos apontam que a maioria desse público é representado por mulheres (MALBERGIER; CARDOSO; AMARAL, 2012; ORTH; MORÉ, 2008; SOCCOL et al, 2014; LARANJEIRA, 2014; SILVA et al, 2015), dado que também se confirmou neste estudo, em que 13 dos 15 familiares participantes eram mulheres.

A mulher assume o papel de cuidadora, somando-o a diversos outros papéis atribuídos a ela. E a sobrecarga, muitas vezes gerada por este papel, é também produtora de sofrimento, e deve ser discutida junto às famílias. Assim como com a sociedade que reafirma o papel feminino de provedora de cuidados, reproduzindo este contexto adoecedor (SANTOS, 2009).

Os familiares participantes da pesquisa, ao perceber a transversalidade do tema de gênero em seu processo de adoecimento, trouxeram falas, lançando luz a esta questão.

Geralmente, digamos que 80% dos casos de alcoolismo seja masculino, a casa ficou desprovida do homem. Quem vai trabalhar é a mulher. Ela tem horário, ela tem os compromissos, ela tem filho pra cuidar, ela tem, enfim... ela se envolve, alguém vai ter que fazer a parte dela e se ela não fizer quem vai prover a casa? Ela não tem quem faça isso. (F1)

Foi a minha esposa que foi atrás. E ai tinha esse convênio que cobria todas as despesas, que era muito caro. Sei que foi ela que foi atrás de tudo isso. [...] Bah, tu sabe que assim, essa parte de fazer esse contato era a minha esposa que fazia. Eu não me lembro direito como foi, não vou nem te responder, não lembro. Mas ela conseguiu. (F10)

Em um estudo do funcionamento de famílias com membros usuários de drogas, as autoras trouxeram a discussão de gênero, ao analisar a composição e organização destas famílias. Os dados da pesquisa confirmaram que as mulheres eram as mais envolvidas no tratamento do usuário, ocupando um lugar de super-responsabilidade e sobrecarga emocional, ficando a figura paterna restrita a uma participação periférica neste cuidado (ORTH; MORÉ, 2008).

A discussão da sobrecarga depositada e assumida pelas mulheres no papel de cuidadoras, lança luz sobre uma das questões centrais desta pesquisa: a correlação entre o sofrimento e adoecimento familiar e a responsabilidade dos problemas relacionados ao uso de drogas.

Não, eu não procurei ajuda, eu tentei me matar. [...] Porque chegou uma hora que eu não aguentava mais (se refere a situação do uso de drogas do filho). Eu digo, eu não pensei em filho, eu não pensei em neto, eu não pensei em ninguém. [...] Eu sou uma pessoa muito infeliz (silêncio, chora). Horrível isso aí gurias, eu tenho uma tristeza dentro de mim horrível. [...] Já pensei em fazer de novo, mas não fiz em função das minhas netas, da minha filha, porque eu não acho mais graça na vida. (F3)

Familiares de usuários de drogas apresentam significativamente mais chances de sofrer com sintomas mentais e físicos se comparados a população geral. As mães sofrem ainda mais destas questões, independente de qual droga o seu filho esteja fazendo uso (LARANJEIRA, 2014). Dados confirmados ainda por outro estudo, concluíram que esses familiares tem maior chance de desenvolver depressão e sofrer traumas físicos, chegando a gastar até 13% a mais com a própria saúde do que familiares de outros doentes crônicos (SILVA et al, 2015).

Essa discussão, acerca do cuidado ao familiar do usuário de álcool e outras drogas, não deixa dúvidas de que a problemática em torno do uso e abuso de drogas é tida “*como um fator que, se não é gerado pela organização familiar, parece ser, pelo menos, reforçado por ela*” (PAZ; COLOSSI, 2013, p. 557). Por isso, demanda das equipes de saúde uma compreensão ampla da questão, devendo estas direcionarem o cuidado não só ao usuário, mas também ao contexto familiar do qual ele faz parte.

CONCLUSÃO

A seguir é retomada a trajetória de pesquisa desta dissertação, a fim de resumir ao leitor o caminho desenhado até os resultados, e a partir destes, discutir quais as implicações sobre a temática do cuidado ao familiar do usuário de drogas, sugerindo possíveis rumos para superação do que foi identificado.

Esta pesquisa, como parte de um projeto maior que investigou as vivências e trajetórias assistenciais de familiares de usuários de drogas, fez uso dos dados deste projeto. Ao seguir a percurso metodológico proposta neste estudo, foi possível chegar ao objetivo de compreender as trajetórias de cuidado dos familiares de usuários de drogas, apontando os aspectos que influenciaram o caminho percorrido; e assim, identificar os recursos de cuidado utilizados pelos familiares participantes do estudo ao percorrer a rede de assistência em saúde e acionar suas respectivas redes de apoio.

Para o alcance dos objetivos, foram desenhadas as 15 trajetórias de cuidado dos participantes da pesquisa, inspirados nas discussões de acesso e fluxo de Ramos (2005). O desenho de cada caminho percorrido possibilitou uma melhor visualização do objeto de estudo, ilustrando os recursos de apoio buscados e identificando em quais deles os familiares se sentiram apoiados dentro dos setores de Cuidado em Saúde: informal, popular e profissional.

À luz do referencial teórico dos Setores de Assistência em Saúde de Helman (2009), foi possível compreender que tipos de ajuda foram mais procurados por este público e o que influenciou esta busca. Este referencial teórico possibilitou descortinar as concepções de cuidado, saúde e doença ao discutir as trajetórias de cuidado destas famílias dentro de cada setor de cuidado em saúde.

Os setores de saúde informal e profissional foram os mais citados nas trajetórias dos familiares, aparecendo o setor popular em apenas duas das trajetórias descritas, sendo que em uma delas, este último setor foi acessado por duas vezes. A família apareceu em destaque como fonte de apoio que mais vezes foi citada pelos participantes do estudo. E ainda que, muitas vezes, eles não compreendam e nem saibam lidar com a situação do uso de drogas, se mostraram na maioria das vezes disponíveis para o apoio do familiar cuidador.

