



CEPPE

Centro de Pós-Graduação e Pesquisa
MESTRADO EM ENFERMAGEM

KEILA MARIA ARAUJO

**O USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E O
ENFRENTAMENTO DESTA QUESTÃO PELA FAMÍLIA DO USUÁRIO**

Guarulhos

2012

KEILA MARIA ARAUJO

**O USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E O
ENFRENTAMENTO DESTA QUESTÃO PELA FAMÍLIA DO USUÁRIO**

Dissertação apresentada à Universidade
Guarulhos para a obtenção do título de Mestre
em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Marina B. Teixeira

Guarulhos

2012

*Ao meu noivo Alexandre,
aos meus pais Oswaldo e Maria Antonia e
à minha irmã Juliana
pelo incentivo, paciência, companheirismo e
compreensão ao longo deste período.*

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelas grandezas que tem feito em minha vida.

À minha orientadora Prof^a. Dr^a. Marina Teixeira, por compartilhar seu conhecimento e pela sabedoria de me conduzir me estimulando, incentivando e respeitando o meu tempo e minhas dificuldades.

Aos funcionários e pacientes do Ambulatório de Álcool e Drogas de Poços de Caldas por permitir e contribuir com a confecção e conclusão deste trabalho, em especial agradeço a Stela por me enriquecer com sua prática.

Aos familiares que aceitaram participar desta pesquisa

Aos meus queridos amigos de trabalho, profa Cristiane, profa Sonia, profa Heloisa, prof Alexandre, pela amizade e apoio no decorrer do trabalho.

A minha querida amiga Rosana pelas tantas leituras e sugestões oferecidas e por fim pela formatação do trabalho.

*“Justo é o Senhor em todos os seus caminhos e
santo em todas as suas obras.”*

Salmo 145:17

RESUMO

Araújo, KM. O uso abusivo de álcool e outras drogas e o enfrentamento desta questão pela família do usuário [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade Guarulhos; 2012.

Este estudo trata da relação do uso e abuso do álcool e outras drogas com as famílias. O uso de substâncias psicoativas é um problema mundial e que após o século XX foi considerado questão de saúde pública. Dados estatísticos relacionados ao número de indivíduos que usam drogas se tornam cada vez mais assustadores. Quando buscamos analisar a complexidade da questão nos deparamos com sofrimentos individuais e coletivo, neste âmbito percebemos o núcleo familiar que enfrenta uma vivência e as consequências desta com usuários. O objetivo deste estudo se limitou a descrever o significado e os sentimentos vivenciados pelo familiar de usuários de substâncias psicoativas, atendido por grupo de apoio em um Ambulatório de Saúde Mental de um município de Minas Gerais. Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, transversal, de campo, com abordagem qualitativa dos dados. A amostra foi composta por 17 familiares que participavam de grupos de famílias e que procuraram o serviço porque moravam com alguém que fazia uso de substâncias psicoativas. Os participantes da pesquisa consistiram em 15 mulheres e 2 homens, sendo 10 mães, quatro esposas, uma irmã, um pai e um filho. As respostas dos familiares permitiram a construção de quatro categorias: crenças em relação ao outro, sentimentos, comportamento e preconceito. Os discursos dos familiares estavam acompanhados de emoções, reflexões e sentimentos diversos. Observou-se como os familiares entrevistados estavam envolvidos e muitas vezes limitados à dificuldade do outro. Buscavam incessantemente acertos diante do problema, e se desdobravam nas situações mais diversificadas e em se apoiar e buscar ajuda em várias instâncias. Mudavam suas atitudes na tentativa de não perder a esperança de um futuro diferente. Durante a realização desta pesquisa, evidenciou-se que o convívio com usuários de substâncias psicoativas gera inúmeros conflitos, estresse, mudança no padrão de conduta dos envolvidos por falta de conhecimento em como lidar com o problema. Também deparamos com questões subjetivas como o desejo implícito ou explícito de como gostariam que seu familiar agisse, uma espécie de idealização do indivíduo sem o uso da substância. Concluiu-se com este estudo sobre a importância e necessidade de sensibilização da população e

profissionais de saúde, para um olhar diferenciado à complexidade da dependência, à dimensão do envolvido e ao contexto familiar que o cerca, pois estamos lidando com questões peculiares e rotineiras que apresentam um significado considerável ao indivíduo, seus pares e à sociedade no geral.

Palavras-chave: Álcool e outras drogas. Família. Convívio.

RESUMEN

Araújo, KM. El uso abusivo de alcohol y otras drogas y el enfrentamiento de esta cuestión por la familia del usuario [Disertación]. São Paulo (SP) Brasil: Universidad Guarulhos (UNG); 2012.

Este estudio trata de la relación del uso y abuso del alcohol y otras drogas con las familias. El uso de sustancias psicoactivas es un problema mundial y que después del siglo XX fue considerado cuestión de salud pública. Datos estadísticos relacionados al número de individuos que usan drogas son cada vez más alarmantes. Cuando buscamos analizar la complejidad de la cuestión deparamos con sufrimientos individuales y colectivo, en este ámbito percibimos el núcleo familiar que enfrenta una vivencia y sus consecuencias con adictos. El objetivo de este estudio se limitó a describir el significado y los sentimientos vividos por el familiar de usuarios de sustancias psicoactivas, atendido por grupo de apoyo en un Ambulatorio de Salud Mental de una provincia de Minas Gerais (Brasil). Se trata de una investigación exploratorio-descriptiva, transversal, de campo, con abordaje cualitativo de los datos. La muestra fue compuesta por 17 familiares que participaban de grupos de familias y que buscaron el servicio porque vivían con alguien que hacía uso de sustancias psicoactivas. Los participantes de la investigación consistieron en 15 mujeres y 2 hombres, siendo 10 madres, cuatro esposas, una hermana, un padre y un hijo. Las respuestas de los familiares permitieron la construcción de cuatro categorías: creencias en relación al otro, sentimientos, comportamiento y prejuicio. Los discursos de los familiares estaban acompañados de emociones, reflexiones y sentimientos diversos. Se observó como los familiares entrevistados estaban comprometidos y muchas veces limitados a la dificultad del otro. Buscaban incesantemente aciertos ante el problema, y desdoblaban esfuerzos en las situaciones más diversificadas y en apoyarse y buscar ayuda en varios órganos. Cambiaban sus actitudes en la tentativa de no perder la esperanza de un futuro diferente. Durante la realización de esta investigación, se evidenció que la convivencia con usuarios de sustancias psicoactivas genera incontables conflictos, estrés, cambio en el patrón de conducta de los involucrados por falta de conocimiento en cómo lidiar con el problema. También deparamos con cuestiones subjetivas como el deseo implícito o explícito de cómo les gustaría que su familiar actuara, una especie de idealización del individuo sin el uso de la sustancia. Se concluyó con este

estudio sobre la importancia y necesidad de sensibilización de la población y profesionales de salud, para una mirada diferenciada a la complejidad de la dependencia, a la dimensión del entorno y al contexto familiar que lo cerca, pues estamos lidiando con cuestiones peculiares y de rutina que presentan un significado considerable al individuo, sus pares y a la sociedad en general.

Palabras-chave: Alcohol y otras drogas. Familia. Convivencia.

ABSTRACT

Araújo, KM. Alcohol and drug abuse and how the user's family faces this issue [Dissertation]. São Paulo (SP): Universidade de Guarulhos [Guarulhos University], 2012.

This is a study about the relationship between the use and abuse of alcohol and other drugs and the users' families. The use of psychoactive substances is a worldwide problem that has come to be considered a public health issue in the 20th century. Statistical data concerning the number of drug users are becoming increasingly alarming. Whoever attempts to analyze the complexity of this issue finds individual and collective suffering and observes the families confronted with this life experience and its consequences on the users. The objective of this study was limited to describing the meaning and feelings experienced by members of psychoactive substance users' families, assisted by a support group in a Mental Health Outpatient facility located in a city of the Brazilian state of Minas Gerais. This is an exploratory-descriptive cross-sectional field research with a qualitative approach of the data. The sample consisted of 17 relatives who attended family support groups and had come to the service because they lived with a psychoactive substance user. The research participants were 15 female and 2 male relatives, ten of them being users' mothers, four wives, one sister, one father and one son. The answers of these relatives allowed defining four categories: beliefs concerning the other person, feelings, behavior and prejudice. Their reports were accompanied by emotions, thoughts and a variety of feelings. The family members interviewed were noticeably involved with and often limited by the other person's difficulty. They were relentlessly searching the right way to deal with the problem, striving to manage any kind of situation and looking for support and help in different institutions. They changed their attitude in an attempt not to lose hope for a different future. As this research was carried out, it became evident that living together with users of psychoactive substances generates countless conflicts, stress, changes in the behavioral pattern of the involved persons, caused by their lack of knowing how to deal with the problem. We also observed subjective issues such as an implicit or explicit wish of how they would like their relative to act, a kind of idealization of the individual free of the substance use. The conclusion of this study pointed to the importance and need of enhancing the sensitivity of health professionals and the

population in general regarding this problem, in order to be able to look in a different way at the complexity of addiction, the extent of the user's involvement, and the family context in each case, since we are dealing with peculiar and every-day issues of considerable meaning to the individual, his peers and society in general.

Key words: Alcohol and other drugs. Family. Living together.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Diminuição progressiva de leitos em Hospitais Psiquiátricos em consonância com o aumento no número de Centros de Atenção Psicossocial espalhados pelo país.	38
Quadro 2 - Organização da rede de assistência em Saúde Mental.....	40
Quadro 3 - Diferentes tipos de CAPS e principais características.	41
Quadro 4 - Número de CAPSad cadastrados por ano.	42
Quadro 5 – Descrição da Categorização realizada a partir de Entrevista	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos dados sociodemográficos dos entrevistados. Poços de Caldas (MG), 2012..... 58

Tabela 2 – Distribuição dos dados sociodemográficos dos usuários de álcool e/ou outras drogas, parentes dos entrevistados. Poços de Caldas (MG), 2012.. 60

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CID-10	Classificação Internacional de Doenças (10ª edição)
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MG	Minas Gerais
MTT	Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEAD	Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS
PSF	Programa de Saúde da Família
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO	18
2 REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1 Dependência Química.....	23
2.2 Álcool, Alcoolismo	24
2.3 Outras Drogas	27
2.4 A reforma psiquiátrica e o tratamento do dependente de álcool e outras drogas	29
2.5 Tratamento para a dependência	34
2.6 Os serviços	36
2.7 Assistência em saúde mental em Minas Gerais	43
2.8 Grupo de demanda espontânea	46
2.9 A família do dependente de substâncias psicoativas	49
2.10 A Equipe de Saúde.....	52
3 OBJETIVOS	54
3.1 Objetivo Geral	54
3.2 Objetivos específicos.....	54
4 MÉTODO	55
4.1 Tipo de estudo	55
4.2 Local.....	55
4.3 População e amostra.....	56
4.4 Coleta de Dados	60
4.4.1 Procedimentos éticos	60
4.4.2 Procedimentos para coleta	61
4.4.3 Instrumento de Coleta de Dados.....	62
5 ANÁLISE DOS DADOS	63

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	64
6.1 Categorias.....	65
6.1.1 Crenças em relação ao outro.....	65
6.1.2 Sentimentos	67
6.1.3 Comportamento	71
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
REFERÊNCIAS	80
APÊNDICE A	90
APÊNDICE B.....	93
ANEXO A.....	97

APRESENTAÇÃO

O interesse pelo tema teve origem no curso de graduação em enfermagem a partir da oportunidade de, como bolsista, desenvolver trabalhos no laboratório de álcool e drogas da universidade. Nesse momento de minha vida acadêmica, tive a possibilidade de conviver com especialistas na área, pesquisadores que se engajaram na luta para oferecer aos usuários, familiares e profissionais um pouco mais de informações sobre o assunto. Nesta fase, embora com pouco contato com os indivíduos que sofriam com o uso e abuso de álcool e outras drogas, emergiram inquietações que me acompanham até os dias atuais como, por exemplo, a fragilidade com que nós, profissionais, somos lançados ao mercado de trabalho para sermos referência em assistência à saúde do usuário e ao familiar envolvido com este grave problema de saúde pública.

Já como enfermeira assistencial em um Programa de Saúde da Família (PSF) em um município do interior do estado de Minas Gerais, pude conviver com pessoas que sofriam e faziam seus entes sofrerem por causa da dependência que possuíam. Observei no dia a dia da assistência as dificuldades tanto das famílias com vivência cotidiana com um indivíduo alcoolista e/ou dependente de outras drogas quanto da falta de habilidade minha e de alguns colegas em lidar com a necessidade do paciente.

Presenciei, nos serviços, o que muitas vezes encontrei na literatura: o estigma, a exclusão, o preconceito e a discriminação contra esses doentes.

O fato de o serviço tratar a temática sem propriedade e adequação não se incomodar com a questão, por si só tão complexa, trouxe-me um reforço muito grande na busca de respostas às indagações anteriores.

Fui despertada a querer conhecer mais sobre a necessidade dos usuários de álcool e outras drogas e também sobre o coletivo que, muitas vezes, não aparecia para procurar ajuda, mas que sempre existiu (a família), para poder ajudá-los em suas dificuldades, visto que há indiferença por parte dos sujeitos envolvidos, não tendo na maioria das vezes nenhuma referência para dar um tratamento adequado por falta de informação e ausência de políticas efetivas.

Atualmente, como docente, continuo vivenciando, agora em diversos contextos, a dinâmica e amplitude do uso abusivo do álcool e outras drogas na comunidade, que reforçam as inquietações anteriores e me instigam a outras indagações como: a fragmentação da

assistência ao usuário e à família, a abordagem do usuário de substâncias psicoativas, o tipo de referência que os serviços de saúde representam para os familiares e para o dependente, a qualidade do profissional que presta assistência, a dificuldade para não estigmatizar o usuário e, para finalizar, a imensa dificuldade de continuar olhando o doente como uma pessoa sozinha, esquecendo que, por conta da doença de um, muitos estão em sofrimentos dos mais diversos possíveis dentro de suas casas, local este que deveria ser de refúgio, conforto e prazer.

Todo esse histórico e indagações mostraram a necessidade de refletir e aprofundar estudos sobre a temática e me motivaram a realizar este trabalho.

1 INTRODUÇÃO

Os questionamentos sobre o fenômeno das drogas emergem como um dos maiores problemas de saúde, com repercussões sociais, políticas, econômicas e culturais para a sociedade internacional¹. No entanto, observa-se que, no Brasil, existe uma carência de enfrentamento no discurso e na prática vivenciada pelos profissionais e pelos atores familiares que convivem com o dependente.

O processo de saúde e adoecimento da população é compreendido como uma área de grandes reflexões, julgamentos, análises, indagações quanto ao seu desenvolvimento devido à complexidade de questões que englobam este fenômeno. Neste âmbito podemos focar uma das tantas causas envolvidas, a diversidade do processo que envolve a temática álcool e outras drogas. Tratada como uma questão de saúde pública a partir da última década do século XX², exatamente por causa da extensão dos danos que acarreta, constitui uma séria ameaça à segurança pública e à saúde do indivíduo e do seu contexto familiar.

Historicamente, como o abuso de álcool e outras drogas esteve muito associado à criminalidade, a assistência a estes indivíduos sempre se apresentou como uma lacuna nos serviços de saúde. No Brasil, antes da Reforma Psiquiátrica, as formas de tratamento da pessoa que fazia uso abusivo de álcool e outras drogas eram baseadas em estratégias de exclusão e separação destes indivíduos do convívio social. Após o movimento da Reforma, as reflexões realizadas repercutiram na ampliação do campo da clínica e, como consequência, passaram a investir em práticas não mais hospitalocêntricas e medicocentradas, mas sim em serviços focando o indivíduo e o contexto familiar onde se inserem. Assim, atualmente, os tratamentos visam à prevenção, à reabilitação e à reinserção social por meio da assistência prestada pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) e Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad)³.

As pesquisas mostram que muitas pessoas experimentam substâncias potencialmente produtoras de dependência, embora a maioria não se torne dependente. Isso evidencia as diferenças individuais quanto à vulnerabilidade às farmacodependências devido a fatores ambientais e genético⁴, e que reforça também o quão complexo pode ser lidar profissional e afetivamente com pessoas que fazem uso de algum tipo de substância psicoativa.

Os profissionais e familiares devem saber que não só a vulnerabilidade é maior em indivíduos que estão insatisfeitos com sua qualidade de vida, possuem saúde deficiente, não detêm informações minimamente adequadas sobre a questão do álcool e de outras drogas e o fácil acesso a estas substâncias e sobre a integração comunitária deficiente⁵, mas também que existem fatores protetores contra uma possível dependência como: a apresentação de habilidades sociais, flexibilidade, habilidade em resolver problemas, facilidade de cooperar, autonomia, responsabilidade e comunicabilidade mais influentes, paralelamente à vinculação familiar-afetiva ou institucional⁵.

O uso abusivo do álcool e de outras drogas é analisado como um problema social de âmbito mundial, mas ainda carente de respostas efetivas das instituições governamentais e não governamentais. É compreendido como um grave problema de saúde pública que necessita de intervenções complexas com um enfoque holístico, contínuo e desenvolvido através de múltiplas parcerias. Verifica-se que o crescimento do uso de substâncias psicoativas nas últimas décadas se manteve alto e continua crescendo e este dado comprova a grandeza do problema⁶.

Um estudo brasileiro realizado em 108 cidades com mais de 200 mil habitantes apontou que, no ano de 2005, 22,8% da população já havia feito uso de drogas, excetuando tabaco e álcool. Em 2001, tinha sido detectado que 19,4% da população já havia feito uso de drogas, o que mostra um aumento de 3,4% em apenas 4 anos. Foi mostrado também que as drogas mais utilizadas pela população eram o álcool, o tabaco e a maconha e todas tiveram um aumento significativo no decorrer dos anos no período de 2001 a 2005⁷. Estudos como este nos revelam que o problema se desenvolve e que é digno de interesse das mais distintas classes e categorias da nossa sociedade.

Na ótica externa ao problema observa-se que o uso abusivo dessas substâncias gera sensações e sentimentos diversos nas pessoas que convivem com o usuário. Verifica-se que existe uma dinâmica pouco mencionada onde se inserem o usuário e sua família e esta relação é muitas vezes acompanhada superficialmente pelos profissionais que atuam nas instituições de saúde, particularmente no que se refere ao amparo profissional aos familiares de usuários. Muitas instituições e profissionais estão alheios à reflexão que cada vida atingida por estas substâncias expressa o sofrimento de muitas outras vidas, no mais diversificado significado de sofrimento e doença.

Existe sofrimento individual e coletivo no núcleo familiar que enfrenta uma realidade prática com as consequências do uso do álcool e outras drogas. Em muitos casos, a família identifica o problema e não encontra subsídios na rede de saúde para auxiliá-la a

enfrentar e tentar resolver de maneira efetiva a questão, gerando, assim, frustração e sensações de desamparo ao indivíduo que sofre com o uso e abuso do álcool e outras drogas, bem como aos integrantes do núcleo familiar que convivem com este indivíduo.

O problema com álcool e drogas é histórico e desempenha importante papel nos meios social, cultural e econômico. Por isso o uso, abuso e dependência dessas substâncias deva ser encarado como um verdadeiro desafio para os sujeitos nele envolvidos. Essa constatação mostra a necessidade de recursos destinados à capacitação para o desenvolvimento de ações integradas de cuidados.

É importante e necessário sensibilizar a população e, principalmente, os profissionais de saúde, para um olhar diferenciado à complexidade da dependência, à dimensão do envolvido e ao contexto familiar que o cerca, pois estamos lidando com questões peculiares e rotineiras que apresentam um significado considerável ao indivíduo, seus pares e à sociedade no geral.

O intuito desta pesquisa é contribuir com o meio científico quanto aos questionamentos e respostas sobre a complexidade do tema, focando a família dos usuários e, assim, ajudar as unidades de saúde no sentido de desenvolverem uma prática assistencial eficaz no tratamento do alcoolista, do dependente químico e de suas famílias, subsidiado no discurso encontrado por estes familiares que apresentam, segundo a vivência, descrições sobre sentimentos e enfrentamentos quanto à questão e sua multifatorialidade.

Visto que, por fatores sociais, econômicos e financeiros, o álcool e outras drogas têm sido cada vez mais consumidos pela população⁷, abordaremos alguns aspectos que favorecem essa situação: o álcool, especificamente, é uma substância legalizada, que não é considerada uma droga pelo senso comum; culturalmente utilizada em rituais e simbolizada como uma fonte de prazer; economicamente com preço menor que o de outras drogas e, portanto, fácil de ser obtida; historicamente associada à riqueza e a um alto status social para fornecedores e que é consumida por todas as classes sociais, aumentando a instauração de hábito contínuo de uso pela sociedade. Quanto a outras drogas, cada uma tem um histórico propício ao aumento do uso e, com isso, ao alto índice de problemas cada vez mais diversificados. Em consequência do uso abusivo dessas substâncias, o sujeito que depende delas convive de forma conflituosa e traz problemas, ainda que de forma indireta, para a sociedade. Lembramos que muitas vezes a dependência está associada à maneira com que o indivíduo consegue se relacionar com esta mesma sociedade⁸. Além de tantos problemas, temos, na maioria dos casos, famílias de dependentes químicos que acreditam não possuírem condições físicas e psicológicas para enfrentar a situação, por isso decidimos realizar o

presente estudo em busca de resposta ao seguinte questionamento: qual é o significado de conviverem com um familiar dependente de álcool e/ou outras drogas para estas famílias?