A igreja e a religião também estavam presentes em quase todos os percursos de cuidado das pessoas entrevistadas, mostrando-se como importante fonte de apoio emocional, espiritual e psíquico. Isso aponta para a importância de reconhecer e respeitar os espaços e

crenças individuais, pertencentes ao contexto sociocultural de cada indivíduo e sua família, pois esses aspectos servem a muitos deles com suporte para suportar as dificuldades vivenciadas.

No setor popular, as ajudas foram raras e não houve um padrão de satisfação e de influência nessas escolhas, inferindo-se que um suposto valor cultural do processo de adoecimento e cura, experienciados pelos familiares desta pesquisa, estariam voltados a expectativa de um cuidado sobretudo encontrado no setor profissional. Isto porque, nos relatos, tais familiares atribuem a este setor um caráter legitimado culturalmente como o que realmente é efetivo.

Os resultados mostram uma maior percepção da efetividade da ajuda recebida com profissionais e serviços de saúde do setor profissional. Apesar do maior número de alternativas de cuidado ter sido no setor informal, foi no setor profissional que os familiares reconheceram sua necessidade de cuidado e corresponsabilidade pela situação do uso de drogas na família.

Paralelo a isto, o estudo revelou uma escassez de espaços de cuidado ofertados a esses familiares no âmbito do SUS, na cidade de Porto Alegre; com a alarmante evidência de que o CAPS, enquanto principal recurso dentro da RAPS de atendimento voltado ao público usuário de álcool e drogas, não foi reconhecido como espaço de apoio ao familiar, sendo raramente citados tais serviços ao longo das trajetórias.

Foram mencionados grupos de autoajuda, internações psiquiátricas e outras especialidades médicas. Um serviço de saúde se destaca, por ter sido citado por todos os familiares que o acessaram, como o mais efetivo no tratamento do seu familiar usuário, sobretudo pelo diferencial em realizar escuta, acolhimento e apoio às famílias destes usuários. Este espaço trata-se de um ambulatório especializado em adição, que além de operar no campo da tecnologias relacionais (tecnologias leves) de cuidado em saúde, oferece ainda momentos específicos de apoio ao familiar, mediante terapia familiar, terapia de casal e grupo multifamiliar. Dentre essas modalidades terapêuticas, o grupo multifamiliar destacou-se como um potente recurso de troca de experiências vividas e de apoio mútuo, com participação de profissionais interessados nas questões trazidas por eles, bem como um importante espaço psicoeducativo, por possibilitar a compreensão do papel da família no contexto do abuso de drogas.

Alguns participantes do estudo relataram não ter recebido ajuda em nenhum momento, ou sequer perceberam esta necessidade, enquanto familiar. Outros referiram ter demorado

para pedir ajuda, devido principalmente a não percepção dos problemas com o uso de drogas do familiar usuário, em especial quando a droga referida era o álcool (droga lícita e culturalmente aceita entre os participantes). Alguns familiares ainda relataram que só perceberam esta necessidade, porque algum profissional ou serviço de saúde sinalizou.

Da população do estudo, a maioria eram mães, seguidas por esposas e outras mulheres. Apenas dois homens participaram do estudo como também cuidadores dos usuários de drogas em acompanhamento nos serviços de internação e ambulatório de adição. Tal questão lança luz sobre a perspectiva de gênero e consequente adoecimento das mulheres cuidadoras de usuários de drogas, somada a sobrecarga de papéis assumidos pelas mulheres na sociedade.

Dentre as demandas do familiar do usuário de drogas, foram identificadas: a orientação sobre o manejo ao usuário; o aumento da oferta de espaços de assistência ao familiar no SUS; a redução do estigma e preconceito com o usuário de drogas e sua família; e a abordagem familiar enquanto norteador do cuidado a este usuário em todos os níveis de atenção à saúde – básica, especializada e de alta complexidade.

A partir da análise dos resultados deste estudo, foi possível inferir a imprescindível necessidade de inserção da família no cuidado ao usuário de drogas. Não há como cuidar desses indivíduos negando o contexto em que vivem, e no qual se desenvolve, se mantém e pode ser alterada a realidade do uso de drogas. Neste contexto, ainda que com vínculos rompidos, é que está inserida, impreterivelmente, a família, frequentemente reconhecida como a primeira fonte de socialização da pessoa.

O trabalho das equipes que assistem a usuários de álcool e outras drogas deve ser orientado por um cuidado ampliado, rompendo com a práxis que encara a droga como foco do tratamento, ou mesmo o usuário *problemático*, passando a reconhecer o ser humano que sofre as vicissitudes da vida em um contexto de abuso de drogas. E a partir daí, considerar a família como um agrupamento relevante para compor o processo de cuidado desse usuário, apoiando-a e construindo com ela um processo de cuidado corresponsável.

É urgente que as equipes se apropriem de atitudes e técnicas de intervenção no cuidado a essas famílias, tomando para si a responsabilidade em catalisar o processo de inseri-las no tratamento, trazendo-as de uma posição periférica e coadjuvante para o interior da cena, para que junto ao usuário possam atuar como protagonistas no tratamento. E aqui se destaca o papel do enfermeiro, profissional com capacidade de vínculo e visão global do cuidado, que pode assumir um papel chave na articulação do cuidado às famílias junto à equipe multidisciplinar.

É importante salientar que o fato de as entrevistas terem ocorrido dentro de um dos serviços mais citados como espaço efetivo de cuidado ao familiar pode ter influenciado o resultado do estudo. Ao longo da discussão dos resultados, foi possível observar que a insatisfação dos familiares participantes da pesquisa com determinados espaços de saúde não condizia com a literatura. Isto nos leva a considerar o fato de que as pesquisas que avaliam alternativas terapêuticas, quando realizadas dentro dos próprios espaços investigados, podem assumir uma importante limitação aos seus resultados. Assim, sugere-se que futuras pesquisas que investiguem a trajetória de cuidado dessas famílias sejam realizadas dentro dos diversos serviços de saúde do município, abrangendo-se outros pontos da rede de assistência ao familiar do usuário de drogas.