Na tentativa de responder a esta indagação, o presente trabalho propõe compreender o significado de conviver com um familiar usuário de álcool e/ou outras drogas em famílias que acompanham o tratamento de seus integrantes através do grupo de famílias do ambulatório de saúde mental, inserido em um município de referência, no interior do estado de Minas Gerais. O estudo não se limitou a diagnósticos clínicos e sim avaliar a iniciativa destes familiares na busca por ajuda e por algum serviço que lhes pudesse servir de apoio para as situações que vivenciam.

A mudança na assistência ao doente mental pós Reforma Psiquiátrica ainda está em curso. O atendimento do dependente de substâncias psicoativas, agora não mais internado, mas sim assistido em instituições extramuros, exige, por parte dos profissionais de saúde, novos conhecimentos e o desenvolvimento de práticas a serem reconstruídas. Por acreditarmos que a assistência deve ser avaliada por aqueles que a recebem, justifica-se querermos conhecer as percepções dos que convivem diariamente com o dependente.

Neste estudo será utilizado o termo substâncias psicoativas para padronizar a nomenclatura do indivíduo que, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV⁹, faz uso de alguma substância que atua no sistema nervoso central de forma a alterar o humor do indivíduo, sua consciência, senso-percepção, cognição e função cerebral. Conforme o DSM-IV, essas substâncias são categorizadas em: álcool, maconha, alucinógenos, anfetaminas, cocaína, cafeína, inalantes, nicotina, opioides, sedativos, hipnóticos e ansiolíticos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Na Grécia antiga, substâncias utilizadas para o tratamento de diferentes moléstias eram consideradas simultaneamente como remédios ou venenos, pois seu efeito poderia variar conforme a dosagem administrada. Os romanos, igualmente, viam as drogas como substâncias neutras que poderiam ter seu efeito benéfico ou maléfico provocado em função da dose. Em contrapartida, na Idade Média, os efeitos produzidos pelas plantas medicinais passaram a ser vistos pela Igreja Católica como resultado de feitiçaria, donde se iniciou a associação entre o uso de tais substâncias com uma prática diabólica, com exceção do álcool (vinho) que era utilizado como representação do sangue de Jesus Cristo¹⁰. Somente por volta do século XVIII que diminuíram as perseguições religiosas, possibilitando o retorno às práticas médicas com utilização de substâncias medicamentosas para tratar de doenças¹¹. Mas foi a partir do século XX que o uso de substâncias psicoativas cresceu de tal forma que se tornou um problema de saúde pública, responsável por provocar desorganização familiar, social e individual aos seus usuários/dependentes, além de alto custo para a saúde pública¹².

Dados estatísticos relacionados ao número de indivíduos que usam drogas se tornam cada vez mais assustadores, principalmente pelo aumento no uso destas substâncias por jovens; em razão do qual diversos estudos apontam a necessidade de se olhar para o problema em diferentes ângulos, atentando para os diversos fatores responsáveis pela motivação do indivíduo em consumir tais substâncias¹².

O Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) divulgou, em 2006, os resultados do *II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 108 Maiores Cidades do País*, realizado no ano de 2005. Por meio desses dados, foi possível verificar que, dentre a população brasileira pesquisada, 22,8% já fizeram uso de drogas na vida, excetuando-se o uso de tabaco e álcool, enquanto nos EUA, conforme pesquisa semelhante realizada em 2004, 45,4% dos entrevistados havia feito uso de drogas ao longo da vida; no Chile a porcentagem foi de 17,1%⁷. O estudo também demonstrou que ocorreu um aumento no uso de droga na maioria das cidades brasileiras: dos estudantes de faixa etária entre 12 e 17 anos - 3,5% já usaram maconha; no grupo etário de 18 a 24 anos - 9,9% confirmaram o uso da maconha e 1% da população estudada é dependente de maconha. O estudo estimou que 11,2% da população brasileira, entre 12 e 65 anos, seja dependente de álcool. O maior consumo de álcool acontece

em faixas etárias cada vez mais precoces. O número de dependentes na faixa de 12 a 17 anos, em 2001, era de 5,2%, contra 7% em 2005, quando comparamos os resultados do I Levantamento¹³ com o II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, promovido pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD).

Em outro estudo, realizado nos Estados Unidos no ano de 1997, verificou-se que 70% dos adolescentes detidos por praticar algum crime possuíam envolvimento com drogas¹⁴. Esta associação também é feita por outros estudos, corroborando um aspecto clínico que caracteriza estas substâncias como facilitadoras de ações violentas¹⁵.

Estudos apontam também que as bebidas alcoólicas têm sido o principal motivo de internação psiquiátrica. Segundo os dados dos principais levantamentos nacionais de grande abrangência, a idade de iniciação no uso de álcool tem sido de 12,5 anos, com frequência de uso na vida de 65,2% entre jovens estudantes de 12 a 17 anos e prevalência de 11,2% de dependência de álcool na população geral¹⁶.

2.1 Dependência Química

Com a intenção de buscar formas de aumentar a sensação de prazer e diminuir o sofrimento que pode ser originado de algumas vivências, os seres humanos, em diferentes práticas culturais ou mesmo religiosas, faziam uso de substâncias que podiam causar dependência¹⁷.

A dependência passa a existir quando o indivíduo necessita buscar a droga, cujo hábito passa a ser responsável por uma mudança em seu comportamento e que é capaz de afetar suas relações sociais, seja no núcleo familiar ou com outros indivíduos. Nesse aspecto, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV⁹, a principal característica da dependência de substâncias psicoativas se manifesta por meio de um conjunto de sintomas que são ao mesmo tempo cognitivos, comportamentais e fisiológicos. Assim, o indivíduo, mesmo sabendo a respeito dos potenciais riscos que tal substância oferece para sua vida e sua saúde, continua a utilizá-la.

Para os sujeitos que demonstram alto grau de dependência, de determinada substância, simboliza algo essencial em suas vidas, ao mesmo tempo importante para seu funcionamento psíquico, como também para que consigam se relacionar com a sociedade⁸. Em razão deste aspecto, a luta contra a dependência química causa aos indivíduos um

sofrimento não só pela abstinência da droga, mas também por ela representar um modo de vida em que, sem a substância psicoativa, não existe prazer em nenhuma das suas ações¹².

Dentro de todo um contexto de uso abusivo de substâncias psicoativas, a dependência é o último estágio enfrentado pelo indivíduo⁸ e surge quando a relação do sujeito com a droga se torna intensa a ponto de interferir nas suas relações com outras questões da vida, causando prejuízos físicos, sociais, profissionais e emocionais, o que dependerá da droga utilizada, quantidade, tempo de uso, idade do sujeito quando começou a utilizá-la ou envolvimento com tráfico de drogas¹².

Algumas teorias apontam para a hipótese de que a dependência estaria relacionada com uma questão motivacional, considerada a responsável pela força que impulsiona os indivíduos a praticarem suas ações antes mesmo de saber a quais resultados estarão sujeitos. Assim, mesmo cientes do risco que correm ao usar substâncias psicoativas, os indivíduos se moveriam em função desta prática e, pela droga representar uma forma de viver, estes apresentam motivação para uso, mas pouca ou nenhuma motivação para o tratamento¹⁸.

2.2 Álcool, Alcoolismo

Este tópico é dedicado ao álcool por ser uma substância causadora, por exemplo, de problemas de ordem social, familiar, ocupacional e físico. Antes de entrarmos em algumas informações históricas é interessante destacar que o OBID (Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas) realizou as últimas estatísticas nacionais em relação ao uso de álcool e que foram divulgadas no II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – 2005. Dentre tantas informações importantes nesse trabalho, destacamos, para justificar o enfoque nesta substância a média de idade dos entrevistados que beberam pela primeira vez de 17,01 anos, e que de 7939 entrevistados a proporção de indivíduos que relataram ter consumido álcool pelo menos uma vez nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa foi de 49,8% e pelo menos uma vez nos últimos 30 dias foi de 38,3%⁷. É uma substância potencialmente causadora de desordens ao indivíduo e merece destaque quanto às questões históricas e outros dados estatísticos.

O uso do álcool é revelado desde os tempos bíblicos, porém, somente ao final do século XVIII e começo do XIX, o conceito de beber excessivo visto como uma condição clínica aparece na literatura. Muitas são as causas para essa observação, mas, em especial,

nota-se que dois fatores se destacam e parecem ter contribuído para este fenômeno. Em primeiro lugar, após a Revolução Industrial na Inglaterra, a ocorrência de maior concentração populacional nos centros urbanos facilitou aos médicos observação minuciosa de pacientes com consumo excessivo de álcool. O segundo fator considerável foi o desenvolvimento de tecnologia na fabricação de álcool, favorecendo o barateamento e maior oferta do produto¹⁹.

Dois nomes são especialmente ligados à introdução do conceito de alcoolismo: Benjamin Rush, nos Estados Unidos da América (EUA), e Thomas Trotter, no Reino Unido. O psiquiatra Rush foi o primeiro a notar, no ano de 1795, que “mais de 30% dos pacientes internados em instituições psiquiátricas americanas faziam uso excessivo do álcool”. Em seu livro “*An Inquiry into the Effects of Spiritous Liquors on the Human Body*” (1790), ele apresentou descrições excepcionais do comportamento de beber de pacientes e desenvolveu uma de suas frases célebres a partir de suas observações: afirmava que “Beber começa como um ato de liberdade, caminha para o hábito e, finalmente, afunda na necessidade”¹⁹.

No Reino Unido, o médico Thomas Trotter também aproveitou a oportunidade de observar alguns pacientes que utilizavam álcool de forma exagerada, e com essas observações desenvolveu idéias requintadas para o seu tempo relacionando o desenvolvimento do hábito de beber. Para ele, “o hábito da embriaguez é uma doença da mente”. Neste momento e pela primeira vez a palavra doença penetrou no vocabulário relacionado com o álcool. Ainda que este médico precursor relacionasse estes termos em um contexto nada favorável às suas inquietações, ou seja, o século XIX, iniciava-se um debate que permanece até os dias atuais na tentativa de esclarecer se o beber excessivo pode ou não ser caracterizado como uma doença¹⁹.

Em 1976 foi definida a síndrome de dependência do álcool²⁰ e, assim, ampliava-se a compreensão do fenômeno do alcoolismo, de um quadro isolado e indicado de uma única conduta terapêutica para uma síndrome, de aspectos variados, de muitos determinantes e que é passiva de variadas propostas terapêuticas baseadas no contexto individual de cada um. E isso se reflete até a atualidade sendo observada essa classificação em manuais de referência para diagnósticos de doenças como a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e a *Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV)*²¹. Encontramos o uso abusivo de álcool classificado pela CID-10 em F10 Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso de álcool, subdividido em 9 itens²².

O termo alcoólatra tem sido abandonado pela maioria dos médicos e pesquisadores da área, pois a doença correspondente teria de ser alcoolatria, adoração do

álcool. A Associação Brasileira de Estudos do Álcool e de Outras Drogas recomenda o termo alcoolismo para a doença e alcoolista para o dependente²³.

O bebedor de álcool é definido segundo quatro categorias diagnósticas: abstêmios, quando se privam de bebidas alcoólicas ou têm consumo de baixo risco; bebedores sociais, quando fazem ou não parte da zona de risco; bebedores com problemas, que são denominados nocivos e alcoolistas, quando são portadores da síndrome da dependência do álcool²⁴.

Na área de saúde, nos últimos 15 anos, o diagnóstico deixou de ser feito apenas naqueles casos em que, comprovadamente, se pode falar de uma doença cerebral (dependência do álcool), quando há um conjunto de alterações cognitivas, comportamentais e fisiológicas comprovadas²⁵.

Passou-se a fazer o diagnóstico de uso abusivo (ou nocivo), levando-se em conta os problemas que ocorrem na esfera familiar, jurídica, social ou mesmo clínica, porém sem a dependência com sua tríade necessária de tolerância, dependência (física ou psíquica) e abstinência¹³.

Conforme a OMS (2004)⁴, muitas pessoas experimentam substâncias potencialmente produtoras de dependência, embora a maioria não se torne dependente. Isso mostra que existem diferenças individuais quanto à vulnerabilidade às farmacodependências em razão de fatores ambientais e genéticos⁴.

Estudos apontam que a vulnerabilidade é maior em indivíduos que não apresentam um nível satisfatório de qualidade de vida, possuem um quadro de saúde deficiente, detêm informações inadequadas sobre a questão do álcool e drogas, e ainda possuem fácil acesso às substâncias e integração comunitária deficiente⁵.

Pesquisas apontam que o Brasil é um dos países que mais consome álcool no mundo, com resultado de 68,7% próximo aos 70,8% do Chile. Cerca de 10% da população dos centros urbanos do mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas independente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. Há referências também aos transtornos físicos (cirrose hepática, miocardiopatia alcoólica e lesões decorrentes de acidentes – industriais e automobilísticos, por exemplo) influenciados pelo uso indevido de álcool, o qual cresce de forma preocupante em países em desenvolvimento⁵.

Quando se realiza um levantamento sobre o álcool, observa-se que o uso desta substância é histórico e desempenha importante papel nos meios social, cultural, e econômico. Com esta particularidade, o problema do uso, abuso e dependência dessa substância e as consequências geradas por ela é encarado como um verdadeiro desafio para os sujeitos nele envolvidos e para os profissionais. Essa constatação evidencia a necessidade de recursos

destinados à capacitação para o desenvolvimento de ações integrais de cuidados, envolvendo assim um suporte necessário ao cuidado do doente, mas também da família que convive com o problema.

O alto índice dos problemas decorrentes do uso de álcool e do número de dependentes são situações que ainda não foram resolvidas. O álcool é legalizado, não é considerado droga pelo senso comum, culturalmente é usado em rituais e representa uma fonte de prazer. Economicamente, seu preço é menor que o de outras drogas e fácil de se obter. Historicamente é fonte de riqueza e *status* social para os fornecedores e é consumido por todas as classes sociais¹⁹.

2.3 Outras Drogas

Neste tópico procuramos destacar outras substâncias de maior uso após o álcool, segundo pesquisas recentes. Este maior uso justifica-se pela facilidade de acesso a estas substâncias conforme relatado por entrevistados.

A Maconha ou *Cannabis sativa* é identificada como a droga mais utilizada pelos sujeitos, entretanto a porcentagem de indivíduos que fazem uso dessa substância no Brasil é menor do que a verificada em outros países. Assim, enquanto no Brasil 8,8% dos entrevistados numa pesquisa já haviam utilizado Maconha ao longo da vida, nos EUA a porcentagem foi de 40,2%; no Reino Unido, 30,8%; na Dinamarca, 24,3%; na Espanha, 22,2% e no Chile, 22,4%, porém foi maior do que em países como a Bélgica (5,8%) e a Colômbia (5,4%)⁷.

Esta droga, cujos primeiros indícios de uso datam de 5.000 anos atrás, é responsável por uma perturbação no Sistema Nervoso Central e inicialmente foi utilizada como um medicamento capaz de, por exemplo, reduzir náuseas e vômitos. Entretanto a substância Tetrahydrocannabinol (THC), extraída da Maconha e responsável por sua ação maléfica ao organismo, pode causar irritação nos olhos, boca seca, taquicardia, perda de memória e de percepção sobre o tempo e o espaço, delírio ou alucinações, problemas respiratórios como a bronquite, câncer de pulmão, diminuição na produção de testosterona pelo organismo, podendo causar infertilidade em homens, diminuição da motivação para a realização de tarefas, sensação de calma, relaxamento e bem-estar, em algumas pessoas, ou

angústia, sudorese, tremores em outras, dependendo ainda da qualidade da Maconha produzida²⁶.

Depois da Maconha, os solventes foram as drogas mais utilizadas, seguidos da Cocaína, do Crack e da Merla, com a porcentagem de 6,1%; 2,9%; 0,7%; 0,2% respectivamente. Conforme a pesquisa, o uso de Heroína foi feito por menor porcentagem de sujeitos, com 0,09% (apenas sete entrevistados), e não foi identificado o consumo de drogas injetáveis entre os entrevistados¹⁴.

Os solventes pertencem ao grupo químico dos hidrocarbonetos e podem causar alucinações, depressão e muita excitação nos primeiros momentos de uso. Após esse efeito começa a ocorrer uma depressão nas funções cerebrais e o indivíduo pode manifestar confusão mental, desorientação, visão turva, palidez e dor de cabeça, com posterior redução no estado de alerta, déficit motor e visual/ocular com processos alucinatórios perceptíveis, podendo evoluir para inconsciência, hipotensão e convulsões²⁶.

Já a Cocaína, *Erythroxylon coca*, pode apresentar-se na forma de um pó que é solúvel em água, sob uma forma pastosa conhecida como merla e em outra mais enrijecida, como uma pedra, chamada Crack. Estas outras formas de apresentação se originam do modo como a planta original foi ‘refinada’, o que provocará também uma variação na sua toxicidade. Seus efeitos iniciais são uma sensação de prazer, poder e muita euforia, o que dura apenas alguns minutos, provocando uma vontade incontrolável no usuário de repetir a dose, a qual se denomina ‘fissura’ e que pode ser mais incontrolável no caso de uso de Crack ou Merla, pois a sensação de prazer provocada no organismo por estas substâncias é muito maior, mas de menor duração do que no uso de Cocaína. Com o uso contínuo destas substâncias o indivíduo torna-se violento, irritadiço, paranóico, com alucinações e delírios (‘psicose cocaínica’), com perda do interesse sexual, além de outros efeitos relacionados à forma de uso da droga, midríase, convulsões ou contrações musculares, hipertensão, taquicardia, parada cardíaca, fibrilação ventricular, depressão respiratória e rabdomiólise (degeneração nos músculos esqueléticos – irreversível)²⁶.

A Heroína, substância semi-sintética produzida a partir da morfina pouco utilizada no Brasil, é um opiáceo causador de depressão da atividade do Sistema Nervoso Central e intensa dependência por aqueles que a utilizam, podendo produzir tanto analgesia como aumento do sono, com toxicidade devida, principalmente, à sua capacidade em diminuir a atividade de regiões cerebrais responsáveis pelo funcionamento do sistema respiratório e cardíaco. Pode ocorrer também contração das pupilas, paralisia do estômago e dos intestinos,

perda de consciência, cianose (por causa da depressão no sistema respiratório), com hipotensão que pode evoluir até que ocorra o estado de coma²⁶.

A frequência no uso de drogas por indivíduos entre as faixas etárias de 12 a 17 anos, inclusive com relato de facilidade para sua obtenção⁷, é um fato preocupante: 7,8% dos jovens entrevistados numa pesquisa relataram que já vivenciaram situação em que tentaram lhes vender drogas. Mas não foi apenas a população jovem entrevistada que relatou facilidade em obter drogas: 65,1% dos entrevistados informaram acreditar que é fácil obter Maconha; 51,1% acreditavam ser fácil obter Cocaína e 43,9% relataram facilidade em obter “Crack”¹⁴.

2.4 A reforma psiquiátrica e o tratamento do dependente de álcool e outras drogas

Ainda que os problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas ocorram desde a antiguidade, as formas de tratamento sempre foram motivo de discussão. Os tratamentos especializados começaram a ser consolidados somente a partir do século XIX, mas ainda assim voltados apenas para os casos mais graves e crônicos, com ênfase no modelo médico de assistência²⁷.

Considerando que a Psiquiatria surgiu e passou a ser exercida como prática médica no fim do século XIX e que o modelo de saúde vigente naquela época estava centrado em questões biomédicas, os problemas mentais, incluindo o uso abusivo de substâncias psicoativas, começaram a ser discutidos dentro de um contexto orgânico. Com o avanço da medicina, surgiram, no século XX, medicamentos e vacinas para auxiliar o tratamento de diferentes moléstias, como a penicilina no ano de 1928 e o desenvolvimento de drogas psicoativas por volta de 1950⁸.

Antes do movimento da Reforma Psiquiátrica, encontramos relatos de intervenções religiosas, ritualísticas ou encaminhamento para hospitais considerados inadequados, pois estes locais ficaram conhecidos na história por seus tratamentos punitivos e excludentes⁵.

O estigma, a exclusão, o preconceito, a discriminação e a desabilitação de profissionais de saúde e familiares são, ao mesmo tempo, agravantes e consequências do uso indevido de álcool e outras drogas e da deficiência e ineficácia dos serviços que deveriam prestar assistência a essa clientela⁸.

Do século XVI ao século XIX todos aqueles tidos como loucos, neste quadro inseridos os alcoolistas e os dependentes químicos, eram isolados em asilos, conventos e albergues, inicialmente com a intenção de oferecer abrigo, como nos descreve Foucault²⁸. No Brasil, a partir do século XIX, o asilamento dos doentes mentais estava aliado a questões políticas e econômicas que se viam prejudicadas por causa das epidemias que se espalhavam pelo país. No entanto, aconteceu nas instituições psiquiátricas uma aglomeração de pessoas, todas sem receber tratamento adequado às suas necessidades, uma vez que as ações de assistência em saúde mental baseavam-se na ideia de que bastava ocorrer a intervenção médica para que a cura se consumasse²⁹.

Com o desenvolvimento do processo de Reforma Psiquiátrica, voltou-se a atenção para a construção de novos modos de atendimento em saúde mental que proporcionassem a ruptura com o aparato institucional criado para “conter” a loucura. Assim, em alternativa ao modelo hospitalar de atenção, *a priori* excludente, foram implantadas diversas experiências que visavam transformar as práticas e os saberes relacionados ao campo por meio dos quais se pretendia, entre outros, “a construção de novos modos de atenção em saúde mental”³⁰.