Sugere-se, ainda, que pesquisas futuras aprofundem discussões pertinentes que surgiram neste estudo, tais como o trabalho das equipes de saúde direcionados ao público investigado; questões de gênero e sofrimento psíquico que acometem familiares de usuários de drogas, buscando conhecer a realidade da oferta de cuidados na rede de assistência em saúde de outros municípios.

Apostamos que os questionamentos provocados ao longo do estudo possam instigar a ampliação de novas investigações, contemplando variados métodos, contextos distintos e uma maior heterogeneidade e número de participantes, a fim de mapear o fenômeno em diferentes contextos sociais, proporcionando uma visão mais abrangente e fidedigna à realidade acerca da questão. A partir disso vimos a possibilidade de reformulações de políticas públicas que preconizem a inserção da família nos cenários terapêuticos envolvendo o uso de drogas.

REFERÊNCIAS

- ALVAREZ, Simone Q et al. **Grupo de apoio/suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas.** Revista Gaúcha de Enfermagem, [s.l.], v. 33, n. 2, p.102-108, jun. 2012. Fap. UNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/15.pdf> Acesso em: 06/03/2020
- ALVES, Railane D; MORAIS, Thaynara TM; ROCHA, Sibebe P; ROCHA, Nayana NV; DUARTE, Sérgio RD; SAMPAIO, Francisco FF. **Grupo de familiares em CAPS-AD: acolhendo e reduzindo tensões.** . In.: Revista SANARE, Sobral, V.14, n.01, p.81-86, jan./jun. 2015. Disponível em: <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/download/613/330> Acesso em: 06/03/2020.
- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995, 143p.
- AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica O. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios.** In.: Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>. Acesso em: 30/09/2019.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). RESOLUÇÃO - RDC Nº 29, DE 30 DE JUNHO DE 2011. **Resolução RDC nº 29, de 30 de Junho de 2011.** Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Diário Oficial da União 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html. Acesso em: 03/03/2020.
- ARANHA, Maria LA; MARTINS, Maria HP. **Filosofando: Introdução à Filosofia.** 3. ed. São Paulo: Moderna, 2003.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.
- BASTOS, Francisco IPM; BERTONI, Neilane (Org.). **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: ICICT, 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/10019/2/UsoDeCrack.pdf> Acesso em: 03/03/2020.
- BASTOS, Francisco IPM; VASCONCELLOS, Maurício TL; DE BONI, Raquel B; REIS, Neilane B; COUTINHO, Carolina FS. **III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira - LENAD.** Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614> Acesso em: 20/12/2019.
- BELL, I. R. **Depression research in homeopathy: hopeless or hopeful?** Guest editorial homeopathy, v. 94, p. 141-144, 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16060199>. Acesso em: 02/02/2020.

BERNARDY, Catia CF; OLIVEIRA, Magda LF. **O papel das relações familiares na iniciação ao uso de drogas de abuso por jovens institucionalizados.** In.: Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 11-17, Mar. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02/09/2018.

BESSA, Jacqueline B; WAIDMAN, Maria AP. **Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica.** In.: Revista Texto & Contexto Enfermagem. Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 61-70. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17/02/2020.

BORBA, Letícia O; SCHWARTZ, Eda; KANTORSKI, Luciane P. **A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental.** In.: Revista Acta paulista de enfermagem. São Paulo, v. 21, n. 4, p. 588-594, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000400009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17/06/2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **I Conferência Nacional de Saúde Mental – 25 a 28 de junho de 1987. Relatório Final.** Brasília: Centro de Documentação; 1988. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relato_final.pdf. Acesso em: 02/12/2019.

_____. Lei nº 8.080. **Lei Orgânica da Saúde de 19 de setembro de 1990.** Brasília: MS, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 06/03/2020.

_____. **Lei Federal n.º 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 06/03/2020.

_____. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial Eletrônico, Brasília, DF, 09 abr. 2001. Disponível em <https://hpm.org.br/wp-content/uploads/2014/09/lei-no-10.216-de-6-de-abril-de-2001.pdf>. Acesso em: 03/03/2020.

_____. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: 2002a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0210IIIcnsm.pdf>. Acesso em: 06/03/2020.

_____. Ministério da Saúde (MS). Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS Nº 816, de 30 de Abril de 2002.** Brasília: MS, 2002b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816_30_04_2002.html. Acesso em: 06/03/2020.

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. 31. ed. São Paulo, SP: Saraiva, 2003a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 03/03/2020.

_____. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras Drogas**. Brasília: MS, 2003b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf. Acesso em: 06/03/2020.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: MS, 2004a. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 06/03/2020.

_____. Ministério da Saúde (MS). Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 2197, de 14 de outubro de 2004**. Brasília: MS, 2004b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html. Acesso em: 06/03/2020.

_____. Secretaria Nacional Antidrogas. **A Prevenção do Uso de Drogas e a Terapia Comunitária**. Brasília, 2006a. Disponível em: https://issuu.com/prefeituradecampinas/docs/prevencao_drogas. Acesso em: 06/03/2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília: MS, 2006b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em: 06/03/2020.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília: MS, 2010. 144 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf. Acesso em: 30/09/2018.

_____. Ministério da Saúde (MS). Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 3.088 MS/GM, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília: MS, 2011a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 06/03/2020.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 06/03/2020.

_____. Ministério da Saúde (MS). Gabinete do Ministro. **Portaria nº 121, de 25 de Janeiro de 2012**. Brasília: MS, 2012b. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-121-25--JANEIRO-2012.pdf>. Acesso em: 06/03/2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental/Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34**. Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 06/03/2020.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde. **Programa Mais Médicos**. Brasília : MS, 2017a Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/13/Cartilha-Mais-Medicos-WEB.pdf>. Acesso em: 06/03/2020.

_____. Ministério da Cidadania (MC). Gabinete do Ministro. **Portaria nº 563, de 19 de março de 2019**. Brasília: MC, 2019c. Disponível em: <http://mds.gov.br/acesso-a-informacao/legislacao/portaria-no-563-de-19-de-marco-de-2019-senapred>. Acesso em: 02/03/2020.

_____. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 13.840, de 5 de Junho de 2019**. Diário Oficial da União. Brasília, 2019a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm. 2019a. Acesso em: 06/03/2020.

_____. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 9.926, de 19 de Julho de 2019**. Diário Oficial da União. Brasília, 2019b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9926.htm. Acesso em: 06/03/2020.

BRAUN, Lori M; DELLAZZANA-ZANON, Letícia L; HALPERN, Silvia C. **A família do usuário de drogas no CAPS: um relato de experiência. Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**. In.: Revista da SPAGESP, 15(2), 122-140. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v15n2/v15n2a10.pdf>. Acesso em: 06/03/2020.

CAMATTA, Marcio W. **Ações Voltadas para a saúde mental na Estratégia de Saúde da Família: intenções da equipe e expectativas de usuários e familiares**. 2010. 108 f. Projeto de Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/27895/000767787.pdf>. Acesso em: 06/03/2020.

CAMATTA, Marcio W; SCHNEIDER, Jacó . **El movimiento de la reforma psiquiátrica en Brasil y la familia del individuo en sufrimiento psíquico**. In.: Revista Panamericana de Enfermería, v. 4, p. 80-85, 2006.

CAMATTA, Marcio W; SCHNEIDER, Jacó F. **A visão da família sobre o trabalho de profissionais de saúde mental de um Centro de Atenção Psicossocial**. In.: Revista Escola Anna Nery de Enfermagem, v.13, n. 3, p. 477-84, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a04>. Acesso em: 20/03/2020.

CAVALCANTI, Karla MGC; SILVA, Letícia B; SANTOS, Luise LF; LINS, Maria ATL; SANTOS, Verônica SB. **A centralidade da família nas políticas sociais brasileiras**. Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais Fits, v. 1, n.2, p. 23-35, mai. 2013. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/viewFile/698/386>. Acesso em: 02/03/2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017** / Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; - Brasília DF: CFP, 2018. 172p. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>. Acesso em: 06/03/2020.

COSTA-ROSA, Abílio. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In.: AMARANTE, Paulo (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p.141-168. Disponível em: <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/1276>. Acesso em: 05/02/2020.

DIAS, Andrea B; SILVA, Mara RSS. **Processos familiares no contexto do transtorno mental: um estudo sobre as forças da família**. In.: Ciência, Cuidado e Saúde, v. 9, n. 4, p. 791-798, 2 jul. 2011. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/e9de/606caaba60e282b99f410260167f0d437adb.pdf>. Acesso em: 06/03/2020.

FELIPE, Adriana OB; MOREIRA, Davi S; FAVA, Silvana MCL. **Sentimento dos filhos de pais envolvidos com drogas: Terapia Comunitária Integrativa como espaço de partilha**. In: II Simpósio Internacional em Enfermagem em Adições. 2017, São Paulo. Caderno de Resumos. São Paulo: EE/USP, 2017. P. 55. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/tes/article/download/9570/6331>. Acesso em: 03/03/2020.

FILZOLA, Carmen LA; TAGLIAFERRO, Priscila; ANDRADE, Andrea S; PAVARINI, Sofia C; FERREIRA, Noeli MLAF. **Alcoolismo e família: a vivência de mulheres participantes do grupo de autoajuda Al-Anon**. In.: Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 2009;58(3):181-186. Disponível em: <https://www.uniad.org.br/artigos/2-alcool/alcoolismo-e-familia-a-vivencia-de-mulheres-participantes-do-grupo-de-autoajuda-al-anon/>. Acesso em: 06/03/2020.

FLICK, Uwe. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FREITAS, Fernando; AMARANTE, Paulo. **Medicalização em Psiquiatria**. In: 2ª edição (revista): 2017. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

FRIEDRICH, Melina A; WETZEL, Christine; CAMATTA, Marcio W; OLSCHOWSKY, Agnes; SCHNEIDER, Jacó F.; PINHO, Leandro B; PAVANI, Fabiane M. **Barreiras de acesso à saúde pelos usuários de drogas do consultório na rua**. In.: Journal nursing health. 2019;9(2):e199202. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/13443>. Acesso em: 06/03/2020.

GASKELL, George. **Entrevistas individuais e grupais**. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George (Orgs). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som : um manual prático. 6ªed. Petrópolis : Vozes, 2007. 516 p. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/costadalagoa/cap-3-gaskell>. Acesso em: 06/03/2020.

GIL, Antonio C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª edição. São Paulo. Disponível em: http://www.urca.br/itec/images/pdfs/modulo%20v%20-%20como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf. Acesso em: 06/03/2020.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1961. Disponível em: <https://app.uff.br/slab/uploads/Manicomios-prisoas-e-conventos.pdf>. Acesso em: 06/03/2020.

GUIMARÃES, Andréa N. **Situação biográfica de familiares de usuários de álcool residentes no meio rural: perspectiva da sociologia fenomenológica**. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-983524>. Acesso em: 06/03/2020.

GUIMARÃES, Flavio L; COSTA, Liana F; PESSINA, Luciana M; SUDBRACK, MFO. Famílias, adolescência e drogadição. In: OSÓRIO, L. C.; VALLE, M. E. P. (Org.). **Manual da Terapia Familiar**. Porto Alegre: Artmed, 2009, p. 350-365. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/395085211/Familias-Adolescencia-e-Drogadicao>. Acesso em: 06/03/2020.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, Saúde e Doença**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 432 p.

HOFFMANN, John P.; CERBONE, Felicia G. **Parental substance use disorder and the risk of adolescent drug abuse: an event history analysis**. In.: Drug and Alcohol Dependence, v. 66, n. 3, p. 255-264, 2002. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871602000054>. Acesso em: 06/03/2020.

KLEINMAN, A. 1987. **Antropology and psychiatry. The role of culture in cross-cultural research on illness**. British Journal of Psychiatry, 151: 447-454. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3447661>. Acesso em: 06/03/2020.

KRESTAN, J.; BEPKO, C. Problemas de alcoolismo e o ciclo de vida familiar. In: CARTER B.; MCGOLDRICK. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**, 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 1995, p. 415-439.