Note-se que, no Brasil, a própria psiquiatria demorou a conquistar espaço entre as demais categorias médicas e até mesmo os psicofármacos chegaram ao país somente em 1955²⁹. Ademais, entre os anos de 1964 a 1974, os debates críticos em relação à política passaram a ser vistos como uma prática criminosa visto que as ações políticas visavam à privatização inclusive da saúde, ocasionando na área de saúde mental o surgimento da ‘indústria da loucura’²⁹.

Após este período, as novas discussões políticas possibilitaram uma mudança em toda a configuração do sistema de saúde, fornecendo subsídios para o surgimento de mecanismos de atenção à saúde mental que objetivavam não só a humanização da assistência, como também uma reformulação dos processos de trabalho, mudando a forma com que a loucura era vista e interpretada pelos próprios trabalhadores²⁹.

Atualmente, em função do avanço das pesquisas que apontam para a multicausalidade responsável pela dependência do indivíduo no uso de substâncias psicoativas, os meios de tratamento para a drogadicção e o alcoolismo preconizam uma assistência voltada para as necessidades singulares do indivíduo, porquanto a motivação para o uso é particular demais para ser universalizada como objeto de tratamento para todos os sujeitos⁸.

As possíveis intervenções variam da prática de desintoxicação à farmacoterapia, psicoterapia ou terapia, bem como aos grupos de ajuda mútua³¹. Entretanto, estudos apontam

uma crítica negativa aos grupos de autoajuda e desintoxicação, pois esses grupos podem ser um meio de rever situações que foram prazerosas para o indivíduo, despertando nele uma vontade de retomar o uso da substância psicoativa; enquanto a desintoxicação pode representar uma experiência absurdamente ruim e dolorosa para o sujeito, provocando sentimento de raiva pela equipe de saúde ou outros indivíduos que tentam ajudá-lo³². Ademais, a estratégia de tratamento baseada em grupos requer domínio daqueles que direcionam este grupo pelo fato de não ser possível prever as situações/sentimentos desencadeados³³.

Dentro do contexto brasileiro, há que se ressaltar que somente a partir da Constituição Federal de 1988 foi possível que se originassem diferentes mecanismos de atenção à saúde mental que defendessem os direitos humanos dos portadores de sofrimento mental⁸. Assim, com a criação dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPSad) a assistência passou a ser diferenciada e específica aos dependentes químicos, possibilitando atender suas necessidades de forma singular.

Em 2002, em razão do aumento observado no uso abusivo de álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde implantou o Programa Nacional de Atenção Integrada ao usuário de Álcool e outras Drogas³⁴, com a proposição de diversas medidas para a prestação de uma assistência em saúde focada na dependência química, conforme o tipo de substância utilizada, e o perfil populacional da região em que o serviço de saúde está inserido³⁴.

Com o avanço dos programas voltados especificamente para a questão do álcool e das drogas surgiram também ações no intuito de prevenir o uso abusivo destas substâncias e o principal ponto crítico levantado por vários autores se refere à marginalidade em que o indivíduo é colocado por fazer uso abusivo deles, motivo pelo qual o usuário é visto pela própria família como um criminoso⁸, o que dificulta a manutenção de laços afetivos entre o indivíduo e a família/sociedade que poderiam motivá-lo a continuar o tratamento³⁵.

Como consequência do movimento de Reforma Psiquiátrica, encontramos atualmente na rede de atenção à saúde mental, os seguintes serviços: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais. São serviços caracterizados por serem essencialmente públicos, de responsabilidade dos municípios e com um controle social fiscalizador e gestor respaldado pelo processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica³⁶.

O novo nestes serviços diz respeito muito mais à ação e postura transdisciplinar, na interdependência de inúmeros atores individuais e institucionais, do que propriamente

reorientar os espaços físicos que antes eram oferecidos – quais sejam, ambulatórios superlotados, consultas relâmpago, respostas padronizadas e internações frequentes³⁷.

Neste sentido, o CAPS se apresenta como um dispositivo de cuidado cujo objetivo é instituir-se como substitutivo ao hospital psiquiátrico e, desta forma, é voltado para a atenção integral ao portador de sofrimento psíquico e referência de apoio aos familiares. Portanto, visando o desenvolvimento de projetos de vida, de produção social e a promoção da melhora da qualidade de vida. Tendo como missão estabelecer/tecer laços para além dos serviços de saúde, os CAPS deveriam estar voltados para “fora de si”, pois precisam manter aquecidas suas relações com a cultura local³⁷.

Os CAPS deparam-se hoje com desafios que requisitam um novo olhar sobre o mesmo objeto – o sujeito e seu sofrimento psíquico, discutido no campo da Reforma Psiquiátrica há mais de duas décadas. Ainda que, por um lado, temos como hegemônico, apesar de não oficial, o modelo hospitalocêntrico, por outro, a rede de Atenção Psicossocial, ao crescer envolta na perspectiva de atenção integral ao sujeito, se defronta com demandas para além do estar fora do hospital psiquiátrico. Sendo assim a rede de atenção psicossocial também apresenta uma incapacidade prática no olhar das necessidades dos familiares de usuários de álcool e/ou drogas³⁷.

Segundo Marques³⁸, o tratamento para uso abusivo do álcool e/ou drogas é complexo e depende de muitos fatores como: o conceito de dependência química adotado, de sua assimilação pela cultura e pela política, da motivação e da predisposição biológica do indivíduo, além da participação da família e dos grupos sociais que influenciam este indivíduo. É necessário, portanto, que se façam uma avaliação inicial rigorosa pelo serviço e um diagnóstico cuidadoso para que se tenha a possibilidade de estabelecer um parâmetro adequado com os vários tipos de tratamentos existentes.

Existe um esforço para se trabalhar na linha da prevenção, que pode ser feita nas formas: primária (promoção à saúde), secundária (diminuição da incidência da doença real) e terciária (diminuição do comprometimento pela doença)⁵. A estratégia de educação em saúde é fundamental para a prevenção, mas a separação entre prevenção e assistência não apresenta consistência teórica ou prática, no campo da saúde pública. Uma concepção integral e equânime de saúde não despreza prevenção em função da assistência, ou vice-versa.

Na prevenção primária, práticas preventivas contra o álcool e outras drogas devem ser desenvolvidas no setor da educação e planejadas levando em conta a especificidade inerente a cada parcela populacional, sempre de forma articulada a outras ações voltadas para a prevenção e a promoção de atenção integral à saúde. Na prevenção secundária, o controle de

usuários e dependentes de álcool, com a identificação precoce do uso do álcool através de instrumentos já utilizados em serviços de saúde e intervenção breve, constitui uma das principais estratégias utilizadas na assistência. Na prevenção terciária, para redução do comprometimento das necessidades afetadas, usa-se principalmente a entrevista motivacional, a terapia cognitivo-comportamental e a prevenção de recaída².

Há um esforço para encontrar práticas assistenciais na prevenção e tratamento do problema do usuário e dependente de álcool, assim como meios adequados de comportamentos e decisões individuais por ações mais diretas. Contudo, o progresso nesse campo tem sido lento, principalmente no que diz respeito à educação sobre a diferença do uso, abuso e dependência de álcool, o que indica a necessidade da população e dos profissionais de saúde se capacitarem a fim de proporcionar uma intervenção preventiva integral e assistência singular, de acordo com ambientes de tratamento específicos².

A promoção a saúde significa melhor qualidade de vida para quem é alvo de ações de prevenção, considerando as práticas de vida diária de indivíduos usuários e dependentes de álcool e outras drogas, na tentativa de diminuir ou eliminar a vulnerabilidade e o risco. Se o consumo de álcool ocorre na comunidade, é no âmbito comunitário que terão lugar as práticas preventivas de maior impacto sobre a vulnerabilidade e o risco⁵.

O nível de práticas preventivas e de promoção é baixo, não contribuindo para a inserção social e familiar do usuário. A dependência de substâncias psicoativas é um transtorno em que predomina a heterogeneidade, já que afeta as pessoas de diferentes maneiras, por diversas razões, em diferentes contextos e circunstâncias. Muitos consumidores de drogas não compartilham da expectativa e desejo de abstinência dos profissionais de saúde e abandonam os serviços. Outros sequer procuram tais serviços, pois não se sentem acolhidos em suas diferenças⁵.

A dependência de álcool e/ou outras drogas está entre os dez mais importantes problemas de saúde selecionados para compor a lista de prioridades do Programa de Saúde da Família. Considerado o centro de uma ambiciosa reforma em todo o setor de saúde pública, este programa busca uma aproximação do serviço de saúde à demanda da população em relação à temática álcool e outras drogas³⁹. A equipe de saúde da família é a unidade mais frontal neste sistema de saúde baseado na comunidade e, por tudo isso, este é o serviço considerado porta de entrada para o alcoolista e seus familiares⁴⁰.

Os profissionais da equipe do PSF constituem um recurso estratégico essencial para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e/ou outras drogas e podem contribuir efetivamente no âmbito da assistência aos usuários. Investindo, valorizando,

capacitando e explorando suas potencialidades fazem diferença na atuação pela criatividade, inovação, qualidade, integralidade e singularidade da assistência, mas a realidade é que, no máximo, se limitam a encaminhar o paciente a profissionais especialistas (psiquiatras, neurologistas, psicólogos ou a qualquer um que se disponha a tratar destes casos), ou aos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), ou aos ambulatórios especializados e, em casos mais graves, aos hospitais psiquiátricos⁴¹.

Observa-se que os profissionais das equipes de PSF apresentam fragilidades na assistência ao usuário de álcool e/ou drogas e isso se reflete na assistência ao núcleo familiar desse indivíduo. Muitos dos profissionais que atuam em PSF referem que a prevenção é responsabilidade de autoridades policiais e o tratamento e acompanhamentos dos pacientes e seus familiares devem ser de responsabilidade de equipes especializadas. Sendo assim, os serviços de atenção primária esperam o respaldo de profissionais especializados nos serviços de referência para atender esse paciente e sua família²¹.

A percepção distorcida da realidade do uso de álcool e outras drogas promovem a disseminação de uma cultura de combate a substâncias que são inertes por natureza, fazendo com que o indivíduo e o seu meio de convívio fiquem aparentemente relegados a um plano menos importante. Isto por vezes é confirmado pela multiplicidade de propostas e abordagens preventivas/terapêuticas consideravelmente ineficazes, por vezes reforçadoras da própria situação de uso abusivo ou dependente⁵.

Não temos uma política de desestímulo ao consumo destas substâncias pelos jovens. Não temos programas preventivos nas escolas. Não temos programas de apoio ao adolescente em situação de risco, como aqueles que abandonaram a escola, ou que tiveram algum problema com a lei. Não temos programas de apoio às famílias que tenham algum membro com problemas relacionados ao uso de álcool e/ou outras drogas antes de precisarem de tratamento psiquiátrico por agravamento da situação. A comunidade busca compensar a falta de apoio. Indivíduos, instituições tentam os mais diferentes programas, mas carecem de consistência técnica, direção e fonte constante de financiamento⁴².

2.5 Tratamento para a dependência

Com as transformações ocorridas a partir do século XX no que diz respeito à forma de entender o processo saúde/doença e a informação de que o uso de substâncias

psicoativas aumentou nos últimos anos, faz-se necessária uma tomada de atitude quanto às possibilidades de tratamento para os sujeitos em grau de dependência⁸. Ao se pontuar a questão da dependência é importante destacar os inúmeros fatores relacionados à necessidade que os sujeitos dependentes terão pelo uso do álcool e/ou droga, sendo indispensável pensar em métodos terapêuticos que englobem todos estes fatores para aumentar a adesão do indivíduo ao tratamento e evitar recidivas.

Teoricamente o consumo das substâncias psicoativas pode ser modificado por intermédio de práticas terapêuticas, entretanto a dependência está relacionada até mesmo com fatores genéticos, que seriam responsáveis por uma predisposição do indivíduo ao uso abusivo de substâncias psicoativas, além de possibilidades econômicas do sujeito para a compra da droga e outros fatores¹².

Considerando um dos modelos teóricos que mencionam a disponibilidade do indivíduo em manter-se sem a droga, o Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (MTT), desenvolvido por James Prochaska, em 1979, partindo da idéia de que o sucesso na cessação do uso da substância da qual o sujeito é dependente é obtido quando o processo correto é praticado no momento correto, pode se fazer uma abordagem multifatorial e singular do indivíduo, analisando sua disponibilidade pessoal para a abstinência da droga³².

Neste modelo, o processo que leva à mudança de comportamento pelo indivíduo até a sua abstinência é entendido como uma espiral pela qual o indivíduo vai avançando, mas não sem sofrer recaídas. Sendo assim, as fases desta espiral se repetem, fato que não deve ser entendido como um retrocesso no tratamento, pois, a partir do momento em que ele começou a percorrer essas fases, todos os acontecimentos fazem parte do processo de abstinência⁴³. Essas fases/estágios denominam-se: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção.

Essas fases são caracterizadas da seguinte maneira: 1) Pré-contemplação – período também chamado de negação, pois o sujeito nega sua dependência pela substância psicoativa e não demonstra intenção em mudar de comportamento, ou apresenta-se desencorajado a tentar mudar de atitude devido a tentativas mal sucedidas anteriores; 2) Contemplação – período em que o sujeito admite que está dependente de determinada substância psicoativa e demonstra preocupação em mudar seu comportamento ou dúvida em relação ao que fazer; 3) Decisão/Ação – fase em que começam a ser praticadas tentativas reais de mudança de comportamento; 4) Manutenção – período de abstinência no qual previnem-se recaídas, pois o esforço em parar o uso abusivo de substâncias psicoativas alcançou seu ápice, entretanto, apesar dos esforços na manutenção, sempre existirão chances de recaídas, o que não deverá ser visto como um fracasso. Alguns autores defendem que a recaída seria, na

verdade, outro estágio dentro de todo o processo de mudança do comportamento dependente, porquanto é natural que aconteça quando se trabalha com a idéia de mudar um comportamento para toda a vida do sujeito³².

Uma análise das teorias, envolvidas com a motivação do sujeito para o tratamento da dependência química, é importante por oferecer ao profissional uma visão sobre o que pode vir a ocorrer, após a aceitação do sujeito em combater sua dependência de substâncias psicoativas e permite um diálogo entre ambos em que não são feitas simplesmente cobranças, mas sim apontamentos sobre as possibilidades de vida com ou sem o uso da substância³⁵.

Em um estudo sobre os fatores que levam à probabilidade de recaída em dependentes de álcool, tabaco, heroína, alimentos e jogo compulsivo foi possível identificar que 35% ocorrem por causa de estados emocionais negativos, 16% em razão de conflitos interpessoais recentes e 20% devido à pressão da sociedade com relação às recaídas⁴⁴. Em outro estudo, identificou-se que cerca de dois terços dos indivíduos reconheceram o comportamento falho que o levou a sofrer recaída e que, em metade, a recaída ocorreu após um episódio em que o indivíduo manifestou estado de humor negativo⁴⁵.

Portanto, o desafio em conseguir uma recuperação do sujeito em que a abstinência se mantém deve estar centrado no estabelecimento de uma nova rotina, ou novos hábitos de vida, evitando os comportamentos desencadeantes de uma motivação para uso da substância psicoativa³².

A dependência química deve ser entendida atualmente como um fenômeno mundial que afeta indivíduos de diferentes faixas etárias em momentos distintos de suas vidas e por diferentes fatores, representando um problema de saúde pública. Dentro das possibilidades de tratamento e de formas de contextualizar a dependência, as terapias multifamiliares demonstram ser efetivas quando a intenção é evitar recaídas³⁵.

Dentro deste contexto, outro fator, que contribui para uma afirmação da importância de se praticarem ações multifamiliares, é a constatação de que 4 a 5 pessoas são direta ou indiretamente afetadas pelo uso abusivo de substâncias psicoativas por um membro do seu núcleo familiar⁴⁶.

2.6 Os serviços

a) Ambulatórios:

Conforme o Ministério da Saúde⁴⁷, os dados qualitativos e quantitativos referentes ao atendimento em saúde mental de forma ambulatorial não foram apreendidos de forma a possibilitar uma discussão aprofundada destes serviços. Por isso é necessário o desenvolvimento de pesquisas neste campo para verificar como se dá sua atuação dentro de um território, assim como a efetividade da assistência e a possibilidade de articulação em rede com os demais serviços oferecidos em saúde mental.

Os ambulatórios de saúde mental estão regulamentados na PT MS/SNAS nº 224, de 1992. O que se sabe sobre estes serviços é que funcionam de forma menos articulada com a rede de atenção em saúde mental, quando comparados a serviços como o CAPS, e oferecem, principalmente, assistência aos portadores de sofrimento mental leve – cerca de 9% da população – e para todas as faixas etárias⁴⁷.

Em vista do caráter inespecífico da atenção oferecida, dependendo de sua configuração, sua resolubilidade pode ser baixa. Muitos desses ambulatórios atuam como local de referência para consultas com psicólogos e psiquiatras, geram imensas filas de espera para atendimento, daí o motivo pelo qual se defende a importância de reformular a assistência em saúde mental oferecida nestes locais⁴⁷.

Nos municípios com maiores demandas para atendimento de transtornos mentais gerais, a existência de ambulatórios em saúde mental se mostra necessária para oferecer um suporte de atendimento/direcionamento ao CAPS, principalmente pela possibilidade de acompanhar casos de transtornos mentais menos graves. É necessário, porém, que este serviço busque uma atuação articulada com a atenção básica para que seu atendimento tenha maior resolutividade.

Em municípios menores entende-se que, não tendo nenhum outro serviço especializado de atenção em saúde mental, o ambulatório também precisaria se encarregar da assistência a transtornos mentais graves, entretanto, neste caso, para aumentar a resolutividade da assistência oferecida, deve-se aproximar sua forma de atendimento às práticas assistenciais exercidas pelos CAPS.

b) CAPS:

Passados poucos anos do surgimento de serviços e políticas públicas visando a substituição dos Hospitais Psiquiátricos por mecanismos assistenciais em saúde mental que

incentive aumento de autonomia, reinserção social e promoção de cidadania entre os portadores de sofrimento mental no Brasil, uma instituição chamada Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) aparece no cenário nacional e se mostra peça chave para a construção de uma assistência humanizada e de alta resolutividade aos que durante tanto tempo foram colocados à margem da sociedade⁴⁸.

Estes Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgiram oficialmente em 1992, com a Portaria GM nº 224⁴⁹, com o intuito de atuar em rede na assistência à saúde mental e, ao mesmo tempo, promovesse e reabilitasse a saúde mental na população, enquanto age coordenando e apoiando ações em outros níveis de atenção à saúde³ (primário, secundário e terciário). É notável que, com sua expansão pelo território nacional, esteja ocorrendo a diminuição progressiva no número de leitos em Hospitais Psiquiátricos, como demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1 - Diminuição progressiva de leitos em Hospitais Psiquiátricos em consonância com o aumento no número de Centros de Atenção Psicossocial espalhados pelo país.

Ano	2002	2003	2004	2005	2006
Leitos psiquiátricos SUS por ano	51.393	48.303	45.814	42.076	39.567
CAPS cadastrados por ano	424	500	605	738	1010

Ano	2007	2008	2009	2010	Jul./2011
Leitos psiquiátricos SUS por ano	37.988	36.797	34.601	---	32.681
CAPS cadastrados por ano	1.155	1.326	1.467	1.620	1.650

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados 9. VI(9) [informativo eletrônico]. Brasília; Jul. 2011 [acesso em 08 de agosto de 2012]. 21 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentalemdados2011.pdf>.

Mas à medida que os CAPS se estabelecem como uma opção ao modelo hospitalocêntrico de prestar assistência ao portador de sofrimento mental, surge questionamento quanto à possibilidade de práticas manicomiais, ainda que em menor escala, continuarem a ser praticadas⁵⁰. Daí devemos lembrar-nos de um alerta feito no sentido de que, se o problema da internação psiquiátrica fosse apenas a violência, bastaria humanizar a assistência prestada nesses locais⁵¹. Entretanto, o que se questiona neste modelo de assistência é a ruptura de um relacionamento do sujeito com a sociedade em razão de seu afastamento do

convívio social, além da sistemática, ainda que não intencional, mortificação do eu do sujeito⁵², provocada pelo condicionamento de seu individualismo, por meio da imposição de um poder implícito na relação equipe de saúde-paciente⁵³.

Afinal, os manicômios, nome destinado às instituições asilares em saúde mental, são mais do que um lugar de confinamento e são considerados um local onde se pensa na loucura de forma preconceituosa e excludente dos sujeitos caracterizados, num dado momento, como fora da norma/anormais (Portaria GM 224/92). Portanto, a assistência em saúde mental nos moldes daquela prestada nos manicômios pode ser repetida, ainda que dentro de um modelo descentralizado e articulado em rede.

Assim, quando avaliamos os avanços da rede CAPS, devemos ter o cuidado de avaliar também a efetividade da assistência em saúde mental de acordo tanto com as novas políticas públicas para o setor, como também para a resolutividade da demanda trazida pelos sujeitos. Além do mais a promoção de saúde deve considerar, principalmente, a produção de vida⁵⁴. Portanto, precisamos assumir uma postura em que os portadores de sofrimento psíquico sejam vistos em sua totalidade, sem julgamentos ou conceitos que o “encolham em nosso mapa mental entulhado de procedimentos e prerrogativas conceituais e didáticas”⁵⁵.

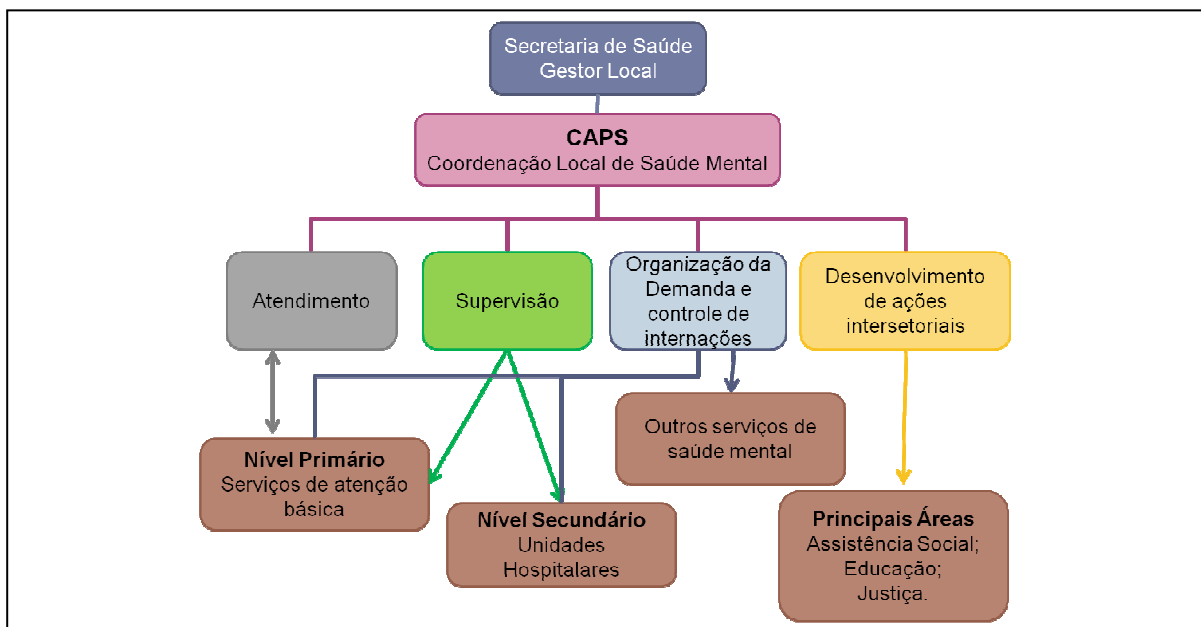
Ao se fazer uma análise crítica da forma com que a equipe de saúde pode intervir neste contexto, observa-se que a base do cuidado, tendo em vista a prevenção, promoção e cura ou reabilitação da saúde, está numa relação entre seres humanos, antes mesmo de uma relação de poder entre os sujeitos se estabelecer⁵⁶. Sendo assim, independente de existirem diferenças marcantes entre os CAPS espalhados pelo país, dos recursos financeiros e dos recursos humanos³ dos Centros de Atenção Psicossocial, ao se trabalhar numa lógica de promoção de vida, através do trabalho em conjunto de diferentes profissionais por meio da equipe multidisciplinar e do apoio matricial, o que vale não é a *expertise* dos indivíduos⁵⁴, mas sim a maneira com que unem suas formas de pensar e interpretar o processo de adoecimento psíquico para garantir a elaboração de um plano terapêutico que considere as opções e as possibilidades do sujeito em contrapartida com o que se pensa necessário para ele⁶⁴. Nesta perspectiva de reestruturação da assistência, a reabilitação social ganha espaço para acontecer em seu sentido mais amplo de reinserção social e promoção de autonomia como prática social e política em defesa dos direitos dos indivíduos, com total respeito às suas vulnerabilidades³⁹.

Os CAPS constituem, desse modo, um ponto estratégico de organização da rede comunitária de cuidados. Atuando no direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental, pode desenvolver planos terapêuticos individuais e coletivos, distribuir

medicamentos, instituir e acompanhar os moradores de residências terapêuticas e oferecer suporte aos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar através do apoio matricial³, conforme demonstrado no Quadro 2.

Neste sentido a missão do CAPS pode ser definida como um atendimento no horário diurno ou noturno, dependendo da modalidade do CAPS (Quadro 3), às pessoas portadoras de sofrimento psíquico severo ou persistente, num dado território⁵¹. Ao oferecer cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial⁵², com o objetivo de evitar a prestação de uma assistência baseada no modelo hospitalocêntrico, evita internações psiquiátricas e defende o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários do CAPS e de seus familiares³.

Quadro 2 - Organização da rede de assistência em Saúde Mental.



Fonte: Baseado em SIDRIM, MI. As Representações Sociais da Reabilitação Psicossocial: um estudo sobre os CAPS. Curitiba: Juruá; 2010. p.47.

c) Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad

Considerando o exposto anteriormente, atemo-nos para os CAPSad que têm como foco de sua atuação a prevenção ou atendimento diário (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), dentro do território, ao indivíduo ou à população com transtornos decorrentes do uso prejudicial de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas, de

acordo com as necessidades da população-alvo dos trabalhos e onde existem leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação³.

Quadro 3 - Diferentes tipos de CAPS e principais características.

Modalidade de CAPS	Características
CAPS I	Municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira.
CAPS II	Municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes; Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira; Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas.
CAPS III	Municípios com população acima de 200.000 habitantes; Funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana.
CAPSi	Municípios com população acima de 200.000 habitantes; Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira; Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas.
CAPSad	Municípios com população acima de 100.000 habitantes; Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira; Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas.

Fonte: Ministério da Saúde, Brasil. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica - Relatório de Gestão 2007-2010. [acesso em 18 de ago. de 2011]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 106 p. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao2007_2010.pdf.

A partir de junho de 2009, o Ministério da Saúde promove investimento considerável para a expansão da cobertura dos CAPSad por meio do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (PEAD), instituído pela Portaria nº 1.190 de 04 de junho de 2009, com o objetivo de dar prioridade à expansão de estratégias relacionadas ao consumo prejudicial de álcool e outras drogas³⁴.

Em decorrência do contexto atual e do incentivo direto dos consultores do PEAD, os municípios estão buscando a implantação de CAPSad em seu território. O Quadro 4 mostra o avanço desta rede de serviço assistencial.

Esta modalidade de CAPS se efetiva também pela possibilidade de atuar preventivamente no território, de acordo com suas características epidemiológicas através do planejamento, implantação e implementação de estratégias, voltadas para a redução dos fatores de risco específicos com relação ao uso abusivo de álcool e outras drogas, além do

fortalecimento dos fatores de proteção. Esta estratégia tem o objetivo de impedir o uso de substâncias psicoativas pela primeira vez, uma “escalada” do uso e a minimização das consequências no uso ou abuso de tais substâncias. Outra lógica que sustenta sua atuação é a prática de uma política de Redução de Danos com a intenção de minimizar as consequências globais de uso de álcool e outras drogas³⁴.

Quadro 4 - Número de CAPSad cadastrados por ano.

Ano	2002	2003	2004	2005	2006
CAPSad	42	14	21	24	36
Ano	2007	2008	2009	2010	Jul./2011
CAPSad	22	27	37	35	4
Total de CAPSad cadastrados				262	

Fonte: Ministério da Saúde, Brasil. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica - Relatório de Gestão 2007-2010. [acesso em 18 de ago. de 2011]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 106 p. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao2007_2010.pdf.

São necessários, porém, estudos que descrevam e ajudem a refletir sobre a prática dos serviços, bem como sobre a trajetória dos pacientes que frequentam esses serviços públicos e privados e o suporte que estes serviços oferecem às famílias. No Brasil, esses dados são ainda incipientes e colocam-se como um desafio para os pesquisadores, já que a comparação entre serviços hospitalares e extra-hospitalares deve equacionar inúmeras variáveis, entre elas a qualidade do serviço prestado, nem sempre próximo ao desejado. A necessidade de avaliações técnicas e criteriosas para as políticas públicas em saúde mental no país, não apenas no que concerne à economia de recursos, mas também à qualidade da assistência prestada, é um tema atual e absolutamente relevante para a psiquiatria brasileira⁵⁷.

A atenção primária à saúde apresenta uma das melhores ocasiões para ações preventivas, embora existam dificuldades como o despreparo dos profissionais para atuarem em ações preventivas, o subdimensionamento dos recursos humanos e materiais à demanda existente, a falta de estímulo e motivação para o trabalho, a falta de integração dos diversos níveis de atenção e problemas no planejamento e organização do sistema de saúde.

2.7 Assistência em saúde mental em Minas Gerais

Minas Gerais teve sua primeira internação psiquiátrica em 1817, quando a assistência em saúde mental no estado era oferecida pelas Santas Casas de Misericórdia. Somente em 1903 foi inaugurado o primeiro Hospital de Assistência aos Alienados, no município de Barbacena, onde, em 1911, também foi inaugurada a Colônia de Barbacena⁵⁸. Em pouco tempo, o Hospital de Barbacena passou a ser insuficiente para o tratamento da saúde mental, o que culminou com a inauguração do Instituto de Psiquiatria em Belo Horizonte, conhecido atualmente como Instituto Raul Soares.

A partir de 1937, começaram a surgir clínicas psiquiátricas particulares pelo estado, embora a maior parte dos pacientes fosse alocada para hospitais públicos. Tais clínicas, que praticavam uma assistência precária, chegaram a somar 16 no ano de 1953. Com o tempo, o número de internações psiquiátricas ultrapassou o limite suportado pelos hospitais do estado de Minas Gerais, gerando depósitos humanos em vez de reabilitar seus internos à vida em sociedade. Essa situação impulsionou a necessidade de implantação do Projeto de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Pública em 1980⁵⁸.

Em 1987, a discussão em torno da assistência em saúde mental de Minas Gerais passou a ter o sentido não de reestruturação, mas de extinção gradativa dos hospitais psiquiátricos, conforme preconizavam as teses do II Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental realizado em Bauru (SP). Já em 1995, Minas Gerais antecipou a lei nacional de defesa dos direitos dos portadores de sofrimento mental com a implantação da Lei Estadual nº 11.802 determinando a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e a instituição de ações e serviços substitutivos. Por meio desta lei, toda pessoa portadora de sofrimento mental passou a ter direito a um tratamento baseado em procedimentos terapêuticos que promovam recuperação da sua integridade física e mental, de sua identidade e dignidade, vida familiar, comunitária e profissional; estipulando ainda, como dever do poder público, estadual e municipal, garantir a defesa destes direitos. A partir daí, a assistência em saúde mental passou a ser prestada por serviços substitutivos, também mencionados pela lei, tais como: ambulatorios, serviços de emergência psiquiátrica em prontos-socorros gerais, centros de referência, leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, serviços especializados em regime de hospital-dia e hospital-noite, centros de referência em saúde mental, centros de convivência e lares e pensões protegidas⁵⁹.

Ficou então vedado o uso de celas fortes, camisas de força e outros procedimentos violentos e desumanos em qualquer estabelecimento de saúde, público ou privado e a internação psiquiátrica passou a ser utilizada como último recurso terapêutico. Após o esgotamento de todas as outras formas e possibilidades terapêuticas, objetivava uma recuperação o mais breve possível, com prazo previamente estipulado e com o consentimento do paciente ou de sua família. A solicitação de sua internação devia ser encaminhada ao poder público para análise e verificação de intercorrências que contrariassem os direitos dos portadores de sofrimento mental. Exigia-se, ainda, que os laudos médicos solicitando a internação psiquiátrica contivessem: a) descrição minuciosa das razões pelas quais a internação se fazia necessária; b) consentimento expresso do paciente ou de sua família (quando o paciente estava impossibilitado de responder por si próprio); c) estimativa de tempo mínimo e máximo de duração da internação⁵⁹.

Em 1 de janeiro de 1997, uma emenda à Lei nº 11.802 estipulou que uma junta de profissionais não pertencentes ao corpo clínico dos estabelecimentos de assistência em psiquiatria do estado de Minas Gerais, composta por pelo menos 1 (um) psiquiatra, 1 (um) clínico geral e 1 (um) profissional de nível superior da área de saúde mental, deveria proceder a confirmação ou a suspensão da internação psiquiátrica involuntária no prazo de até 72 (setenta e duas) horas após a comunicação obrigatória da internação⁵⁹.

Passado algum tempo, no ano de 2002, começou a vigorar o Decreto Estadual nº 42.910, onde, além de outras providências, esclareceu-se que o termo de consentimento para internação psiquiátrica a ser assinado pelo paciente deveria ser obtido livremente, sem ameaça ou coação, conter informações inteligíveis, com forma e linguagem compreensíveis ao usuário, sendo imprescindível o esclarecimento sobre: a) avaliação diagnóstica a respeito de sua doença mental; b) propósito, método, duração estimada e benefício esperado em relação ao tratamento proposto; c) quais seriam as outras possibilidades de tratamento, inclusive aquelas menos invasivas que o tratamento proposto; d) possíveis dores ou desconfortos, riscos e efeitos colaterais do tratamento proposto; e) terapêuticas tentadas até o momento e para as quais não foi notada eficácia⁵⁹.

Mas ainda que Minas Gerais demonstre esforços no sentido de expandir sua rede assistencial substitutiva aos modelos manicomial, dentro do contexto nacional o dilema aumenta, pois é necessário que se promova uma assistência resolutiva também em relação ao álcool e às outras drogas. Com este intuito, em 2009, foi elaborado o PEAD (Plano Emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em Álcool e outras Drogas),

em nível nacional, a partir de uma reunião da Comissão de Intergestores Tripartite, da qual participaram representantes dos municípios, dos estados e da união⁶⁰.

Com o PEAD foram estabelecidos três objetivos primordiais, os quais estipulavam necessidade de ampliação do acesso ao tratamento e à prevenção no uso de álcool e outras drogas, diversificação das ações praticadas no sentido da prevenção, da promoção da saúde, do tratamento e da redução dos riscos e danos à saúde, assim como construção de respostas intersetoriais efetivas ao problema do uso de álcool e outras drogas, sensíveis ao meio cultural, aos direitos humanos e à complexidade da clínica com esta temática⁶⁰.

Na primeira etapa do PEAD, foram priorizados os 100 maiores municípios brasileiros, incluindo todas as capitais estaduais e municípios de fronteira. As primeiras ações praticadas teriam como foco aqueles em maior situação de vulnerabilidade, dentre os quais estão as crianças, os jovens e os adolescentes. O grande desafio no desenvolvimento de todas as ações planejadas é atingir as mais variadas formas de vida e costumes de nosso país, em vista de sua extensão territorial. Portanto, a ampliação do acesso aos serviços foi planejada junto com uma maior qualificação para atendimento, articulação intra e intersetorial, promoção da saúde, dos direitos e melhora no enfrentamento do estigma relacionado ao alcoolismo e à drogadicção⁶⁰.

Em números, somente em Minas Gerais existem 22 Hospitais Psiquiátricos em funcionamento, conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Porém, entre os anos de 2002 a 2007, vários Hospitais Psiquiátricos do estado foram descredenciados pelo SUS³⁴. Ainda assim, até dezembro de 2010, o estado ocupava o 11º lugar no ranking nacional relacionado ao indicador *Leitos para internação psiquiátrica por 1.000 habitantes*, pois contava com 17 Hospitais Psiquiátricos, totalizando 2.292 leitos para internação psiquiátrica⁶⁰.

O estado também conta com uma rede assistencial substitutiva para tais hospitais: no mês de julho de 2011 foram divulgados dados relacionados ao número de Centros de Atenção Psicossocial em Minas Gerais, demonstrando que, naquela data, o estado contava com um total de 167 CAPS, dos quais 81 eram CAPS I, 46 CAPS II, 8 CAPS III, 12 CAPSi e 20 CAPSad, portanto um total de 167 Centros de Atenção Psicossocial: 3ª maior cobertura do país, ficando abaixo dos estados da Bahia (178 CAPS) e de São Paulo (251 CAPS)³⁶.

No Brasil o número de CAPS equivale a 1650 estabelecimentos, dos quais 780 são CAPS I, 420 são CAPS II, 55 são CAPS III, 132 são CAPSi, 262 são CAPSad e 1 é CAPSad III, conforme dados divulgados pelo Ministério da Saúde em julho de 2011. Já em relação ao número total de leitos psiquiátricos, o Brasil possui 32.681 leitos cadastrados no

SUS. Assim sendo, pode-se verificar que o número de CAPS em Minas Gerais, quando comparado com o índice nacional, concentra aproximadamente 10% dos CAPS brasileiros e 7% de todos os leitos para internação psiquiátrica cadastrados no SUS³⁴.

O município de Poços de Caldas, especificamente quanto a leitos cadastrados para Psiquiatria, conforme informações do DATASUS, apresenta o Hospital Santa Lucia com 25 leitos cadastrados para Psiquiatria e, destes, 23 são destinados ao SUS. Encontramos ainda a Santa Casa, o CAPS II e a APAE com serviços de atenção psicossocial, onde o atendimento específico ao usuário de substâncias psicoativas e aos seus familiares acontece no ambulatório de Álcool e outras Drogas. Implantado há aproximadamente 4 anos e financiado pelo município, há 6 meses recebeu repasse de verba do Ministério da Saúde para que seja transformado em um CAPSad. Neste local o atendimento é feito de segunda à sexta-feira, das 8 às 18 horas, conforme demanda espontânea da população e também com encaminhamentos. Juntamente com o NASF do município, é prestado um apoio matricial às equipes das Unidades Básicas de Saúde e das Estratégias de Saúde da Família. O Ambulatório também faz intermediação para as internações de usuários/dependentes de Álcool e Outras Drogas em hospitais de Poços de Caldas ou municípios da região, conforme disponibilidade de vaga pelo 'SUS fácil'.

2.8 Grupo de demanda espontânea

Considerando todo o contexto histórico da luta antimanicomial, na tentativa de estabelecer uma assistência em saúde mental capaz de promover reinserção social, autonomia e reabilitação psicossocial, nos vemos diante de outra luta: como praticar essas ações de forma a englobar os portadores de sofrimento mental com uma assistência focada na resolução de uma demanda que não se resume em números, mas em subjetividades e particularidades que, para serem entendidas e acolhidas, precisam de um local onde os objetivos da assistência tenham espaço para acontecer⁵⁹.

Sendo assim, não se pode falar em promoção de autonomia e reinserção social quando o objeto da ação está fundamentado numa imposição pelo tratamento, sem o direito de escolhas, o qual permite uma responsabilização dos sujeitos na busca pela saúde. Estes, ao buscar apoio psicossocial, precisam de um espaço para prestação de assistência capacitada

para acolher suas demandas no momento em que afloram, o que é fato possível quando se adota o *acolhimento* como instrumento para a promoção da saúde⁵⁹.

Uma atenção em saúde acolhedora busca, entre outras coisas, envolver os indivíduos sem agenda prévia, ou seja, sem que aqueles que demandam pelo serviço em saúde precisem supor sua necessidade e pré-agendar uma data para seu atendimento, a qual se tornaria ineficiente principalmente em saúde mental, posto não ser possível ao sujeito prever o momento em que necessitará de ajuda⁶¹.

A idéia de acolhimento acompanha os avanços relativos à humanização da assistência em saúde, inclusive por permitir uma prática assistencial voltada para um suporte além da cura das doenças. A partir daí se formam os grupos de demanda espontânea, por meio dos quais uma determinada população é convidada a participar livremente de uma atividade relacionada à promoção de saúde ou prevenção de doenças⁶¹.

Oferecer um serviço no ritmo da livre demanda é uma forma de ampliar as possibilidades de acesso dos sujeitos aos serviços de saúde, assim como maior adesão deles. Essa iniciativa permite um vínculo benéfico para as práticas assistenciais, pois as necessidades demandadas passam a ter um espaço de discussão/escuta. No entanto, o termo acolhimento, por vezes, não está bem definido, motivo pelo qual existem entre as equipes de saúde diferentes formas de se interpretar e agir dentro da questão do atendimento a uma livre demanda, seja na forma de grupos ou não⁶¹.

Deve-se entender, portanto, que a ação por meio do acolhimento, quando configurada como uma atuação assistencial dentro de um grupo de demanda espontânea, representa um modelo de assistência voltado para uma real necessidade daqueles que procuram um espaço terapêutico e traduz uma postura profissional de escuta livre e qualificada⁶¹.

Uma assistência praticada dentro desta lógica configura, antes de tudo, o melhor meio de garantir que os princípios do SUS sejam implementados em nível prático. O quando se fala em *universalidade* de acesso à saúde, devemos atentar para a idéia de que muitos sujeitos, por necessitarem cumprir tarefas cotidianas, muitas vezes, não conseguem articular sua necessidade pela busca/manutenção da saúde com o tempo disponível entre as atividades que comumente realizam. É necessário, portanto que lhes disponibilizemos uma forma de alcançar seus objetivos em relação à saúde, sem a obrigatoriedade de preverem quando terão tempo disponível para procurar os estabelecimentos de saúde. A *integralidade*, por sua vez, requer que nos articulemos dentro da multicausalidade das doenças, com um olhar para o todo trazido até nós, sem fragmentações que, muitas vezes, oneram o serviço público e promovem

baixa resolutividade. Já para fazer valer o princípio da *equidade*, é necessário que a demanda dos usuários dos serviços de saúde sejam escutadas atentamente e analisadas, o que é praticado inteiramente dentro da idéia do acolhimento, que se resume justamente no momento de atendimento de uma demanda singular⁵⁹.

Assim, pode-se dizer que um grupo de demanda espontânea, por meio de uma atuação profissional pautada por um acolhimento qualificado, visa identificar as vulnerabilidades dos sujeitos que dele participam, considerando suas particularidades, o que garante o surgimento de um vínculo pelo qual a promoção de saúde acontece também de forma espontânea e, mais ainda, humanizada⁵⁹.