LANCETTI, Antônio. **Clínica Peripatética**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 127 p.

LANCETTI, Antônio; AMARANTE, Paulo. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão WS et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. FioCruz, 2009. p. 615-634.

LARANJEIRA, Ronaldo (org.) *et al.* **II Levantamento Nacional de álcool e drogas 2012 (LENAD)**. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2014.

LAVALL, Eliane; OLSCHOWSKY, Agnes; KANTORSKI, Luciane Prado. **Avaliação da família: rede de apoio social na atenção em saúde mental**. In.: Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p.198-205, jun. 2009. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/23630>. Acesso em: 17/06/2019.

LAZARI, Alan H. *et al.* **Famílias em território vulnerável e motivos para o não uso de drogas.** In.: Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 19, ^a 11, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.38380>. Acesso em: 09/06/2017.

MADRUGA, Juliana G. **Práticas Integrativas utilizadas por profissionais de enfermagem no cuidado emocional psíquico: uma revisão integrativa.** Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2019.

MALBERGIER, André; CARDOSO, Luciana RD; AMARAL, Ricardo A. **Uso de substâncias na adolescência e problemas familiares.** In.: Cadernos de Saúde Pública, vol. 28, n^o.4, p. 678-688. 2012 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000400007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20/02/2020.

MARTINS, Mayra C. **A primeira experiência do uso de drogas e o ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei.** Ribeirão Preto, 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-08052007-174809/pt-br.php>. Acesso em: 09/07/2017.

MATHEUS, Maria CC; FUSTINONI, Suzete M (org.). **Pesquisa qualitativa em enfermagem.** São Paulo: LMP editora, 2006.

MELMAN, Jonas. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares.** São Paulo: Escrituras Editora, 2006.

MILAGRES, Elizabete; PEDROSO, Josiane; MARTINS Laurelena C; MORAES Edilaine. **Visitas Domiciliares e Dependência de Substâncias.** In: PAYÁ, Roberta. (Org.). *Intervenções Familiares para Abuso e Dependência de Álcool e Outras Drogas.* Rio de Janeiro: Roca, 2017. p. 182-192.

MOURA, Renata H; BOARINI, Maria L. **A saúde da família sob as lentes da higiene mental.** In.: História, Ciências, Saúde, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.217-235, jan.-mar. 2012.

BRUNO Pereira N; THUMÉ, Elaine; TOMASI, Elaine; DURO, Suelle MS; FACCHINI, Luiz AF. **Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde.** In.: Revista de Saúde Pública, 2014;48(6):968-976. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102014000600968&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 06/03/2020.

NUNES, Bruno P; THUMÉ, Elaine; TOMASI, Elaine; DURO, Suelle MS; FACCHINI, Luiz A. **O cuidado espiritual realizado em uma unidade de internação em adição.** In.: *Revista Gaúcha de Enfermagem.* 2020;41(esp):e20190121. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102014000600968&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 06/03/2020.

OLIVEIRA, Lizete MAC. **O acolhimento de familiares de pacientes internados em UTI: a tecnologia de grupo como estratégia para o cuidado de enfermagem.** 2006. 219 f. Tese

(Doutorado em Ciências da Saúde) -Convênio Rede Centro-Oeste Universidade de Brasília, Goiânia, 2006.

ORTH, Anaídes PS; MORÉ, Carmen LOC. **Funcionamento de famílias com membros dependentes de substâncias psicoativas.** In.: Psicologia Argumento, [S.l.], v. 26, n. 55, p. 293-303, nov. 2017. São Paulo: Atlas. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19729>. Acesso em: 01/09/2018.

PAL, S. K. **Alternative and complementary medicine: an overview.** In.: Current Science. v. 82, n. 5, p. 518-524, 2002. Disponível em: https://journals.lww.com/clinicalobgyn/Fulltext/2001/12000/Alternative_and_Complementary_Medicine_An.4.aspx. Acesso em: 06/03/2020.

PAYÁ, Roberta. Importância das intervenções familiares – Panorama para o Tratamento de Abuso e Dependência. In: PAYÁ, Roberta. (Org.). **Intervenções Familiares para Abuso e Dependência de Álcool e Outras Drogas.** Rio de Janeiro: Roca, 2017. p. 3-13.

PAYÁ, Roberta; FIGLIE, Neliana B. Abordagem familiar em dependência química. In.: FIGLIE, Neliana B; BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo. (Org.). **Aconselhamento em dependência química.** 2 ed. São Paulo: Roca, 2010. p. 405-425.

PAYÁ, Roberta; SACCANI, Ana PS. Intervenção Familiar em Emergências Psiquiátricas. In: PAYÁ, Roberta. (Org.). **Intervenções Familiares para Abuso e Dependência de Álcool e Outras Drogas.** Rio de Janeiro: Roca, 2017. p. 159-169.

PAZ; Fernanda M; COLOSSI, Patrícia Monozzo. **Aspectos da dinâmica da família com dependência química.** In.: Revista Estudos de Psicologia, 18(4), outubro-dezembro/2013, 551-558. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2013000400002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 06/03/2020.

PEREIRA, Camila CM et al. **Características pessoais e familiares entre adolescentes infratores.** In.: Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, v. 6, n. 2, 2016. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/991>. Acesso em: 06/03/2020.

PERRONE, Pablo AK. **A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica?** In.: Revista Ciência & Saúde Coletiva, 19(2):569-580, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000200569&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 06/03/2020.

PINEL, Philippe. **Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania / Medical-philosophical treatise on mental alienation or mania.** Porto Alegre; UFRGS; 2007. 271 p. tab, illus.

PINHEIRO, Maria CP; MARAFANTI, Isis; DIEHL, Alessandra. **Dependência Química e Comorbidades: Como a família pode ajudar.** In: PAYÁ, Roberta. (Org.). **Intervenções Familiares para Abuso e Dependência de Álcool e Outras Drogas.** Rio de Janeiro: Roca, 2017. p. 43-64.

PRIETO-MONTOYA, José A. et al. **Estilos parentales y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de 8° a 10°**. In.: Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, v. 14, n. 2, p. 1345, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rllcs/v14n2/v14n2a32.pdf>. Acesso em: 06/03/2020.

RAMOS, Adriana R. **Fluxos e acesso dos usuários a serviços de saúde de média complexidade no município de Camaquã, RS**. 2005. 194 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

RODRIGUES-NETO, João F; FIGUEIREDO, Maria FS; FARIA, Anderson AS; FAGUNDES, Marise. **Transtornos mentais comuns e o uso de práticas de medicina complementar e alternativa – estudo de base populacional**. J Bras. Psiquiatr., Monte Carlos, v. 57, n. 4, p. 233-239, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000400002. Acesso em: 06/03/2020.

RONZANI, Telmo M; COSTA, Pedro HA; MOTA, Daniela CB; LAPORT, Tamires J. (Org.). **Redes de atenção aos usuários de drogas: políticas e práticas**. São Paulo: Cortez, 2015. p. 248.

SANT'ANA, Waldir T. Grupos de Autoajuda. In: PAYÁ, Roberta. (Org.). **Intervenções Familiares para Abuso e Dependência de Álcool e Outras Drogas**. Rio de Janeiro: Roca, 2017. p. 115-136.

DOS SANTOS, Jacqueline M; BAPTISTA, Juliana A; NASI, Cíntia; CAMATTA, Marcio W. **Responsabilização e participação: como superar o caráter tutelar no centro de atenção psicossocial álcool drogas?** In.: Revista Gaúcha de Enfermagem. 2018. vol. 39:e20180078. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/87701>. Acesso em: 06/03/2020.

SCHENKER, Miriam; MINAYO, Maria CS. **A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica**. In.: Revista Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 299-306, 2003.

SCHNEIDER, Jacó F et al. **Atendimento a usuários de drogas na perspectiva dos profissionais da estratégia saúde da família**. In.: Revista Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 654-661, set. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000300011&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 06/03/2020.

SCHRANK, Guisela; OLSCHOWSKY, Agnes. **O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família**. In.: Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, v. 42, n. 1, p. 127-134, Mar. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20/02/2020.

SILVA, Eroy A; MICHELI, Denise. Família, Adolescência e Uso de Drogas: Desafios Contemporâneos. In: PAYÁ, Roberta. (Org.). **Intervenções Familiares para Abuso e Dependência de Álcool e Outras Drogas**. Rio de Janeiro: Roca, 2017. p. 195-205.

SILVA, Eroy Aparecida da et al . **Estratégias utilizadas no tratamento de famílias com usuários de substâncias**. In.: Revista Psicologia em pesquisa. Juiz de Fora, v.9, n.2, p.198-204. 2015 . Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472015000200010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20/02/2020.

SILVA, Eroy A; MICHELI, Denise de. Família, Adolescência e Uso de Drogas: Desafios Contemporâneos. In: PAYÁ, Roberta. (Org.). **Intervenções Familiares para Abuso e Dependência de Álcool e Outras Drogas**. Rio de Janeiro: Roca, 2017. p. 195-205.

SOCCOL, Keity LS et al. **Sobrecarga financeira vivenciada por familiares cuidadores de indivíduos dependentes químicos**. In.: Revista de Enfermagem da UFSM, [S.l.], v. 4, n. 3, p. 602 - 611, nov. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/11264>. Acesso em: 20/02/2020.

SOUZA, Jacqueline et al. **Rede social de usuários de álcool, sob tratamento, em um serviço de saúde mental**. In.: Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, vol.19, nº 1, p.140-147. 2011. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000100019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01/09/2018.

SOUZA, Jacqueline de; KANTORSKI, Luciane Prado; MIELKE, Fernanda B. **Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD**. In.: Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas, Ribeirão Preto, vol 2, nº 1. 2006 . Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762006000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 02/09/2018.

SOUZA, Luiza B; NASCIMENTO, Lissandra A; ZVIRTES, Patrícia I. **Práticas integrativas e complementares no brasil: explorando possibilidades de ampliação do cuidado em saúde mental**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Ensino e Pesquisa. Formação em serviço para o SUS: fazer e pensar na integralidade da atenção. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2019e, p. 103- 116.
TEIXEIRA JÚNIOR, Sidnei. Trajetórias assistenciais de usuários com transtornos psíquicos na rede de saúde do município de Porto Alegre. 2010. 138 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

VELOSO, Daniela B. Rede Intersetorial de Serviços e Apoio Psicossocial às Famílias. In: PAYÁ, Roberta. (Org.). **Intervenções Familiares para Abuso e Dependência de Álcool e Outras Drogas**. Rio de Janeiro: Roca, 2017. p. 171-181.

APÊNDICE I – AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS SECUNDÁRIOS



CARTA DE AUTORIZAÇÃO DE USO DOS DADOS

Eu, **Prof. Marcio Wagner Camatta**, coordenador da Pesquisa “Familiares de usuários de drogas: um olhar compreensivo de suas vivências e trajetórias assistenciais”, devidamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), sob o parecer nº 2.456.262, **autorizo** a mestrand Luiza Bohnen Souza, CPF 018.522.670-11, com matrícula nº 00171167 (curso de pós-graduação Scrito Sensu em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul), a utilizar informações do banco de dados da referente pesquisa para a sua Dissertação do Mestrado, intitulado “Eu caminho, tu caminhas, nós caminhamos: (re)conhecendo trajetórias de cuidado de familiares de usuários de drogas”. Essa dissertação será orientado pelo próprio autor da pesquisa (Prof. Marcio Wagner Camatta) e tem a previsão de apresentação no primeiro semestre de 2020.

Porto Alegre, _____ de _____ de 2019.