Ocorre, entretanto, uma dificuldade na compreensão relativa ao como praticar ações para um público desconhecido, pois como podemos pensar em uma estrutura/organização sem pensar em quantas pessoas serão atendidas e em quais são suas necessidades. Diante deste quadro, muitos profissionais se sentem inseguros, inclusive com relação às potencialidades da estrutura do sistema de saúde e da equipe multiprofissional, o que pode causar uma sensação inicial de baixa resolutividade da assistência⁶¹.

Mas, ainda que a lógica de demanda espontânea pareça assustadora para aqueles que prestam a assistência, existem formas de organizar/estruturar os locais de prestação de serviço de tal forma que a demanda, ainda que espontânea, passe a ser esperada de acordo com as características epidemiológicas da população abrangida pelo serviço de saúde, as quais não necessitam de instrumentos muito elaborados para serem identificadas. Basta que os profissionais de saúde avaliem o perfil e o volume de sua população⁶¹.

Após levantamento de dados relacionados ao volume e perfil populacional esperado, a equipe de saúde deve se mobilizar para organizar o atendimento de forma a abranger as necessidades apontadas para determinado território⁶¹, inclusive quanto aos horários de acordo com a disponibilidade dos sujeitos que farão parte do grupo.

Nos serviços destinados aos portadores de sofrimento mental, incluindo os Centros de Convivência, pode-se aproveitar a lógica de demanda espontânea no atendimento e na elaboração de grupos de forma a oferecer apoio psicossocial com o olhar para a habilitação/reabilitação e promoção de autonomia/vida, sem o estigma relacionado à obrigatoriedade de participação dos sujeitos em consultas ou oficinas. Desse modo o sofrimento mental poderia passar a ser visto tal como é, ao invés de se enquadrar meramente como doença.

2.9 A família do dependente de substâncias psicoativas

De acordo com o IBGE, família “é o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, todos residentes na mesma casa”⁶². Este conceito surgiu da necessidade de operacionalizar dados relacionados com a composição das famílias de forma estatística, não relevando definições antropológicas ou sociológicas, mas restringindo-se aos indivíduos residentes no mesmo domicílio e não àqueles que, morando em outra residência, podem sensibilizar-se por indivíduo com o qual têm ligação de parentesco por ascendência/descendência⁶³.

Existe um significado e uma dimensão histórica que caracterizam a relação entre a família e suas gerações. Neste contexto, as famílias acabam por ser constituídas de “gênero, geração, conjugalidade, sentimentos de pertencimento, idéias de coresidência, cooperação solidária, autoridade, afeto e subjetividade”⁵⁶. A interação entre os membros de um determinado grupo depende de diversos fatores, dentre eles, a forma com que cada indivíduo enfrenta situações de seu cotidiano, deixando que uma situação/problema numa área de sua vida afete outras áreas, bem como sua forma de se relacionar em sociedade e a maneira com que cada um é visto pelo outro e as ações/atitudes que cada um espera do outro⁶⁴.

As famílias, por serem também caracterizadas como um grupo de pessoas interagindo constantemente, estão passivas a desentendimentos entre seus membros devido às particularidades de cada indivíduo⁶⁴ e, quando compostas por indivíduos portadores de sofrimento mental, experimentam situações que alteram sua rotina⁶⁵, o que pode dificultar ainda mais sua convivência.

Quando colocados defronte ao sofrimento mental de um membro do grupo familiar, os demais membros de uma família são convocados a reagir e a refletir sobre a situação/problema para então identificar quais atitudes tomar a partir dali. Muitas famílias enfrentam situações como noites passadas sem dormir, exigências do indivíduo em sofrimento mental, preocupação relacionada ao paradeiro desse sujeito, tentativas de tratamento que podem ser mal sucedidas, desentendimentos que se agravam no âmbito da residência, tornando o ambiente desagradável a todos os seus membros, além de sentirem insegurança pelo não entendimento da origem da doença e seu prognóstico⁶⁵.

O desenvolvimento de algum transtorno mental em um membro familiar representa fator estressante tanto para a família, quanto ao indivíduo considerado doente, dando início a um processo social complexo. Ainda que este processo se desenvolva a partir

de mudança no comportamento do indivíduo com sofrimento mental, edifica-se também devido à mudanças nos hábitos da família que, percebendo o comportamento diferente de seus membros, reorienta sua forma de agir/interagir com ele⁶⁵.

Toda a reorientação na forma de interagir da família pode ser representada, ao mesmo tempo, como uma desorganização, pois uma vez que sua rotina foi alterada, o amanhã se torna incerto para a família, que poderá relacionar a incerteza do prognóstico do sujeito em sofrimento mental com a impossibilidade de reprogramar-se de acordo alguma outra rotina⁶⁵.

Dentro do contexto familiar, a convivência dos sujeitos dependerá, da mesma forma, destes apontamentos, entretanto, em função dos laços de afetividade que, por si, apontam para uma diferenciação entre um mero grupo de pessoas e uma família, pode acontecer envolvimento maior dos sujeitos, um em relação ao outro quando em momentos de crise⁵⁶.

Assim, dentro do tema álcool e outras drogas, o uso nocivo ou a dependência destas substâncias por um membro da família pode afetar não somente o indivíduo, como também outros membros do grupo familiar. Muitas vezes o consumo da substância acontece dentro do próprio convívio familiar e acaba por interferir na dinâmica do grupo, gerando conflitos e influenciando padrões de conduta⁶⁶.

Para Lima (2007)⁶⁷, quando voltamos a atenção para estudar o núcleo familiar de alcoolistas, somos surpreendidos com pessoas que apresentam sentimentos negativos como ansiedade, medo, falta de motivação, muitos questionamentos e sofrimentos. Como consequência, estes familiares não sabem como trabalhar a situação e se sentem perdidos, prevalecendo por diversas vezes o sentimento de obrigação em cuidar de seu ente.

Aprender a lidar com os diferentes sentimentos que aflorarão na convivência com o membro dependente de álcool ou outras drogas, conhecer claramente as questões envolvidas com a dependência e estabelecer formas de receber e agir frente às situações controversas e condutas que favorecem/desfavorecem o vício podem ajudar no enfrentamento da situação pelo grupo familiar e na diminuição do impacto que este grupo sofre com a existência de membro dependente químico⁶⁸.

A presença de uma pessoa que sofre de enfermidade mental produz alterações no seio da família. Antes da doença, a pessoa tinha condições de contribuir não só financeiramente, mas nas atividades domésticas e nas responsabilidades. Quando ocorre a alteração no comportamento dessa pessoa, há modificações da rotina familiar, porque se sente a falta da ajuda que era compartilhada e ainda arca-se com a responsabilidade de ajudar a pessoa doente⁶⁹.

Como resultado da interação conflituosa com o dependente químico, o grupo familiar pode sofrer alteração em seu comportamento para conseguir lidar com as situações ocorridas. A vida cotidiana dividida entre aquilo que são e a postura que sentem necessidade de ter para conseguir driblar conflitos, considerando que cada dia pode ser diferente do outro ao longo desta convivência, ocasionará mais do que estresse, mas também angústia pela incerteza do que pode acontecer⁷⁰.

A família e o sujeito considerado doente fazem esforços para conseguir experimentar alternativas para conseguir executar outra rotina, que os aproxime de um padrão que seria considerado normal e aceito pela sociedade em que estão inseridos, uma vez que, após a identificação do sofrimento mental em um indivíduo do grupo familiar, o sujeito recebe o rótulo de doente mental e, junto com ele, um desarranjo em sua vida, que fará com que ele sinta a necessidade de assumir o papel de enfermo⁶⁵.

Considerando que a dependência química pode gerar processos específicos de interação no grupo familiar, diferenciam-se duas formas de lidar com a situação que, por si, servem de base para conceituar dois grupos diferentes de família. Assim, o meio, no qual a substância psicoativa, o álcool por exemplo, regula a interação de todo o grupo, é caracterizado como família alcoolista, enquanto aquele meio familiar, que não sofre alteração na forma de funcionamento mesmo com a presença de dependente químico, denomina-se família com membro alcoólico⁷¹. Essa diferenciação é importante para que, na abordagem terapêutica do grupo familiar, possam ser entendidas as formas com que a família interpreta e reage à dependência química de um de seus membros. Uma delas gerar a necessidade de assumir o papel de enfermo pelo dependente químico, o que desencadeará, uma obrigação constante da família em reformular sua forma de agir, em vez de manter a mesma rotina que possuía antes da identificação do indivíduo dependente químico.

O contexto de novas políticas de atenção em saúde mental, sobretudo com a mudança no padrão de prestação de assistência de saúde, inclusive no que se refere ao álcool e outras drogas, revela que a família constitui ferramenta primordial no controle social das políticas implementadas, bem como núcleo estratégico para implementação de medidas de reinserção social e reabilitação dos indivíduos com transtornos mentais, entre os quais também está inserida a questão da dependência química⁷². Entretanto, as ações de saúde reais que colocam como centro de suas intervenções o núcleo familiar, são poucas e, muitas vezes, acabam por promover uma forma de atuação em que o grupo familiar é colocado como mero coadjuvante no tratamento⁶⁸. Este é o motivo pelo qual elas podem ser ineficazes, se considerarmos que o processo de adoecimento gera tanto sofrimento, quanto revela uma

condição social em que a família é o centro dos acontecimentos e onde se origina grande parte das possibilidades estratégicas para se contornar a situação⁶⁵.

Na literatura, constata-se a crescente participação da família no acompanhamento, tratamento e amparo do familiar que apresenta algum problema relacionado à saúde mental³⁶. Os profissionais de saúde devem atuar no ambiente familiar no sentido de amenizar o sofrimento da família e do próprio usuário. Esta ajuda oferecida pela equipe de saúde poderia ocorrer através de visitas domiciliares, atendimento individual e familiar, assim como reuniões de grupos na própria comunidade assistida.

A visão sistêmica e integral do indivíduo em seu contexto familiar e social só pode ser proporcionada através do trabalho “com as reais necessidades locais, por meio de uma prática apropriada, humanizada e tecnicamente competente, sincronizando o saber popular com o saber técnico científico, em um verdadeiro encontro de gente cuidando de gente”⁷³.

Este estudo considerou a família de acordo com a abrangência do IBGE e, assim, buscou compreender como essa dinâmica familiar tem se desenvolvido e como os integrantes das famílias estudadas sentem e compreendem o contato com os usuários de substâncias psicoativas.

2.10 A Equipe de Saúde

Espera-se que os profissionais de saúde atuem no ambiente familiar, buscando amenizar o sofrimento da família e do próprio usuário. Há de salientar que existe dificuldade em como assistir aos pacientes usuários de substâncias psicoativas e seus familiares, pois se trata de um fenômeno multifacetado. Por isso, a assistência ao usuário é uma prática complexa e, frequentemente, o profissional pode avaliar seu cliente e sua família sob um olhar dinâmico de acordo com a caracterização do processo e do desenvolvimento pessoal⁶.

Existem vários modelos explicativos para o uso de álcool e/ou outras drogas⁶ e, atualmente, os mais utilizados em nosso meio e que têm contribuído para modificações desse comportamento ainda se baseiam no modelo médico, centralizado nas formulações da psiquiatria (hospitalização, medicalização). No entanto, existe dentro deste modelo a possibilidade de abertura para o contexto da saúde pública (saúde da família e redução de danos, trabalhos comunitários).

É necessário considerar que a equipe de saúde, por sua natureza, assemelha-se em muito ao grupo familiar, na medida em que tem como proposta cuidar de alguém, o paciente, desejando restituir-lhe a saúde, ou seja, a linha de continuidade do ser. Faz-se necessário, também, abordar o usuário de álcool e/ou drogas como um todo, inquirindo-o sobre sua vida, seus hábitos, suas tensões e suas angústias, conhecendo-o e procurando se envolver, de certo modo, com sua causa. O cuidar significa preocupar-se, envolver-se, comprometer-se com o “objeto a ser cuidado”. O profissional de saúde, nessa proposta, age como um “cuidador”⁷⁴.

De acordo com Campos (2005)⁷⁴, os pacientes apresentam-se sensíveis, vulneráveis, fragilizados. Querem apoio, proteção, segurança. Pedem tratamento, mas não se tratam. Precisam de segurança, mas demonstram fortaleza. Querem atenção, mas agridem. O doente é uma pessoa atingida na integridade física, psíquica e social, vulnerável na sua autoestima. Alguém que expressa sentimento. Muitas vezes exterioriza sinais ou sintomas difíceis de suportar.

A assistência integral ao usuário ou dependente de substâncias psicoativas envolve cinco dimensões: o ser humano como centro da atenção e não a doença; o ser humano ou o grupo concebido em sua totalidade; a assistência propiciada nos diversos níveis dos serviços de saúde; o tratamento diferente para quem está numa situação desigual e a interferência nas condições gerais de vida da comunidade⁷⁵.

Enfim, trata-se de uma rede de profissionais, de familiares, de organizações governamentais e não governamentais, em interação constante, cada um com seu núcleo específico de ação, mas apoiando-se mutuamente, alimentando-se enquanto rede, que cria acessos variados, acolhe, encaminha, previne, trata, reconstrói existências, cria efetivas alternativas de combate ao que, no uso de substâncias psicoativas, destrói a vida³⁶.

Pelo acima exposto constatamos a relevância deste estudo que busca atingir os objetivos a seguir:

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Descrever o significado e os sentimentos vivenciados pelo familiar de usuários de substâncias psicoativas, atendido por grupo de apoio em um Ambulatório de Saúde Mental de um município de Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar a composição do grupo de famílias de usuários de substâncias psicoativas de um Ambulatório de Saúde Mental de um município de Minas Gerais;
- Caracterizar os familiares respondentes da pesquisa;
- Caracterizar os dependentes de substâncias psicoativas cujos familiares buscaram ajuda em um ambulatório de Saúde Mental;
- Identificar os sentimentos experimentados pelos familiares de usuários de substâncias psicoativas.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, transversal, de campo, com abordagem qualitativa dos dados.

A pesquisa exploratória começa com algum fenômeno de interesse, no entanto, mais do que simplesmente observá-lo e descrevê-lo, a pesquisa exploratória investiga a sua natureza complexa e os outros fenômenos com os quais ele está relacionado. Estudos exploratórios são realizados quando uma nova área ou tópico está sendo investigado e os métodos qualitativos são especialmente úteis para a análise de fenômenos pouco entendidos⁷⁶.

A pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinadas populações ou fenômenos com a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática⁷⁷.

Os estudos transversais envolvem a coleta de dados em um ponto do tempo. Os fenômenos sob estudo são obtidos durante um período de coleta de dados⁷⁷.

A literatura mostra que a abordagem da pesquisa qualitativa, apesar de ser praticamente isenta da análise matemática dos dados coletados, possibilita a confiabilidade dos resultados obtidos, mesmo sendo construída e determinada com maior ênfase nos sentimentos e percepções do participante frente a uma determinada situação, pois permite o conhecimento do objeto estudado do ponto de vista de quem o vivencia⁷⁸.

Este tipo de abordagem propicia uma compreensão mais extensa sobre o comportamento do ser humano, principalmente na busca das relações e percepções desencadeadas pela convivência com os outros seres associada à influência do mundo externo. O trabalho de campo torna-se fidedigno à medida que o pesquisador interage com os participantes, identifica-os como atores do exercício e reconhece a sua autonomia.

4.2 Local

Os dados foram coletados em um Ambulatório de Saúde Mental no município de Poços de Caldas, sul de Minas Gerais. No ambulatório funciona o Programa de Álcool e

Drogas que conta com uma equipe composta por 4 psicólogos, 1 terapeuta ocupacional, 2 assistentes sociais, 1 clínico geral, 1 psiquiatra, 2 técnicos de enfermagem, 1 profissional de serviços gerais e 1 auxiliar administrativo, 1 artesão e 1 enfermeira.

Este Ambulatório foi inaugurado há aproximadamente 4 anos e até o momento é mantido com financiamento municipal, entretanto há uns 6 meses, após o recebimento de verba do Ministério da Saúde, começou a ter sua configuração alterada com a pretensão de ser transformado em um CAPSad até o início do ano de 2013. O atendimento é feito conforme encaminhamentos ou por demanda espontânea, além de ser prestador de apoio matricial em parceria com o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) do município. O Ambulatório também atua em parceria com instituições psiquiátricas para a realização de internações conforme a necessidade.

No momento são feitos cerca de 600 atendimentos ao mês individualmente ou em grupos (Grupo de familiares, Grupo de adolescentes, Grupo de mulheres e Grupo de homens). Os grupos se encontram na sala onde funciona a coordenação do serviço por ser um local amplo e, assim, comportar um número grande de participantes, a pesquisadora utilizou este espaço e a sala de espera para abordar os familiares, na primeira participação no grupo a pesquisadora foi apresentada pela coordenadora e estabeleceu o primeiro contato, informou sobre o desenvolvimento e os objetivos da pesquisa. Após vieram as demais participações, onde a pesquisadora realizava o agendamento e as entrevistas, sempre antes e após os grupos, seguindo orientação da coordenadora do ambulatório e responsável pelo grupo.

4.3 População e amostra

Os sujeitos do estudo foram os familiares de usuários de drogas psicoativas atendidos neste setor, muitas dessas pessoas procuraram espontaneamente o ambulatório e/ou foram encaminhadas por algum outro serviço, ou porque o familiar em uso de substâncias psicoativas está ou já esteve em tratamento no ambulatório e assim pode participar dos grupos.

Ressalta-se que não é necessário que o familiar participe do grupo em paralelo ao tratamento do usuário. As famílias chegam ao grupo porque enfrentam dificuldades com um ente que faz uso de substâncias psicoativas, não é necessário diagnóstico clínico do familiar ou do ente para que seja aceito no grupo, o atendimento em grupos para familiares acontece às

quintas-feiras. Há dois grupos, um das 08h30min. às 10h30min. e o outro das 12h30min. às 13h30min. Cada grupo conta com cerca de 10 familiares, cujas participações acontecem de maneira esporádica. É livre a presença ou a ausência de acordo com a necessidade de cada familiar em ir ao grupo e também conforme a disponibilidade desses familiares quanto ao melhor horário. Inicialmente, a família é orientada sobre a importância da continuidade na participação, mas não existe uma disciplina rigorosa quanto à presença. Quando os familiares iniciam a participação é realizado um acolhimento que passa a compor o prontuário do usuário de substância psicoativa, o qual informa se o paciente está em tratamento ou se iniciou o tratamento e abandonou. Mas para o familiar participar do grupo, o usuário pode ou não estar em tratamento no momento atual. A coordenadora do serviço estabelece vínculo com a família por ser responsável pelo desenvolvimento dos grupos e pelos familiares que se disciplinam na sua participação os quais podem ser desvinculados do grupo de acordo com a avaliação dela. Em paralelo, esses familiares podem também receber outras modalidades de assistência oferecidas pelo serviço, de acordo com a sua necessidade. Quando o familiar está participando do grupo e o seu ente usuário de substância psicoativa não está em tratamento, são realizadas tentativas com a família para estimular o ente a conhecer o serviço para um possível tratamento futuro.

A pesquisadora inicialmente se inseriu nos grupos no mês de setembro como participante para compreender a dinâmica de trabalho e, após dois encontros, iniciou-se o trabalho de apresentação e informação sobre a pesquisa. Foi feito um convite formal para os dois grupos e, então, começou o trabalho de abordar os familiares individualmente, verificar a sua disponibilidade e iniciar o agendamento das entrevistas. Respeitando a disponibilidades dos familiares, as entrevistas foram realizadas de outubro a dezembro, em horários previamente agendados antes e após o desenvolvimento dos grupos, sempre às quintas-feiras no ambulatório, conforme solicitação da coordenadora. Para participar da pesquisa, era necessário que os familiares verbalizassem que iniciaram sua participação no grupo por conviverem com uma pessoa que fazia uso de substâncias psicoativas. Não era necessário que o usuário estivesse em tratamento no ambulatório no momento da pesquisa.

A amostra foi composta por 17 familiares que participavam de um desses grupos de famílias e que procuraram o serviço porque moravam com alguém que fazia uso de substâncias psicoativas, que apresentavam idade superior a 18 anos, alfabetizados, que concordaram em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice A) e que estavam presentes no período determinado para a

coleta de dados. Não se estabeleceu um número mínimo de participações nos grupos por se tratar de um serviço ambulatorial.

Os participantes da pesquisa consistiram em 15 mulheres e 2 homens, sendo 10 mães, quatro esposas, uma irmã, um pai e um filho. Estes dados corroboram com Gonçalves e Sena que identificam claramente o papel da mulher como cuidadora da família, principalmente o cuidado não institucionalizado é uma prática milenar feminina⁷⁹.

A população se encontrava nas seguintes faixas etárias: um entre 18 a 25 anos, 6 entrevistados com idade de 35 a 45 anos, 5 entre 45 a 55 anos, 4 entre 55 a 65 anos e um com mais de 65 anos.

Quanto à raça, 11 se declararam de raça branca, 4 de raça negra e 2 entrevistados não especificaram suas raças. Quando questionados sobre a escolaridade: 6 apresentavam o 1º grau incompleto, 2, o 1º grau completo, 4, o 2º grau incompleto e 5, o 2º grau completo.