Coordenador e Orientador da Pesquisa
Prof. Dr. Marcio Wagner Camatta

Mestranda Luíza Bohnen Souza

APÊNDICE II – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. CABEÇALHO		
Data: / /201	Nº da Entrevista:	
Local da entrevista:	Tempo duração:	
Entrevistador:	Local de tratamento: () Ambulatório () internação	
2. DADOS DE CARACTERIZAÇÃO		
Nome:	Sexo: () M () F	Idade
Escolaridade:	Situação conjugal:	
Ocupação/ profissão:	Religião ou crença:	
Em relação ao seu familiar usuário de drogas, responda:		
Grau de parentesco ou relação familiar:		
Reside na mesma casa atualmente?		
Que drogas são consumidas?		
Qual a droga de preferência?		
Tem algum outro problema psiquiátrico?		
Existe outro familiar com problemas relacionados a drogas?		
Realizou tratamento relacionado a drogas? Quais? (ambulatório, internação, CAPS AD, comunidade terapêutica, outro)		
3. QUESTÕES DE ENTREVISTA		
3.1 Quando você soube que o seu familiar usava drogas /álcool qual foi a primeira ajuda que você procurou? Como foi essa ajuda?		
3.2 Quanto tempo você levou para buscar ajuda? Por quê?		
3.3 Que outras pessoas ou serviços você buscou ajuda? (família, amigos, religião, terapeutas, grupos de apoio, CAPS, internação, etc)		
3.4 Como foi a ajuda que você recebeu dessa(s) pessoa(s)/desse(s) serviço(s)?		
3.5 Fale sobre a sua participação no tratamento nesses serviços.		
3.6 Já houve abandono no tratamento em algum dos serviços citados? Por quê?		
3.7 Que dificuldades você vivenciou para receber esse apoio/ajuda?		
3.8 O que facilitou o acesso a esse apoio/ajuda?		
3.9 De todas as opções de ajuda que você já procurou, qual foi a mais eficiente para o tratamento do seu familiar? Qual o diferencial?		

APÊNDICE III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**Nº do projeto GPPG ou CAAE 80602517.8.0000.5327****Título do Projeto: FAMILIARES DE USUÁRIOS DE DROGAS: UM OLHAR COMPREENSIVO DE SUAS VIVÊNCIAS E TRAJETÓRIAS ASSISTENCIAIS**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é compreender as vivências e trajetórias assistenciais de familiares de usuários de drogas atendidos em serviços especializados de saúde. Este estudo poderá contribuir para uma melhor assistência aos familiares de usuários de drogas que utilizam serviços especializados de tratamento. A sua participação se justifica por ser a pessoa mais envolvida com os cuidados do seu familiar usuário de drogas, tendo vivenciado no dia-a-dia, experiências no cuidado ao seu familiar, seja no domicílio, na comunidade e outros serviços de atendimento em saúde para usuários de drogas. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Serviço de Enfermagem em Adição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: será realizada uma entrevista em ambiente e período oportuno para você, preferencialmente nos consultórios da unidade de internação ou do ambulatório, conforme disponibilidade das salas, com duração aproximada de 30 a 60 minutos. A entrevista será gravada utilizando-se um gravador de voz, sendo transcrita na íntegra para posterior análise.

Os riscos associados ao estudo estão relacionados a possíveis desconfortos emocionais durante as entrevistas com o pesquisador, pois os participantes irão falar sobre aspectos de sua vida relacionados ao tratamento do seu familiar usuário de drogas. Caso haja desconfortos, as equipes de saúde da internação ou do ambulatório serão comunicadas para a realização de atendimentos específicos.

A participação neste estudo não trará benefício direto ao participante, porém contribuirá para o aumento dos conhecimentos sobre o assunto estudado e os resultados poderão auxiliar a realização de estudos futuros, auxiliando na consolidação de políticas públicas na área.

Rubrica do participante _____ Rubrica do pesquisador _____

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal. Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Marcio Wagner Camatta, chefe do Serviço de Enfermagem em Adição da Unidade Álvaro Alvim do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) através dos telefones (51) 3359-6477 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Porto Alegre, _____ / _____ / 2018

Rubrica do participante _____ Rubrica do pesquisador _____

Página 2 de 2 CEP Hospital de Clínicas de Porto Alegre (MR 05/11/2015)

ANEXO – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HCPA

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FAMILIARES DE USUÁRIOS DE DROGAS: UM OLHAR COMPREENSIVO DE SUAS VIVÊNCIAS E TRAJETÓRIAS ASSISTENCIAIS

Pesquisador: MARCIO WAGNER CAMATTA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80602517.8.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.458.262

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, com vistas a Analisar a realidade vivenciada pelos familiares de usuários de drogas a partir dos questionamentos das suas experiências vividas relacionadas à convivência com um membro usuário de drogas. Este estudo realizará uma pesquisa de campo que utilizará dois tipos de estudo: um exploratório-descritivo, e outro compreensivo.

O aspecto exploratório-descrito abordará os seguintes temas relacionados aos familiares: a maneira como lidam com a fissura do usuário de drogas, a expressão da sua espiritualidade enquanto familiar, a participação e envolvimento no tratamento, a trajetória de busca de atendimento na rede de atenção intersetorial e o mapeamento da rede de apoio social.

Quanto ao aspecto compreensivo, será realizada uma leitura compreensiva das motivações dos familiares de usuários de drogas no cuidado ao seu ente com problemas relacionados ao consumo de substâncias, a partir do referencial teórico da Sociologia fenomenológica, operando os conceitos de motivos para (expectativas), motivos porque (razão) e tipificação da ação (características comuns de suas motivações). Este estudo será realizado em dois serviços de atendimento a usuários de drogas vinculados ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) – a unidade de internação em adição e o ambulatório em adição - localizados na unidade Álvaro Alvim, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Os participantes desta pesquisa serão os familiares de usuários de drogas atendidos nos serviços

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

Continuação do Parecer: 2.456.262

de internação e ambulatorial especializado em adição do HCPA.

É importante destacar que a concepção de família adotada neste estudo refere-se a uma rede de pessoas que derivam de um sistema social amplo que interagem por diversos motivos, unidas por diferentes vínculos, afinidade, consanguinidade ou descendência e que ocupam o mesmo ambiente (FONSECA; LACERDA; MAFTUM, 2006). Há recomendações de um limite do número de entrevistas para pesquisas qualitativas, que geralmente flutua entre 15 e 25 entrevistas (GASKELL, 2007). Neste estudo, pretende-se entrevistar aproximadamente 20 familiares de usuários de drogas que estejam participando do programa de tratamento, sendo 10 desses familiares abordados na internação e 10 no ambulatório em adição.