A renda familiar de 13 entrevistados era de 1 a 3 salários mínimos, 2, de 4 a 7 salários mínimos e 2, com renda de 8 a 10 salários mínimos. 12 entrevistados residiam em casa própria e 5, em domicílio alugado. 13 desenvolviam atividades profissionais remuneradas e 4 não desenvolviam nenhuma atividade remunerada. Do grupo em estudo, 10 não relataram outros casos do uso de álcool e drogas em outros integrantes da família e 7 relataram outros casos de uso de álcool e drogas na família. 13 entrevistados já fizeram uso de álcool. Quando foram questionados sobre o relacionamento familiar, sete disseram que era “bom”, seis que era “regular”, três que era “ótimo” e um que era “ruim”. Todos relataram ter uma crença religiosa, sendo predominante a católicas com 14 entrevistados, conforme a Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos dados sociodemográficos dos entrevistados. Poços de Caldas (MG), 2012

Variáveis	N = 17	(n=17) (continua)	
		Frequência	
Sexo	Mulheres	15	88,2%
	Homens	2	11,8%
Status familiar	Mãe	10	58,8%
	Esposa	4	23,5%
	Irmã	1	5,9%
	Filho	1	5,9%
	Pai	1	5,9%
Religião	Católica	14	82,4%

Tabela 1 – Distribuição dos dados sociodemográficos dos entrevistados. Poços de Caldas (MG), 2012

Variáveis	N = 17	(n=17) (conclusão)	
		Frequência	
Faixa etária (anos)	18-25	1	5,9%
	35-45	6	35,3%
	45-55	5	29,4%
	55-65	4	23,5%
	> 65	1	5,9%
Raça	Branca	11	64,7%
	Negra	4	23,5%
	Sem especificação	2	11,8%
Escolaridade	1º grau incompleto	6	35,3%
	1º grau completo	2	11,8%
	2º grau incompleto	4	23,5%
	2º grau completo	5	29,4%
Renda familiar (salários mínimos)	1-3	13	76,4%
	4-7	2	11,8%
	8-10	2	11,8%
Condição de moradia	Própria	12	70,6
	Alugada	5	29,4%
Atividade laborativa	Exercem	13	76,4%
	Não exercem	4	23,6%
Antecedentes familiares (uso de álcool e/ou outras drogas por outros membros familiares)	Sim	7	41,2%
	Não	10	58,8%
	O próprio entrevistado fez uso	13	76,4%
Relacionamento familiar (referência pessoal)	Bom	7	41,2%
	Regular	6	35,3%
	Ótimo	3	17,7%
	Ruim	1	5,8%

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Dos usuários de álcool e/ou outras drogas, a amostra continha 13 homens e 4 mulheres, que se encontravam nas seguintes faixas etárias: oito de 18 a 25 anos, cinco de 25 a 35 anos, três entre 35 a 45 anos e um de 55 a 65 anos. Nove faziam uso somente de álcool, cinco faziam uso de álcool e maconha e três faziam uso de álcool e crack. 12 indivíduos não desenvolviam atividade profissional remunerada, dependendo da renda de outros familiares, e

cinco desenvolviam alguma atividade profissional. 10 estavam no primeiro tratamento e sete apresentavam histórico de tratamentos anteriores, conforme a Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos dados sociodemográficos dos usuários de álcool e/ou outras drogas, parentes dos entrevistados. Poços de Caldas (MG), 2012

(n=17)			
Variáveis	N=17	Frequência	
Sexo	Mulheres	4	23,5%
	Homens	13	76,5%
Faixa etária (anos)	18-25	8	47%
	25-35	5	29%
	35-45	3	17,6%
	55-65	1	6,4%
Substância utilizada	Álcool somente	9	53,4
	Álcool e maconha	5	29%
	Álcool e crack	3	17,6
Atividade laborativa	Sim	5	29,4%
	Não	12	70,6%
Tratamento anterior	Sim	7	41,2%
	Não	10	58,8%

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

4.4 Coleta de Dados

4.4.1 Procedimentos éticos

A pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde através do secretário municipal de saúde e, após analisada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Guarulhos, foi aprovada com o parecer nº 89/11 conforme carta em anexo.

Foram seguidos todos os pressupostos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde nos aspectos voltados à pesquisa com seres humanos.

Em observância a um dos itens desta Resolução, foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice A), em linguagem clara, acessível aos sujeitos da pesquisa; o TCLE incluiu as informações sobre os objetivos e finalidades do estudo, a garantia do anonimato, o sigilo e confidencialidade dos dados, a gravação das entrevistas, a existência de riscos mínimos para os participantes, os benefícios esperados, a liberdade de participar ou não, bem como a possibilidade de recusar-se a participar a qualquer momento, sem que ocorresse nenhum prejuízo; informou ainda do não pagamento pela participação, a concordância na divulgação dos resultados da pesquisa em eventos científicos e publicação em revistas científicas.

4.4.2 Procedimentos para coleta

Inicialmente verificou-se com a secretaria municipal da cidade, onde a pesquisa foi realizada, quais eram os serviços oferecidos à população e qual a referência para familiares de pacientes que fazem uso de substâncias psicoativas. Constatou-se que o serviço que contemplava um atendimento diferenciado a familiares era o Ambulatório de Saúde Mental do município, onde funciona o Programa de Álcool e Drogas, e que inclusive, o local está em processo de transição para um CAPSad, pois o município já conta com um CAPS.

Após cumpridas todas as exigências éticas e legais, a pesquisadora compareceu ao local da pesquisa e aproveitou os espaços e os momentos antes e após os grupos para conversar com os familiares sobre a pesquisa. Solicitou, então, a participação deles, informando-os sobre a importância e a finalidade de gravar a fala do entrevistado sobre a questão aberta do instrumento, com os que concordaram com a proposta agendou horários para as entrevistas. No dia marcado, explicou, agora individual e detalhadamente, como se processaria a pesquisa, reforçou a necessidade e a finalidade da gravação, solicitando a assinatura no TCLE (Apêndice A) iniciando então a coleta de dados.

4.4.3 Instrumento de Coleta de Dados

Foi aplicado pela pesquisadora um formulário com questões fechadas relacionadas ao respondente, ao usuário de substâncias psicoativas e ao núcleo familiar (Apêndice B), que julgamos pertinentes para a compreensão do contexto de convivência do grupo familiar, e uma questão aberta, a norteadora e central deste trabalho. Após o preenchimento do formulário, foi perguntado ao familiar como era conviver com o ente que fazia uso de álcool e/ou outras drogas. A partir deste momento a entrevista foi gravada com autorização do respondente.

Numa etapa anterior à coleta de dados, o instrumento foi pré-testado com duas pessoas que convivem com pais alcoolistas, mas que não fazem parte do grupo de famílias do Ambulatório de Saúde Mental. Elas responderam o formulário e a questão aberta e avaliaram que o formulário estava fácil de ser compreendido.

5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados de caracterização do respondente, do usuário de substância psicoativa e do núcleo familiar foram alvo de análise quantitativa e fazem parte do cenário onde convivem familiar e dependente.

Para análise dos dados obtidos da questão aberta, utilizamos a análise temática de Minayo que está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada por meio de uma frase, uma palavra, um resumo. Envolve a descoberta dos núcleos de sentido que compõem uma ligação, cuja presença ou frequência seja significativa para atender aos objetivos do estudo⁷⁸.

A análise temática proposta por Minayo divide-se em três etapas:

- **Pré-análise:** é subdividida em três momentos que devem ser seguidos para análise dos dados obtidos por meio da entrevista. São eles: leitura flutuante que é o contato exaustivo com o material, quando o pesquisador deixa-se impregnar pelo seu conteúdo; num segundo momento, o pesquisador inicia a organização do material e o terceiro momento é descrito como formulação de hipóteses e objetivos. Apesar de controverso, este último momento é necessário, pois a realidade não é evidente.

- **Exploração do material:** compreende a transcrição literal dos discursos que foram coletados pela entrevista semiestruturada gravada em áudio previamente descrita; as unidades de registro que representam os elementos da comunicação extraídos do contexto que respondem às questões norteadoras; a inferência que é a compreensão do autor em relação às similaridades encontradas nas unidades e, finalmente, as categorias que representam a fase final e abrangente do processo de reunião das informações.

- **Tratamento dos resultados obtidos e interpretação:** Nesta etapa, ao pesquisador é permitido colocar em relevo as informações obtidas, ou seja, propor as inferências e realizar as interpretações sugeridas pela leitura do material. A análise das categorias que emergiram dos discursos ocorreu à luz do referencial teórico pertinente relacionado à convivência com o usuário de substâncias psicoativas descrito na introdução deste estudo.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa foi composta por 17 entrevistados, que responderam à questão “Descreva como é conviver com o familiar (usuário de álcool e/ou drogas)”.

Inicialmente realizou-se a ordenação das entrevistas transcrevendo-as das fitas cassetes, após a qual foi realizada a leitura flutuante e exaustiva do material. Assim foram organizados os discursos literais em unidades de registro e unidades de compreensão até emergirem as categorias, sempre considerando os objetivos do trabalho e o referencial teórico de acordo com os temas que afluíram das entrevistas dos familiares. Optou-se por categorias porque correspondem a uma classe, grupo ou tipo em uma série classificada que, por sua vez, é exclusiva e inclui um leque de respostas que estão relacionadas à questão norteadora da pesquisa⁸⁰. Desse modo suas respostas permitiram a construção das seguintes categorias:

- Categoria 1: Crenças em relação ao outro;
- Categoria 2: Sentimentos;
- Categoria 3: Comportamento;
- Categoria 4: Preconceito.

No quadro a seguir, exemplificamos com uma entrevista o caminhar da análise.

Quadro 5 – Descrição da Categorização realizada a partir de Entrevista. (continua)

Núcleo de Sentido	Unidade de Conteúdo	Categoria
<i>Eu acho difícil, porque o álcool, qualquer vício desmoraliza a pessoa, né?</i>	Associação com criminalidade	Preconceito
<i>E ele é um excelente pai, nunca me agrediu, nunca agrediu as crianças,</i>	Expectativa positiva em relação às ações do outro	Crença em relação ao outro
<i>Chegar bêbado, né, provocava tumulto, as crianças tinha vergonha dele, né, então, eu acho difícil a convivência, muito difícil.</i>	Vergonha e intolerância	Sentimento

Quadro 5 – Descrição da Categorização realizada a partir de Entrevista. (continuação)

Núcleo de Sentido	Unidade de Conteúdo	Categoria
<p><i>Amor, né, primeiro, o primeiro sentimento foi amor, pra gente tentar lutar junto [...]</i></p> <p><i>[...] eu olhando nele, a gente tinha decepção, porque eu sei como que ele é e o homem que ele tava se tornando.</i></p>	<p>Amor, compaixão, decepção e frustração</p>	<p>Sentimento</p>

Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

Como pudemos observar durante as entrevistas, os discursos dos familiares são acompanhados de emoções e sentimentos os mais diversos. Durante muitas entrevistas, o relato do familiar era interrompido por um longo silêncio registrado nas fitas-cassetes, quando o som da fala dava lugar às lágrimas e aos sussurros impossíveis de serem contidos racionalmente pelo entrevistado que, nesta hora, se pegava em um momento de reflexões.

Nas relações familiares, identificamos muitos fatores que aproximam seus integrantes como: sentimentos de pertencimento, cooperação solidária, autoridade, afeto⁵⁶, essa percepção pode ser constatada, pois o estudo contou com sujeitos de referência familiar para os usuários e os discursos demonstravam sentimentos conflituosos, porém, que exemplificavam a importância das relações familiares em cada caso tratado.

6.1 Categorias

6.1.1 Crenças em relação ao outro

Os discursos dos familiares são ricos em mensagens subliminares de como os parentes veem ou então gostariam de ver seus entes. Na maioria dos casos explicitam o

usuário separado da substância, como se todos os atos negativos do familiar usuário fossem consequência do uso da substância e creem que o indivíduo seria uma pessoa sem problemas se não fizesse uso de álcool e/ou de drogas. Acreditam que o único problema é a substância e como não sabem ao certo quando o familiar fará uso, podem viver em constante estado de alerta.

Abaixo seguem relatos elucidando como os familiares acreditam que os atos negativos praticados pelo usuário de substâncias psicoativas sejam consequência do seu uso:

E6 “...Ele não fazendo uso ele é uma pessoa boa, porque ele fez o uso, é, aí então fica complicado porque você não sabe qual vai ser a reação... Dele né? Mas ele não é uma pessoa má...”

E11 “... eu olhada nele a gente tinha decepção, porque eu sei como que ele é e o homem que ele tava se tornando.”

Podemos verificar que as características do usuário que desagradavam o familiar entrevistado estavam sempre relacionadas ao uso de substância psicoativa. É como se o familiar sempre esperasse que o usuário deixasse de usá-la, pois, assim, manteria uma postura considerada “boa” para este núcleo familiar, isso é encontrado na literatura como uma maneira de os integrantes se relacionarem; a esperança de ver o outro agindo da forma que idealizam como positiva para todos⁶⁴.

As famílias desenvolvem relações consolidadas no “gênero, geração, conjugalidade, sentimentos de pertencimento, idéias de coresidência, cooperação solidária, autoridade, afeto e subjetividade”⁵⁶, por meio das quais possamos compreender a expectativa e o olhar subjetivo dos discursos encontrados. Existe sempre a presença marcante de que o integrante é uma pessoa boa e que, sem a substância, as características positivas de seu caráter serão constantes.

Em alguns momentos, o familiar aparenta propriedade sobre o pensamento de seu ente, demonstrando uma possível ausência de diálogo entre essas pessoas e uma lacuna quando pensa e crê no que lhe é conveniente, pois sua linha de raciocínio segue a direção daquilo que supõe que o outro fará.

Os pontos levantados acima se tornam perceptíveis na fala abaixo:

E3 “Ela pensa assim. Que eu acho que ela acha que eu sou obrigada, que porque eu quero que ela sara, então eu sou obrigada a, assim, aguenta tudo que ela faz e que quer fazê [...]”.

Quando diz ‘*ela pensa assim*’ – fica evidente que o familiar crê que domina aquilo que o outro pensa (como se fosse capaz de prever a ação do outro). Continua dizendo ‘*que eu acho que ela acha que eu sou obrigada*’ – Por que seria obrigada? O autor da fala sente uma obrigação em relação ao familiar usuário de substâncias psicoativas, talvez por medo de não cumprir seu papel social, por causa de uma possível sensação de descumprimento com sua percepção pessoal daquilo que deveria fazer (pois se sente obrigada a isso). Logo após afirma ‘*que porque eu quero que ela sara*’, indicando uma percepção de que a outra tem uma doença e, a partir daí, imagina aquilo que ela deveria fazer, mas não faz (da maneira como o autor da fala gostaria que ela fizesse – tentativa de apropriação das ações do outro). Finaliza informando ‘*então eu sou obrigada a, assim, aguenta tudo que ela faz e que quer fazê*’ mas ninguém é obrigado a aguentar o que o outro faz ou quer fazer, ou seja, aqui se evidencia possível aceitação do papel social enquanto familiar de referência para o usuário de substância psicoativa, por identificá-lo como alguém que necessita de assistência e cuidado, e por crer ser obrigação da família cuidar.

Nesta categoria ficam evidentes questões relacionadas àquilo que o familiar acredita que o outro pensa e àquilo que o outro fará e revelam seus conflitos internos quanto à necessidade de dominar e prever o que acontecerá, bem como a de concretizar reações baseadas numa interpretação do que o outro quis dizer em suas recaídas e momentos de crise, quando, na verdade, ele nem mesmo teria praticado ação alguma, ou seja, o familiar responde a uma ação que não foi gerada na realidade, mas sim idealizada com base em suas crenças.

6.1.2 Sentimentos

Ainda que o conjunto de familiares entrevistados fizesse parte de um grupo assistido por profissionais, percebeu-se, ao longo das entrevistas, que os participantes apresentavam necessidade de aproveitar o momento para um breve, ou até mesmo prolongado, desabafo. Muitos discursos foram difíceis, interrompidos diversas vezes pelo choro e pelo silêncio do entrevistado, que reviveram momentos dolorosos, expectativas

frustradas, desesperança e assim exteriorizaram os mais diversificados sentimentos por eles vivenciados.

Abaixo apresentamos um discurso exemplificando os variados sentimentos experimentados por uma mãe que acompanha a trajetória de seu filho. Para ela a questão da responsabilidade parece estar associada implicitamente a um sentimento de pesar, angústia e também de amor, pois socialmente ‘quem ama cuida’.

E1”... eu já tive todo tipo de sentimento... Bom... Ruim, de culpa, de responsabilidade...”

Também, podemos observar que os familiares apresentam uma diversidade de sentimentos. Muitas vezes eles se veem confusos diante do bombardeio de sentimentos que os envolve nesse contato íntimo e rotineiro com os usuários de substâncias psicoativas, conforme os exemplos a seguir:

E4 “...meus sentimentos agora têm dia que é de, assim, de... De dó, sabe, de pena dele, de, ai... Sabe, tem dia que eu to com muita pena, tem dia que eu fico com raiva.”

E17 “Alegre, né, mas só quando ela tá de boa, que ela não faz uso de nada, agora quando faz, aí eu já fico triste”.

Apesar dos conflitos internos em relação aos sentimentos experimentados pelos familiares, o amor aparece várias vezes nas falas dos entrevistados:

E6 “...o que eu posso tá te dizendo que o amor que eu tenho por ele é... incondicional.”

E11 “Amor, né, primeiro, o primeiro sentimento foi amor, pra gente tentar lutar junto ...”

Na literatura encontramos estudos que retratam exatamente as dificuldades sentimentais dos familiares. Um estudo que buscou compreender as famílias de alcoolistas identificou nas esposas sentimentos negativos como ansiedade, medo, falta de motivação,

muitos questionamentos e sofrimentos. O estudo mostrou ainda que a consequência de tudo isso é a falta de habilidade para trabalhar a situação, prevalecendo aí a obrigação de cuidar de seu ente⁶⁷.

A obrigação na questão do cuidado também é muito presente nos relatos das mães entrevistadas e está associada ao sentimento maternal. Abaixo segue uma fala que revela essa condição:

E6 “...eu quero, como qualquer outra mãe quer, qualquer outro familiar quer, a recuperação dele. Tá? Então pra mim eu não meço esforços, de jeito nenhum! Deus tá ajudando.”

Nesse mesmo trabalho aparecem muitas vezes questionamentos por parte das mulheres, como: dúvidas sobre si mesmas ou a autoacusação, se o problema surgiu por sua culpa, se falhou como esposa. Inicia-se então um processo de autodesvalorização e esgotamento⁶⁷ que acaba por reafirmar a culpa ao invés de saná-la. Apesar disso, as falas revelam que o sentimento de culpa foi ficando cada vez mais longe do momento atual, o que sugere maior enfrentamento da questão pelos entrevistados, conforme mostrado abaixo:

E4 “...eu tinha muito sentimento de culpa, eu queria saber onde tinha errado...”

De acordo com Edwards (1999), a esposa, ao se deparar com o alcoolismo em sua família, vê a sua vida “desabar” e mergulhar em intensos sofrimentos⁸¹. Podemos confrontar esta informação da literatura com o seguinte discurso de uma esposa que tinha sonhos e idealizações sobre como seria sua vida de casada. No entanto todos foram frustrados frente à experiência de seu marido com as substâncias psicoativas.

E2 “...É difícil, porque... você sonha em levar uma vida normal, né? Aí quando vê a pessoa bebe, você não tem mais aquela pessoa do teu lado ali, pra tudo o que você precisa...”

Já no discurso de uma mãe referindo-se ao uso abusivo de substâncias psicoativas por seu filho, verificam-se tristeza e frustração relacionadas ao modo de vida que imaginou para ele:

E8 “Ah, a gente sente tristeza uai! A gente num qué isso pro filho, a gente quer que ele trabalhe, que ele tenha uma vida normal, né?”

Pena e Gonçalves⁸² dão informações que vão ao encontro do que foi detectado durante a execução das entrevistas: os familiares vivenciam e experimentam diversos sentimentos como, por exemplo, medo, raiva, culpa, amor, todos decorrentes da ansiedade de não saber qual será a atitude do usuário, o que está por vir quando ele estiver na presença dos outros membros da família, visto que o comportamento imprevisível desencadeia sensações as mais diversificadas possíveis naqueles que convivem com um usuário de substâncias psicoativas.

Observa-se que as consequências do uso de substâncias psicoativas vão muito além dos limites individuais de quem faz o uso e promovem repercussões negativas na estrutura familiar. Tornam-se uma fonte estressora que pode provocar esgotamento físico e psíquico nesses membros⁸³. A família muitas vezes se desestrutura em decorrência da situação e também da idealização pessoal sobre a situação, o que gera sentimento de frustração. Observe-se os relatos citados abaixo:

E9 “Ela pega todo mundo desprevenido, mexe com a parte emocional de todo mundo, é, deixa a gente com receio, com medo, com raiva, é...”

E16 “... a gente não tá acostumado com essa situação, então a gente fica mais triste ainda, só que eu tento, ah, manter, tento ajudar ela...”

A pesquisa foi composta por um grupo predominante feminino e, quando analisamos esta questão na luz da literatura, encontramos no trabalho de Rocha-Coutinho⁸⁴ a constatação de que a mulher historicamente é considerada a principal responsável pelo fatos ocorridos no desenvolvimento da família. Neste sentido, contemplando aspectos positivos ou negativos, ela acaba por receber os méritos ou as culpas de acordo com o sucesso ou o fracasso em seu lar, pois o futuro das famílias e do desenvolvimento dos indivíduos na sociedade dependia de a mulher exercer sua função de educadora e cuidadora.

6.1.3 Comportamento

Percebem-se as modificações adaptativas dos indivíduos frente à convivência com um familiar usuário de substâncias psicoativas. Muitas vezes essas mudanças se fazem necessárias e ajudam no enfrentamento, outras vezes essas mudanças são repostas passivas dos familiares frente ao desafio e, por consequência, não contribuem com nenhuma das partes de forma positiva. Na literatura, encontramos estudos que contemplam essa análise. Um trabalho que buscou analisar a família do alcoolista afirmou que, geralmente, as famílias apresentam padrões desajustados de comportamento, manifestações agressivas e inúmeras dificuldades para obter sucesso e soluções efetivas frente aos conflitos do dia a dia, potencializando, assim, os níveis de tensão e problemáticas entre os membros. Como consequência ainda, ocorre uma comunicação prejudicada entre esses membros com falas hostis e negativas⁸³.