A coleta de informação será efetuada mediante a realização de entrevista semiestruturada seguindo um roteiro (APÊNDICE I) contendo dados de caracterização dos entrevistados e questões de abertas para que os familiares expressem suas ideias, opiniões e percepções acerca dos objetos em estudo. Além disto, no final do roteiro de entrevista será construído, com o familiar entrevistado, o mapa de suas relações sociais (Ecomapa), retratando essas relações antes e após a identificação dos problemas relacionados ao consumo de drogas do membro da família em tratamento. Os

familiares de usuários de drogas serão abordados pela equipe de pesquisadores, constituídas por professores e alunos de pós-graduação e graduação devidamente treinados.

Ao aceitar participar da pesquisa, cada participante deverá assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), o qual será igualmente assinado pelo pesquisador responsável, sendo entregue uma cópia para o entrevistado. As entrevistas serão gravadas com gravador de voz.

Para a organização e categorização dos resultados serão empregados métodos de análise e interpretação de acordo o tipo de estudo empregado, ou seja, para analisar os temas previstos para a abordagem exploratório-descritiva será utilizada a análise de conteúdo (BARDIN, 2011) e para analisar especificamente "as motivações dos familiares sobre o cuidado do usuário de drogas", previsto na abordagem compreensiva do estudo,

será utilizada a análise compreensiva conforme os passos do referencial da Sociologia fenomenológica (CAMATTA, 2010).

Para a execução deste estudo, serão cumpridas as exigências legais e éticas, conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde no 466/2012.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as vivências e trajetórias assistenciais de familiares de usuários de drogas atendidos em

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
 Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

Continuação do Parecer: 2.456.262

serviços especializados de saúde.

Objetivo Secundário:

- Compreender as motivações de familiares para o cuidado do seu ente usuário de drogas à luz do referencial da Sociologia Fenomenológica.
- Analisar como os familiares de usuários de drogas vivenciam o fenômeno da fissura.
- Analisar a expressão da espiritualidade de familiares de usuários de drogas.
- Descrever e analisar as trajetórias assistenciais do usuário de drogas na busca de tratamento na perspectiva dos familiares, revelando as vivências familiares em relação a essas trajetórias.
- Conhecer e analisar a perspectiva dos familiares acerca dos fatores que levam ao abandono de tratamento do usuário de drogas nos serviços de atenção em saúde.
- Identificar a rede de apoio social de familiares de usuários de drogas, antes e depois deles reconhecerem o problema do consumo de drogas do seu familiar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos associados ao estudo estão relacionados a possíveis desconfortos emocionais durante as entrevistas do pesquisador, pois os participantes irão falar sobre aspectos de sua vida relacionados ao tratamento do seu familiar usuário de drogas. Caso haja desconfortos, a equipe de saúde da internação e/ou ambulatório serão comunicadas para realização de atendimentos específicos.

Benefícios:

A participação neste estudo não trará benefício direto ao participante, porém contribuirá para o aumento dos conhecimentos sobre o assunto estudado e os resultados poderão auxiliar a realização de estudos futuros, auxiliando na consolidação de políticas públicas na área.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com entrevistas semiestruturadas, conforme roteiro apresentado nos apêndices do projeto. Serão selecionados 20 familiares de usuários em tratamento na Unidade Alvaro Alvin do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. As informações coletadas serão submetidas a análise de conteúdo (BARDIN, 2011).

A pesquisa apresenta temática atual e relevante que trará resultados importantes para o tratamento de usuários de drogas e suas famílias.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
 Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

**UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL**



Continuação do Parecer: 2.456.262

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE esta de acordo com o recomendado pelo CEP/HCPA.

Recomendações:

Em relação ao critério de inclusão "ser o familiar mais envolvido com os cuidados do usuário (indicado pela equipe assistencial)" sugere-se a seguinte redação: "ser familiar com envolvimento nos cuidados do usuário[...]. Assim, será possível uma avaliação desse "cuidado", no sentido de não atribuir a priori uma característica a esse envolvimento, podendo inclusive identificar fatores que se relacionam com o objetivo da pesquisa, mas que, necessariamente, não vem do familiar "mais envolvido".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa não apresenta pendências, estando em condições de aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (versão projeto e TCLE de 01/12/2017 e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto.

Para que possa ser realizado o mesmo deve estar cadastrado no sistema WebGPPG em razão das questões logísticas e financeiras.

O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica, através do Sistema WebGPPG.

Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na intranet do HCPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1022079.pdf	01/12/2017 11:38:01		Aceito

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
 Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

**UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL**



Continuação do Parecer: 2.456.262

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_FAMILIA_AD_para_CEP.pdf	01/12/2017 11:35:00	MARCIO WAGNER CAMATTA	Aceito
Outros	Aprovacao_COMPESQ_UFRGS_Projeto_Familia_AD.pdf	01/12/2017 11:32:40	MARCIO WAGNER CAMATTA	Aceito
Outros	Autorizacao_area_Familia_AD.pdf	01/12/2017 11:31:55	MARCIO WAGNER CAMATTA	Aceito
Outros	Delegacao_funcoes_Familia_AD.pdf	01/12/2017 11:30:49	MARCIO WAGNER CAMATTA	Aceito
Outros	Roteiro_Entrevista_Familia_AD.pdf	01/12/2017 11:28:32	MARCIO WAGNER CAMATTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Familia_AD.pdf	01/12/2017 11:26:46	MARCIO WAGNER CAMATTA	Aceito
Orçamento	Orcamento_Familia_AD.pdf	01/12/2017 11:26:20	MARCIO WAGNER CAMATTA	Aceito
Cronograma	Cronograma_Familia_AD.pdf	01/12/2017 11:25:58	MARCIO WAGNER CAMATTA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_Familia_AD.pdf	01/12/2017 11:24:08	MARCIO WAGNER CAMATTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 26 de Dezembro de 2017

**Assinado por:
Marcia Mocellin Raymundo
(Coordenador)**

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
 Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br