E9 “É uma convivência que a gente não tá preparado pra isso, é... Ela tira, mexe com a base da família, que a estrutura, é, não tá preparada para receber, é um, um tipo de situação dessa.”

E13 “É horrível, sabe, tem hora que você se isola...”

De acordo com o que podemos encontrar na literatura, um grupo caracterizado como família interage constantemente e assim estão passivos a desentendimento devido a singularidade de cada um⁶⁴.

Nos discursos retratados a seguir, podemos observar como os familiares entrevistados durante a pesquisa estão envolvidos e muitas vezes limitados à dificuldade do outro. Acabam por se moldar às ações do outro, acreditando que, ao controlar seus impulsos e seus sentimentos, estariam contribuindo para ajudar o familiar que faz uso de substâncias psicoativas a modificar seu comportamento.

E4 “...eu seguro um pouco... O meu stress, o meu nervoso, porque eu sei que é uma coisa difícil que ele tá passando.” “...eu sei que o apoio dele sou eu, então eu tento me controlar o máximo possível pra deixar ele mais tranquilo.”

Através do próximo exemplo de discurso podemos refletir sobre um assunto também muito tratado na literatura, a codependência, extraída do conceito popular, com suas origens no movimento do AA/12 passos. Esse conceito retrata a maneira como o familiar entende o envolvimento com um usuário de substâncias psicoativas, mais especificamente o álcool. Assim, o familiar que vive próximo ao usuário age conforme as necessidades do outro, gerando uma dependência excessiva do usuário quando tratamos de aceitação, aprovação e autoestima⁸¹.

E4 “...Tem dia que ele tá muito bem, eu to bem também.”

E1 “Assustou ele quando falei pra ele que eu queria uma pedra também.”

Observa-se na fala anterior o desespero da mãe que apresenta uma atitude apelativa tentando buscar mudança na atitude do filho. Ela tenta sensibilizá-lo propondo igualar sua reação com a dele. O discurso abaixo evidencia a alteração de comportamento da entrevistada em função do familiar, exemplificando mais uma vez a codependência.

E7 “[...] eu to totalmente codependente dele. Eu vivo na janela de um lado e outro esperando o carro chega [...].”

Encontramos famílias que, por serem também caracterizadas como um grupo de pessoas interagindo constantemente, estão passivas a desentendimentos entre seus membros devido às particularidades de cada indivíduo⁶⁴. Quando compostas por indivíduos portadores de sofrimento mental, experimentam situações que alteram sua rotina, o que pode dificultar ainda mais sua convivência⁶⁵.

Toda a reorientação na forma de interagir pode ser representada, ao mesmo tempo, como uma desorganização, pois, uma vez que sua rotina foi alterada, o amanhã se torna incerto e a família poderá relacionar a incerteza do prognóstico do sujeito em sofrimento mental com a impossibilidade de reprogramar-se de acordo alguma outra rotina⁶⁵.

Em uma busca incessante do acerto diante do problema, o familiar se desdobra nas situações mais diversificadas e em cada momento ele se apoia e busca ajuda em uma instância. Muda suas atitudes sempre na tentativa de não perder a esperança de um futuro diferente.

E1 “Tem dia que eu não aguento! O que me, o que me dá bastante força assim é que eu sou evangélica e eu busco a força na igreja”.

E12 “... pra não perder o meu filho eu vou fazer de tudo que eu puder pra, né, ajudar bem ele, que vai ser difícil, porque ele é muito, assim, muito sensível e ele vai muito pela cabeça dos outros ...”

E15 “... às vezes, também, a gente erra no relacionamento, né. E o grupo ensina, né.”

O desenvolvimento de algum transtorno mental em um membro familiar representa um fator estressante tanto para a família, quanto ao indivíduo considerado doente, dando início a um processo social complexo. Ainda que este processo se desenvolva a partir de mudanças no comportamento do indivíduo com sofrimento mental, edifica-se também em razão das mudanças nos hábitos da família que, percebendo o comportamento diferente por um de seus membros, reorienta sua forma de agir/interagir com ele⁶⁵.

6.1.4 Preconceito

Ainda que estes familiares sejam pessoas que têm buscado compreender o uso de substâncias nas suas mais distintas interfaces, observa-se que os discursos são carregados de representações sociais e culturais frente à problemática. São ainda relacionados ao fracasso no contexto familiar e, em alguns casos, existe a preocupação de se tratar do caso o mais restrito possível ao âmbito familiar.

O preconceito quanto ao doente mental e ao usuário de substâncias psicoativas está arraigado na sociedade e, como consequência, não só se limita ao doente, mas também se estende aos familiares responsáveis pelo cuidado ou auxílio desse doente, causando, assim, sofrimento em todo o núcleo familiar⁸⁵. Podemos identificar nos discursos abaixo apresentados a preocupação de uma mãe para que a questão fique somente entre os familiares moradores do mesmo domicílio e para que o problema não seja exteriorizado para outros familiares com os quais não convive diariamente. Ela ainda coloca o problema como uma preocupação somente quanto ao filho, porém, de acordo com estudos realizados sobre o

assunto, esta preocupação se estende a ela mesma e aos outros integrantes deste núcleo familiar. Nos discursos seguintes, as entrevistadas deixam explícito, de acordo com o ponto de vista delas, que a convivência com os familiares é difícil porque existe um preconceito social sobre os usuários.

E10 “Por mais que a gente explique e coloque pra ele que tudo que a gente tá fazendo, a gente tá fazendo pra ajudar, não pra prejudicar, que a gente não contou pra ninguém da família não por uma questão de vergonha, de coisa assim; pra proteger ele de ficar mal visto, entendeu?”

E11 “Eu acho difícil (a convivência), porque o álcool, qualquer vício desmoraliza a pessoa, né?”

E1 “A família, lidar com essa situação não é fácil, porque num primeiro momento a gente acha que é vagabundice mesmo.”

Nos discursos nos deparamos com crenças sobre o que é ser um cidadão, de que só poderá ser considerado um cidadão se não fizer uso de substâncias psicoativas, quando, na verdade configura-se um problema de saúde pública. Conforme os preceitos da Reforma Psiquiátrica, ser cidadão consiste justamente em ter voz ativa no meio social por meio do exercício autônomo de ações junto à comunidade onde vive³⁴. Na próxima fala, nota-se a percepção de que o sujeito perderia seus direitos pelo exercício de suas ações por causa da dependência de substâncias psicoativas.

E9 “[...] a gente sempre esperou que, é, de entregar para a sociedade um cidadão, né? E eu acho que quem, é, faz uso desse tipo de produto, num tem muita chance de se tornar um cidadão para a sociedade.”

Ao dizer “E eu acho que quem, é, faz uso desse tipo de produto, num tem muita chance de se tornar um cidadão para a sociedade”, o entrevistado expõe também um estigma em relação ao outro em função da dependência química, como se o fato de ser usuário de substância psicoativa eliminasse todas as possibilidades de que, algum dia, esse sujeito

participasse da sociedade por meio de um exercício pleno da cidadania, considerando sua liberdade para agir e pensar livremente, desde que não afete a vida de outras pessoas.

Na literatura quando buscamos trabalhos sobre assistência a familiares, principalmente que trata de trabalhos em grupos, observamos a importância desses espaços para fortalecer os familiares no aspecto de como lidar com a problemática em sua complexidade. Na abordagem da questão cultural do uso de substâncias psicoativas, os grupos se tornam elementos importantes no aprendizado, orientação, troca de experiências e fortalecimento de todos os que compõem este cenário. Como resultado deste ambiente, verificam-se melhoras no relacionamento e estigma dos familiares frente aos pacientes, bem como atitudes mais positivas e menor dificuldade em lidar com a problemática³⁵.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo procurou identificar o significado e os sentimentos resultantes da vivência de familiares quanto à questão de conviver com usuários de substâncias psicoativas. Observou-se, através da pesquisa, que os familiares buscam no serviço de saúde ajuda para lidar com o problema vivenciado. Em decorrência de novas políticas de atenção em saúde mental, ocorreu uma mudança no padrão de prestação de assistência de saúde, a qual insere a família como contexto a ser assistido e revela que ela constitui ferramenta primordial na prática de controle social das políticas implementadas.

Assim, é consenso de que a participação da família é um grande determinante para o sucesso do tratamento do usuário. É de fundamental importância engajar a família no tratamento ao usuário de substâncias psicoativas, por ela exercer um papel importante ao incentivar e encorajar o usuário. Desse modo, a nova política de saúde mental considera os integrantes de uma família como núcleo estratégico para implementação de medidas de reinserção social e reabilitação dos indivíduos. É importante, porém, ressaltar uma outra frente que é a necessidade desses entes também receberem acompanhamento, uma vez que sofrem influência no convívio com o usuário e muitas vezes, se desestruturam e têm dificuldades em se organizar, podendo até adoecer em consequência do estresse vivido.

Durante a realização desta pesquisa, evidenciou-se que o convívio com usuários de substâncias psicoativas gera inúmeros conflitos, estresse, mudança no padrão de conduta dos envolvidos por falta de conhecimento em como lidar com o problema. Os entrevistados apresentaram em seus discursos a variedade de sentimentos que experimentam frente à situação. Existem questões práticas que estes familiares precisam conviver como: busca por ajuda, mudança de rotina e comportamento familiar. Também deparamos com questões subjetivas como o desejo implícito ou explícito de como gostariam que seu familiar agisse, uma espécie de idealização do indivíduo sem o uso da substância.

Diante dos conflitos, os familiares se veem em uma mistura de obrigação e culpa em vista do que entende como seu papel social e cultural. Na falta de habilidade para enfrentar a questão, prevalece a obrigação pelo outro, apresentando um conflito muitas vezes entre o seu desejo de não se envolver e o seu papel social como familiar. Porém, apesar da dificuldade com a questão, durante as entrevistas, as falas revelaram que o sentimento de culpa foi ficando cada vez mais longe do momento atual, o que sugere um maior

enfrentamento da questão pelos entrevistados, um resultado positivo, consequência do acompanhamento profissional que eles receberam.

Embora tenhamos identificado resultados positivos, quando aprofundamos na prática do serviço prestado, nos deparamos com serviços ainda não estruturados para serem referência a estes familiares, os serviços ainda não correspondem ao necessário. Observamos um número insuficiente de profissionais e horário de atendimento inadequado à disponibilidade da população. Em especial no município estudado, não encontramos registro de dados sobre a população envolvida com álcool e drogas nem avaliação e acompanhamento das ações prestadas. Como consequência desta situação observamos, na pesquisa, que muitos familiares em uma busca incessante de solução do problema se desdobra em procurar ajuda nas mais distintas (instâncias) organizações sociais (saúde, religiosa), a fim de obter respostas prontas às questões levantadas como: a maneira de agir com o usuário, a mudanças de comportamentos, a influência do problema na rotina familiar. Ainda existe pouco vínculo entre o familiar e os serviços de saúde, de acordo com o que constatamos.

Na realidade, as ações de saúde desenvolvidas no serviço e que colocam como centro de suas intervenções o núcleo familiar são poucas. Muitas vezes, o foco do cuidado é o indivíduo considerado doente e a atuação do grupo familiar é considerada uma instância menos importante no tratamento, motivo pelo qual as ações podem ser ineficazes se considerarmos que o processo de adoecimento gera tanto sofrimento, quanto revela uma condição social em que a família é o centro dos acontecimentos e onde se origina grande parte das possibilidades estratégicas para se contornar a situação.

Durante a pesquisa, os familiares aproveitaram o momento da entrevista como espaço para um desabafo e evidenciaram a importância pessoal da participação no grupo de famílias, valorizando a oportunidade e reforçando a necessidade de se investir neste tipo de assistência. Quando buscamos informações sobre assistência a familiares, principalmente quanto ao trabalho desenvolvido em grupos, observou-se a importância desses espaços para fortalecer os familiares no aspecto de como lidar com a problemática em sua complexidade. Ao se tratar da questão cultural do uso de substâncias psicoativas, os grupos se tornam elementos importantes quanto ao aprendizado, orientação, troca de experiências e fortalecimento. Como resultados destes encontros, verificaram-se melhoras no relacionamento e no estigma dos familiares para com os pacientes. Estes familiares vão sendo capacitados para enfrentar as situações e, como resultado, apresentam atitudes mais positivas e menor dificuldade para lidar com a problemática. Ficou evidenciada esta condição mais satisfatória em muitos discursos em que o familiar ficava a refletir e concluía que, depois de sua

participação no grupo, estava sabendo relacionar-se melhor com o usuário de substâncias psicoativas.

Em suma, a pesquisa serviu como uma confirmação de que o sofrimento, em consequência do uso de álcool e drogas, não se restringe ao usuário, mas atinge também os familiares. Há, portanto, necessidade de efetivamente amparar estes indivíduos e, assim, concretizar o que a Reforma Psiquiátrica propõe para atender o doente e sua família.

Os serviços de saúde precisam estar atentos à necessidade deste grupo específico de familiares, buscar soluções e orientá-lo para saber conviver com os diferentes sentimentos que afloram na convivência com o membro dependente de álcool e/ou outras drogas. Os profissionais devem conhecer claramente as questões envolvidas com a dependência, bem como as formas de receber e agir diante das situações controversas e condutas que favorecem/desfavorecem o vício para, assim, poder ajudar no enfrentamento da situação pelo grupo familiar e na diminuição do impacto que este grupo sofre com a existência de um membro usuário de substâncias psicoativas.

A efetividade de práticas assistenciais aos familiares poderá propiciar-lhes crescimento, amadurecimento como resultado de ações que contemplem suas necessidades, favorecendo a oportunidade de lidar com o problema de maneira mais tranquila, concreta e resolutiva.

Espera-se que o presente estudo contribua para ampliar a atuação dos profissionais de saúde; sirva de instrumento para ações como intervenções educativas e terapêuticas, assim como instrumento para reflexões acerca de como trabalhar com essas famílias de acordo com o perfil e a condição em que convivem com o usuário. É preciso conhecer as famílias que sofreram pouca influência e conseguiram se organizar, não deixando que o membro usuário de substâncias modificasse toda a rotina de sua vida ou se as famílias “adoeceram” e estão vivendo dependentes do usuário.

Os profissionais de saúde precisam aprimorar conhecimentos na área não só tendo como objetivo de seus serviços o atendimento ao usuário, mas também apresentando-se como referência para os familiares, atuando no ambiente familiar no sentido de amenizar o sofrimento da família e o sofrimento do próprio usuário. Esta ajuda oferecida pela equipe de saúde poderia ocorrer por meio de visitas domiciliares, atendimento individual e familiar, assim como de reuniões de grupos na própria comunidade assistida.

Com a prática de ações de mapeamento populacional em relação ao uso de substâncias psicoativas, assim como em relação à identificação do perfil sócio-demográfico desta população, dos possíveis fatores a afetar seu convívio familiar e às razões que levam os

usuários de substâncias psicoativas identificados ao uso nocivo de tais substâncias é possível planejar ações baseadas em evidências, uma vez que não existem fórmulas prontas para uma assistência de qualidade, mas sim meios de formular estas ações de acordo com o contexto em que os serviços de saúde mental estão implantados.

Nota-se que tudo o que envolve o uso problemático do álcool e outras drogas e, principalmente, que as novas práticas assistências ainda encontram-se muito tímidas considerando a complexidade da questão, cada profissional de saúde pode e deve fazer sua parte, entendendo que os resultados serão fruto de um esforço conjunto na busca pela melhoria da qualidade de vida da população. É necessário provocar mudanças e é necessário que sejam feitos investimentos em apoio, também, às famílias dos usuários de substâncias psicoativas.

REFERÊNCIAS

-
- ¹ Chagas FGL, Ventura CAA. Cooperação internacional em prevenção do uso abusivo de drogas no Brasil. SMAD, Rev eletrônica saúde mental alcool drog [periódico na internet]. 2010 [acesso em 10 de abr. de 2011]; 6(1): 1-20. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/803/80313414005.pdf>.
- ² Holder HD. Alcohol use and a safe environment. Addiction [periódico da internet]. 2002 Maio [acesso em 12 de abr. de 2011]; 92(3 suppl 1): 117-20. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1360-0443.92.3s1.3.x/abstract>.
- ³ Ministério da Saúde, Brasil. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. 1ª ed. Brasília: Master Publicidade; 2004.
- ⁴ Organização Mundial da Saúde. Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas, resumo. [acesso em 15 de ago. de 2011]. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2004. 40 p. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_P.pdf.
- ⁵ Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST/Aids. Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. 60 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf.
- ⁶ Pillon SC, Luís MAV. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática de enfermagem. Rev latinoam enferm [periódico na internet]. 2004 Jul.-Ago. [acesso em 12 de abr. 2011], 12(4): 676-82. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n4/v12n4a14.pdf>.
- ⁷ Brasil, Secretaria Nacional Antidrogas. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: Páginas & Letras; 2006.
- ⁸ Pratta EMM, Santos MA. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. Psicol teor pesquis [periódico da internet]. 2009 Abr.-Jun. [acesso em 26 de abr. de 2011], 25(2): 203-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a08v25n2.pdf>
- ⁹ Associação Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-IV. 4ª ed. Batista D, tradutor. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

¹⁰ Toscano A, Jr. Um breve histórico sobre o uso de drogas. In: Seibel S, Toscano A, Jr, editores. Dependência de drogas. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 7-23.

¹¹ Macrae, E. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In: Seibel S, Toscano A, Jr, editores. Dependência de drogas. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 25-34.

¹² Szupszynski KPDR, Oliveira MS. O modelo transteórico no tratamento da dependência química. *Psicol teor pesqui* [periódico da internet]. 2008 Jun. [acesso em 22 de maio de 2011]; 10(1): 162-73. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1938/193818625012.pdf>

¹³ Carlini EA, Galduroz JC, Noto AR, Nappo SA. I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país. [acesso em 9 de maio de 2011]. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID; 2002. Disponível em: http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/levantamento_brasil/parte_1.pdf.

¹⁴ National Center on Addiction and Substance Abuse. Teen Tiplers: America's underage drinking epidemic. [acesso em 12 de set. 2011]. New York: Columbia University; 2003. 143p. Disponível em: <http://www.casacolumbia.org/articlefiles/379-Teen%20Tiplers.pdf>.

¹⁵ Heim J, Andrade AG. Efeitos do uso do álcool e das drogas ilícitas no comportamento de adolescentes de risco: uma revisão das publicações científicas entre 1997 e 2007. *Rev psiquiatr clín* [periódico da internet]. 2008 [acesso em 13 de set. de 2011]; 35(suppl. 1): 61-4. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35s1/a13v35s1.pdf>.

¹⁶ Carlini EA. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. *Arq méd ABC* [periódico da internet]. 2006 Jul.-Ago. [acesso em 4 de set. de 2011]; 31(suppl. 2): 4-7. Disponível em: http://www.fmabc.br/admin/files/revistas/31amabc_supl2_04.pdf.

¹⁷ Martins ER, Corrêa AK. Lidar com substâncias psicoativas: o significado para o trabalhador de enfermagem. *Rev latinoam enferm* [periódico na internet]. 2004 Mar.-Abr. [acesso em 10 de set. de 2011]; 12(n. esp.): 398-405. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12nspe/v12nspea15.pdf>.

¹⁸ Heather N. Addictive disorders are essentially motivational problems. National Drug & Alcohol Research Centre: University of New South Wales; 2006 Jan. 24 [acesso em 3 de jun. de 2011]. 87(6): 827-30. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.1992.tb01974.x/pdf>.

¹⁹ Almeida OP, Dratcu L, Laranjeira SA. Manual de psiquiatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1996, p. 84-97.

²⁰ Edwards GO. O Tratamento do alcoolismo. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1985.

²¹ Ramos SP, Woitowitz B. Da cervejinha com os amigos à dependência de álcool: uma síntese do que sabemos sobre esse percurso. Rev bras psiquiatr [periódico da internet]. 2004 Maio [acesso em 5 de maio de 2011]; 26(suppl 1): 18-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s1/a06v26s1.pdf>.

²² Organização Mundial de Saúde, Genebra. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde - CID 10. 10ª ed. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.

²³ Jardim DF. Debate sobre o artigo de Delma Pessanha Neves. Cad. Saúde Pública [periódico da internet]. 2004 Jan.-Fev. [acesso em 5 de ago. de 2011]; 20(1): 7-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n1/04.pdf>.

²⁴ Vaillant GE. The natural history of alcoholism. Cambridge: Harvard University Press, 1983.

²⁵ Cami J, Farré M. Mechanisms of disease: drug addiction. N Engl J Med [periódico da internet]. 2003 Set. 3 [acesso em 18 de ago. de 2011]; 349(10): 975-86. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra023160>.

²⁶ Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Unifesp. Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas. [acesso em 22 de set. de 2011]. São Paulo: Cromosete Grafica e Editora; 2003. Disponível em: <http://200.144.91.102/sitenovo/conteudo.aspx?cd=644>.

²⁷ Hunt WA. Neuroscience research: How has it contributed to our understanding of alcohol abuse and alcoholism? A review. Alcohol Clin Exp Res [periódico da internet]. 1993 [acesso em 8 de jun. de 2011]; 17(5): 1055-65. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7506499>.

²⁸ Foucault, M. História da Loucura na Idade Clássica. Coelho JT, Neto, tradutor. 6ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1972.

²⁹ Silva ATMC, Barros S, Oliveira MAF. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. *Rev Esc Enferm USP* [periódico da internet]. 2002 Mar. [acesso em 22 de jan. de 2012]; 36(1): 4-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n1/v36n1a01.pdf>.

³⁰ Nicácio MFS. Utopia da Realidade: Contribuições da Desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. [Tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2003. 205 p. Doutorado em Saúde Coletiva. [citado em: 28 ago. 2003]. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000311545>.

³¹ Macieira M. Tratamento da dependência química: experiência do PAA-HUCAM-UFES. In Luis MA, Santos MA, organizadores. *Uso e abuso de álcool e drogas: trabalhos apresentados no VI Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e V Encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica*. Ribeirão Preto: FIERP-EERP-USP/FAPESP; 2000. p. 47-51.

³² Rigotto SD, Gomes WB. Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. *Psicol teor pesqui* [periódico da internet]. 2002 Jan.-Abr. [acesso em 8 de set. de 2011]; 18(1): 95-106. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v18n1/a11v18n1.pdf>.

³³ Gomes WB, Teixeira M, Borges M. Grupos homogêneos com obesos: um estudo de caso. Em Gomes WB, organizador. *Fenomenologia e pesquisa em psicologia*. 1ª ed. Porto Alegre: Editora da Universidade - UFRGS; 1998. p. 197-211.

³⁴ Ministério da Saúde, Brasil. *Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica - Relatório de Gestão 2007-2010*. [acesso em 18 de ago. de 2011]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 106 p. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao2007_2010.pdf.

³⁵ Seadi SMS, Oliveira, MS. A terapia multifamiliar no tratamento da dependência química: um estudo retrospectivo de seis anos. *Psicol clín*. [periódico da internet]. 2009 [acesso 5 de maio de 2011]; 21(2): 363-78. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pc/v21n2/08.pdf>.

³⁶ Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, DAPE, Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS*. [acesso em 18 de jun. de 2011]. Brasília; 2005 Nov. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf.

-
- ³⁷ Souza AC. Em tempos de PSF... Novos rumos para atenção em saúde mental? [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2004. 164p. Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública. [citado em out. 2004]. Disponível em: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/souzaacm.pdf>.
- ³⁸ Marques ACPR. O uso do álcool e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e tratamento. Rev IMESC [periódico da internet]. 2001 [acesso em 18 de ago. de 2011]; (3): 73-86. Disponível em: <http://www.imesc.sp.gov.br/pdf/artigo%205%20-%20O%20USO%20DO%20%C3%81LCOOL%20E%20A%20EVOLU%20%C3%87%20%C3%83O%20DO%20CONCEITO%20DE%20DEPEND%20%C3%8ANCIA%20DE%20%C3%81LCOOL%20E%20OUTRAS%20DROGAS.pdf>.
- ³⁹ Pinho, PH et al. Reabilitação psicossocial dos usuários de álcool e outras drogas: a concepção de profissionais de saúde. Rev. Esc. Enferm. USP [periodico da internet]. 2009 Dez. [acesso em 15 de jan. de 2012]; 43(spe. 2): 1261-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a20v43s2.pdf>.
- ⁴⁰ Marques ACPR, Furtado EF. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. Rev bras psiquiatr [periódico da internet]. 2004 Maio [acesso em 14 de set. de 2011], 26(suppl 1): 28-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s1/a08v26s1.pdf>.
- ⁴¹ Barros MA. Os profissionais do Programa de Saúde da Família frente ao uso, abuso e dependência de drogas. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006. 135p. Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica. [citado em 06 mar. 2006]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-18072006-163801/pt-br.php>.
- ⁴² Laranjeira, R. Desassistência ao dependente químico e a política do ministério da saúde. 72^a ed. São Paulo: Boletim Eletrônico ACCA, UNIFESP; 2006.
- ⁴³ Prochaska J, DiClemente C. Toward a comprehensive model of change. Em Miller W, Heather N, organizadores. Treating addictive behaviors. New York: Plenum Press; 1986. p. 3-27. Disponível em: <http://www.uri.edu/research/cprc/Publications/PDFs/ByTitle/Toward%20a%20comprehensive%20model%20of%20change.pdf>.
- ⁴⁴ Cummings C, Gordon J, Marlatt GA. Relapse: Strategies of prevention and prediction. Em Miller WR, organizador. The addictive behaviors. Oxford: Pergamon Press; 1980. p.31-56.

⁴⁵ Gossop M, Green L, Phillips G, Bradley B. Lapse, relapse and survival among opiate addicts after treatment. *British Journal of Psychiatry* [periódico na internet]. 1989 Mar. [acesso em 28 de abr. de 2011]; 154:348-53. Disponível em: <http://bjp.rcpsych.org/content/154/3/348.full.pdf>.

⁴⁶ Halpern SC. O abuso de substâncias psicoativas: repercussões no sistema familiar. *Pens famílias*, São Paulo, 2002; 3: 120-5.

⁴⁷ Ministério da Saúde, Brasil. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção - Relatório de Gestão 2003-2006. [acesso em 18 de ago. de 2011]. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 78 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0416_M.pdf.

⁴⁸ Lancetti A, Amarante P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. Em Campos GWS, organizador. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec e Fiocruz; 2008. p. 615-34.

⁴⁹ Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência a Saúde Mental, Departamento de Programas de Saúde, Coordenação de Saúde Mental. Portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992 [acesso em 16 de maio de 2012]. Disponível em: <http://www.mp.sc.gov.br/portal/site/conteudo/cao/ccf/quadro%20sinotico%20sus/portaria%20sas-ms%20n%C2%BA%20224-92%20-%20diretrizes%20e%20normas%20saude%20mental.pdf>.

⁵⁰ Sidrim MI. *As Representações Sociais da Reabilitação Psicossocial: um estudo sobre os CAPS*. Curitiba: Juruá; 2010.

⁵¹ Amarante P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.

⁵² Goffman E. *Manicômios, prisões e conventos*. 5ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1996.

⁵³ Basaglia F. *A instituição negada*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

⁵⁴ Oliveira GN. O Projeto Terapêutico Singular. Em Campos GWS, organizador. *Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada*. 1ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 283-97.

⁵⁵ Stockinger RC. Reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas humanistas e existenciais. Petrópolis: Vozes; 2007.

⁵⁶ Scott P. Gerações e famílias: Polissemia, mudanças históricas e mobilidade. Soc estado [periódico da internet]. 2010 Maio-Ago. [acesso em 17 de ago. de 2011]; 25(2): 251-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/se/v25n2/06.pdf>.

⁵⁷ Jorge MR, França JMF. A Associação brasileira de psiquiatria e a reforma da assistência psiquiátrica no Brasil. Rev bras psiquiatr [periódico da internet]. 2001 Mar. [acesso em 8 de abr. de 2011]; 23(1): 3-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n1/a02v23n1.pdf>.

⁵⁸ Macêdo LF de. Michel Foucault, a loucura e a Reforma Psiquiátrica em Minas Gerais: breve comentário do curta-metragem “Em Nome da Razão” (2009). [acesso em 25 de jul. de 2011]. Disponível em: http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_pdf/Rev_08/Revista%208%20art%204.pdf.

⁵⁹ BRASIL, Minas Gerais. Emenda à Lei 11.802, de 01 de janeiro de 1997. Altera a Lei n° 11.802, de 18 de janeiro de 1995, que dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental e dá outras providências. [acesso em 20 de abr. de 2012]. Disponível em: <http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/4428.html>.

⁶⁰ Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano Emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em Álcool e outras Drogas – PEAD 2009-2011. Reunião da Comissão Intergestores Tripartite. Brasília, maio de 2009. [acesso em 24 de abr. de 2012]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano_tratamento_alcool.pdf.

⁶¹ Vinha IR. Cenário da assistência em saúde mental/uso de substâncias psicoativas na região de saúde de Piracicaba, São Paulo, Brasil. Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. Port), 2011 Jan-Abr. [acesso em 09 de jun. de 2012]; 7(1):25-31. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/smad/v7n1/05.pdf>.

⁶² Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Brasil. Conceitos. [acesso em 03 de nov de 2010]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoadevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>.

⁶³ Alves JED. A definição de família convivente do IBGE: cuidados metodológicos necessários. [acesso em 20 de set. de 2011]. Rio de Janeiro: UFRJ; 2005. p. 1-4. Disponível em: http://www.ie.ufrj.br/aparte/pdfs/notametodologica_familiasconviventes.pdf.

⁶⁴ Minicucci A. Dinâmicas de Grupo: teorias e sistemas. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2010.

⁶⁵ Reinaldo MAS, Saeki T. Ouvindo outras vozes: relato de familiares sobre o convívio com o paciente psiquiátrico. Rev esc enferm USP [periódico da internet]. 2004 Abr. [acesso em 5 de set. de 2011]; 38(4): 396-405. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n4/05.pdf>.

⁶⁶ Melo ZM, Caldas MT, Carvalho MMC, Lima AT. Família, álcool e violência em uma comunidade da cidade de Recife. Psicologia [periódico online]. 2005 Mai-Ago. [acesso em 02 de ago. de 2011]; 10(2): 201-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n2/v10n2a06.pdf>.

⁶⁷ Lima RAS. Stress e qualidade de vida em esposas de alcoolistas. [Dissertação]. Recife: Pró-reitoria de Ensino, Pesquisa e Extensão, Universidade Católica de Pernambuco; 2006. 93 p. Mestrado em Psicologia Clínica. Disponível em: http://www.unicap.br/tede//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=164.

⁶⁸ Gonçalves JRL, Galera SAF. Assistência ao familiar cuidador em convívio com o alcoolista por meio da técnica de solução de problemas. Rev latinoam enferm [periódico na internet]. 2010 Maio-Jun. [acesso em 29 de maio de 2010]; 18(ed. especial): 543-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18nspe/a09v18nspe.pdf>.

⁶⁹ Koga M, Furegato AR. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. Ciênc cuid saúde [periódico da internet]. 2002 [acesso em 03 de abr. de 2011]; 1(1): 75-9. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5656/3596>.

⁷⁰ Gonçalves JRL. Atendimento ao cuidador-familiar em convívio com o doente mental através da técnica de solução de problemas. [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005. 159 p. Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica. [citado em 03 jun. 2005]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-17052007-112534/fr.php>.

⁷¹ Rosato VMD, Kirchof ALC. Famílias alcoolistas: a busca de nexos de manutenção, acomodação e repadronização de comportamentos alcoolistas. Rev gaúch enferm. 2006 Jun. [acesso em 12 de mar. de 2012]; 27(2): 251-7. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4603>.

⁷² Jorge MSB, Ramirez ARA, Lopes CHAF. Representações sociais das famílias e dos usuários sobre participação no tratamento de pessoas com transtorno mental. Rev esc enferm USP [periódico da internet]. 2008 [acesso em 23 de jun. de 2011]; 42(1): 135-42. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/18.pdf>.

-
- ⁷³ Guedes R, Jr, Guimarães, SG. O tripé da assistência do enfermeiro de psf ao portador de transtorno mental: equipe, família e comunidade. Rev meio amb saúde [periódico da internet]. 2007 [acesso em 18 de out. de 2011]; 2(1): 181-94. Disponível em: [http://www.faculdedofuturo.edu.br/revista/2007/pdfs/RMAS%202\(1\)%20181-194..pdf](http://www.faculdedofuturo.edu.br/revista/2007/pdfs/RMAS%202(1)%20181-194..pdf).
- ⁷⁴ Campos EP. Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais de saúde. Petrópolis: Vozes; 2005. p. 33-42, 75-86, 118-34.
- ⁷⁵ Furtado EF. Implementação de estratégias de diagnóstico e intervenções breves para problemas relacionados ao álcool em serviços de atenção primária na região de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto (SP): PAI-PAD/FMRP-USP [periódico da internet]. 2003 [acesso em 7 de jun. de 2011]; 16(3): 164-78. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v16n3/v16n3a07.pdf>.
- ⁷⁶ Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
- ⁷⁷ Gil A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2002.
- ⁷⁸ Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec; 1992.
- ⁷⁹ Gonçalves A, Sena R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. Rev latinoam enferm [periódico na internet]. 2001 Mar.-Abr. [acesso em 10 de ago. 2011]; 9(2): 48-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11514.pdf>.
- ⁸⁰ Marconi MA; Lakatos EM. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. São Paulo: Atlas; 2002.
- ⁸¹ Griffith G, Marshall EJ, Cook CCH. Os problemas relacionados ao consumo de álcool e a família. Em Griffith G, Marshall EJ, Cook CCH (autores). O tratamento do alcoolismo: um guia profissionais da saúde. 4ª ed. Miazzi AEF, tradutor. Porto Alegre: Artmed; 2005. p.73-81.
- ⁸² Pena APS, Gonçalves JRL Assistência de enfermagem aos familiares alcoolistas. Ver latinoam enferm [periódico da internet]. 2010 [acesso em 22 de abr. de 2012]; 6(1):1-3. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/smad/v6n1/10.pdf>.

⁸³ Silva MRS. Família de Alcoolista: o retrato que emerge da literatura. *Fam Saúde Desenvol* [periódico da internet]. 2003 Jan-abr [acesso em 28 de abr. de 2012]; 5(1):9-18. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewArticle/5090>.

⁸⁴ Rocha-Coutinho MC. *Tecendo por trás dos panos*. Rio de Janeiro: Rocco; 1994.

⁸⁵ Nunes M, Torrenté M. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. *Rev Saúde Pública* [periódico da internet]. 2009 Ago. [acesso em 28 de abr. de 2012]; 43 (supl. 1): 101-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/en_752.pdf.



APÊNDICE A

TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

N.º Registro CEP: SISNEP 655 Parecer nº 89/11

Título do Projeto: O USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E O ENFRENTAMENTO DESTA QUESTÃO PELA FAMÍLIA DO USUÁRIO

Pesquisadora: Keila Maria Araujo

Orientadora: Prof. Dra. Marina Borges Teixeira

Prezado (a) Senhor (a),

Meu nome é Keila Maria Araujo, sou enfermeira, aluna do curso de pós-graduação, Mestrado em Enfermagem, na Universidade Guarulhos. Estou solicitando sua participação voluntária no estudo que tem como objetivos: caracterizar o núcleo familiar do alcoolista e descrever o significado de conviver com um familiar usuário de álcool e/ou outras drogas para as famílias que utilizam um ambulatório de saúde mental. Sua participação é muito importante e voluntária. Você tem o direito de não querer participar ou de sair deste estudo a qualquer momento, sem penalidades ou perda de qualquer benefício ou cuidados a que tenha direito nesta instituição. Para participar deste estudo solicito a sua especial colaboração em responder um formulário com uma questão aberta e algumas questões fechadas relacionadas a você, seu parente doente e a família de vocês.

Este estudo não apresenta riscos ou prejuízos a você ou a qualquer outra pessoa. Espera-se com este estudo que, ao compreender o significado da convivência com um familiar usuário de álcool e/ou outras drogas, possamos trazer uma contribuição para a assistência de familiares nesta e nas demais instituições de atendimento a estes usuários. Você não terá nenhum gasto com a sua participação no estudo e também não receberá pagamento pelo mesmo. A sua identidade será mantida em sigilo. Os resultados do estudo poderão ser

apresentados em eventos científicos e publicados em revistas especializadas onde serão sempre apresentados como o retrato de um grupo e não de uma pessoa. Os pesquisadores se comprometem a utilizar os dados e material coletado somente para esta pesquisa.

O pesquisador responsável pelo estudo poderá fornecer qualquer esclarecimento sobre o estudo, assim como tirar dúvidas, bastando contato no seguinte endereço e/ou telefone:

Nome do pesquisador: Keila Maria Araújo

E-mail: k_maraujo@yahoo.com.br

Telefone: (35) 88442236

End.: Rua José de Oliveira Magalhães, 155 – apto 06

Residencial São Bernardo – Poços de Caldas - MG.



DECLARAÇÃO DE ACEITE

Título do Projeto: O USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E O ENFRENTAMENTO DESTA QUESTÃO PELA FAMÍLIA DO USUÁRIO

Li ou alguém leu para mim as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que toda a linguagem técnica utilizada na descrição deste estudo de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmando também que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade.

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

Nome do sujeito de pesquisa: _____

Assinatura do sujeito de pesquisa: _____

RG: _____

Pesquisadora Responsável: Keila Maria Araújo

RG: 11351163

Assinatura do pesquisador responsável: _____

Local: _____ **Data:** ____/____/2011.

Nome do pesquisador: Keila Maria Araújo

E-mail: k_maraujo@yahoo.com.br

Telefone: (35) 88442236

End.: Rua José de Oliveira Magalhães, 155 – apto 06

Residencial São Bernardo – Poços de Caldas - MG



APÊNDICE B

Entrevistado N° _____

Instrumento de Coleta de Dados do familiar respondente

1. QUESTÃO ABERTA

1. Descreva como é para o Sr(a) conviver com o (a)

2. DADOS DO INFORMANTE

1. Sexo:

1. () Feminino

2. () Masculino

2. Idade:

1. () 18 a 25 anos

2. () 25 a 35 anos

3. () 35 a 45 anos

4. () 45 a 55 anos

5. () 55 a 65 anos

6 () mais de 65 anos

3. Raça

1. () branca

2. () negra

3. () amarela

4. () outra

4. Escolaridade

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| 1.() Analfabeto | 2.() 1º Grau Incompleto |
| 3.() 1º Grau Completo | 4.() 2º Grau Incompleto |
| 5.() 2º Grau Completo | 6.() 3º Grau Incompleto |
| 7.() 3º Grau Completo | 8.() Pós Graduado |

5. Grau de Parentesco:

- | | |
|--------------------|--------------|
| 1.() pai | 2.() mãe |
| 3.() esposo | 4.() esposa |
| 5.() filho | 6.() filha |
| 7.() irmão | 8.() irmã |
| 9.() outro: _____ | |

6. Qual seu estado civil?

- | | |
|----------------------|--------------------|
| 1.() solteiro (a) | 2.() casado (a) |
| 3.() divorciado (a) | 4.() amasiado (a) |
| 4.() Outro: _____ | |

7. Trabalha/Ocupação: _____**8. Religião: _____****9. O Sr(a) consome ou já consumiu álcool e/ou outras drogas?**

- | | |
|-----------|-----------|
| 1.() sim | 2.() não |
|-----------|-----------|

10. O Sr(a) tem alguma doença

- | | | |
|-----------|-----------|-----------|
| 1.() sim | Qual (is) | 2.() não |
|-----------|-----------|-----------|

3. DADOS SOBRE O GRUPO FAMILIAR**1. Quem reside na mesma residência**

- | | |
|--------------------|--------------|
| 1.() pai | 2.() mãe |
| 3.() esposo | 4.() esposa |
| 5.() filho | 6.() filha |
| 7.() irmão | 8.() irmã |
| 9.() outro: _____ | |

2. Renda familiar: Salário Mínimo

1. () 1 até 3

2. () 4 a 7

3. () 8 a 10

4. () 11 ou mais

3. Residência

1. () Própria

2. () Alugada

4. Descrição: Número de cômodos

1. () Menos de 3

2. () 3 a 5

3. () Mais de 5

5. Existem outros casos de uso de substâncias psicoativas na família ?

1. () sim

2. () não

Quem _____

6. Alguém tem alguma outra doença

1. () sim

2. () não

Quem _____

7. Como o Sr(a) define o relacionamento deste núcleo familiar?

1 () Ruim

2 () Regular

3 () Bom

4 () Ótimo

4.DADOS DO USUÁRIO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**1. Sexo:**

1. () Feminino

2. () Masculino

2. Idade:

1. () 18 a 25 anos

2. () 25 a 35 anos

3. () 35 a 45 anos

4. () 45 a 55 anos

5. () 55 a 65 anos

6 () mais de 65 anos

3. Raça

- 1.() branca
2.() negra
3.() amarela
4.() outra

4. Escolaridade

- 1.() Analfabeto
2.() 1º Grau Incompleto
3.() 1º Grau Completo
4.() 2º Grau Incompleto
5.() 2º Grau Completo
6.() 3º Grau Incompleto
7.() 3º Grau Completo
8.() Pós Graduado

5. Estado civil?

- 1.() solteiro (a)
2.() casado (a)
3.() divorciado (a)
4.() amasiado (a)
4.() Outro: _____

6. Trabalha/ Ocupação:_____**7. Tratamentos Anteriores**

- 1() SIM 2() NÃO

8. Tratamento Atual

Início (mês/ano) _____

9. Drogas que consome.



ANEXO A

Parecer nº 89/2011 – Notificação de aprovação do Projeto de Pesquisa no Comitê de Ética da UNG.



Guarulhos, 16 de junho de 2011.

Exmo(a). Sr(a).
Keila Maria Araújo


Referência: **Aprovação de Projeto**
SISNEP/655 - "O uso abusivo de álcool e o enfrentamento desta questão pela família do usuário"

PARECER Nº 89/11

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Guarulhos analisou o Projeto de Pesquisa de sua autoria - "O uso abusivo de álcool e o enfrentamento desta questão pela família do usuário" - SISNEP/655, na reunião de 14.06.2011, e no uso das competências definidas na Res. CNS 196/96, considerou o projeto acima **aprovado**.

As orientações abaixo devem ser consideradas pelo Pesquisador Responsável durante a realização da pesquisa, visando que a mesma se desenvolva respeitando os padrões éticos:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- Eventuais modificações ou emendas e eventos adversos ao protocolo, devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.
- Esclarecemos a necessidade da apresentação de relatório final até **30.11.12**.


Jumara Silvia Van De Velde
Comitê de Ética em Pesquisa
Coordenadora

ERROR: undefined
OFFENDING COMMAND: E9WN!

STACK: