



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE



**PERCEPÇÃO DA EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
SOBRE O CUIDADO ÀS FAMÍLIAS DE USUÁRIOS DE DROGAS**

LAÍS SANTANA SANTOS PEREIRA LIRA

JEQUIÉ/BAHIA
2012

LAÍS SANTANA SANTOS PEREIRA LIRA

**PERCEPÇÃO DA EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
SOBRE O CUIDADO ÀS FAMÍLIAS DE USUÁRIOS DE DROGAS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

LINHA DE PESQUISA: Família em seu ciclo vital.

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a. Edite Lago da Silva Sena

**JEQUIÉ/BA
2012**

Lira, Laís Santana Santos Pereira.

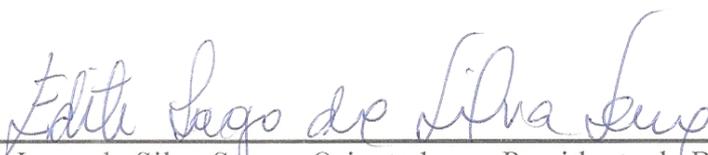
L745 Percepção da equipe da estratégia saúde da família sobre o cuidado às famílias de usuários de drogas/Laís Santana Santos Pereira Lira.- Jequié, 2012.

109 f: il.; 30cm. (Anexos)

Dissertação (Mestrado-Programa de pós-graduação em Enfermagem e Saúde) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2012. Orientadora Prof^ª. Dr^ª. Edite Lago da Silva Sena.

FOLHA DE APROVAÇÃO

LIRA, L. S. S. P. Percepção da equipe da estratégia de saúde da família sobre o cuidado à família do usuário de droga. 2012. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Área de Concentração: Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié/BA.



Prof.^a. Dr.^a. Edite Lago da Silva Sena – Orientadora e Presidente da Banca
Doutorado em Enfermagem. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.



Prof.^a. Dr.^a. Marlene Gomes Terra
Doutorado em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria.



Prof. Dr. Sívio Yasui

Doutorado em Saúde Pública. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.

Jequié – BA, 28 de novembro de 2012.

Dedicatória 1:

*À Santíssima Trindade, por Cristo, com Cristo, em Cristo,
a vós, Deus Pai todo poderoso, na unidade do Espírito
Santo, toda a honra e toda a glória, agora e para sempre.
Amém!*

Dedicatória 2:

*Ao meu filho Natã, a espera da tua vinda já enche meu
coração com os melhores sentimentos. Este trabalho
também foi por você, meu novo amor! “Vai menino, conta
os teus sonhos pra mim. Meu menino, pode dormir que eu
serei teu aconchego, teu porto, teu companheiro, teu
mastro, teu rumo na escuridão, aquela estrela ao alcance
da mão” (Maninho).*

AGRADECIMENTOS

À **Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb)**, em especial ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES), por tornar possível o meu crescimento pessoal e profissional.

À **Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb)**, pela concessão da bolsa de pesquisa e o apoio financeiro que, durante alguns meses, foi indispensável para a realização das atividades da pós-graduação.

À minha orientadora **Dr^a. Edite Lago**, obrigada pela disponibilidade, comprometimento e seriedade com este estudo, pelas experiências compartilhadas, pelo carinho e compreensão que me permitiram chegar até aqui e pela oportunidade de estabelecer diálogos com a filosofia merleau-pontyana. Mais do que uma relação acadêmica, contigo experimentei uma relação de cuidado vivida na oração e na leitura da Palavra. A ti minha eterna admiração!

Aos **professores e funcionários do PPGES**, em especial aos professores **Dr^o. Cezar Casotti**, **Dr^a. Alba Benemerita** e à **Neilma Souza Bispo** pela dedicação que possibilitam a existência do programa e por toda a atenção prestada a mim nestes dois anos.

À professora **Dr^a. Marlene Gomes Terra** e ao professor **Dr^o. Silvio Yasui**, por se disponibilizarem a participar da banca examinadora com valiosas contribuições que enriqueceram ainda mais a conclusão desta pesquisa.

À professora **Dr^a. Jeane Freitas de Oliveira** e à professora **Dr^a.Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos**, pelas importantes contribuições no período da qualificação.

Ao **Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET/Saúde Mental)** e aos **alunos do curso de Enfermagem da UESB**, pela oportunidade de participar de discussões tão enriquecedoras.

Aos **informantes da pesquisa**, profissionais da Estratégia Saúde da Família, pela disponibilidade em tornar este estudo real. Sem vocês, nada disso seria possível!

À **Universidade Estadual de Santa Cruz (Uesc)**, aos **professores e colegas do grupo de estudos em Saúde Mental e do curso de Especialização em Saúde Mental**, especialmente às professoras e amigas **Rozemere Cardoso de Souza, Nairan Moraes Caldas, Karina Pereira Pinto, Vitória Solange Coelho Ferreira, Pollyanna Alves Dias Costa e Débora Lino**. Obrigada pelas vivências que me fizeram crescer como pessoa e como profissional, pela confiança e investimento em mim depositados e por todos os momentos que me fizeram transcender na minha profissão.

À **Lorena Sampaio, Karina David, Elisângela Sousa e Luíla Bittencourt**, obrigada por darem sentido aos quatro anos da graduação. Sei que a amizade do nosso “quinteto fantástico” vai além dos muros da academia. Sem vocês não teria sido tão bom!

Aos **colegas e usuários do CAPS ad III Gey Espinheira e do Hospital-Dia Professor Nelson Pires**, obrigada pela oportunidade de conhecer pessoas tão incríveis e profissionais tão maravilhosos. Com vocês compreendi o verdadeiro sentido de produzir vida em contextos de sofrimento e morte social. Foi uma honra fazer parte dessa história. Sempre os levarei em meu coração!

Aos **colegas do mestrado**, em especial à **Henika Priscila, Elisama Nascimento e Lucinéia Rocha**, obrigada pelos momentos que significaram cuidado em minha vida. Vocês me fizeram sentir mais segura e mais forte para transpor meus próprios obstáculos.

À **Luana Machado (Lu)**, obrigada pela força, carinho, atenção, cuidado, pelo incentivo nos meus momentos de fraqueza, por dividir comigo momentos bons e difíceis, por suavizar esse tempo que passei longe dos meus, por me fazer ver o mundo com novos olhares, pela confiança em compartilhar suas inquietações, por ser exemplo em minha vida. Você foi meu equilíbrio nesse mestrado. A ti, minha eterna admiração!

À **Juliana Xavier (Juli)**, você foi mais um mimo de Deus para mim. Obrigada por ser força na minha fraqueza, alegria na minha tristeza, luz na minha escuridão e tranquilidade na minha agitação. Agradeço pelos momentos, pelas conversas, pelas horas no celular e por compartilhar comigo as alegrias e saudades de nossos matrimônios. *“Amigo fiel, refúgio poderoso, quem o descobriu encontrou um tesouro, prefiguração de Deus, certeza do Céu” (Toca de Assis).*

À **Fabíola Magalhães**, mais que uma amiga pela fé, uma irmã em Cristo. Minha *“psicóloga”*, obrigada pelas intervenções que me fizeram transcender. Você tem a capacidade de deixar rastros do *Amor Eterno* em minha vida. *“Seu carinho me faz levantar e acreditar bem mais em mim. Com você aprendo o que é amar, a lutar e nunca desistir” (Anjos de Resgate).* Fico feliz por ter hospedado uma profetiza de Deus em minha morada. Agradeço também a **Sérgio**, pelas valiosas contribuições nesta dissertação e pela oportunidade de ter conhecido alguém tão especial como você.

À **Viviane Souza (Vivi)**, por ser anjo em minha vida. Unidas pela mesma fé e pela mesma paixão pela saúde mental. Obrigada por todos os diálogos que, em muitas situações, me fizeram transcender. Com você, aprendi a dizer sim às oportunidades que a vida me deu. *“Se eu tentasse definir o quão especial tu és pra mim, palavras não teriam fim. Definir o amor não dá. Então direi apenas obrigado. E sei que entenderás. Precioso és para Deus e para mim. Se acaso precisar podes contar comigo. Que a fé em Deus nos faça eternos amigos. Sabes bem quem sou e como sou. Por favor insista em me perdoar, não desista de me amar” (Anjos de Resgate).*

À **Thaís Bloizi**, companheira de casa e amiga querida. Obrigada pelas partilhas e os momentos que vivenciamos juntas. Com você aprendi a ver as pessoas com mais compreensão. Nunca te esquecerei!

À **Patrícia Anjos**, pela amizade e cuidado neste período de mestrado. Obrigada pela oportunidade de experimentar uma nova **Água Viva**, lugar tão precioso onde pude experimentar a graça da adoração e da vida com pessoas tão especiais. Sou grata pelas alegrias compartilhadas, pelos conhecimentos construídos, pela disponibilidade nesta reta final e por todas as orações. Seu sorriso irradia a amor de Cristo por onde passa. Que Deus conserve o seu jeito alegre e a força da sua fé!

À **Danielle Batista**, obrigada pela oportunidade de te conhecer e poder compartilhar tantas vivências em oração. Foi muito especial conviver contigo durante esse tempo na vida acadêmica e na vida espiritual. Também agradeço por me apresentar o Grupo de Oração Universitário (GOU). Foram momentos incríveis com pessoas maravilhosas (**Dores, Lucas...**). Saiba que admiro muito a sua fidelidade e que Deus conserve a sua vocação.

À **Isabel de Jesus**, obrigada pelas valiosas contribuições no fim dessa jornada e por todas as vivências compartilhadas. Obrigada!

À **família Sena**, Valdir, Lúcio, Samuel e Jack, por me receberem de forma tão receptiva e acolhedora, pelas vivências que tornaram essa fase final mais tranquila e por compreenderem as ausências de Edite quando precisei de orientação.

À **família Machado e Azevedo**, Everaldo, Rita, Michael, Aquiles e Zora, obrigado pelo acolhimento, carinho e cuidado que tiveram comigo. Com vocês minha jornada em Jequié foi mais tranquila. Agradeço pelo pão, pela água, pelo descanso, mas principalmente, por me fazerem sentir parte de suas vidas. Sinto-me como os estrangeiros acolhidos por Abraão: *“Vou buscar um pouco de água para vos lavar os*

pés. Descansai um pouco sob esta árvore. Eu vos trarei um pouco de pão, e assim restaurareis as vossas forças para prosseguirdes o vosso caminho” (Gêneses 18, 4-5).

À **Família Lira**, pelo acolhimento e carinho durante esses 11 anos de convivência, especialmente à **tia Norminha**. Mais do que uma sogra, você é a constante presença de Deus em minha vida. A ti, minha eterna gratidão...

À família **Pereira**, obrigada pela alegria com que fui recebida na vida de vocês. Meu agradecimento especial à **Tia Rute, Ari e Ana** por cuidarem de mim com tanto amor e carinho. Eu não teria concluído esse trabalho sem vocês!

Aos amigos da **Renovação Carismática Católica de Ibicaraí**, mais do que pessoas, vocês são anjos. Obrigada por compartilharem comigo a *coexistência*, por me aproximarem de Deus, por todo cuidado, por cada abraço, cada oração, cada escuta, cada colo. Vocês são o cuidado de Deus por mim. Com cada um pude compreender o sentido desta canção: *“Não é preciso mais adormecer pra sonhar com um anjo descendo do céu. Basta você perceber que sou mais que um amigo fiel. Sou aquele que trás alegria de Deus, e a entrega direto ao seu coração. E com você vou sorrir e chorar, lado a lado vamos caminhar” (Anjos de Resgate).*

Aos irmãos do **Grupo de Oração Água Viva**, meus amigos em Cristo, como não agradecer a cada um de vocês. Vocês me ajudaram a discernir todas as minhas grandes escolhas. Obrigada pela palavra certa no momento certo, pelo abrigo nas horas de socorro, pelo consolo na hora da dor, pela alegria em meio às lágrimas, pelo olhar acolhedor nos momentos de solidão, pelas risadas nas nossas partilhas, pelas críticas e *puxões de orelha*, pelos abraços, enfim, por simplesmente tudo! *“Amigos pra sempre, bons amigos que nasceram pela fé. Amigos pra sempre, para sempre amigos sim, se Deus quiser!” (Anjos de Resgate).*

À **Quase Paróquia Santa Isabel**, aos padres, seminaristas e irmãos que ganhei de Deus. Obrigada pelas orações, pela compreensão e pela oportunidade do serviço. Que o Senhor continue abençoando nossa jornada!

Aos meus familiares, em especial a minha grande e amada família **Vó Dete, meu “veinho” vô Eurípedes (in memorian), painho Weldon, mainha Ducilene (in memorian), mã Ellen, tio Wendell, Luca, Jamile e Pitucho (in memorian)**. Meu refúgio, meu porto seguro, minha alegria, meu tesouro, meu presente de Deus, meu lar. Mesmo longe, vocês são tão presentes! *“Percebe e entende que os melhores amigos são aqueles que estão em casa, esperando por ti. Acredita! Nos momentos mais difíceis da vida, eles sempre estarão por perto, pois só sabem te amar. Às vezes muitas pedras surgem pelo caminho, mas em casa alguém feliz te espera pra te amar. E se por acaso a dor chegar, ao teu lado vão estar, pra te acolher e te amparar, pois não há nada como um lar” (Anjos de Resgate)*. Se eu os escolhesse, não seria tão perfeito...

À **Whelber**, meu esposo. Difícil escolher as palavras para agradecer-lhe por tudo o que significa em minha vida. Em resumo, você é a *presença* que me possibilita todos os dias experimentar o *eu posso*. *“Se não existisses eu te inventaria. As estrelas se eu pudesse te daria. Prometi a Deus que ao céu vou te levar e vou gritar pro mundo ouvir que sempre te amei e vou te amar. Foi no primeiro olhar que eu te consagrei o meu amor e nada vai nos separar na alegria ou na dor. O mundo não verá o nosso amor se acabar. Logo no primeiro olhar Deus nos casou e escreveu seu nome e o meu no azul do céu. Pra sempre vou te amar!” (Anjos de Resgate)*. Dizem que quando o amor não cabe em dois corações, nasce uma nova vida, por isso, obrigada por compartilhar comigo a alegria da espera de Natã.

À **Maria**, mãe amada e presente, *“o amor com que Deus ama o mundo, chega a nós por teu olhar” (Comunidade Shalom)*.

“Procurou o homem, desde a mais remota antiguidade, encontrar um remédio que tivesse a propriedade de aliviar suas dores, serenar suas paixões, trazer-lhe alegria, livrá-lo de angústias, do medo ou que lhe desse o privilégio de prever o futuro, que lhe proporcionasse coragem, ânimo para enfrentar as tristezas e o vazio da vida”

(Lauro Solleró).

RESUMO

O objetivo do presente estudo é compreender a percepção da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre o cuidado às famílias de usuários de drogas. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, fenomenológica, fundamentada pela filosofia da experiência do filósofo Maurice Merleau-Ponty, realizada em um município do interior da Bahia com nove profissionais da equipe de uma Unidade de Saúde da Família, no período de janeiro a março de 2012. Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, as descrições vivenciais foram construídas por meio do Desenho Estória com Tema e da entrevista aberta. Os textos que constituíram as descrições dos integrantes da pesquisa foram submetidos à técnica analítica da ambiguidade e resultaram na percepção de quatro teses que se configuraram como resposta à questão de pesquisa: *a crença na existência de um espaço de inserção próprio do usuário de drogas, que está separado da sociedade em geral; a crença de que a droga constitui-se como algo em si mesmo; a crença de que o usuário está fora da sociedade e, por último, a crença de que existe cuidado nessa relação dicotomizada, em que o profissional de saúde vê o usuário como um em si, separado dele.* As descrições mostraram que os profissionais compreendem o contexto do uso de drogas, a droga e o usuário como coisas *em si mesmas*. E o cuidado às famílias de usuários caracteriza-se, fundamentalmente, como um cuidado ora objetivista, ora subjetivista, configurando-se, muitas vezes, em um falso cuidado ou descuido. O que torna importante ressignificar o uso de drogas como uma opção para o cuidado de si, por meio da superação das teses e das tradições que orientam o cuidado da equipe e, desse modo, compreender a intersubjetividade como possibilidade de transcender um saber que se estabeleça como cuidado.

Palavras-chave: Família. Drogas ilícitas. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Programa Saúde da Família. Filosofia em Enfermagem.

ABSTRACT

The aim of this study is to understand the perception of the team of Family Health Strategy (ESF) on care for the families of drug users. This is a qualitative and phenomenological study, grounded in the philosophy of the experience of the philosopher Maurice Merleau-Ponty, held in a city in the interior of Bahia with nine professional staff of a Family Health Unit, from January to March 2012. After approval by the Ethics Committee on Human Research, experiential descriptions were constructed by the Design Story with Theme and open interview. The texts that constituted the descriptions of the members of the research were submitted to analytical technique of ambiguity and resulted in the perception of four theses that were shaped in response to the research question: *belief in the existence of an area of insertion of the drug user himself, who is separated from society in general; the belief that the drug is as something in itself; the belief that the drug user is outside of society and, finally, the belief that there is careful in this dichotomized relationship, in which the health professional sees the drug user itself, separated from him.* The descriptions showed that professionals understand the context of drug use, the drug and the drug user as things *in themselves*. And care for the families of drug users is characterized, primarily, as a care now objectivist, now subjectivist, becoming, often, a false care or carelessness. What makes it important to reframe drug use as an option for self care, by overcoming theses and traditions that guide the care of the team and thus understand the intersubjectivity as a possibility of transcending a knowledge that is established as care.

Keywords: Family. Street drugs. Knowledge, attitudes and Practices in Health Family Health Program. Philosophy in Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ESF – Estratégia de Saúde da Família.

SPA – Substância Psicoativa.

RD – Redução de Danos.

SUS – Sistema Único de Saúde.

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.

HD – Hospital Dia.

AB – Atenção Básica.

CAPS ad - Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas.

EUA - Estados Unidos da América.

CDN – Comissão de Narcóticos.

ONU - Organização das Nações Unidas.

CONFEN – Conselho Federal de Entorpecentes.

CONAD – Conselho Nacional Antidrogas.

SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas.

SISNAD - Sistema Nacional Antidrogas.

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

USF – Unidade de Saúde da Família.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

ACS - Agente Comunitário de Saúde.

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário.

PSF - Programa Saúde da Família.

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa.

UESB - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

SUMÁRIO

1 O DESVELAR DO OBJETO DE ESTUDO.....	15
2 REVISÃO DE LITERATURA: OS VÁRIOS PERFIS E A POSSIBILIDADE DE UM NOVO OLHAR.....	19
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS E SEUS IMPACTOS NA FAMÍLIA.....	19
2.2 A CONTEMPORANEIDADE FAMILIAR E O USO DE DROGAS.....	24
2.3 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) E SUAS POTENCIALIDADES DE CUIDADO.....	28
3 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO: A FILOSOFIA DA EXPERIÊNCIA DE MERLEAU-PONTY.....	34
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	40
4.1 NATUREZA E MÉTODO DE PESQUISA.....	40
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	41
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	42
4.4 ESTRATÉGIAS PARA DESCRIÇÃO DAS VIVÊNCIAS.....	43
4.5 PROCEDIMENTOS PARA A COMPREENSÃO DAS DESCRIÇÕES VIVENCIAIS.....	47
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	48
5 AMBIGUIDADES VIVENCIAIS NO CUIDADO À FAMÍLIA NO CONTEXTO DO USO DE DROGAS.....	50
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS: ESFORÇO INFINDO PARA CONCLUIR.	84
REFERÊNCIAS	89
APÊNDICES	99
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	100
APÊNDICE B – Termo de Autorização do Estabelecimento	103
APÊNDICE C – Roteiro da Entrevista Aberta	104
APÊNDICE D – Cronograma de Atividades	105
APENDICE E – Orçamento da Pesquisa	107

ANEXOS	108
ANEXO A – Parecer consubstanciado/CEP – Uesb	109

1 O DESVELAR DO OBJETO DE ESTUDO

Pensar é também uma experimentação que nada funda nem nutre a ilusão de ser fundada (MERLEAU-PONTY, 2011, p.46-47).

O interesse em pesquisar a percepção da equipe da ESF sobre o cuidado às famílias de usuários de drogas emergiu, a princípio, de experiências vivenciais. Na graduação, fui bolsista de um projeto de extensão intitulado “Integrando Saúde Mental e Saúde da Família”, no qual desenvolvia ações na ESF. Como profissional, continuei no grupo de pesquisa da universidade, o que me possibilitou participar da organização de simpósios ligados ao tema. Também cursei uma especialização na área, cujo trabalho de conclusão teve como título “Análise de estratégias de cuidado à família no campo da Saúde Mental”, e fui articuladora prática da disciplina “Prática de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental”.

Em seguida, trabalhei em um hospital dia (HD) para pessoas com transtornos mentais, no qual a equipe buscava envolver os familiares por meio do atendimento individual, do atendimento junto ao usuário e de atividades em grupo. No entanto, nesses espaços o familiar parecia ser concebido mais como coadjuvante do tratamento do que como alguém que precisa de atenção, aspecto que começou a inquietar-me. Ainda, fui funcionária de um Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (Caps ad), espaço aonde conduzia, ao lado de uma assistente social, de uma psicóloga e de uma técnica de enfermagem, o grupo de família de usuários de drogas, no qual pude conhecer diversas formas de sofrimento e entender como as famílias precisam de atenção especial. Nessas experiências pude compreender que assim como ocorre no campo da saúde mental, cujo estigma em relação “loucura” ainda predomina, o estigma do “drogado” também se evidencia em nossa sociedade. Todos esses vividos mobilizaram-me ao presente estudo, que versa sobre o cuidado as famílias de usuários de drogas sob a perspectiva da equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

As políticas sobre drogas no Brasil foram construídas, inicialmente, em uma perspectiva de repressão e criminalização do uso e do usuário, a partir do modelo de

atenção denominado proibicionismo, que configura o usuário como criminoso e/ou doente. Esse modelo, por um lado, promoveu uma cultura de estigmas e preconceitos na sociedade, dificultando o acesso das pessoas que sofrem com o uso prejudicial da droga, inclusive dos seus familiares, que foram excluídos desse processo.

Por outro lado, ao reconhecer as singularidades que cada usuário possui, surge, como alternativa de atenção, o modelo da Redução de Danos (RD), que compreende a necessidade de traçar estratégias voltadas não apenas para a abstinência, mas para a defesa da vida, reconhecendo o uso nocivo da droga como um problema de saúde pública. A RD tem como objetivo reduzir os prejuízos decorrentes do uso de SPAs, garantir os direitos dos usuários e promover saúde e cidadania aos mesmos. Além disso, as políticas baseadas nessa proposta evidenciam a assistência às famílias, aspecto que se caracteriza como um desafio para a sociedade, principalmente, para os profissionais de saúde e familiares.

O marco da RD é a Política de Atenção ao Usuário de Álcool e outras Drogas, criada em 2003, no governo Lula, influenciada pela Reforma Psiquiátrica e pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A política compreende que o cuidado na área de drogas deve acontecer por meio da articulação das redes de serviços de saúde e das redes sociais dos usuários, incluindo ações com os setores de assistência social, educação, trabalho, justiça e outros.

Em 2005, apesar de ter um caráter ainda repressivo, promulga-se a Política Nacional sobre Drogas, que também dispõe de aspectos da RD e fortalece inclusão de alguns serviços à rede de cuidado aos usuários e familiares; entre eles, destacam-se elementos da comunidade, como igreja, lazer, amigos, comércio e, ainda, centros especializados, tais quais os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), os Hospitais-Dia (HD), os hospitais gerais, comunidades terapêuticas, ambulatórios, grupos de autoajuda, serviços de emergência, clínicas especializadas e casas de apoio e Atenção Básica (AB).

Nesse sentido, como principal estratégia para o desenvolvimento de ações da AB, cria-se a ESF, que busca garantir o acesso de todas as pessoas de forma igualitária e equitativa, evidenciando sua potencialidade, no sentido de fortalecer os princípios do SUS. A ESF dispõe de dispositivos de cuidado de base territorial e envolve

intervenções nas realidades vivenciadas por uma determinada população de uma área adscrita, a partir do estabelecimento de vínculo, escuta, acolhimento, inserção nos domicílios, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, participação social e coordenação do cuidado. Assim, essas características inscrevem-na como um modelo que está adequado para atender às demandas da Política Nacional sobre Drogas.

Ainda hoje, diante das transformações funcionais e estruturais vivenciadas na família, a existência de um usuário de droga no seio familiar constitui uma realidade de difícil enfrentamento. E, quando isso acontece, nem todas sabem lidar com essa situação, que varia de acordo com vivências, experiências e percepções de si e do familiar usuário. Mesmo com as novas propostas de intervenção às famílias de usuários de drogas, a sociedade ainda carrega a predominância do proibicionismo, acarretando uma série de dificuldades para enfrentar os problemas decorrentes do uso de SPA por algum membro da família, principalmente por se sentirem despreparadas e pela construção cultural de exclusão, estigmas e preconceitos, o que implica mudanças de postura por parte dos profissionais de saúde.

Muitos profissionais, embora reconheçam sua responsabilidade pelo cuidado na área de álcool e outras drogas, não desenvolvem ações nesse campo específico, o que subutiliza a potencialidade cuidadora da ESF diante das famílias que convivem com os prejuízos decorrentes do consumo de SPAs. Isso pode decorrer do despreparo para lidar com as situações de sofrimento e, também, pelos conceitos morais e preconceituosos sobre o tema (BARROS; PILLON, 2007; ROSENSTOCK; NEVES, 2010). Desse modo, a percepção de si como cuidador, em potencial daqueles que sofrem com uso prejudicial de SPAs, seguida de inexistentes ou inadequadas ações de cuidado, faz-nos compreender a ambiguidade que permeiam as vivências humanas.

Dessa forma, a experiência da saúde não se trata de construir objetos/objetividade, mas de configurar sujeitos/intersubjetividades (AYRES, 2001). Assim, torna-se justificável e inevitável trazer para a superfície a percepção dos profissionais sobre o cuidado à família do usuário de droga, considerando a potência transformadora da interação entre os sujeitos profissionais e sujeitos familiares, a fim de produzir um conhecimento que transcenda como cuidado em saúde.

Ao retomar os vividos no campo da pesquisa, percebemos a confirmação de que a ESF configura-se como dispositivo de cuidado na área e precisa ser evidenciada como tal. Infelizmente, na maioria das tentativas de aproximação, deparamo-nos com a potencialidade produtiva de cuidado dos profissionais da saúde da família sendo abafada por questões culturais e subjetivas, que impossibilitam a abertura a um encontro verdadeiro com o usuário, o que aumenta o sofrimento em seus familiares. As linhas de conexão que deveriam formar a rede de cuidado aos usuários de drogas e suas famílias tornam-se cada vez mais enfraquecidas, o que indica a necessidade de desvelar percepções de profissionais da ESF sobre o cuidado às famílias de usuários de drogas.

Pressupondo que a percepção da equipe da ESF sobre o cuidado às famílias de usuários de droga pode conduzir a forma como desenvolve suas intervenções, o presente estudo tem como questão de pesquisa: **qual a percepção da equipe da Estratégia Saúde da Família sobre o cuidado às famílias de usuários de drogas?**

Para possibilitar respostas ao questionamento levantado, estabelecemos como objetivo geral: **compreender a percepção da equipe da Estratégia Saúde da Família sobre o cuidado às famílias de usuários de drogas.**

Por se tratar de um estudo que visa desvelar percepções e sentidos, alcançar essências e tentar repô-las na existência, utilizamos, inevitavelmente, a fundamentação teórico-filosófica da fenomenologia da percepção do filósofo Maurice Merleau-Ponty. Considerando que “tudo aquilo que sei do mundo, mesmo por ciência, eu o sei a partir de uma visão minha ou de uma experiência do mundo sem a qual os símbolos da ciência não poderiam dizer nada” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 3).

2 REVISÃO DE LITERATURA: OS VÁRIOS PERFIS E A POSSIBILIDADE DE UM NOVO OLHAR

[...] a percepção mesma jamais é acabada, já que ela só nos dá um mundo a exprimir e a pensar através das perspectivas parciais que ela ultrapassa por todos os lados (MERLEAU-PONTY, 2002, p. 82).

O tema proposto para pesquisa emergiu, inicialmente, de minha vivência como militantes da área da saúde mental e foi contextualizado a partir de uma revisão narrativa da literatura, que apontou uma lacuna no conhecimento no que concerne à percepção da equipe da ESF sobre o cuidado às famílias de usuários de drogas. As revisões narrativas descrevem e discutem o desenvolvimento de algum assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual, sem informar as fontes utilizadas ou os critérios utilizados na avaliação e seleção dos trabalhos, que podem ser livros, artigos, documentos (ROTHER, 2007). Nesta pesquisa, a revisão agrega três eixos temáticos que permitirão compreender o contexto onde se insere o objeto desse estudo, conforme exposto a seguir.

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS E SEUS IMPACTOS NA FAMÍLIA

O uso das mais diversas SPAs, que provocam alteração nas funções psíquicas e comportamentais dos seres humanos, para os mais variados fins, sejam recreativos, religiosos ou terapêuticos, constitui um comportamento que faz parte das populações desde as civilizações mais antigas (ALVES, 2009; BRASIL, 2008; LINS e SCARPARO, 2010; MACRAE, 2001).

Em cada cultura, o uso de drogas tem sua própria regulação, podendo ser requisitado, tolerado ou sancionado (SCHENKER; MINAYO, 2003). A princípio, a regulação do uso era condicionada mediante normas e convenções socialmente aceitas dentro de um contexto sociocultural específico (ALVES, 2009). A partir do século XIX, os isolamentos de princípios ativos de várias plantas e sua industrialização

resultaram em apresentações de drogas cada vez mais potentes, promovendo a popularização dessas substâncias, o alastramento do consumo de drogas pelas mais variadas camadas da população e o enfraquecimento dos sistemas de regulação socioculturais do uso de drogas (ALVES, 2009; MACRAE, 2001).

A perda do controle relacionada ao consumo de SPAs resultou em uma necessária intervenção estatal através da formulação e da implementação de políticas públicas. Nesse contexto, ao longo da história, surgem dois modelos de atenção direcionados aos usuários de álcool e outras drogas: o proibicionismo e a redução de danos.

O modelo proibicionista teve origem nos Estados Unidos da América (EUA), no século XIX, mediante aumento da industrialização e do consumo do álcool no país, conferindo-lhe *status* de droga ilícita até 1932 (ALVES, 2009). Não obstante ações restritas ao álcool, os EUA foram responsáveis por iniciativas de mobilização internacional para impor medidas de contenção da produção, comercialização e consumo de outras drogas, tornando o proibicionismo uma política para todas as nações, tendo como marco importante na consolidação do movimento a criação da Comissão de Narcóticos (CDN) pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1946, para fortalecer o sistema de controle e repressão internacional às drogas (ALVES, 2009; GARCIA; LEAL; ABREU; 2008; MACRAE, 2001).

O proibicionismo consiste em um conjunto de leis e políticas baseadas na redução e repressão da oferta da droga, que criminaliza o tráfico, o uso e o usuário e tem como objetivo o combate às drogas, a partir do modelo moral/criminal, que justifica o encarceramento do usuário, e do modelo da doença, que vê o consumidor como um doente que precisa de tratamento e reabilitação (ALVES, 2009; MACHADO; MIRANDA, 2007; NASCIMENTO, 2006; SODELLI, 2010).

Com a promulgação da Lei nº 5.726/1971, que propunha a internação compulsória dos usuários de drogas, os “drogados” eram institucionalizados em hospitais psiquiátricos e tratados como marginais ou psicopatas irrecuperáveis, o que proporcionou, no imaginário social dos profissionais e familiares, a construção do estigma que universaliza todo usuário de droga. As famílias internavam seus membros doentes, reproduzindo uma posição social que era definir que o “mal” estava fora

delas, mantendo-se “boas”; independentemente do padrão de uso, só o fato de usar uma droga ilícita já definia o destino do indivíduo – o de ser marginal e responsável pela infelicidade da família (ZEMEL, 2001).

Políticas de combate às drogas trazem consequências negativas para a sociedade: oneram o sistema judiciário com a lotação de unidades prisionais e o investimento na militarização de ações policiais; fortalecem o tráfico na comercialização ilegal de drogas com custo menor; aumentam o número de consumidores de SPAs e os problemas decorrentes desse consumo, no âmbito físico, psicológico, familiar e social, além de não considerar a família como unidade a ser assistida (ALVES, 2009; NASCIMENTO, 2006).

Nessa premissa, nenhum padrão de consumo é tolerado, o que se torna um obstáculo para as pessoas que sofrem prejuízos decorrentes do uso de drogas na procura de ajuda. Essa condição representa uma barreira ao acesso às instituições de saúde, repercutindo na garantia de direitos sociais de cidadania e de livre acesso aos serviços e ao tratamento adequado (ALVES, 2009).

Na ausência de debates públicos, modelos autoritários e de alta exigência desqualificam e inferiorizam os usuários de droga de forma estigmatizante, desconsiderando os diversos papéis sociais que eles podem exercer. O estigma, como um *status* negativo, pode implicar maiores prejuízos às identidades dos usuários que o próprio efeito químico do uso e, se “o ser usuário adere à pele de um cidadão, sua identidade torna-se passível de ser socialmente configurada de forma que outras de suas características psicossociais constitutivas e papéis tendam a tornar-se secundários” (VALENÇA, 2008, p. 183).

De acordo com relatório mundial sobre drogas 2005, emitido pela ONU, cerca de 5% da população planetária consome SPAs, mas apenas uma parte dos usuários tem problemas decorrentes desse consumo. Entretanto, essa pequena parcela populacional já é suficiente para estigmatizar a totalidade dos usuários (VALENÇA, 2008). Tratar o usuário desconsiderando a heterogeneidade e a complexidade que envolve o uso de drogas torna qualquer intervenção fadada ao fracasso (MACRAE, 2001). Cada pessoa tem suas próprias vivências e experiências, constituindo um modo singular de ser e de estar no mundo que não podem ser ignorados.

Com a perpetuação dos estigmas e dos preconceituosos, o dependente químico tem ficado entre o manicômio e o presídio, ocupando o lugar do louco e do transgressor da lei, ambos excluídos pela sociedade e rotulados ora como doentes e ora como delinquentes, mantendo, também, o sofrimento das famílias (ROSENSTOCK; NEVES, 2010).

Como modelo alternativo ao proibicionismo, a RD surge nos países europeus sob a forma de política preferencial, focada na redução da demanda em detrimento da redução de oferta, pressupondo que o consumo de drogas sempre existiu e sempre existirá na humanidade e, não havendo a possibilidade de eliminar o uso de SPAs, é possível traçar estratégias direcionadas à redução dos riscos e prejuízos a elas relacionados (ALVES, 2009; SODELLI, 2010).

As drogas, mesmo de maneira fugaz, podem promover um modo mais agradável de estar no mundo e os desdobramentos dessa experiência irão depender da maneira como cada um compreende o sentido do seu ser-no-mundo, revelado pelos variados padrões e modos de uso de drogas, o que exclui posturas deterministas do modelo proibicionista, possibilitando espaços para inserção da RD como terreno fértil nas políticas de drogas (SODELLI, 2010).

A RD é caracterizada pela articulação do sistema de saúde com outros dispositivos e setores sociais, centrando suas ações nas necessidades sociais de saúde e nas intervenções possíveis para reduzir os danos decorrentes do uso prejudicial da droga na vida do usuário, da sua família e da comunidade onde vivem (ALVES, 2009; BRASIL, 2004).

A partir de uma releitura social, o uso prejudicial de drogas passa a ser considerado um problema de saúde pública e não médico-psiquiátrico ou jurídico, dando maior visibilidade à atenção ao usuário de drogas no setor público de saúde (ALVES, 2009; GARCIA; LEAL; ABREU, 2008; MACHADO; MIRANDA, 2007).

No Brasil, durante a ditadura militar, em 1980, foi criado e regulamentado o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN). Apesar de ser destacado como órgão normativo dedicado, a princípio, em ações de repressão ao uso e ao tráfico de drogas, desenvolveu intervenções importantes na atenção ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil. Dentre as iniciativas, apoiou centros de referência em tratamento,

pesquisa e prevenção na área de drogas, criados, em sua maioria, pelas universidades públicas; apoiou, também, comunidades terapêuticas, que são serviços filantrópicos de orientação religiosa, destinados à recuperação de dependentes, e programas de redução de danos voltados para prevenir transmissão de HIV/AIDS (ALVES, 2009; MACHADO; MIRANDA, 2007).

Em 1998, o CONFEN foi extinto, dando lugar ao Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) que, juntamente com a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), formaram o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD) pelo decreto 3696/2000, responsável por integrar ações de repressão e de prevenção, não inviabilizando ações de RD (ALVES, 2009; BRASIL, 2004; MACHADO; MIRANDA, 2007).

Somente a partir do governo Lula é que ocorre a apropriação das políticas de álcool e outras drogas no contexto das políticas de Saúde Mental, que até então foram construídas separadamente. Influenciada pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, criada em 2003, ganha um caráter de fortalecimento do controle social, de respeito aos direitos dos usuários de drogas e de seus familiares, o que a constitui em um atraso histórico nas políticas sobre drogas no Brasil (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008).

Outro documento importante é a Resolução nº 3 de 27 de outubro de 2005, que aprova a Política sobre Drogas e que dispõe sobre o acesso às diferentes modalidades de tratamento, recuperação e reinserção social e ocupacional, disponibilizados de forma permanente para usuários e familiares, com investimento técnico e financeiro de forma descentralizada (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008).

Diante do exposto, observamos que as políticas sobre drogas envolvem ações que contemplem a família, considerando-a como parte fundamental no cuidado ao usuário de droga. Nesse campo de atenção, a participação familiar é responsável por grande parte do sucesso das intervenções (LINS; SCARPARO, 2010).

Infelizmente, mesmo com a evolução das leis e políticas públicas na área de drogas, as mudanças não são percebidas pelas famílias e pessoas próximas aos usuários, o que indica uma influência negativa na vida de todos os que convivem com os prejuízos decorrentes do uso de SPAs (VENTURA et al., 2009). Dessa forma, é

importante que os profissionais envolvidos no desenvolvimento de ações voltadas à área da saúde mental, incluindo a área de álcool e outras drogas, estejam sensíveis aos impactos do uso da droga na vida dos familiares, reconhecendo que estes também demandam necessidades de cuidados em saúde.

2.2 A CONTEMPORANEIDADE FAMILIAR E O USO DE DROGAS

Crises econômicas, migração da população da zona rural para a zona urbana, emancipação feminina, inserção progressiva e maciça da mulher no mercado de trabalho, além de provocarem modificações nas famílias de caráter socioeconômico e político, afetaram o delicado equilíbrio das relações entre seus membros (MELLO, 1997; PERUCCHI; BEIRÃO, 2007). A família vivenciou uma série de mudanças funcionais e estruturais que enfraqueceram o modelo hegemônico nuclear e abriu espaço para outros modelos.

Além da família nuclear, no qual o pai é responsável por prover as necessidades da família, a mãe cuida do lar e dos filhos e estes brincam e são educados para a inserção no mercado de trabalho, em um ambiente livre de perigos e turbulências do mundo, outros arranjos vão se constituindo na sociedade brasileira, como exemplo, as famílias formadas por casais sem filhos, monoparentais, matriarcais, homoafetivas, dentre outras (MELLO, 1997; SZYMANSKI, 1997; 2009; MACHADO, 2001; PINHEIRO; GALIZA; FONTOURA, 2009). Assim, a contemporaneidade dos arranjos familiares se revela em uma pluralidade de possibilidades (MACHADO, 2001).

Refletir sobre a definição de família implica ter em vista inúmeras transformações que alteraram as relações interpessoais de seus membros, modificando a composição de cada mundo familiar. O conceito de família é polissêmico e multifacetado, assumindo diferentes modalidades de convivência, o que torna mais viável descrevê-la do que conceituá-la (LINS; SCARPARO, 2010).

Muitas famílias, quando se afastam do modelo nuclear, denominado, por alguns autores, como famílias pensadas, podem experimentar sentimentos de fracasso,

inferioridade e incompetência, acreditar que são erradas, más e indesejáveis, e viver a partir de um ideal muitas vezes inalcançável; outras famílias, consideradas famílias vividas, vivem a partir de seus recursos, com as possibilidades que seus cotidianos lhe apresentam, podendo estar de acordo ou não com a família pensada (SZYMANSKY, 1997; 2009). Nesse contexto, a distância que separa a família real da ideal pode promover um sentimento de desqualificação para seus membros (MELLO, 1997).

Nas situações em que um ou mais membros da família envolvem-se de forma nociva com as SPAs, há uma ruptura nos planos e projetos de um contexto livre dos perigos do mundo, o que pode trazer dificuldades de enfrentamento para familiares que estejam contaminados pelo processo de estigmatização do uso e do usuário de tais substâncias. Isso pode fazer com que a família se considere inserida na sociedade como mais um contexto desestruturado.

Entretanto, diante das múltiplas formas em que a família se apresenta, não é razoável falar de desestruturação, mas sim de polimorfismo familiar, considerando que vários modelos se configuram a partir das relações que as pessoas estabelecem no meio social (MELLO, 1997). O mundo familiar mostra-se sob diversas formas de organização, com crenças, valores e práticas voltadas à solução das necessidades impostas pelo processo de viver, e desconsiderar isso constitui uma ilusão (SZYMANSKY, 1997, p. 25).

Além de lidar com as mudanças funcionais e estruturais, algumas famílias lidam com situações de uso de drogas, que implicam problemas diversos, dentre eles, o ônus financeiro para manter o consumo de SPAs do usuário (SCHENKER; MINAYO, 2003). As autoras destacam que tal situação pode levar a perdas de emprego, rupturas familiares, instabilidade financeira e o abuso físico e psicológico.

Uma pesquisa com pais de estudante de ensino fundamental revelou que eles atribuem à droga diversos males e sentimentos negativos como medo, sensação de perigo e destruição, caracterizando uma substância danosa (BRUSAMARELLO et al., 2008). O estudo revela ainda que os pais estão pouco esclarecidos sobre essas substâncias, sendo alvo de opiniões ambíguas dos meios de comunicação que ora mostram a violência e o tráfico, ora estimulam o uso de álcool e cigarro.

Para o estabelecimento de cuidado às famílias, faz-se necessário que o profissional de saúde, considere as variadas formas de arranjo familiar, e compreenda que cada uma possui suas singularidades. Na formação de cada núcleo familiar, vai se formando uma nova cultura; cada um tem sua história, seus códigos, regras, ritos, jogos e explicações, tornando-se palco de múltiplas interpretações, com expectativas, regras, crenças e valores, dando à ele uma feição própria (SZYMANSKY, 1997; 2009).

Assim, o posicionamento do profissional em relação às famílias requer um enfoque multidimensional do ser e viver, através de posturas flexíveis e práticas mais eficazes, o que exige uma atitude de escuta e acolhimento diante da cotidianidade de cada contexto (GABARDO; JUNGES; SELLI, 2009). No caso das famílias que convivem com o uso nocivo da droga, além de lidarem com todas as transformações sociais e históricas, têm de lidar com o processo de estigmatização que, muitas vezes, as impedem de enxergar novas possibilidades de vida.

Com o fechamento gradativo de hospitais psiquiátricos, os usuários de drogas voltaram para suas casas e as famílias tiveram de se responsabilizar por isso, sem receberem apoio ou cuidado, o que fez os profissionais de saúde começar a pensar sobre as relações que faziam parte da vida desses usuários e perceber a importância da inserção da família no processo de cuidado (ZEMEL, 2001).

Atualmente, muitos desses profissionais reconhecem que as pessoas que vivenciam problemas relacionados ao uso prejudicial de drogas devem ser assistidas de forma integral, apesar de admitirem que pouco se tem atuado nessa área (BARROS; PILLON, 2007; ROSENSTOCK; NEVES, 2010). Esses estudiosos referem que o fato pode ocorrer devido às dificuldades de manejo ou por influências de seus padrões e conceitos morais, sociais e culturais em relação às drogas, o que indica a necessidade de mudança na assistência, incluindo debates sobre as ações das equipes de saúde para o enfrentamento do fenômeno, de forma que ocorra a desmistificação dos significados e conceitos referentes à temática.

Nesse contexto, abordar o tema uso prejudicial de drogas envolve uma série de questões familiares, culturais, econômicas, tecnológicas, dentre outras, que não podem ser consideradas separadamente. Assim, intervir na família implica considerar diversas

articulações que se expressam nas experiências de todos os seus membros (LINS; SCARPARO, 2010).

Considerar o uso da droga apenas como uma patologia promove a rotulação do usuário à condição de doente, o que enfatiza mais a substância do que a relação que o consumidor estabelece com a droga, em vários contextos, em um determinado espaço sociocultural (SCHENKER; MINAYO, 2003). Cada usuário estabelece uma relação com a droga, que pode ser prejudicial ou não, de que não são todas as pessoas que experimentam uma SPAs que estão fadadas às consequências negativas desse ato.

Nesse contexto, a família tanto pode criar condições que favorecem o uso de drogas, como também pode atuar como fator de proteção ao uso prejudicial dessas substâncias. Construção de vínculos, regras e limites claros e coerentes, apoio, negociação, comunicação, relação afetiva e equilíbrio configuram-se como fatores protetores; por outro lado, a tendência ao uso de droga pode estar intimamente relacionada ao papel da família quando falta apoio, não há espaços para expressão de sentimentos, não há interesses em comum, há problemas de relacionamento, relações afetivas precárias, ausência de regras e normas claras, uso de drogas por outros familiares, conflitos constantes e dificuldades de comunicação, apoio e orientação (PRATTA; SANTOS, 2006; SCHENKER; MINAYO, 2003; 2004).

Uma pesquisa com adolescentes revelou que a presença do pai, da mãe ou de ambos no domicílio parece ter um efeito protetor contra o uso do tabaco e de drogas ilícitas, bem como um risco elevado do uso dessas drogas quando os pais são fumantes SPAs (HORTA, R.; HORTA, B.; PINHEIRO; GALIZA; FONTOURA, 2009). Nesse sentido, a autora enfatiza que a família e a cultura podem influenciar sobre usos e costumes relacionados à droga.

Assim, o tratamento deve incluir a família, já que a mesma possui necessidades a serem escutadas e sua participação é fundamental na produção de desfechos melhores (LINS; SCARPARO, 2010; SCHENKER; MINAYO, 2003; 2004).

Ter um usuário de droga no seio familiar geralmente constitui-se em uma realidade de difícil enfrentamento, que pode paralisar a família e impedi-la de construir novas perspectivas de vida como fazê-la tornar-se mais resiliente, ou seja, mais forte e preparada para enfrentar os obstáculos e dificuldades. Desse modo, faz-se

necessário apoiá-la para que possa ver em meio à adversidade, novas possibilidades de transcendência.

2.3 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) E SUAS POTENCIALIDADES DE CUIDADO

Com a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, além do aperfeiçoamento de dispositivos de saúde que demandem cuidados mais específicos, como os serviços de emergências e hospitais-gerais, a assistência a esses usuários e seus familiares deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando dispositivos extra-hospitalares como os Caps, ESF, Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), Programa de Redução de Danos e Rede Básica de Saúde (BRASIL, 2004). Essa política considera necessário fortalecer uma rede de assistência comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, com ênfase na reabilitação e reinserção social, articulada com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, o que exige a implementação de novas estratégias de contato e vínculo com aqueles que sofrem com a problemática das drogas, com o propósito de que estes assumam sua condição de sujeitos sociais (PINHO; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2008).

Houve uma reorientação dos modelos assistenciais, à medida que ocorreu um crescimento do número de serviços substitutivos em Saúde Mental, principalmente, os Caps, acompanhado do progressivo fechamento dos hospitais psiquiátricos.

De acordo com a Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002, o Caps consiste em um serviço de saúde destinado a acolher pessoas com transtornos mentais, buscando integrar o usuário ao seu território (BRASIL, 2004). No caso dos usuários de drogas e seus familiares, surgem os Caps ad, serviços que oferecem atendimento diário com planejamento terapêutico de práticas de cuidado, na perspectiva de reduzir danos sociais e à saúde, possibilitando intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento e responsabilizando-se, também, pela assistência às famílias.

Além dos Caps ad, a AB surge como dispositivo capaz de subsidiar ações de prevenção, diagnóstico precoce, desenvolvimento de ações de RD, tratamento e

referenciamento para a rede de assistência de casos moderados e graves, considerando que o cuidado na AB pode contemplar formas de intervenção precoce, em uma perspectiva de RD, resultando em um impacto positivo sobre os problemas e os custos associados ao uso de drogas (BRASIL, 2004).

De acordo com a Portaria nº 648 de 2006, a AB surge como cenário propício para o cuidado aos que sofrem com a problemática das drogas, já que se constitui em um conjunto de ações que abrangem a promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. A AB é orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, participação social e coordenação do cuidado, e tem como estratégia prioritária para sua organização a ESF.

Na saúde mental, ESF surge como espaço propício ao desenvolvimento de ações de cuidado às famílias que convivem com o sofrimento mental, incluindo as que convivem com o uso prejudicial de álcool e outras drogas (BRASIL, 2005). Assim, a partir de um trabalho em rede com responsabilidade compartilhada, as intervenções da AB juntamente com os outros componentes tornam-se estratégias propícias ao desenvolvimento de cuidado às famílias.

A Portaria nº 648 de 2006 estabelece que o processo de trabalho da AB acontece no território através de atividades que priorizem a solução de problemas mais frequentes nas famílias, focalizando suas ações sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e ambientais, incluindo o acolhimento e a promoção de saúde.

A ESF, não obstante caracterizar-se pela capacidade de cuidar das famílias, tem revelado problemas no campo da produção do cuidado em saúde mental. Apenas 56% das equipes de saúde da família referem realizar ações que confirmam a ESF como recurso estratégico no enfrentamento de agravos decorrentes do uso abusivo de álcool, drogas e outros sofrimentos psíquicos (BRASIL, 2004).

As potencialidades ESF podem ser implementadas mediante ampliação dos recursos assistenciais e profissionais, pois, existindo como um serviço de primeiro contato, procurado pelo usuário com regularidade, facilita a formação de vínculos, o acolhimento e a coordenação do cuidado (GIOVANELLA et al., 2009). Por meio da

atenção domiciliária a ESF pode articular a rede de serviços de saúde no desenvolvimento de um cuidado mais completo, integral e resolutivo, através do vínculo e do acolhimento. O encontro entre profissionais e familiares pode abarcar princípios de autonomia, confiança e corresponsabilização no cuidado à saúde das famílias, construindo uma assistência em que as respostas estejam próximas às necessidades e possibilidades para atendê-las (KERBER; KIRCHHOF; CEZAR-VAZ, 2008).

Muitos reconhecem os problemas relacionados ao uso prejudicial de drogas como agravos à saúde e consideram muito importante assistir esses usuários de forma integral, entretanto, admitem que pouco tem atuado na área (BARROS; PILLON, 2007; GIOVANELLA et al., 2009; ROSENSTOCK; NEVES, 2010). Os autores associam o fato às dificuldades de manejo ou às influências de seus padrões morais, sociais e culturais em relação às drogas. Destacam ainda que, se a AB investir na interação social, tem potencial para efetuar mudanças significativas, o que indica a necessidade de uma transformação na assistência, por meio de discussões sobre as práticas das equipes da ESF no contexto do uso de drogas, de forma que ocorra a desmistificação dos significados e conceitos referentes ao tema.

O olhar para a ESF a revela como estratégia de atenção à saúde que precisa de novos olhares e saberes profissionais, a fim de reconhecer as necessidades dos usuários e familiares (ROSENSTOCK; NEVES, 2010). Esse reconhecimento no contexto do uso drogas constitui um desafio, pois a dependência das substâncias psicotrópicas envolve questões de dimensão superior às reações neuroquímicas dessas substâncias no organismo humano (BARROS; PILLON, 2007).

Diante de perceptíveis crises no setor saúde, ainda hoje, o modelo assistencial dos serviços nesse campo, opera em uma organização centrada em problemas específicos, na ótica hegemônica do modelo médico neoliberal, o que subordina a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar, e transforma as ações dos outros profissionais de saúde subjugadas a essa lógica dominante, empobrecendo ainda mais a potencialidade do núcleo cuidador de cada um deles (FRANCO et al., 2009; MERHY, 2003). Os autores destacam que a produção de cuidado, centrada em procedimentos médicos, está amarrada a um exercício pontual de competência de um

profissional que produz um procedimento especializado, impossibilitando a construção do cuidado em si, de alguém real com necessidades a serem satisfeitas.

Esse modelo de atuação revela que, entre sujeito-profissional de saúde e sujeito-população, há um vazio no qual o resultado das intervenções, geralmente, é o “fracasso”, tanto no âmbito da comunicação do profissional como na compreensão do usuário, o que implica a existência de uma repetição de velhas estratégias, ou então, a desistência de tratar o usuário, baseando o objetivo do cuidado em um simplório “êxito técnico” (AYRES, 2001, p. 67).

O autor destaca que, infelizmente, vícios ideológicos podem transformar as propostas da ESF em um rearranjo político-institucional ainda excludente do ponto de vista social, tornando-a uma “tecnologia simplificada”, o que cria obstáculos diante da riqueza de relações entre a epidemiologia, as ciências humanas e as biomédicas, impossibilitando a construção de estratégias mais ricas e eficazes. Enfatiza, também, que diante dessa crise, é inevitável explorar as possibilidades abertas à renovação e distanciar deformações ideológicas paralisantes e, para tanto, a intersubjetividade se desvela, como caráter relacional que transforma sujeitos em diálogos a partir de um encontro desejado, capaz de alcançar o “sucesso prático”, em detrimento do “êxito técnico” (AYRES, 2001). Dessa forma, o autor aponta que o cuidado torna-se um querer, uma forma simplesmente humana de ser, capaz de produzir saúde através de projetos de felicidade.

A experiência da saúde envolve a construção compartilhada de idéias de bem-viver e de um modo conveniente de buscar realizá-las na nossa vida em comum. Trata-se, assim, não de construir objetos/objetividade, mas de configurar sujeitos/intersubjetividades (AYRES, 2001). Desse modo, torna-se inevitável trazer para superfície a potência transformadora da interação entre sujeitos profissionais e sujeitos familiares de usuários de droga, capaz de produzir um conhecimento que se transcenda como cuidado.

Na ESF, o desenvolvimento de estratégias promotoras de cuidado à família é algo possível de acontecer. As equipes de saúde podem ver o grupo familiar como parceiro no tratamento da pessoa com transtorno mental, como unidade que demanda cuidados específicos e como sujeito político, que junto ao usuário do serviço, lutam

por pelo direito à cidadania. Todos esses aspectos desvelam uma pluralidade de possibilidades de intervenções capazes de promover cuidado.

O vínculo que os profissionais estabelecem com o grupo familiar ocorre a partir da aproximação entre os mesmos e tem como objetivo a inserção da família no cotidiano dos serviços de saúde. Nesse aspecto, a equipe de saúde pode atuar no fornecimento de espaços que contemplem a participação dos familiares de forma criativa e dinâmica.

Nesse contexto, o cuidado revela-se como uma produção social e subjetiva da micropolítica do processo de trabalho, expressa pelo desejo de todos os sujeitos do processo, para além do *status* centralizador da medicina. Ele acontece em meio à interface dos saberes, interseções dos poderes, intersubjetividades, enfim, ao encontro intenso e mágico entre os trabalhadores de saúde e usuários. Diante do grau de liberdade e de singularidade em ato de cada profissional, o mundo do trabalho, em suas complexidades, é ordenado pela leve textura dos encontros e dos afetos que nele se revelam e atuam. Esses afetos podem causar alegria ou tristeza, aumentando ou diminuindo sua potência de agir no mundo da vida, configurando-se em “linhas de vida” ou em “linhas de morte” (FRANCO et al., 2009).

O cuidar é um processo energético, tem movimento e é dialético, é luz e escuridão, pois, assim como se pode ter o cuidado, pode-se não tê-lo (WALDOW, 2004). A autora destaca que o cuidado é integral, universal, existencial e relacional; concretiza-se na relação com o outro e à medida que se ajuda o outro a crescer, envolvendo responsabilidade, compromisso e envolvimento; trata-se de uma forma de viver, de ser e de contribuir com o bem-estar geral, na promoção das potencialidades e da dignidade humana.

Nessa perspectiva, o cuidado não constitui uma função do profissional de saúde, que presta assistência ao outro, mas torna-se uma essência com a qual o cuidador se reconhece a partir da relação intersubjetiva com a pessoa cuidada, ou seja, passa a existir uma universalidade que ambos podem experimentar (SENA et al., 2011).

Assim, a expressão do cuidado consiste em um fenômeno que se revela de forma ambígua nas relações humanas, envolvendo o entrelaçamento do mundo sensível com o mundo cultural, de forma dialógica e intersubjetiva, capaz de

ressignificar sofrimentos, de conduzir usuários de SPAs, familiares e profissionais de saúde a um papel mais proativo no cuidado, de modo a fazer com que cada encontro seja uma oportunidade de (re)construção do outro.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO: A FILOSOFIA DA EXPERIÊNCIA DE MERLEAU-PONTY

“A verdadeira filosofia é reaprender a ver o mundo, e nesse sentido uma história narrada pode significar o mundo com tanta “profundidade” quanto um tratado de filosofia” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 19).

A pesquisa foi fundamentada no referencial filosófico de Maurice Merleau-Ponty, que se caracteriza por descrever os vividos que se mostram à percepção, a partir da intersubjetividade, por meio da qual as vivências imanentes são atualizadas e retomadas como imposições à própria vontade; o que se encontrava no âmbito do sensível torna-se transcendente (SENA, 2006).

A fenomenologia é uma filosofia transcendental que coloca em suspensão as teses instituídas, a fim de repor as essências na existência do homem e do mundo. Trata-se de uma tentativa de descrever diretamente a experiência tal como ela se mostra, sem deferências, interpretações ou explicações de causa e efeito, pois é em nós mesmos que encontramos a unidade fenomenológica e seu verdadeiro sentido (MERLEAU-PONTY, 2011).

Merleau-Ponty desenvolve seu pensamento a partir da leitura dos projetos de fenomenologia de Edmund Husserl, primeiro filósofo a preocupar-se com a criação de um método que pudesse dar conta de descrever como o vivido se mostra à experiência perceptiva. O objetivo de Husserl era retomar o ideal clássico de ciência dos gregos, cuja característica principal consistia em reconhecer a unidade dos fenômenos e restabelecer a filosofia como uma ciência rigorosa, com a investigação da consciência como núcleo da unidade do discurso científico e da existência (SENA et al., 2011; SENA, 2006; CARVALHO, 2010a).

As autoras destacam que tal concepção começou a ser questionada com a emergência do pensamento moderno, especialmente a partir do século XVII e, mais especificamente, com a criação dos instrumentos matemáticos. Com isso, a ideia de que conhecer significava atualizar algo no corpo por meio dos sentidos não mais conseguia se sustentar, o que resultou na relativização da percepção sensível. A partir

daí, surgiram duas tradições científicas: a objetivista, originada por Galileu, afirmava que o real poderia ser apreendido pelos instrumentos da matemática, estando o conhecimento localizado nos objetos, em uma lógica naturalista, e a tradição subjetivista, que surgiu com René Descartes, que acreditava existir um real fora da representação, ou seja, o saber estava localizado no próprio homem, a partir de uma lógica psicologista (SENA, 2006; CARVALHO, 2010a; SENA et al., 2011).

A fenomenologia surge, justamente, visando à superação dessa dicotomia, cuja ênfase consiste em estabelecer um lócus para o conhecimento, já que este é construído na relação intersujeitos, no compartilhar de suas vivências. Para tanto, faz-se necessário reencontrarmos a origem do objeto no próprio coração de nossa experiência, que descrevamos a aparição do *ser* e compreendamos, como paradoxalmente há, *para nós, o em si* (MERLEAU-PONTY, 2011, p.110).

Desse modo, a aproximação com um novo saber implica retomar o mundo vivido, o mundo da experiência, anterior ao mundo objetivo: é preciso restituir à coisa sua aparência concreta, reencontrar os fenômenos por meio dos quais o outro e as coisas nos são dados (MERLEAU-PONTY, 2011). Para o autor, os fenômenos constituem o mundo como o experimentamos, ao contrário do mundo que existe independentemente de nós, como acreditavam os objetivistas, e só podem ser descritos a partir da experiência perceptiva, que sempre acontece sob o ponto de vista de quem a vive.

Nesse sentido, a filosofia merleau-pontyana introduz a perspectiva de que a construção do conhecimento ocorre na intersubjetividade, sem delimitação de um espaço definido. Trata-se de retornar ao mundo vivido, ou seja, ao mundo dos sentimentos, aquém do mundo objetivo, restituindo à coisa sua fisionomia concreta, reencontrado os fenômenos em um sistema eu-outro-coisas no seu estado nascente (MERLEAU-PONTY, 2011; SENA, 2006; SENA et al., 2011).

Portanto, essa fenomenologia, também denominada filosofia da experiência, revela a possibilidade de olhar as coisas como elas se manifestam, sem se preocupar com relações causais ou com demonstrações, mas sim com uma descrição rigorosa, capaz de chegar à essência do fenômeno (MERLEAU-PONTY, 2011).

Para esse filósofo, nós somos a fonte absoluta e nossa experiência não é a soma dos nossos antecedentes, mas caminha em direção a eles e os sustenta, tornando-nos seres temporais; aquilo que para nós é passado ou futuro, está presente no mundo e nas próprias coisas; assim, “o porvir ainda não é, o passado não é mais, e o presente, rigorosamente, é apenas um limite, de forma que o tempo desmorona” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 552). Desse modo, nós não recordamos as experiências passadas exatamente como aconteceram, mas retomamos os vividos sempre de forma atualizada e sempre em uma perspectiva de futuro.

Diante de cada evento, a pessoa retoma a experiência retida e visualiza uma possibilidade futura. Esse processo foi denominado por Edmund Husserl como campo de presença, no qual a consciência flui em múltiplas vivências intersubjetivas, constituindo-se uma consciência transcendental absoluta (SENA, 2006).

Nessa perspectiva, o tempo deixa de ser uma linha, para se transformar em uma rede de intencionalidades, tornando-se uma experimentação do fluir da consciência, que a cada vivência retoma uma vivência antiga de forma modificada, desvelando vários perfis (SENA, 2006; SENA et al., 2011). O método fenomenológico consiste exatamente em descrever o que se mostra por meio da intencionalidade, e essa operação envolve duas etapas: a redução eidética, evento que impõe a suspensão de teses, culturalmente, constituídas; e a redução transcendental, que corresponde à experiência de construir algo novo, tornando *um outro* (MERLEAU-PONTY, 2011).

O processo intencional opera por meio da intersubjetividade. Intuições fenomênicas (ímanente, irrefletida, impessoalidade) diferenciam-se em intuições categoriais (reflexão, razão, pessoalidade) e produzem essências; estas, por sua vez, resultam na produção de um objeto transcendente, que constitui uma unidade que é universal, visto que há uma identidade daquele que produz com aquilo que é produzido (SENA, 2006), conforme descrito na citação que se segue:

no momento em que produzimos o objeto e reconhecemos nele algo que nos é próprio, algo que reflete aquilo que intuímos, passa a haver uma intencionalidade em um sentido mais amplo, ou seja, se nos identificamos com aquele objeto, se este reflete aquilo que intuímos, outros também poderão se identificar, portanto é algo universal, é conhecimento, é uma consciência transcendental (SENA et al., 2011, p. 184).

O objeto é a unificação das várias essências de uma consciência, ele exprime uma unidade que se mostra na intersubjetividade (SENA, 2006). A percepção constitui uma experiência de descrição do corpo próprio, ou seja, a maneira como eu vivo a percepção é ambígua e tem a ver com o mundo que se revela para mim – o “em si” – e minha tendência em direção ao mundo – o “para si”, sendo que a forma como temos de pensar o mundo da vida é vivendo-o e não estando fora dele.

Nesse sentido, o mundo da vida tem a ver com a impessoalidade, ou seja, com os sentimentos que são comuns a todos os homens e o mundo da cultura que relaciona-se com a pessoalidade, com a linguagem que o homem constrói a partir das relações estabelecidas em sociedade. Assim, “falar da percepção do ponto de vista de quem a vive é o mesmo que discorrer sobre a experiência do corpo próprio” (MERLEAU-PONTY, 2011; SENA, 2006, p. 64).

Tal experiência constitui-se em um movimento entre eu e outrem, meu pensamento e o seu formam um, a fala torna-se uma operação comum da qual nenhum de nós é o criador, pois, sendo construída coletivamente, abre possibilidade para experimentarmos a coexistência através de um mesmo mundo (MERLEAU-PONTY, 2011; SENA et al., 2011).

A coexistência nas relações abre possibilidades de ressignificação, bem como de reconstrução de projetos de vida e a criação de novas estratégias de cuidado, e mostra-se em diferentes perfis, o que se revela de forma ambígua, como resultado de um diálogo constante entre o mundo da vida (sentimentos) e o mundo da cultura (reflexão), os quais constituem polos da natureza humana (SENA, 2006).

O mundo se apresenta sempre em perfil, como em uma relação figura-fundo, em que o desvelar da figura vela o fundo e o desvelar do fundo pode revelar inúmeras figuras, ou seja, o sentir e o refletir não são vistos simultaneamente, mas compõem uma unidade, que faz ver a ambiguidade das coisas, dos homens e do mundo (MERLEAU-PONTY, 2011).

Nesse sentido, as relações de cuidado arrastam consigo um fundo de existência, estão sempre em movimento e resultam da relação que estabelecemos com os outros e com as coisas, amáveis e detestáveis, mas revestidas de humanidade (docilidade, hostilidade, resistência, solicitude entre outras coisas); não há separação entre o objeto

e o sujeito, o homem e as coisas se misturam, um está imbricado no outro (CARVALHO, 2010a).

Desse modo, a percepção sobre o cuidado a familiares SPAs mostra-se como corpo próprio, vivência ambígua que tem a ver com o paradoxo entre o mundo que se revela para nós – o *em si* – e nossa tendência em direção ao mundo – o *para si* –, nesse espaço; há uma correlação entre as experiências que nós vivemos em nosso próprio corpo (em si) e aquelas que nós vivemos diante do mundo cultural (para - si) (MERLEAU-PONTY, 2011).

Para Merleau-Ponty, a percepção se faz pelo corpo, a partir dos diferentes olhares sobre o mundo. A experiência vivida é habitada na corporeidade, compreendida como campo de possibilidades para o aprofundamento nos acontecimentos, ressignificando o conhecimento (NÓBREGA, 2008).

A intercorporeidade, em que se utiliza o corpo para explorar o mundo, sinaliza uma generalização entre nós e o mundo, na qual há uma distância insignificante. Essa generalidade do corpo é estabelecida através da universalidade do sentir. Dessa forma, nossas vivências são percebidas como experiência intersubjetiva e intercorporal, na qual as generalidades constituem-se essências que se mostram sempre de forma ambígua (MERLEAU-PONTY, 2011; SENA, 2006; CARVALHO, 2010a).

Quando nos voltamos a um objeto e reconhecemos nele algo que intuí, tivemos uma intencionalidade de ato, ou seja, uma vivência de um todo que se exprime em um ato indicativo que é a própria essência, através da linguagem (SENA et al., 2011). Para a autora, esse objeto, até então, imanente, torna-se transcendente somente através da intersubjetividade. Nessa perspectiva, o cuidado:

(...) deve contribuir para a construção de contextos de intersubjetividades e potencializar a capacidade dos sujeitos envolvidos no processo, de modo que o cuidador e o ser cuidado se beneficiem da interação, e da ambiguidade inerente à vida humana, que abre sempre possibilidades para tornar-se *um outro eu mesmo* (CARVALHO, 2010a, p. 54)

Dessa maneira, o cuidado, como saber, não está nem no cuidador, nem na pessoa cuidada, nem na fundamentação teórica, mas se constitui em um todo que se faz e se refaz a cada experiência construída intersubjetivamente (SENA et al., 2011). Nesse sentido, o cuidado no contexto do uso prejudicial de SPAs ocorre a partir da

relação dos profissionais de saúde com os usuários de tais substâncias e seus familiares, quando estes se abrem ao encontro e à possibilidade de planejar e implementar ações mais resolutivas.

Por tratar-se de um fenômeno com características próprias, que privilegia a intuição e a busca de estruturas universais, o modelo fenomenológico de pesquisa tornou-se um referencial capaz de subsidiar o presente estudo (HOLANDA, 2006). Nesse sentido, a utilização do referencial teórico da Fenomenologia da Percepção possibilitou compreender a percepção dos profissionais que compõem a ESF sobre o cuidado às famílias de usuários de drogas, e revelou que a intersubjetividade potencializa a transcendência de um saber que se estabelece como cuidado.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

O real não está na saída nem na chegada, ele se dispõe pra gente é no meio da travessia (Guimarães Rosa).

4.1 NATUREZA E MÉTODO DA PESQUISA

Considerando a característica do tema a ser estudado: “Percepção da equipe da Estratégia Saúde da Família sobre o cuidado às famílias de usuários de droga”, optei pela abordagem de natureza fenomenológica. Na pesquisa qualitativa, a perspectiva descritivo-exploratória é o ambiente natural que valoriza o processo e não apenas o resultado.

A fenomenologia contribui no sentido de descrever e explorar o fenômeno em questão, que segundo Husserl, era uma forma totalmente nova de fazer filosofia, deixando de lado especulações metafísicas abstratas e entrando em contato com as “próprias coisas”, dando destaque a experiência vivida (SERRA, 2009). Com base na ontologia da experiência sob a ótica do filósofo Maurice Merleau-Ponty:

a fenomenologia é o estudo das essências, e todos os problemas, segundo ela, resumem-se em definir essências: a essência da percepção, a essência da consciência, por exemplo. Buscar a essência da percepção é declarar que a percepção é não presumida verdadeira, mas definida por nós como acesso à verdade. Mas a Fenomenologia é também uma filosofia que repõe as essências na existência, e não pensa que se possa compreender o homem e o mundo de outra maneira senão a partir de sua “facticidade”. É uma filosofia transcendental que coloca em suspenso, para compreendê-la, as afirmações da atitude natural, mas é também uma filosofia para o qual o mundo já está sempre “ali”, antes da reflexão, como uma presença inalienável [...] (MERLEAU-PONTY, 2011, p.1).

Até o momento abordou-se a fenomenologia como um método filosófico, já que suas bases para o método empírico partem desses pressupostos. No entanto, cabe ainda, transpor a fenomenologia para o domínio da pesquisa onde o problema do pesquisador está consubstanciado em dúvidas e não em hipóteses prévias. Assim, ele deverá interrogar os sujeitos para conseguir respostas a essas dúvidas.

Na aplicação do método em questão à pesquisa, o fenômeno será compreendido

a partir dos sentimentos vividos por profissionais que compõe a equipe de uma ESF com relação ao cuidado ao usuário prejudicial de drogas e sua família.

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Saúde da Família (USF) no município de Ibicaraí-BA, compreendendo que a ESF possui potencial para o desenvolvimento de ações direcionadas às famílias que convivem com problemas decorrentes do uso prejudicial de drogas, já que todas as famílias do município de Ibicaraí são cobertas por ESF, o que justifica o local escolhido para a realização da pesquisa.

Dentre os serviços de saúde, o município apresenta 100% de cobertura de ESF, com 11 USF, um Hospital Geral, uma Secretaria de Saúde, três consultórios isolados, um Caps modalidade I e uma Residência Terapêutica. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Ibicaraí é um município de Mata Atlântica, 232 km², com 24.272 habitantes (IBGE, 2010).

A composição de serviços especializados inseridos na rede de atenção em saúde mental do município escolhido para a pesquisa condiz com a Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, estabelecendo que o Caps I é um serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. Nestes municípios, o Caps para transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas (Caps ad) não é implantado, pois o mesmo é indicado apenas para municípios com população acima de 100.000 habitantes.

Mesmo com o avanço do cuidado em saúde mental a partir da criação de serviços substitutivos, como os Caps, é preciso avançar ainda mais nesse campo de atuação, incluindo ações no campo do álcool e outras drogas, principalmente em municípios que não tem Caps ad. Nestes municípios, a ESF surge como dispositivo fundamental na rede de cuidados em saúde mental, o que inclui ações direcionadas na área de crack, álcool e outras drogas.

De acordo com a Portaria nº 648, a ESF visa reorganizar a AB, com enfoque no território, a partir do cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional e de ações dirigidas aos problemas de saúde da comunidade, no intuito de cuidar das pessoas e das famílias ao longo do tempo e constituindo-se em um espaço de cidadania.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada com nove participantes, sendo um representante de cada categoria profissional da equipe da ESF: a Médica, o Enfermeiro, o Técnico de enfermagem, o Agente Comunitário de Saúde (ACS), o Odontólogo e a Auxiliar de Consultório Dentário (ACD). Essa equipe é definida de acordo com a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB para a ESF e o Pacs.

Além desses participantes, foram incluídos outros profissionais da ESF: o Auxiliar Administrativo, a Profissional de Serviços Gerais e o Guarda Municipal. Considerando que o cuidado não é atribuição específica e exclusiva do profissional de saúde, mas se revela como uma possibilidade em todas as relações, o que não excluem outros profissionais. Caso excluísse outras categorias profissionais, estaríamos sendo incoerentes com o referencial teórico da pesquisa.

Inicialmente, compareci à Secretária de Saúde do município, onde fui recebida cordialmente pela coordenação da Atenção Básica e pelo secretário de saúde, os quais ouviram a proposta da pesquisa e viabilizaram as informações necessárias para o início da mesma.

Após autorização do secretário para a realização da pesquisa no estabelecimento de saúde, fui à Unidade de Saúde da Família (USF), agendando junto ao enfermeiro, um encontro com todos os profissionais. No dia da reunião, a equipe cedeu-me um espaço acolhedor para apresentar o projeto de pesquisa, esclarecer as dúvidas sobre o mesmo e solicitar a colaboração deles como participantes, os quais aceitaram

prontamente à minha solicitação. Em todos os momentos que estive na unidade, fui bem recebida por todos, o que favoreceu o desenvolvimento das atividades.

Como critérios de inclusão, a equipe escolhida foi aquela que trabalha junto há mais tempo no território de abrangência, considerando que um maior tempo no território possa significar um maior vínculo da equipe com a comunidade. Os informantes foram maiores de 18 anos, tinham disponibilidade para a pesquisa, consentindo sua participação voluntária com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Quadro 1). E como critérios de exclusão: a ausência de algum representante das categorias profissionais na equipe, profissionais em período de férias, em licença para tratamento de saúde (LTS) ou em período de produção de dados.

Quadro 1 – Caracterização dos informantes da pesquisa, Ibicarai, 2012.

Identificação dos informantes	Idade (anos)	Sexo	Tempo no serviço	Experiência profissional
Profissional de serviços gerais	31	F	3 anos	Auxiliar de cozinha
Médica	34	F	5 anos	Psiquiatria e Medicina de família
ACD	58	F	8 anos	Programa de nutrição e saúde
Enfermeiro	29	M	5 anos	ESF
Odontólogo	31	M	5 anos	Consultório odontológico e estabelecimento farmacêutico.
Técnico de enfermagem	34	M	4 anos	Estoquista em depósito e ACS.
Auxiliar administrativo	24	M	6 meses	Auxiliar de contabilidade, vendedor, caixa de mercado e agente de endemias.
Guarda municipal	34	M	3 anos	Vaqueiro e armador de móveis.
ACS	43	M	5 anos	Metalúrgico, vigilante, motorista, porteiro, bar, mercearia, oficina de carro, roça, técnico de enfermagem.

4.4 ESTRATÉGIA PARA DESCRIÇÃO DAS VIVÊNCIAS

A descrição das vivências foi realizada na própria unidade com cada profissional separadamente, em uma sala que não estava sendo utilizada naquele período. Os encontros foram agendados previamente em horários de pouca movimentação no serviço, utilizando dois instrumentos: o desenho estória com tema e a entrevista aberta.

O desenho estória com tema constitui-se em uma técnica projetiva, e sua aplicação no presente estudo consistiu no emprego de um meio indireto de expressão, justificando-se pela facilidade de deixar o informante livre para uma comunicação mais espontânea e por se constituir em um recurso de investigação em pesquisa (TRINCA, 1997).

Embora o emprego da técnica projetiva no nosso estudo tenha sido embasada nas justificativas acima descritas, julgou-se interessante explicitar sobre a fundamentação teórica da técnica, situando o leitor quanto à origem e finalidade da mesma como uma forma de investigação clínica da psicanálise.

O procedimento desenho estória com tema teve sua origem na psicologia clínica, desenvolvido a partir do Desenho-Estória criado por Trinca em 1976, utilizando informações de técnicas temáticas e gráficas para ampliar o conhecimento do dinamismo da personalidade, a partir de sua exploração ampla, pondo em relevo a dinâmica emocional dos processos inconscientes (COUTINHO, 2005; CARVALHO, 2010; RIBEIRO; NASCIMENTO; COUTINHO, 2010).

Inicialmente, buscava-se substituir modelos clássicos da psicologia pela introdução de métodos não-invasivos, mais libertos da rigidez excessiva e condizentes com a atuação do psicólogo. Foi quando surgiu a psicanálise de Freud, abrindo espaço para a ampliação do diagnóstico psicológico, a partir de uma série de recursos e meios de investigação que valorizassem mais as habilidades do profissional do que os instrumentos clássicos de mensuração (TRINCA, 1997).

Neste contexto, surgem os testes projetivos, sobressaindo na prática de investigação clínica da personalidade. Dentre os testes criados, surge o procedimento de Desenhos-Estórias.

Impôs-se fortemente o uso do processo diagnóstico de tipo compreensivo. Para tanto, além da Psicanálise, foram incorporadas as contribuições provenientes dos mais variados campos de atividades psicológicas, com a Psicologia Fenomenológico-Existencial, a Psicologia da Gestalt, o Behaviorismo, os estudos sobre a dinâmica familiar e sobre os processos de desenvolvimento humano. A proposta central dessa nova concepção vinha a ser a integração das diversas conquistas ocorridas em diferentes áreas do conhecimento (TRINCA, 1997, p. 21-22).

Não se limitando ao uso da clínica, as técnicas projetivas ganharam espaço no campo científico, sendo utilizadas em pesquisas qualitativas. É importante ressaltar que o uso da técnica Desenho Estória com Tema já possui validade em estudos das Representações Sociais, entretanto constitui-se em um método flexível e de fácil adaptação à pesquisa de diferentes objetos sociais (CARVALHO, 2010). Nesta perspectiva, o uso da mesma neste estudo constitui-se em uma tentativa desafiadora de validá-la também em estudos fenomenológicos, já que a fenomenologia constituiu-se em um dos campos do saber que contribuiu no desenvolvimento das técnicas projetivas.

Além disso, pode ser aplicado em grupos de participantes com características variadas, em qualquer faixa etária, sexo, condição psicopatológica, nível sócioeconômico, cultura, grau de instrução, além de escapar de discursos politicamente corretos que os procedimentos discursivos originam (CARVALHO, 2010b). Podendo ser aplicado com profissionais de serviços de saúde.

A técnica projetiva pode ser utilizada como recurso de abordagem para temas de difícil acesso em pesquisa; pode ser utilizada mediante dificuldades de expressão do informante (FARIAS; FUREGATO, 2005).

O Desenho Estória com Tema é um procedimento pelo qual é possível conhecer as vivências dos informantes da pesquisa de forma mais espontânea, a partir do relacionamento interpessoal entre o pesquisador e pesquisando. O desenho propiciou a descontração e criou um momento favorável para a coleta de dados pelo seu caráter lúdico; constituindo-se um processo que retrata em linguagem gráfica, o sentimento de quem desenha (FARIAS; FUREGATO, 2005).

O informante fez um desenho e contou uma estória sobre o que desenhou. O desenho e a história funcionaram como recursos que facilitaram as descrições vivenciais dos informantes (FARIAS; FUREGATO, 2005; RIBEIRO; NASCIMENTO; COUTINHO, 2010). O desenho é uma forma de comunicação escrita, e a história, a comunicação oral (JAHN et al., 2007).

O material utilizado para a realização do Desenho Estória com Tema foi o mesmo utilizado no Desenho-Estória, incluindo folhas de papel em branco de tamanho ofício, lápis preto grafite nº 02 entre macio e duro e caixa de lápis de cor com variados tons. A aplicação da técnica ocorreu em ambiente silencioso, com instalações confortáveis, iluminação adequada e livre de interrupções por terceiros (TRINCA, 1997).

Como a nossa pesquisa não teve como objetivo a investigação clínica obtida a partir das técnicas projetivas, inicialmente foi feita uma adaptação da técnica de aplicação do Desenho-Estória de Trinca (1997), com base na técnica aplicada por Carvalho (2010b):

- a) O informante sentou-se em uma mesa com uma folha em branco e lápis espalhados sobre a mesa para a aplicação do Desenho Estória com Tema.
- b) O pesquisador solicitou que o informante fizesse um desenho: “faça um desenho relacionado ao cuidado às famílias de usuários de drogas”. Este momento possibilitou uma maior aproximação do pesquisador com o pesquisando, propiciando uma abertura para a compreensão das vivências através da interação entre ambos.
- c) Em seguida, o informante foi orientado a olhar para o desenho que fez e escolher contar uma história de forma escrita ou oral, com início, meio e fim. Todos preferiram a segunda opção e seguiu-se a gravação das mesmas.
- d) Concluído o desenho e a história, passamos para a fase de inquérito. Este momento possibilitou esclarecimentos necessários para a compreensão do material produzido ou obtenção de novas informações (TRINCA, 1997).

Nesta pesquisa, sendo coerentes com a abordagem fenomenológica, não houve análise ou interpretação dos desenhos, mas sim a descrição e compreensão das

descrições que emergiram das histórias contadas a partir dos desenhos e que responderam à questão de pesquisa.

Como a técnica projetiva na pesquisa não é usada isoladamente, depois da sua aplicação foi realizada uma entrevista aberta (APÊNDICE C) para complementar e investigar dados sobre o cuidado às famílias de usuários de drogas. A duração da aplicação das técnicas não ultrapassou duas horas e foi gravada do início ao final.

A técnica de entrevista aberta possibilitou a liberdade para discorrer sobre determinado tema, sendo possível explorá-lo com profundidade, por meio de conversação informal e, por isso, é usada quando o pesquisador deseja ter um maior número de informações sobre o tema que se pretende investigar (BONI; QUARESMA, 2005). Além disso, permite a interação social entre duas pessoas no qual o objetivo é a obtenção de informações, que pode ser por meio de um roteiro de entrevista constando de pontos ou tópicos previamente estabelecidos de acordo com uma problemática (HAGUETTE, 2001). Uma vantagem da utilização da entrevista em pesquisa qualitativa é a obtenção de dados tanto de natureza “objetiva”, quanto de natureza “subjetiva”, sendo os desta última referentes à pessoa do entrevistado, como opiniões, valores, atitudes, percepções, entre outros (TURATO, 2003).

Neste sentido, a entrevista apresentou-se como um instrumento precioso de conhecimento interpessoal, no encontro face a face, facilitando a compreensão de uma série de fenômenos, bem como um momento fenomenológico, que solicitou também uma compreensão fenomenológica ou existencial, onde o conteúdo manifesto transcendeu na relação intersubjetiva entre o entrevistado e o pesquisador (TURATO, 2003).

Enquanto uma técnica auxiliar na pesquisa qualitativa, a entrevista proporcionou a movimentação dos discursos entre ambos os integrantes da relação facilitando o alcance dos objetivos propostos. Permitiu, portanto, a mobilização da fala por meio da livre associação de ideias favorecendo a expressão de pensamentos, antes imanentes (TURATO, 2003).

4.5 PROCEDIMENTOS PARA A COMPREENSÃO DAS DESCRIÇÕES VIVENCIAIS

A compreensão das descrições obtidas ocorreu por meio da Analítica da Ambiguidade, estratégia pensada e construída com o intuito de possibilitar a compreensão de achados em estudos fundamentados pela Fenomenologia da Percepção de Maurice Merleau-Ponty, podendo ser aplicada em estudos com outras abordagens cujo foco é a percepção humana, considerando que esta se revela como algo ambíguo (SENA et al., 2010).

A estratégia surgiu da necessidade da pesquisadora ser fiel e coerente à filosofia fenomenológica, na qual a ambiguidade se configura na percepção do ponto de vista de quem a vive. Não trata de descrever o mundo em si mesmo, mas descrever vivências intuitivas tais como elas ocorrem nos objetos transcendentais, resultando na categorização do dado (SENA; GONÇALVES, 2008), a partir dos seguintes passos:

- a) A partir das transcrições literais das descrições vivenciais dos informantes, organizamos organizou os textos que emergiram dos encontros entre os sujeitos falantes (participante-pesquisador).
- b) Com a realização das transcrições e os textos organizados, fizemos a leitura exaustiva de todo o material, compreendendo que a fenomenologia não vai explicar as vivências, mas sim descrevê-las numa perspectiva do desvelamento da experiência de forma ambígua.
- c) A partir daí, os fenômenos (percepção) se mostraram em si mesmos, a partir de si mesmos com a leitura fluida do material. Durante as leituras, a nossa percepção reconheceu-se na essência da intersubjetividade, ou seja, houve a expressão de uma generalidade intercorporal que sempre parte das vivências.
- d) Realizada a leitura exaustiva, foram efetivadas objetivações. A ambiguidade constitui-se em sensível ou pré-reflexivo (sentimento) e reflexivo (pensamento, linguagem). As objetivações consistem em processos que transmuta do pólo pré-reflexivo ao reflexivo, realizados pela fala.

Nesta perspectiva, o encontro entre os sujeitos falantes não foi uma troca de informações, mas estabeleceu-se em uma experiência em que as falas precederam e articularam pensamentos plenamente no exterior, onde o conhecimento se mostrou na intersubjetividade (SENA; GONÇALVES, 2008).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

As exigências éticas da pesquisa com seres humanos foram observadas conforme Resolução CNS nº 196/96 (BRASIL, 1996). O protocolo do projeto de pesquisa foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/Uesb), sendo aprovado sob nº 191/2011 (ANEXO A). A coleta de dados foi iniciada somente após sua aprovação. Mediante assinatura pelos informantes do TCLE (APÊNDICE A), Termo de Autorização do Estabelecimento (APÊNDICE B) e autorização da pesquisa pelo CEP, a aplicação da técnica projetiva e a entrevista foram realizadas, as falas foram gravadas e posteriormente transcritas para análise dos dados, preservando o sigilo e o anonimato dos sujeitos da pesquisa, utilizando-se o nome da profissão.

Assim, foi possível divulgar o conteúdo gravado a partir de uma transcrição literal do mesmo para a publicação dos resultados do estudo. Além disso, foi garantido o direito de desistir da pesquisa sem prejuízo algum em qualquer uma de suas fases, caso não desejasse mais participar. Os dados obtidos foram manipulados apenas pelos pesquisadores responsáveis e colaboradores, não identificando os participantes.

A compreensão que a pesquisa pretendeu alcançar poderá contribuir para transformar práticas cuidativas, que, porventura, não tenham ainda se mostrado eficientes no atendimento às famílias que convivem com os problemas decorrentes do uso prejudicial de drogas.

5 AMBIGUIDADES VIVENCIAIS NO CUIDADO À FAMÍLIA NO CONTEXTO DO USO DE DROGAS

“De tudo que eu trazia ele serviu-se para atrair-me para mais além” (MERLEAU-PONTY, 2002, p. 33).

O estudo constituiu-se em uma experiência perceptiva que nos possibilitou **compreender a percepção da equipe da ESF sobre o cuidado às famílias de usuários de drogas**. Assim, não buscamos conhecer representações dos profissionais sobre o cuidado, mas a forma como o vivenciam.

A resposta à questão de pesquisa emergiu do diálogo entre o conhecimento empírico (descrições construídas com os participantes do estudo), o conhecimento merleau-pontyano (referencial teórico-filosófico) e as produções científicas que versam sobre a temática, por exemplo, drogas, família e cuidado.

Por meio do vínculo estabelecido nos encontros com os profissionais da ESF, a ambiguidade imanente foi mostrando-se na experiência intersubjetiva, tornando-se transcendente. Processo que se fundamenta na relação figura-fundo, cujo olhar em direção ao fundo (mundo cultural) permite a percepção de algo a mais que se anuncia na figura (mundo sensível), e que se desvela de forma paradoxal.

Na intersubjetividade, compreendemos que as vivências dos profissionais têm a ver com o entrelaçamento do mundo sensível (impessoalidade, sentimentos) e o mundo cultural (pessoalidade, julgamento social, racionalidade). Logo, as descrições desvelaram o conflito existente entre o sentir e o pensar, entre o que não foi possível deliberar e a preocupação de elaborar e emitir uma resposta técnica, acadêmica que contemplasse o que foi questionado. Neste sentido, a percepção sobre o cuidado mostrou-se de forma ambígua, em função dos diferentes perfis emergentes do entrelaçamento entre o mundo da vida e o mundo da cultura, os quais se constituem polos da natureza humana (MERLEAU-PONTY, 2011; SENA, 2006).

Assim, a cada encontro, percebemos sentimentos, crenças, pensamentos, concepções, perspectivas, valores culturais, religiosos, morais, sempre realizando a suspensão das teses que os participantes tentavam sustentar. Estes aspectos levaram-nos a perceber a indissolubilidade entre os sentimentos e a linguagem, interpelados no

surgimento das verdades relativas à realidade, que surgem como perfis, o que torna este estudo interminável, sempre aberto a possibilidades, assim como a natureza humana revela-se na experiência intersubjetiva.

Pela experiência, conseguimos pontuar quatro teses principais que orientam o cuidado da equipe às famílias de usuários de drogas, configurando-se, muitas vezes, numa experiência de descuido. A primeira tese relaciona-se à visão que a equipe tem sobre o contexto do uso de drogas, caracterizado como o “*mundo das drogas*,” da “*malandragem*”, da “*violência*”, da “*perdição*”. A segunda refere-se à concepção de droga como um objeto em si mesmo. A terceira traz o usuário como um ser marcado por estigmas, “*largado*”, “*jogado às traças*”, “*assassino*”, “*ladrão*”. Por último, a noção de cuidado que se desvelou ao mesmo tempo objetivista e subjetivista. A percepção dessas teses conduziu-nos a entender que a forma como a equipe vê as famílias e seus contextos, interfere na forma como ela cuida. O que reforça o pensamento merleau-pontyano de que, no universo cultural, as teses incorporadas mobilizam sentimentos e condutas humanas (MERLEAU-PONTY, 2011).

Com base na filosofia da experiência de Merleau-Ponty, o exercício fenomenológico consistiu em identificar, nas descrições vivenciais dos participantes, as teses que postulam ser as coisas *em si mesmas* e suspendê-las a partir das ambiguidades que se mostram à experiência perceptiva. O que nos possibilitou, através do diálogo, efetivar objetivações que consistem em processos que transmutam do polo pré-reflexivo ao reflexivo.

Nos parágrafos que se seguem, traremos a discussão em torno da primeira tese referente à *crença na existência de um espaço de inserção próprio do usuário de drogas, que está separado da sociedade em geral*, isto é, do contexto daqueles que estão “*fora do ambiente das drogas*”, especialmente os profissionais da saúde – os técnicos. Consiste, portanto, em acreditar que existem na sociedade dois lados: o lado do bem e o lado do mal, conforme veremos nas descrições a seguir:

[...] e aí compra, vende, gostou da primeira vez, vendeu, fez o dinheiro e tudo, então “aqui está bom, o caminho é esse”, e aí é onde se desvia ali pra **aquele caminho ruim**. É isso aí! (ACD).

Eu tenho exemplo de amigos que cresceram junto comigo, tipo assim, a gente cresceu junto, um grande amigo meu mesmo e a gente viveu na bagunça, entendeu? E só um de nós três, éramos três, e só ele que **deu para o lado do vício, do lado mais maldoso** e foi pra São Paulo, chegou lá perdeu o irmão também que era viciado em drogas (Auxiliar Administrativo).

A descrição da ACD faz ver o “*mundo das drogas*” como o “*caminho ruim*” para o qual o usuário se desvia, e o Auxiliar Administrativo refere-se a esse mundo como o “*lado do vício*” ou o “*lado maldoso*”, o que o constitui em um lugar objetificado e separado da sociedade. Esta percepção revela uma figura e um fundo, já que, ao trazer a ideia de mundo “*maldoso*”, o profissional coloca-se como um observador pertencente ao *mundo do bem* e imune às drogas. Entretanto, mantendo-se fora do mundo observado, o sujeito não desenvolve quaisquer laços de interesse, emoção, significação ou valor com coisas deste mundo (MATTHEWS, 2010), o que fortalece a polaridade entre o profissional e o usuário evidenciada nos seguintes relatos:

Pra mim, encontrou Deus, teve coragem de procurar Deus, **vai sair**, a maior força, né. Os amigos apoiam, Deus está trazendo “**venha pro meu lado, meu filho**” e tudo resolvido pra mim (Odontólogo).

Então de qualquer forma a gente se sente culpado também, fala assim “se eu tivesse falado aquela palavra naquele dia, **ele hoje não estaria lá, ele estaria do lado de cá**”, não é isso (Técnico de Enfermagem).

Expressões como “*meu lado*”, “*lá*”, “*cá*” reforçam a ideia do “*mundo das drogas*” como separado do mundo da equipe. Ao afirmar “*vai sair*”, o Odontólogo parece anunciar que, para estar ao lado de Deus, aqui compreendido como o “*lado do bem*”, o usuário necessita deslocar-se de algum lugar que, até então, o torna isento da presença divina. Esse lugar, concebido em uma perspectiva estigmatizante como o “*mundo das drogas*”, localiza-se fora da sociedade, ou seja, em um espaço no qual o profissional julga-se não coabitar. Olhando como quem olha de fora, essa polaridade pode configurar-se em um limite para o envolvimento da equipe com esse mundo, já que o vê como um ambiente “*desarticulado*”, como mostra o relato a seguir:

É o que está acontecendo, a demanda só aumenta, a faixa etária só diminui, o consumo aumenta cada vez mais, por conta disso alguns pacientes realmente desenvolvem um quadro psicótico grave e **se tornam não funcionais, jovens, não conseguem reestruturar a vida, não conseguem entrar no mercado de trabalho, não conseguem**, dá uma **desarticulação assim do mundo, do mundo deles** [...] Até porque não achava emprego, certo, **um ambiente que não via uma outra vigência, não via outros mundos, estava muito difícil** (Médica).

A descrição revela o “*mundo das drogas*” como um ambiente *em si mesmo*, e o fato de o usuário pertencer a ele o torna “*não funcional*”, impedindo-o de “*reestruturar a vida*”. A partir dessa compreensão, podemos pensar que o fato de o mercado de trabalho não admitir pessoas envolvidas ou que já se envolveram com drogas pode estar relacionado ao estigma que entorna esse contexto, sempre concebido como um “*mundo ruim*”. Nesta perspectiva, consumir drogas constitui-se em um processo anticivilizatório, um desvio diante dos projetos de desenvolvimento de uma sociedade civilizada onde a segurança coletiva deve ser predominante (VALENÇA, 2010).

Mesmo quando a abstinência parece ser a expressão máxima para o ajuste, a purificação e a aceitação social do usuário, o caráter de vigilância pode manter-se eterno, à medida que os profissionais compreendem a *doença* provocada pelo uso de drogas como algo incurável que, apesar de poder estabilizar-se, sempre estará presente (MORAES, 2008). Desse modo, o estudo mostra que a eterna sujeição à possibilidade de recair inscreve o *doente* como alguém em quem não se pode confiar, o que contribui para a passividade, exclusão e enfraquecimento da organização social do próprio usuário, como expressa a profissional a seguir:

Fora que **sempre** entrar no **mundo das drogas é um mundo da perdição** [...] E aí o que é que acontece, o jovem entra no **mundo das drogas, da malandragem, da violência** [...] (Profissional de Serviços Gerais).

A descrição revela um olhar determinista sobre o “*mundo das drogas*”, ao associá-lo diretamente à perdição, ao roubo, ao tráfico, ao crime e à violência, o que faz eco à visão objetificada que a equipe possui sobre ele. A constituição desse mundo como objeto com o qual não se mistura, não se estabelecem relações, impede a

abertura a *um outro eu mesmo*. “Eu alieno meu poder perpétuo de me dar “mundos” em benefício de um deles, e por isso mesmo este mundo privilegiado perde sua substância e termina por ser apenas *uma certa angústia*” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 124).

Nesse sentido, como o cuidado é um saber que se mostra na intersubjetividade (AYRES, 2001; SENA, 2006; CARVALHO, 2010a; SENA et al., 2011; SOUZA, 2011), é importante que os profissionais compreendam que a visão de “*mundo das drogas*” configura-se como uma tese que os distancia das pessoas que vivenciam esse contexto, ou seja, dos usuários e de suas famílias. E por limitar a experiência intersubjetiva, a tese constitui-se em uma barreira para o cuidado, visto que este se configura em um modo de relacionar-se com alguém, envolvendo confiança mútua, transformação, crescimento e realização das pessoas envolvidas (WALDOW, 2005). Assim, é fundamental que haja a resignificação do que se instituiu como “*mundo das drogas*”, na perspectiva de fortalecer o cuidado por meio da aproximação entre equipe e famílias de usuários.

Outra tese que aparece nas descrições consiste na *crença de que a droga constitui-se como algo em si mesmo e, como pertencente ao “mundo maldoso”, é responsável pelas “coisas negativas” que a família vivencia*. Nesse sentido, a substância ganha *status* de culpada, ao invés de se considerar que não é a droga *em si* que traz prejuízos à sociedade, mas sim, o vínculo que o usuário estabelece com ela, que pode transformar-se ou não em uso prejudicial. Essa percepção é interessante, uma vez que não há sociedade sem drogas, pois elas sempre existiram e sempre farão parte da história humana, e a experiência que a pessoa tem com elas é resignificada a cada perspectiva que se cria. Pode ser que a pessoa nunca volte a usá-las ou que as use, mas sem associação com furto, assassinato, tráfico ou qualquer outro objeto personificado pelo imaginário social. Vejamos as descrições a seguir:

O crack está acabando com todas as famílias [...] a droga está solta [...] ela traz muito o que não presta [...] Eu acho que a droga traz muitas coisas negativas para dentro de casa (Guarda Municipal)

Eu acho que a escola é o estopim mesmo para a pessoa saber mesmo **o que é droga, como é ruim, o que traz para a família, o que causa na família**, acho que é a escola (Auxiliar Administrativo).

As descrições fazem ver que os profissionais concebem a droga como algo “ruim”, que traz “o que não presta” para dentro das casas, dando à química o poder que ela não possui de destruir “todas as famílias”, quando, na verdade, não é a droga em si que traz prejuízos ao usuário ou à sua família, mas a forma como as pessoas se relacionam com ela é que pode configurar-se ou não em descuido. Nesse sentido, podemos compreender que a droga não existe *a priori*, já que são a atividade simbólica e o conjunto das motivações no usuário que transformam a SPA em droga. Assim, “uma substância química só se torna uma droga, provocando dependência dentro de um determinado contexto de relações entre atividades simbólicas e ambiente” (MACRAE, 2001, p. 26). Vejamos os relatos:

A família, vamos botar assim, pai e mãe, ela cria um filho achando que esse filho vai ter um trabalho, vai ter nome, vai ser uma pessoa honesta, mas “enis (n)” problemas **o filho cai na droga**, [...] Mas o que é que uma família espera? **Espera que o filho dela seja uma pessoa direita**, certo? Claro que um pai alcoólatra e uma mãe drogada, os filhos, praticamente, vão achar aquilo normal dentro de casa, certo (Técnico de Enfermagem).

Colocando ele de alguma forma no trabalho pra ele está **longe das drogas** (Enfermeiro).

[...] e aqui é parte do tratamento e que eles se mostram interessados, como interesse de **sair das drogas** e acompanhar a integração da sociedade (Odontólogo).

[...] por isso que **acontece as drogas, a bandidagem**, é isso aí (Guarda Municipal).

Além de reforçarem a associação do usuário ao “*mundo do mal*”, aqui caracterizado como uma pessoa desonesta que “*cai na droga*”, as descrições mostram a substância como um objeto responsável pela destruição de “*todas as famílias*” e que, por isso, é preciso “*estar longe*”, “*sair das drogas*”. Essa compreensão confere à substância *status* de descuido que mata, vicia, adocece e causa sofrimento. No entanto, desde a pré-história, membros de diferentes culturas humanas utilizam SPAs (MACRAE, 2001), o que inviabiliza pensar em uma sociedade sem drogas. O Guarda Municipal reforça essa compreensão ao trazer a droga como um acontecimento relacionado à “*bandidagem*”, o que transforma o uso em um comportamento errado, antissocial e criminoso, conforme podemos constatar nas descrições a seguir:

A gente tenta, mas às vezes são elas mesmas que não querem, já tem aquele instinto ruim, aquele instinto [...] só Deus pra dá jeito naquela ali, uma criança que **se jogou no mundo das drogas**, da prostituição [...] Então se a gente tentar, **tentar e não conseguir foi porque até fizemos a nossa parte, o resto foi eles que não quiseram** (ACD).

A expressão “*só Deus pra dá jeito*” desvela a tese da profissional de que o usuário de drogas é incapaz de superar a “*dependência*”, o que o impede de construir projetos de vida. Na afirmação: “*já tem aquele instinto ruim*”, a ACD demonstra acreditar que usar drogas constitui algo inato, como se a pessoa já nascesse predestinada ao uso. Neste sentido, os usuários tendem, cada vez mais, a sofrer com o estigma e com a culpa decorrentes de teses como essa, independente de seus papéis sociais (VALENÇA, 2008).

Observa-se nas descrições, a influência do psicologismo, segundo o qual o sujeito é determinado a ser algo. Esta tradição pode aumentar a distância entre profissionais e famílias, o que interrompe a experiência de *um outro eu mesmo*. É mais cômodo acreditar que a pessoa é produto do meio e único responsável por suas ações, do que vê-la como alguém que pode tornar-se *outro* e que precisa de atenção. Logo, a ênfase no estilo de vida nunca deve ser traduzida como se fosse de responsabilidade exclusiva da pessoa: tal abordagem tenderia a *culpar a vítima* (SCHENKER; MINAYO, 2005), ao acreditar que a continuidade do uso da droga é uma atitude deliberada.

Assim, é importante compreender que a noção de sujeito que predomina no pensamento sanitário é um conceito não-sintonizado com os valores e pressupostos que o orientam na atualidade. Esse sujeito, além da ideia que se tem de que é preciso conhecer as reais necessidades de saúde dele, deve-se tornar também o sujeito de sua própria saúde. A sociedade herdou do sanitarismo a ideia de um ser autêntico, capaz de produzir coisas e transformar sua própria história. Ambas as teses que se firmaram sobre esse sujeito se tornam problemáticas. A primeira traz uma ideia de permanência, de mesmidade, de sujeito igual a si mesmo através dos tempos e moldado por uma conquista pessoal, enquanto que a segunda dá uma ideia de produção do sujeito-agente da história (AYRES, 2001). A partir desse entendimento, o que o autor quer defender é

que é preciso rever essa noção de subjetividade, substituindo-a por uma conceituação mais rica, a de intersubjetividade.

Uma conceituação de subjetividade em que a ideia de permanência, associada à dimensão identitária, seja substituída pela de contínua reconstrução de identidades e a ideia de produção, relacionada à dimensão transformadora, seja abarcada pela noção mais ampla de sucesso prático, que pode ou não passar pela produção de bens. [...] Dependem de que pensemos muito mais em intersubjetividade, que consideremos, em outras palavras, o caráter imediatamente relacional e irremediavelmente contingente de nossas identidades e historicidades como indivíduos e grupos (AYRES, 2001, p. 65).

A descrição da ACD reforça o pensamento sanitário em relação à noção de que o sujeito é agente de sua própria história e, nesse sentido, refere ao usuário como quem, deliberadamente, se *“joga no mundo das drogas”* e, ao mesmo tempo, atribui-lhe a responsabilidade total pela descontinuidade do tratamento. Os profissionais, a seguir, expressam esse entendimento:

Até veio algumas vezes pra tratamento, só que em certo momento, já no meio do tratamento, abandonava tudo e voltava para o mundo da droga, **esquecia tratamento**, esquecia o apoio, esquecia a conversa e **caia nas drogas de novo** [...] por causa do acesso e das condições de vida, acabam usando drogas, acabam indo por outros caminhos, difícil, mas **eles acabam se jogando pelo método mais fácil pra eles**, né, de viver a vida, porque não tem perspectiva de vida nenhuma (Odontólogo).

As visitas, a conversa na casa, às vezes o pastor ensina a gente, vocês vão, aí eles não aceitam, voltam novamente, conversa de novo que alguma hora eles vão entender que **aquilo não é uma vida** (ACD).

As expressões: *“esquecia tratamento”*, *“eles acabam se jogando”*, *“elas que não querem”*, *“alguma hora eles vão entender”*, fazem ver o uso de drogas como uma opção deliberada, ou seja, algo que foi da vontade da pessoa e que pode ser controlado independentemente das motivações que levam ao consumo da substância. Para os profissionais, usar drogas consiste em uma atitude inaceitável e, por isso, atribui ao usuário a culpa pelo consumo. Ao trazer as visitas e a conversa como estratégias de cuidado, a ACD parece anunciar uma oportunidade para a experiência perceptiva, entretanto, percebemos que o intuito dessas intervenções consiste em convencer o outro de que a droga *“não é uma vida”*, ao considerá-la algo ruim, mal, sujo, que mata

e destrói, o que interfere em qualquer possibilidade de diálogo. As falas a seguir corroboram essa compreensão, à medida que recair significa não conseguir “*deixar a usuária limpa*”:

Ela disse que era usuária mesmo e **estava querendo deixar de fazer uso da droga, mas não conseguia** [...] aí depois que ela recaiu, a gente não consegue **deixar ela limpa** de jeito nenhum (Médica).

Depois, a gente volta ao início da história, voltou para o próprio bairro, **não tem um emprego, não tem uma ocupação, nada, começou a usar de novo. Ela não parou, até tentou**. Eu queria que depois dessa parte aqui ela tivesse introduzido na sociedade aqui direitinho, tivesse arrumado um emprego, tivesse pelo menos salvo uma parte que **eu sei que está dentro dela que ela queria parar** (Técnico de Enfermagem).

Quando a profissional traz a abstinência como condição para deixar a usuária “*limpa*”, podemos compreender a presença da droga no organismo como algo que torna a pessoa suja. Desse modo, a Médica atribui à substância um sentido pejorativo que fortalece a concepção da droga como algo *em si mesma*. As descrições mostram que, apesar do desejo de não usar a droga, as usuárias mantêm a continuidade do uso, no intuito de satisfazer alguma necessidade. Isto mostra que mesmo reconhecendo que o uso poderá lhe trazer prejuízos em várias áreas de sua vida, configurando-se como um descuido do ponto de vista familiar, financeiro, físico e das interações sociais, a droga pode significar uma opção para o cuidado de si.

Para compreender melhor a percepção da droga como um cuidado de si, retomamos os escritos de Heidegger sobre o cuidado, definido de duas formas: uma autêntica e outra inautêntica (HEIDEGGER, 1989). A autenticidade tem a ver com a busca de um cuidado refletido, ou seja, um saber relacionado ao conhecimento que se tem de que se deve cuidar da saúde e das necessidades do próprio organismo para não adoecer. A inautenticidade está relacionada a um não-saber que tem a ver com o desejo irrefletido de cuidar de si. Vale ressaltar que ambas as noções são modos de ser e modalidades de cuidado (SENA, 2006).

Apesar da existência desses dois modos de ser, nosso intuito é desvelar transcendências acerca do uso de drogas como um cuidado inautêntico, mesmo reconhecendo que há um constante entrelaçamento entre as duas perspectivas. Nesse

sentido, o cuidado inautêntico aproxima-se com o que Merleau-Ponty reconhece como ser sensível, invisível, tendo a ver com o mundo do sentir, ou seja, com aquilo que não controlamos, dominamos ou deliberamos na experiência perceptiva.

Embora Merleau-Ponty não tenha desenvolvido estudos sobre o cuidado, podemos compreendê-lo como uma forma de saber que se mostra na intersubjetividade, ou seja, na interação entre as pessoas, as coisas e o mundo. Nessa perspectiva, a relação do usuário com a droga configura-se em uma busca irrefletida de cuidar de alguma necessidade afetiva. Como viver não é uma tarefa fácil, a angústia diante do desconhecido abre a possibilidade do uso de drogas como promessa de um viver mais tranquilo, transformando esse uso em uma tarefa de cuidado de si diante da sensação prazerosa que esse comportamento pode suscitar, mesmo que esse prazer seja passageiro, propiciando uma abertura a novas significações e a novos modos de ser (SIPAHI; VIANNA, 2001).

Os autores revelam ainda que o ser humano encontra-se mais aberto ou mais restrito ao que lhe vem ao encontro e, no caso do encontro com as drogas, essa experiência transforma a sua existência, alcançando possibilidades antes desconhecidas, como um viver mais agradável, não apenas passivo e aprisionador, mas também ativo e voluntário.

O desejo e o prazer com a droga vão substituindo todos os outros desejos e prazeres e sua busca é marcada pela impulsividade e pela urgência de satisfação. [...] Inicialmente, a droga ocupa o lugar de alguma falta arcaica, proporcionando prazer. Na falta de ambos, aparecem o sofrimento, a incerteza, a angústia e a depressão, e a droga passa então a ser desejada intensamente [...] onde antes existia a droga, passa a existir a falta, falta que passa a substituir a droga e se transforma em objeto de desejo (FARIAS; FUREGATO, 2005, p. 705).

Essa compreensão implica olhar para o uso de drogas, não o vendo como um comportamento condenável, mas como uma expressão de cuidado de si, visto que toda busca por satisfação de necessidades configura-se em cuidado, mesmo que essa atitude implique descuido, o que torna importante conhecer o que o usuário considera indispensável à satisfação de suas necessidades no plano social, afetivo e cognitivo (MACRAE, 2001).

O uso de drogas, apesar de todos os mitos que o envolvem, cumpre funções importantes na vida das pessoas. Para os adolescentes, por exemplo, as drogas podem estar relacionadas com a extroversão, novas sensações, compartilhamento grupal, autonomia, independência (SCHENKER; MINAYO, 2005). Além desses efeitos, estudos revelam que a mobilização das pessoas para o uso de substâncias psicoativas decorre do prazer que essa experiência proporciona (SCHENKER; MINAYO, 2005; JINEZ; SOUZA; PILLON, 2009; SENAD, 2011). Nesse sentido, é importante que a equipe ressignifique a droga como possibilidade de um novo na vida de quem a usa e esse entrelaçamento é a busca natural da existência humana por *um outro eu mesmo*. E esse *outro* só acontece na relação e toda relação significa um cuidado de si.

A terceira tese identificada refere-se à concepção da equipe sobre o usuário de drogas, concebido, dentre outras características, como “*largado*”, “*abandonado*”, “*jogado às traças*”, “*assassino*”, “*ladrão*”, “*traficante*”. Nessa perspectiva, essa tese compreende a *crença de que o usuário está fora da sociedade, pois ele pertence ao “mundo das drogas”, um mundo que, nas descrições, mostra-se como não sendo o mesmo habitado pelos técnicos*. Vejamos, a seguir, a manifestação dos profissionais:

Se fosse minha vontade, assim, eu daria, **eu queria que ela** estivesse mesmo, no sentimento do meu coração, que ela tivesse arrumado emprego e **tivesse saído dessa vida**. Vamos supor, ela veio do Centro, **aí introduziram na sociedade**, arrumou trabalho direitinho, hoje ela mora **fora do ambiente das drogas**, certo, construiu uma nova família, pai e mãe e irmãos contentíssimos, e formou uma família e **hoje é uma pessoa de bem na sociedade** (Técnico em Enfermagem).

[...] e hoje ele encontra-se com 23 anos de idade, arrumou emprego, tem família, **saiu do mundo das drogas e se deu bem na sociedade** (Enfermeiro).

[...] a família que fica realmente é a que sofre, porque a mãe pariu pra ter aquele filho, ficou nove meses ali esperando e teve esse cuidado, só que, porém, perdeu o controle, né, e aí a pessoa **resgatar** um menino desse aí, uma criança que está **no mundo do vício** e tal, tentar colocar, **repor na sociedade**, no convívio do colégio, do trabalho e tudo, **isso aí é uma vitória**, né (ACS).

As descrições fazem ver os vários perfis em relação ao usuário. Nas expressões: “*introduziram na sociedade*”, “*hoje é uma pessoa de bem*”, “*saiu do mundo das drogas*” e “*se deu bem na sociedade*”, percebemos que a figura sempre traz um fundo.

Logo, os profissionais consideram a pessoa que faz uso de drogas como sendo do “*mal*”, pertencente ao “*mundo do vício*”, de onde se segue que, a condição para fazer parte da sociedade é estar “*fora do ambiente das drogas*”, o que reforça a objetificação desse contexto.

A equipe revela forte influência histórica do proibicionismo, o que pode engessar ações efetivas de cuidado às famílias no contexto do uso de drogas, visto que, no modelo proibicionista, não há tolerância para o consumo de drogas, o que cria um obstáculo ao acesso de usuários a serviços de saúde ou outros locais onde podem buscar ajuda; aspecto que limita os direitos desses cidadãos a um tratamento adequado (ALVES, 2009).

Nessa perspectiva, é importante compreender que, desde as civilizações mais antigas, as pessoas usam as mais variadas substâncias psicoativas (SPAs), por objetivos recreativos, religiosos ou terapêuticos (MACRAE, 2001; BRASIL, 2008; ALVES, 2009; LINS; SCARPARO, 2010;). Logo, “experimentar drogas lícitas ou ilícitas e usá-las socialmente são atitudes que fazem parte de culturas milenares e é um fato na atualidade” (SCHENKER; MINAYO, 2005, p. 715), o que torna políticas proibicionistas, que enfatizam a guerra contra a substância, sempre fadadas ao fracasso.

Eu costumo dizer quando atendo um paciente, assim, a chance maior é que você recaia e se isso acontecer não é culpa minha, nem sua, não é culpa de ninguém, **você é dependente químico**, o mecanismo é outro, você não é fraco, eu não sou uma médica que não (Médica).

Quando a Médica diz ao usuário “*você é dependente químico*”, ela fortalece nele a crença de que é incapaz de abster-se da droga, e de que está condenado a sempre sofrer recaídas. A utilização do verbo “ser”, conjugado na terceira pessoa do singular, “é”, tem o sentido de permanência, que se relaciona à noção naturalista de que as coisas são *em si mesmas*, o que desconsidera os diferentes padrões de uso de drogas, e, por isso, interfere na possibilidade de o usuário tornar-se *outro*.

Assim, é fundamental compreender que a relação do usuário com a droga, a depender do contexto, pode ser inofensiva ou apresentar poucos riscos, mas também, assumir padrões de uso altamente disfuncionais, com prejuízos biológicos, familiares e

sociais, consistindo, dentre outras classificações, em uso, abuso, uso nocivo ou dependência. O uso é a autoadministração de qualquer quantidade de substância psicoativa; uso nocivo é aquele que resulta em dano físico ou mental; abuso engloba também consequências sociais; e a dependência é um padrão mal-adaptativo de uso, levando a prejuízos ou sofrimentos significativos (SENAD, 2011).

É importante salientar que a ambiguidade da experiência perceptiva não implica fazer juízo de valor, pois é algo inerente à natureza humana e que ocorre no entrecruzamento sentimento-razão. Assim, é fundamental que os profissionais envolvidos com o cuidado no contexto do uso de drogas compreendam a percepção como uma vivência ambígua e que, por isso, sempre aparecerão teses a serem suspensas. “É ainda chamando-o fala ou espontaneidade que melhor designaremos esse gesto ambíguo que produz o universal com o singular, e o sentido com nossa vida” (MERLEAU-PONTY, 2002, p. 180). As expressões a seguir exprimem a ambiguidade da percepção sobre o usuário de drogas:

O difícil é encontrar Deus com relação a essa pessoa porque **está no submundo, está largado, está abandonado, sem perspectiva nenhuma de futuro de vida** (Odontólogo).

[...] mas um **cara realmente beberrão, drogado, está lá jogado às traças** mesmo [...] (ACS).

O uso de palavras e expressões, como “*drogado*”, “*largado*”, “*beberrão*”, pertencente ao “*submundo*”, “*jogado às traças*”, mostra a visão objetivista dos profissionais, que caracteriza o usuário como alguém privado de construir projetos de vida, de ter sonhos e realizações, determinado a um único modo de existir, o que limita a potencialidade de experimentar a transcendência. Essa visão faz eco ao pensamento: “obcecado pelo ser, e esquecendo o perspectivismo de minha experiência, eu o trato doravante como objeto, eu o deduzo de uma relação entre objetos” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 108). Entretanto:

É tão falso nos situarmos na sociedade como um objeto no meio de outros objetos quanto colocar a sociedade em nós como objeto de pensamento, e dos dois lados o erro consiste em tratar o social como um objeto. Precisamos

retornar ao social com o qual estamos em contato só pelo fato de que existimos, e que trazemos ligado a nós antes de qualquer objetivação (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 485).

Sob o olhar merleau-pontyano, a objetivação de cada um pelo olhar do outro se torna penosa, porque ela toma o lugar de uma comunicação possível. Ou seja, ver o usuário como quem olha de fora, emitindo-lhe juízo de valor, torna-se uma objeção para a escuta. Olho para o outro como quem já sabe tudo sobre ele, e, por isso, não preciso me dispor a ouvi-lo. O que implica limitar a possibilidade de o usuário transcender, de torna-se *outro*.

Nesse sentido, embora estimativas apontem que cerca de 5% da população do planeta consuma drogas, apenas uma parte dela faz uso problemático, no entanto, essa parte possui representatividade social suficiente para estigmatizar o conjunto total dos usuários, tornando esse estigma, em muitas situações, mais duradouro que o próprio efeito da substância no organismo (VALENÇA, 2008). Vejamos as falas a seguir:

[...] porque **esse pessoal que usa droga**, desempregados, eles começam o que, **eles começam a roubar as coisas dentro na própria casa**, aí quando não tem mais nada em casa que ele possa realmente pegar ali, ele vai buscar fora, vende as coisas que tem, tênis, camiseta. Aí quando não tem outro recurso ele vai tentar o que? **Roubar** (ACS).

Percebendo que era uma família composta de idosos, né, um casal de idosos, né, e um neto de 17 anos. **Esse neto veio de outra área na qual fazia o uso de drogas**. Ele tinha mau acompanhamento e influência ruim de amizade. E percebemos esse problema. Realmente **ele estava trazendo problemas** para o casal de idosos. Nesse caso aqui pra ele tomar posse da droga, **ele tomava posse da aposentadoria dos avós** pra poder usar a droga. Em muitos casos também acaba vendendo eletrodomésticos da casa pra está adquirindo essa droga e chegando lá tivemos fato desse conhecimento (Enfermeiro).

Um vício pra mim leva outro, porque assim, **se você usa droga** e você não tem com manter, **você vai roubar** e se você não conseguir roubar, você vai roubar a si mesmo, ou seja, **sua família** (Auxiliar Administrativo).

As descrições mostram o usuário como “*ladrão*” que rouba sua própria família, o que reforça o processo de estigmatização vivenciado por esses sujeitos. A afirmação “*Esse neto veio de outra área na qual fazia o uso de drogas*” mostra que o profissional considera o uso de drogas como algo que não faz parte da área onde trabalha, como algo que vem de fora, “*trazendo problemas*”. Vendo-se como integrante do mundo

sem drogas, a equipe não se reconhece como igual ao usuário, transformando-o em um objeto e essa “individuação do objeto aparece como a expressão de uma potência posicional” (MERLEUA-PONTY, 2011, p. 109), o que imobiliza a experiência perceptiva. O relato a seguir faz eco a esse pensamento:

Mas o que todo pai, acredito que ele mesmo drogado ou uma pessoa alcoólatra, ele quer que o filho seja uma **pessoa de bem**. [...] Porque aqui, só, como eu falei, **usando, matando, roubando**, possa ser que ele acaba sendo morto. Né? Pelos próprios colegas ou por policiais, né. Pessoas com débitos de drogas, né [...] A sociedade a gente sabe que é meio excluída pra isso, ainda tem um certo medo, né porque **se é um usuário de droga é um assassino, é um ladrão**, e não fica só entre usuário. Envolve outros meios também, fica meio associado (Técnico de Enfermagem).

A descrição do Técnico de Enfermagem faz ver que a sociedade exclui o usuário de drogas, no entanto, o próprio profissional, como integrante dela, também o exclui, pois, ao mesmo tempo em que se considera inserido na sociedade, refere-se a ela como se a olhasse de fora. Nesse sentido, a ambiguidade inerente à percepção mostra-nos o conflito entre o mundo da razão e o mundo do sentir; ao mesmo tempo em que anuncia reconhecer a reinserção social como missão da ESF, o profissional exclui sem perceber sua própria atitude.

A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, revela que a assistência ao usuário e suas famílias deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando o cuidado em dispositivos extra-hospitalares, como os Caps ad, devendo também estar inserida na atuação da ESF (BRASIL, 2004). Entretanto, embora os profissionais da AB reconheçam a responsabilidade pelo cuidado na área de drogas, a ausência de ações nesse campo específico pode decorrer de conceitos morais e preconceituosos sobre o tema (BARROS; PILLON, 2007; ROSENSTOCK; NEVES, 2010).

A descrição anterior mostra também a emissão de juízo de valor sobre o usuário ao referir-se a ele como “*assassino*” e “*ladrão*”, o que faz eco à teoria que admite a percepção dos objetos como um geometral, no que se refere às relações humanas, implicando afirmar que é possível perceber o outro integralmente, conhecendo suas intenções mesmo sem interagir com ele, podendo, até mesmo, julgá-lo (SENA, 2006).

A posição do profissional, na função de juiz, também pode configurar-se em roubo ou morte processual, uma vez que limita a oportunidade de o usuário tornar-se *outro*. Nessa perspectiva, a equipe o vê como quem olha de fora, ou seja, não olha entrelaçado com ele.

O estigma como *status* negativo em relação ao usuário de drogas adere à pele do cidadão, tornando secundárias outras de suas características constitutivas e papéis sociais (VALENÇA, 2008), o que aumenta a discriminação e promove a morte social da pessoa, impedindo-a de buscar o seu lugar, de projetar-se no futuro ou de criar expectativas de vida, além de privá-la do crescimento pessoal e das conquistas advindas das relações vivenciadas em sociedade (SOUZA, 2011). Vejamos a seguir outra discurso que reforça o olhar estigmatizante da equipe com relação ao usuário:

Os amigos vão, vão, empurram, empurram, a família ajuda, dá tudo certo. **Só não pode deixar se envolver com quem não presta**, com traficantes, com **pessoas que querem tirar ele do bom caminho**, por isso que era importante a união entre a família, entre os amigos, entre a equipe do posto e a atenção diária encima desse membro **usuário pra poder tirá-lo desse mundo. Se ele se afasta o mal chega, o traficante chega, o criminoso chega e puxa pro lado errado de novo** (Odontólogo).

Para o Odontólogo, a pessoa que se envolve com drogas é concebida como “*quem não presta*”, pertencente ao mundo errado, do mal, do crime e do tráfico. Além disso, a função da equipe é “*tirá-lo desse mundo*” e trazer para o “*bom caminho*”, o que retoma a ideia do profissional como pertencente ao *mundo do bem*, como se o mesmo estivesse protegido das drogas, quando, na verdade, todos nós fazemos parte de uma mesma sociedade e, de alguma forma, estamos vulneráveis ao consumo de SPAs. Podemos não usar maconha ou cocaína, mas usar medicamentos, cafeína ou outra droga considerada de uso lícito. Em ambos os exemplos, estabelecemos relações que podem configurar-se tanto como cuidado quanto como descuido.

Importante salientar que o estigma não se restringe ao traficante, mas alcança também, todos os consumidores de drogas, ao tratá-los como corresponsáveis pelo tráfico, tornando o usuário vulnerável a uma dupla violência: a produzida diretamente pelos traficantes ou pela polícia, e outra produzida pelo restante da sociedade

(VALENÇA, 2010). O que fortalece a associação do usuário ao crime e à violência, conforme podemos ver nas descrições que se seguem:

[...] ele sabe que o **mundo da droga** não é fácil, **o caminho é morte ou cadeia** (Odontólogo).

[...] **e aí entrando no mundo das drogas ou é morte ou é cadeia**. E é isso aí. (Profissional de Serviços Gerais).

Para os profissionais, o usuário, como participante do “*mundo das drogas*”, ou seja, do mundo estigmatizado e separado da sociedade, está condenado a duas únicas finalidades: “*morte*” ou “*cadeia*”. Nessas descrições, parece-nos que o Odontólogo e a Profissional de Serviços Gerais retomaram as propagandas veiculadas pelo governo através da televisão, da *internet* e de *outdoors*, no ano de 2010, que tinham como jargão *Crack: cadeia ou caixão*, rotulando o usuário como criminoso e marginal, o que desvia a culpa pelo problema para a substância e para as pessoas que a usam, conforme se pode ver na descrição a seguir:

Jovens mais da sociedade, porque se eu vendo droga, você sendo da sociedade, **você vai pegar pra sustentar o tráfico de droga** (Guarda Municipal).

A associação entre droga e marginalidade é um mecanismo que desvia a responsabilidade do Estado, trazendo ao usuário o sentimento de culpa pelo uso que pratica e um sofrimento constrangedor, o que não resolve a problemática do tráfico, além de afastar ainda mais os usuários dos serviços de saúde (VALENÇA, 2008). Para o autor, essa conversão da responsabilidade em culpa, acompanhada por algumas campanhas publicitárias focadas no combate às drogas e culpando quem usa por financiar o tráfico e a violência, como, por exemplo, a veiculada em março de 2006 com o título “*Quem usa drogas financia a violência*”, podem provocar mais sofrimento ao usuário, já que a culpa não o impede de usar a droga.

No que se refere às propagandas sobre drogas veiculadas na mídia, elas aparecem de forma contraditória. No caso das drogas lícitas, propagam-se imagens favoráveis, relacionando o álcool e o tabaco a artistas, sociabilidade e sexualidade, o que glorifica essas substâncias, enquanto que propagandas sobre drogas ilícitas

revelam-se moralmente cínicas e contraditórias, à medida que omitem as normas sociais que favorecem o uso de drogas; entretanto, ambas podem provocar danos diversos à pessoa (PRATTA; SANTOS, 2006).

Nesse sentido, compreende-se que a legalidade na venda de drogas lícitas é o que parece garantir o investimento da mídia em propagandas que enaltecem essas substâncias; por outro lado, a ilegalidade da droga favorece a sua propagação associada ao crime e ao tráfico. Ou seja, se não dá lucro para o mercado legal, não há porque publicar e veicular notícias positivas sobre substâncias de venda proibida, embora, independentemente da licitude, ambas podem acarretar sérios problemas de saúde pública, o que consiste em um grande jogo mercadológico.

O poder da mídia, associado ao processo histórico que trata o uso de drogas como doença ou como questão de polícia, repercute na forma como a ESF lida com a questão, limitando as potencialidades que o dispositivo tem para estabelecer relações que signifiquem cuidado. O usuário tem ficado entre o manicômio e o presídio, tratado como louco e transgressor da lei, ambos excluídos da sociedade, perpetuando o estigma de doente e delinquente, o que traz sofrimento para as famílias (ROSENSTOCK; NEVES, 2010). Nesse aspecto, o cuidado da equipe é afetado pelo estigma, o que transforma o usuário em objeto de exclusão e segregação; entretanto, “as representações científicas segundo as quais eu sou um momento do mundo são sempre ingênuas e hipócritas” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 4).

Como o usuário consiste em um segregado, separado da sociedade, o próprio profissional, pertencente a esta, limita a implementação de estratégias que podem configurar-se em cuidado na área de drogas. Nesse sentido, as políticas de RD pouco permeiam as práticas da ESF, já que a equipe considera a abstinência a condição para o encontro entre o mundo do usuário e o mundo do profissional. Aqui, é importante retomar a RD como um modelo de articulação dos serviços de saúde com outros setores sociais, centrado nas estratégias para reduzir danos decorrentes do uso nocivo da droga na vida do usuário, da família e da comunidade (BRASIL, 2004; ALVES, 2009). No entanto, mesmo com as mudanças paradigmáticas na área de drogas, a equipe ainda valoriza o tratamento disciplinar, como mostram os seguintes relatos:

Como vê em muitas clínicas aqui, você leva o paciente, chega lá, você solta lá dentro, ele fica se ele quiser. **Tem que ter tudo murado**, tudo bem feitinho [...] **É bom preso, trancado, murado**, quando sair de lá “Poxa, estou no paraíso, estou aqui fora”, **chega cá fora ele não vai fazer mais**, porque ele vai falar “Poxa, passei por lá e fiquei trancado, cá fora é outra coisa” (Guarda Municipal).

[...] porque o CAPS ali, ô pai tem misericórdia, eu entrei esses dias quase caio do cigarro que eles estavam [...]. Aí eu disse “como é que recupera? Como é que livra ali?”. **Já estão doentes**. [...] **o maior erro**, o primeiro erro é deixar os usuários que estão ali, né, no CAPS, **já são dependentes** ali daqueles remédios do CAPS, como deixar aquele povo fumar? Tinha que tirar primeiramente, **tinha que ir tirando aos poucos**, que não tira de uma vez, mas tirava aos poucos. Mas não, eles deixam, o povo fuma de um jeito, [...] Está recuperando? Não. No meu entendimento não era assim que tinha que cuidar deles ali. **Tinha que tirar aquele vício do cigarro** (ACD).

A gente teve caso aqui de parente, nossos amigos mesmo da gente tentar resolver e a **solução é mandar para fora** [...] ou para outro estado (Auxiliar Administrativo).

Eu desenharia a família feliz, de bem com a vida, só paz e alegria. **O contato com a natureza melhora, porque respira ar limpo**. Ajuda a manter nossa cabeça e a mente limpa (Profissional de Serviços Gerais).

Aqui eu desenhei uma praia, alguém pescando, acho que **o contato com a natureza ajuda a valorizar a vida**, a sua saúde e até uma forma de trabalho que muitas **casas de internamento** trabalham nessa forma de lazer (Enfermeiro).

As descrições fazem ver o usuário como alguém que está fora da sociedade e, concebendo-o dessa forma, a equipe acredita que o tratamento também deve ser realizado fora do território, “*preso*”, “*trancado*” e “*murado*”, ou seja, em um ambiente livre das drogas, onde o usuário possa estar em contato com a natureza para “*respirar ar limpo*”. A ACD reforça o estigma do usuário como “*doente*” e “*dependente*”, que comete um “*erro*”, vendo o tratamento como a retirada do “*vício do cigarro*”. Nesse sentido, o cuidado significa retirar o usuário da sociedade e discipliná-lo sob a forma de tratamento moral, no qual é preciso disciplinar para moralizar. Isso nos remonta ao paradigma psiquiátrico ainda tão emergente e atual, mesmo com a Reforma Psiquiátrica e as mudanças das políticas de saúde mental e de drogas.

Esse discurso e atitude anticivilizatórios têm origem no modelo proibicionista, que apresenta, como objetivo, a contenção das drogas, desde a produção, passando pela comercialização e o consumo final (MACRAE, 2001; GARCIA et al., 2008;

ALVES, 2009). Modelo esse que consiste em um legado político que criminaliza o tráfico, o uso e o usuário de droga, justificando a institucionalização em cárceres ou serviços psiquiátricos, concebendo-os como criminosos ou doentes que precisam de reabilitação (NASCIMENTO, 2006; MACHADO; MIRANDA, 2007; ALVES, 2009; SODELLI, 2010).

O tratamento moral surge como característica da racionalidade psiquiátrica, principalmente com Pinel e Tuke, os quais mantinham a prática do internamento como um controle social e moral ininterrupto, transformando o encadeamento no asilo em uma espécie de instância perpétua de julgamento (YASUI, 2010). Nesse sentido, fundamentada em princípios de vigilância e punição, a psiquiatria visa manter os pacientes reclusos em manicômios (instituições fechadas), isolados do mundo e de seus cotidianos, tendo como pauta a institucionalização como produtora da homogeneidade e objetificação dos institucionalizados (TERRA et al., 2006). Nessa perspectiva, mesmo com as políticas de saúde mental que defendem a descentralização, desinstitucionalização e ressocialização:

[...] os profissionais de saúde [...] imbuídos por hábitos construídos em tempos nos quais a melhora do paciente em sofrimento psíquico estava na negação da sua autonomia encontram dificuldades em dialogar com outros saberes, não percebendo a multidimensionalidade do ser humano no seu meio ambiente e na sua inserção familiar (TERRA et al., 2006, p. 712).

A personificação do usuário como um ser envolto por estigmas pode repercutir em poucas ações da ESF na área de drogas, limitando ainda mais o envolvendo da equipe com essas famílias. Assim, há uma barreira para a interação, o que pode interromper a experiência perceptiva e interferir nas relações de cuidado. Isso nos permite pensar em uma possível mudança na visão de mundo dos profissionais e na invenção de práticas efetivas de prevenção, reabilitação e reinserção, visto que “a história não é nem uma novidade perpétua nem uma repetição perpétua, mas o movimento único que cria formas estáveis e as dissolve” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 130).

A quarta tese consiste na *crença de que existe cuidado nessa relação dicotomizada, em que o profissional de saúde vê o usuário como um em si, separado*

dele – relação sujeito-objeto. Nesse sentido, o cuidado à família de usuários de drogas, segundo a percepção da equipe da ESF, desvelou-se, ao mesmo tempo, como objetivista e subjetivista. Ambas fazem ressonância à crítica do fenomenólogo Edmund Husserl ao naturalismo das ciências originadas com Galileu Galilei e ao psicologismo iniciado com o pensamento de Descartes (HUSSERL, 1976). A tradição naturalista concebe as coisas como sendo em si mesmas, acreditando, portanto, que há um real fora/separado do sujeito. Já a tradição subjetivista crê que, embora exista um real fora do sujeito, este pode representá-lo por meio de suas capacidades intelectivas (SENA, 2006).

Sendo assim, o cuidado às famílias de usuários de drogas, que se deve fundamentar na relação intersubjetiva, desvela-se, neste estudo, como um *cuidado ora objetivo, ora subjetivo* ou, por assim dizer, um suposto cuidado, pois as descrições apontam que as relações entre o profissional de saúde e o usuário/família são dos tipos sujeito-objeto e sujeito-sujeito, uma vez que, o profissional – sujeito, especialista, o que detém o conhecimento técnico-científico, o que cuida, habita o “*mundo do bem*” e, por isso, está separado do usuário, vendo-o como quem olha de fora, como diferente dele, ou seja, como objeto. Se a forma como a relação ocorre orienta o cuidado, no tipo sujeito-objeto tem-se o cuidado objetivista; e no tipo sujeito-sujeito, tem-se o cuidado subjetivista, considerando que os elementos do binômio são indivíduos e que se distinguem pela subjetividade interior a cada um.

Nos parágrafos que se seguem, embora haja a tentativa de sistematizar as distintas perspectivas de um suposto cuidado (cuidado objetivista e cuidado subjetivista), veremos que, em muitos momentos, elas se fundem no objetivismo, mesmo quando a equipe anuncia uma possível abertura à intersubjetividade nas práticas cuidativas, especialmente quando fala de “*escuta*”, “*diálogo*”, “*acolhimento*”, dentre outros.

Portanto, compreendemos que a forma como a equipe vê o contexto do uso de drogas como o “*mundo das drogas*”, a droga como algo *em si* e o usuário como separado do profissional, caracteriza o cuidado como objetivista. Além disso, essa visão de cuidado sustenta-se em uma relação causa-efeito no campo do uso de drogas.

Com base na relação causa-efeito, os profissionais da ESF apontaram os vários culpados pela ocorrência do uso de drogas, sempre buscando uma explicação, o que corrobora a perspectiva da psicologia científica que “não apenas busca estabelecer os fatos sobre o seu campo específico, mas dar uma explicação causal de como esses fatos vêm a ser o que são, ou seja, o que causa o quê” (MATTHEUWS, 2010, p. 18). Dentre os variados motivos que a equipe considera levar ao uso de drogas, discutiremos três explicações: a pessoa usa droga porque a família é desestruturada, porque está desempregada e porque não teve educação. A seguir, as ambiguidades inerentes à percepção no que refere à família como culpada são desveladas:

A família hoje, a gente percebe, **é desestruturada** e contribui muito nesse desvio [...] É um problema muito difícil de estar lidando com isso e a criação do vínculo nesse caso é muito difícil [...] **Elas mesmas não permitem a gente está intervindo** (Enfermeiro).

[...] o problema eu acho nesse caso assim, acredito que é a família [...] Então, eu acho que **o grande problema está nos pais** [...] Eu acho que é a formação, eu acho que é a curiosidade, o laço familiar, acho que é isso. Mas eu acho que é mais por falta de companheirismo, da base, de onde vem (Auxiliar Administrativo).

Às vezes você vê uma família assim, **muito disfuncional**, muito disfuncional, sabe, e é complicado (Médica). Ainda levei pra igreja evangélica, levei a mãe, a mãe também tem horas que não incentiva, parece que não tem o juízo certo, apurado, e **aí faz uma destruição na família** [...] Aí às vezes a família dá força e tem família que não dá força. [...] quando a família dá força que ajuda e tal é mais fácil, mas **quando não tem ajuda da família, aí é difícil**. Aí é muito difícil e a gente conversa muito com a família, mas tem aquelas da cabeça dura que não querem (ACD).

[...] às vezes pra chegar na família, às vezes eu chego na família do usuário, mas eu chego com a maior cautela assim, oh, meu, com uma cautela realmente, porque, muitas vezes, **a família não aceita**, entendeu [...] (ACS).

As expressões “*desestruturada*” e “*disfuncional*”, presentes nas descrições, mostram o modelo de referência da equipe para a concepção de família, ou seja, um modelo que a considera como certa e estruturada. O desajuste nessa estrutura seria fator determinante para o uso de drogas, logo, a família passa a ser vista como vilã; a equipe deixa de perceber outros perfis que contornam o uso de drogas e, mais uma vez

aparece a perspectiva objetivista, pois a “*família desestruturada*” em si mesma passa a ser culpabilizada no processo. Credo dessa forma, qualquer tentativa de cuidado ao usuário seria insuficiente, já que a equipe limita-se a perceber o contexto do uso de drogas em uma perspectiva micro, ao invés de considerá-lo como um processo social complexo.

Eu creio que família dá apoio, porque mãe e pai são as últimas pessoas que dão a mão. Se estiver no fundo do poço. Deus me livre e guarde, mas se eu estiver viciado em droga, a sociedade vai virar as costas pra mim, **minha mãe também vai virar as costas**, meu pai. Mas **quando eu estiver lá no fundo mesmo**, que estiver já me afogando, **quem vai estender a mão vão ser eles, vai ser meu pai, vai ser minha mãe.** (Auxiliar Administrativo).

A descrição revela a ambiguidade da percepção da equipe em relação à família que, ora “*vira as costas*” e abandona o familiar usuário, ora “*estende a mão*” e o socorre. Essa experiência ambígua revela que o mundo sempre se mostra em perspectiva, o que torna impossível alcançar totalidades objetificadas (MERLEAU-PONTY, 2011). De onde se segue que o ser humano é, ao mesmo tempo, diferente e igual ao semelhante, pois vive cotidianamente essa ambiguidade. É igual do ponto de vista dos sentimentos (impessoalidade); é diferente do ponto de vista dos vários papéis sociais que assume (pessoalidade).

O atendimento à família, eu acho que precisa **deixar claro para o familiar** que ele é tão dependente quanto o paciente, **que ele é responsável, que ele precisa assumir esse cuidado**, mas que ele também não precisa se culpar tanto, se cobrar tanto (Médica).

A descrição mostra que o cuidado à família consiste em deixar claro que ela é a responsável pelo cuidado ao usuário, ou seja, como a família é culpada pelo fato de o usuário tornar-se dependente de drogas, ela tem de “*assumir esse cuidado*”. A família recebe da equipe as instruções para ministrar o cuidado, sempre em uma perspectiva objetivista, mesmo quando o agir prescritivo incide em um cuidado subjetivo, no qual o profissional, com suas capacidades cognitivas, técnico-científicas, diz o que fazer. Na descrição, a Médica não se refere ao familiar como quem precisa de atenção, mas como intermediário no tratamento do usuário, para prestar informações sobre ele ou

cumprir uma prescrição, seja a do medicamento, a de que grupo deve participar ou de como se comportar. Como podemos constatar no relato:

[...] então eu abordo a família de outra forma, pergunto se tem percepção de que usa alguma coisa: “Como é que é? Chega em casa agressivo? Alcoolizado? [...] Já percebeu se tem um cheiro diferente? Ou acha que está usando uma outra coisa? ou Você acha que está usando algum tipo de droga? [...] Se a gente conseguir engajar a família no tratamento, pronto, as coisas fluem, mas se não..., porque às vezes a família precisa mais de tratamento do que o paciente (Médica).

A descrição reforça a compreensão da família como coadjuvante no tratamento do membro usuário de drogas. Estudos corroboram esse entendimento, visto que os grupos de famílias realizados no campo da saúde mental têm-se constituído como espaços de trocas de experiências, conhecimentos e orientações que possam contribuir na melhora da convivência com o familiar em sofrimento mental (MORENO; ALENCASTRE, 2004; HIRDES; KANTORSKI, 2005; JORGE et al., 2008; SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008; BIELEMANN, et al., 2009; DOMBI-BARBOSA et al., 2009; FERREIRA, TOCANTINS, NOGUEIRA, 2009; MORENO; ALENCASTRO, 2009; AZEVEDO; MIRANDA, 2010; BENEVIDES et al., 2010; AZEVEDO; MIRANDA, 2011). Assim, o cuidado consiste em discutir questões relacionadas ao usuário do serviço, no que diz respeito aos aspectos da *doença* e do tratamento da pessoa. O que indica a necessidade de ações direcionadas a outras necessidades da família, que muitas vezes não são valorizadas pelos serviços de saúde mental. Vejamos a expressão a seguir:

Pelo que a gente vê né, quando o paciente é usuário ou vem a família, a mãe principalmente, **com uma culpa absurda que acha que a culpa foi dela** [...] Então uma coisa que eu tento deixar claro pro familiar é assim que, **não é culpa de uma pessoa só, pode não ser culpa de ninguém** [...] Eu tenho um paciente mesmo que a **mãe é extremamente permissiva** [...] Então ela prefere aguentar ele drogado em casa, quebrando tudo, mas ela não dá conta da abstinência dele. Enquanto o pai joga duro, ela permite [...] **Essa família não adere a nada.** [...] **é uma família que precisa de tratamento.** [...] **ela não tem essa percepção de que ela é permissiva,** [...] **Tem que tratar a família toda, o tratamento é junto, o tratamento é do paciente e da família** (Médica).

A descrição faz ver a ambiguidade no que se refere à culpa, ao mesmo tempo em que a Médica traz a família como culpada, principalmente, pelo comportamento permissivo; ela afirma que a culpa não é de ninguém, o que se configura em um conflito entre o sentimento e a razão. Sob a ótica intersubjetiva, podemos ressignificar a permissividade da mãe, ou seja, uma atitude até então considerada condenável pode configurar-se como um cuidado inautêntico. Permitir que o filho use drogas significa que a mãe está cuidando de si, mesmo que de forma irrefletida. Ao preferir o filho drogado, mas perto dela, a mãe busca se proteger, já que pode ser agredida ou perder o filho, além de tentar garantir o seu papel de mãe como poder social. Logo, não é uma permissividade reflexiva, pois ela é pressionada a ter esse comportamento e o profissional deve ver isso como um cuidado de si e não como uma conduta inapropriada ou um erro.

Para o estabelecimento do cuidado às famílias, é importante considerar os vários arranjos familiares e suas singularidades, tendo um enfoque multidimensional do ser e viver família, com posturas flexíveis e práticas eficazes (GABARDO et al., 2009). Na contemporaneidade, família possui um conceito polissêmico e multifacetado, podendo mostrar-se sob diferentes modalidades de convivência, o que torna mais viável descrevê-la do que conceituá-la (LINS; SCARPARO, 2010). É fundamental que as equipes da ESF aproximem-se da comunidade no sentido de reconhecer as várias configurações existentes, sem a emissão de juízo de valor, e entender que o uso prejudicial de drogas pode estar presente em qualquer uma das configurações, não apenas nas famílias consideradas desestruturas, além de levar em consideração os diversos fatores apontados como de risco ou de proteção que entornam o território. Vejamos as expressões dos profissionais:

A equipe aqui, cada uma faz a sua parte e cada um ajuda da maneira que for. Se um deles precisar, estaremos aqui de braços abertos para ajudar, **pra sentar, para conversar, dialogar, conversar de boa, mostrar pra ele o que é certo, o que é errado [...]** A família tem que ter cuidado, diálogo, uma pessoa, um usuário, diálogo, conversa, sempre é bom conversar (Profissional de Serviços Gerais).

Eu atendendo meus pacientes, por exemplo, eu atendendo, acho que **assistência, conversa, apoio é muito importante né, a pessoa se sentir acolhida né, acho interessante. Cuidado, conversa** (Odontólogo).

Embora a equipe anuncie elementos essenciais ao cuidado à família na perspectiva da intersubjetividade (“diálogo”, “conversa”, “acolhimento”), o discurso aparece de forma ambígua, pois o profissional julga-se competente para mostrar-lhe “o que é certo, o que é errado”, caracterizando o cuidado sob a ótica subjetivista, que será discutido mais adiante.

Os discursos mostram a tendência da equipe em sempre sinalizar um fator *em si* para o uso de drogas: ora a “*família desestruturada*”, ora o desemprego, ora a educação. Também desvelam as ambiguidades inerentes à percepção, no que refere a questão do trabalho como fator de proteção e o desemprego como fator de vulnerabilidade.

O emprego é importante porque mantém você ocupado e você cria o seu caráter. Acho **que o emprego é essencial** [...] **O emprego vai ajudar** [...] Porque teria mais ocupação. Porque muitos jovens se revoltam: “Ah, não tenho emprego mesmo, *to nem aí*”, aí cai nesse mundo (Auxiliar Administrativo).

Colocando ele de alguma forma no **trabalho pra está longe das drogas** e ocupar seu tempo com os estudos, trabalhando [...] Eu acredito que **o trabalho edifica o homem** [...] Acho que **o trabalho é fundamental**. Não adianta você tirar um indivíduo afastando-o da droga se ele não tem um meio de como se sair disso. Eu acho bom, **o trabalho acaba ajudando** (Enfermeiro).

Porque o **emprego é a base da sobrevivência da família** [...] **principalmente o usuário de droga** que saiu desse mundo, que se reintegrou na sociedade, que hoje vive uma vida estruturada, que tem família, ele precisa se ocupar, precisa fazer alguma coisa pra não cair na besteira (Odontólogo).

Hoje em dia pra uma pessoa trabalhar ela tem que ter dezoito anos. [...] Então, **acredito que isso é a falta do trabalho**, do que fazer, que leva a isso, por já está dentro do meio das drogas, por já está incluído ali vizinhos, amigos, usuários (Técnico de Enfermagem).

Essas descrições corroboram estudos que apontam a falta de oportunidade de trabalho como fator de vulnerabilidade ao uso de drogas (SCHENKER; MINAYO, 2005; SENAD, 2011). Sendo assim, o trabalho configura-se como uma das alternativas para o cuidado de si, limitando a pessoa de buscar na droga o preenchimento de

lacunas entre as diversas necessidades inerentes à vida humana. Ressaltando que, neste estudo, consideramos o uso de drogas como a expressão do cuidado inautêntico.

Sob a perspectiva do pensamento merleau-pontyano (MERLEAU-PONTY, 2011), entendemos que o trabalho tem um papel fundamental na promoção da saúde, especialmente no que refere à abertura no campo das interações sociais, pois favorece a intersubjetividade e, com esta, a experiência do *outro*, ou seja, a transcendência em *um outro eu mesmo*; entretanto, a ausência do trabalho não pode configurar-se como fator determinante para o uso de drogas. A manifestação a seguir faz eco à compreensão do trabalho como oportunidade de transcendência:

Se você trabalhar, você **vai abrir porta pra tudo o que você quiser, vai frequentar outros ambientes, vai conhecer outras pessoas** [...] Então eu acho que alguém trabalhando na família, ajudando, dando oportunidade de fazer um cursinho, de deixar **a pessoa expandir**, acho que ajudaria bastante (Auxiliar Administrativo).

Assim, o trabalho pode constituir-se como alternativa para o cuidado de si, à medida que ajuda o usuário a “*expandir*”, “*abrir portas*”, “*conhecer outras pessoas*”, “*frequentar outros ambientes*”, construir vínculos sociais e ressignificar o processo de viver. Estudos corroboram essa compreensão ao reconhecerem que a inclusão no mercado do trabalho pode proporcionar a inserção, a reabilitação social e o exercício da cidadania, o que produz sentido e ressignifica a vida (ARANHA; SILVA; FONSECA, 2002; JORGE; BEZERRA, 2004; DELEVATI; PALAZZO, 2008; LUSSI; MATSUKURA; HAHN, 2010; RODRIGUES; MARINHO; AMORIM, 2010; LUSSI; PEREIRA, 2011; LEÃO; BARROS, 2011; SOUZA, 2011), pois:

[...] se trabalho com alguém [...] não se trata meramente de dois corpos movendo-se mais ou menos da mesma maneira, mas de um mútuo reconhecimento de colegas com um objetivo partilhado que tentamos alcançar em cooperação (MATTHEWS, 2010, p. 148).

Ainda na perspectiva do cuidado orientado pela relação causa-efeito, além da “família desestruturada” e do desemprego, apontados pela equipe como causalidades no contexto do uso de drogas, as descrições revelam também a educação como mais um *em si*, conforme o Enfermeiro e o Auxiliar Administrativo:

Eu acho que **tudo isso poderia ser resolvido com educação**. O que falta é educação mesmo de qualidade. [...] As escolas precisam melhor muito a qualidade, o Brasil investe pouco com relação a isso. Ocupar o tempo deles com trabalhos escolares. **O certo é que a escola de má qualidade não educa, não contribui para a prevenção** e acaba deixando essas crianças e adolescentes soltas (Enfermeiro).

Acho que é educação, você tendo educação, você pensa em estudar, você vai expandir. **Se você não estudar, você não vai expandir**, então a família que puder **ajudar um indivíduo desse** a estudar e ajudar a ele querer alguma coisa, vai colaborar muito, acho que **ele vai querer sair desse mundo**. **Acho que a educação é essencial, você tendo educação, você vai para o fim do mundo** (Auxiliar Administrativo).

A descrição do Enfermeiro destaca-se por atribuir à educação escolar de qualidade toda a responsabilidade na prevenção do uso de drogas, o que constitui uma visão objetivista, unilateral e descontextualizada, à medida que se trata de um fenômeno complexo. Já o Auxiliar Administrativo enfatiza a educação como alternativa para a reabilitação do usuário, quando afirma que, ao estudar, *“ele vai querer sair desse mundo”*. Além disso, atribui à falta de estudo o fato de a pessoa não *expandir*, o que a leva ao uso da droga.

Estudos apontam a escola tanto como fator de proteção como de risco para o uso de drogas. Em relação à proteção, destacam-se: a interação entre grupos de amigos com objetivos e expectativas de realização na vida, os vínculos afetivos, a participação de movimentos juvenis, as descobertas de talentos e possibilidades, o prazer e a solidariedade com os pares; em relação ao risco: a falta de motivação para os estudos, o absenteísmo, a falta de compromisso com o sentido da educação e a curiosidade (SCHENKER; MINAYO, 2005; SENAD, 2006; SENAD, 2011).

Nesse sentido, no contexto da família, do trabalho, da escola e em outros domínios da vida, podemos identificar fatores de risco e de proteção, havendo grande possibilidade de que atuem de forma combinada, podendo tornar uma pessoa mais ou menos vulnerável ao uso indevido de drogas (SENAD, 2006). Isso nos leva a compreender que o cuidado orientado pela relação causa-efeito, no qual se busca explicar as vivências, constitui-se em uma perspectiva objetivista, que pouco contribui no campo de atuação no contexto do uso de drogas. Se virmos o cuidado desse modo, estamos concebendo as coisas *em si mesmas*, o que as constituem como teses

construídas através de leituras, vivências, estudos e da formação acadêmica mais biomédica.

Em uma perspectiva intersubjetiva, esses fatores podem consistir em possibilidades de expressão de cuidado, na medida em que quanto mais fatores de proteção, maiores poderão ser as relações estabelecidas no cotidiano das pessoas, enquanto que a exposição a fatores de risco pode significar maior vulnerabilidade ao uso de drogas. Logo, na ausência de outras relações, o usuário pode relacionar-se com a droga buscando cuidar de si, mesmo que essa interação configure-se em descuido.

Embora se conheçam esses fatores, eles não são causas determinantes para o uso ou não de drogas, visto que, da mesma forma que podem contribuir para a transcendência do usuário, podem também significar um limite para a experiência perceptiva, pois:

[...] eu não sou o resultado ou o entrecruzamento de múltiplas causalidades que determinam meu corpo ou meu “psiquismo”, eu não posso pensar-me como uma parte do mundo, como o simples objeto da biologia, da psicologia e da sociologia, nem fechar sobre mim o universo da ciência (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 3).

Conforme anunciamos, além do cuidado objetivista, que se fundamenta na relação sujeito-objeto, as descrições fizeram ver, também, o cuidado na perspectiva subjetivista, que consiste na relação sujeito-sujeito. No contexto que envolve o profissional de saúde e o usuário, o especialista, munido do conhecimento técnico-científico, considera-se apto a prescrever as ações a serem aceitas e cumpridas pelo usuário, pois acredita saber tudo sobre este. Sendo assim, o cuidado, sob a ótica subjetivista, traduz-se como objetivista, à medida que a equipe compreende o usuário como um *em si* e, por isso, não consegue perceber a intencionalidade da pessoa em optar pelo uso de drogas, inclusive como uma alternativa para o cuidado de si. Essa perspectiva de cuidado encontra ressonância nas descrições seguintes:

O final é que com muito trabalho **ele conseguiu se sair do mundo das drogas com a intervenção de uma equipe capacitada e apta** a lidar com esse tipo de problema [...] **É um trabalho difícil que requer experiência da equipe** (Enfermeiro).

O cuidado é tirar os adolescentes do mundo das drogas, da violência que tem muito hoje. Tirar e **trazer pro nosso seio** e a família participar também. Seria pra família e para os adolescentes que estão envolvidos nesse mundo aí. (Profissional de Serviços Gerais).

[...] por isso que é tão importante a família estar sempre em discussão, com um **profissional que seja especializado na área** pra está falando sobre esse tipo de coisa (Médica).

Eu acho que seria participação mais em **palestras**, convívio mais com **pessoas que sabem sobre isso**. [...] Acho que precisa disso, precisa de **pessoas que falem o que é, o que é que leva**. [...] **quem** está **mais estudado**, quem está **mais capacitado pra isso**, eu acho que deveria ajudar a família mais carente (Auxiliar Administrativo).

Conforme percebemos nas descrições, o cuidado subjetivista revela-se quando os profissionais utilizam frases como: *“conseguiu se sair do mundo das drogas com a intervenção de uma equipe capacitada”, “requer experiência da equipe”, “é (...) importante a família estar sempre em discussão com um profissional que seja especializado na área”*. Tal perspectiva de cuidado faz eco à crítica do pensamento merleau-pontyano ao psicologismo clássico, por considerar que o saber do especialista tem um lócus definido no sujeito psicofísico.

De certa forma, as descrições revelam que a equipe da ESF não se sente capacitada para desenvolver ações no contexto do uso de drogas, alegando tratar-se de *“um trabalho difícil que requer experiência”*. Esse aspecto corrobora outros estudos, cujos resultados mostraram que, embora os profissionais da ESF reconheçam a existência de uma população que sofre com problemas decorrentes do uso prejudicial de drogas, e que precisa de atendimento, não se desenvolvem ações na área devido à ausência de capacitação específica sobre o assunto (BARROS; PILLON, 2007; ROSENSTOCK; NEVES, 2010). Sendo assim, a equipe atribui o cuidado no contexto do uso de drogas aos especialistas, conforme os profissionais:

[...] inicialmente, assim que eu soube desse problema eu entrei em contato com [...] a **psicóloga, a médica** e outros profissionais (Enfermeiro).

Eu não vi ainda aqui, apesar de nossa luta, por **minha parte eu não vi um ainda sair das drogas**, assim. Agora, por parte da assistente social, de conversa, **de médico**, de enfermeiro e tal, já teve casos de mudanças, entendeu. [...] Aqui é uma **conversa**, uma **orientação** a dois usuários de droga, no caso, são irmãos e aqui **é parte do**

tratamento deles, é uma consulta e orientação com psiquiatra (Odontólogo).

As descrições revelam que a equipe confere ao profissional especializado a responsabilidade sobre questões relacionadas ao contexto do uso de drogas, o que fortalece o discurso do paradigma psiquiátrico, à medida que confere à psiquiatria o cuidado nesse campo de atuação. No intuito de assumir domínio e controle, essa área da medicina buscou conquistar seu *status* de ciência, negando ou invalidando toda forma de conhecimento que não se guia pelas suas regras metodológicas (YASUI, 2010).

Embora a formação específica para atuar no contexto de drogas seja importante para os profissionais, a experiência da equipe não decorre, exclusivamente, dos conhecimentos técnico-científicos adquiridos nos espaços acadêmicos, mas também das vivências intersubjetivas que se estabelecem no cotidiano da prática com a comunidade. Dessa forma, para cuidar da família no contexto do uso de drogas, é fundamental fazer ver os vários perfis que a constitui, sem os determinismos da ciência, pois sob o olhar merleau-pontyano, “o mundo está ali antes de qualquer análise que eu possa fazer dele” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 5). No entanto, os participantes desta pesquisa parecem fortalecer a tese de que é o especialista que detém o conhecimento necessário ao cuidado, como podemos perceber nos discursos:

Porque é assim, a gente já teve casos aqui de drogas da gente acompanhar, não só eu, mas assim, **principalmente o médico** [...] porque ainda **pesa mais do que minha parte**, do que o tratamento odontológico (Odontólogo).

Eles têm um pouco de receio de vim na unidade [...] uma vez ou outra que ainda **procuram aqui a doutora** (médica psiquiatra), geralmente a doutora, **com a gente eles não se abrem** muito não (Técnico de Enfermagem).

Mesmo como participantes de uma equipe que deveria constituir-se como interdisciplinar, os profissionais da ESF parecem anunciar que estão na unidade de saúde para cumprir funções relacionadas à sua especialidade, atribuindo à medicina a responsabilidade pelo cuidado na área de drogas. Embora compreendam dessa forma, as descrições a seguir revelam que eles procuram desenvolver ações nesse contexto:

A gente cuida mesmo [...] **dá conselho**, leva pra igreja [...] **Um diálogo** entre a família mesmo ali, conversar com a família, **mostrar o caminho, ensinar** [...] E aí **a gente mostra o caminho**, mas eles não querem, eles querem vim por outro (ACD).

Tem um grupo de futebol, poderia está **fazendo algumas palestras** lá [...] porque **grupo a gente não vai conseguir fazer**, mesmo que mude o nome, já tentei uma vez e não deu certo por conta do estigma (Médica).

Às vezes, **faz palestra, convida pra participar de palestra**. [...] **falar sobre como são as drogas**, essas coisas. Mas adolescente já viu, jovem não se interessa por nada [...] Explicar sobre tanta coisa que tem por aí **nesse mundo perdido** [...] **Explicar e chamar para um diálogo** (Profissional de Serviços Gerais).

[...] **orientação sobre drogas** [...] **orientar sempre através de palestras e conversas**, de exemplos da sociedade e mostrar casos verídicos de usuários que não saíram, que morreram, que estão presos e **mostrar a eles o caminho** que leva ao uso de droga (Odontólogo).

No entanto, as expressões: “*mostrar o caminho*”, “*convidar para palestras*”, “*falar como são as drogas*”, “*explicar*”, “*orientar*”, “*ensinar*”, também se mostram em uma perspectiva subjetivista/objetivista, visto que intervenções desse tipo concebem o sujeito psicofísico como transmissor do conhecimento; é sempre o profissional, imbuído de suas capacidades cognitivas, que sabe o que o usuário e a família devem fazer, emitindo juízo de valor sobre suas condutas. “Todas estas práticas supõem, no fundo, uma relação estática, individualizada e individualizante, objetificadora, enfim, dos sujeitos-alvo de nossas intervenções” (AYRES, 2001, p. 70). Logo, o cientista deve criticar a existência de um mundo exterior *em si*, abandonando a ideia do corpo como transmissor de mensagem (MERLEAU-PONTY, 2011).

As frases: “*mas eles não querem*”, “*jovem não se interessa por nada*”, mostram que a equipe atribui a responsabilidade pelo fracasso das intervenções à comunidade e, dessa forma, não consegue estabelecer relações de cuidado. Sob a perspectiva subjetivista, aproxima-se das famílias como quem já conhece tudo sobre elas e, por isso, acredita poder planejar e desenvolver as ações que lhe convém. Assim, a equipe, ao invés de colocar-se na posição de construtora do cuidado, coloca-se como instrutora, o que corrobora a afirmação de que “há [...] na expressão pela linguagem uma espontaneidade que não suporta instruções, nem sequer as instruções que eu

gostaria de dar a mim mesmo” (MERLEAU-PONTY, 2002, p. 115). Vejamos, a seguir, as expressões dos profissionais:

Inicialmente a gente fez essa primeira **visita** no intuito de criar um **vínculo** com a família [...] pudemos estar intervindo e **encaminhando essa família pro CAPS** (Enfermeiro).

Você vê que hoje não chega mais problema no posto com relação a anabolizante. **Chega usuário de droga que é encaminhado pro CAPS** (Odontólogo).

Então eu ainda acho que pra poder se reestruturar a gente **precisa primeiro abrir mais serviços**, porque o que a gente tem não dá conta, **deveria ser aberto até um CAPS ad**, um outro CAPS ad ou até um **grupo** mesmo (Médica).

Um Centro de Recuperação é ótimo, maravilhoso [...] a prefeitura dava pra fazer um Centro de Recuperação, **botar psicóloga, botar médico** (ACD).

Então **Centro de Recuperação**, pode-se dizer assim é um **meio natural**, ela vai para um **ar livre** [...] Ela **não vai ter esse contato com a droga**. Tem aquela parte da abstinência [...] mas já tem um **médico**, já tem um **enfermeiro** que pode dá esse suporte (Técnico de Enfermagem).

[...] certa vez, tinha uma família aqui [...] que precisou de apoio com relação às drogas porque tinham dois filhos envolvidos com drogas, [...] a equipe do posto se uniu, foi dá apoio, foi conversar, **foi levar pra Centro de Recuperação**, pediu apoio da assistência social e um dos filhos se recuperou totalmente e o outro voltou e **recaiu nas drogas** [...] ele hoje é um cidadão recuperado, um cidadão que **saiu desse meio** [...] **é reintegrado à sociedade**, hoje trabalha e constitui uma **vida normal** dentro da sociedade (Odontólogo).

As descrições corroboram um estudo realizado com enfermeiras, cujos resultados apontam que o cuidado de Enfermagem na abordagem aos usuários de drogas limita-se a aconselhá-los e encaminhá-los a serviços especializados em saúde mental, o que reproduz o modelo de institucionalização dessas pessoas (ROSENSTOCK; NEVES, 2010). As autoras destacam que a maioria das propostas de tratamento da dependência química destina-se a institucionalizar o usuário, tendo como principais abordagens a médico-farmacológica, a psicossocial, a sociocultural e a religiosa.

Tendo em vista que a equipe considera o “*mundo das drogas*” separado de seu mundo, a alternativa para tratar o usuário é enviá-lo para fora, afastá-lo de seu território e, para que seja “*reintegrado à sociedade*” e possa “*constituir uma vida*

normal”, ele precisa “*sair desse meio*” (meio das drogas). Desse modo, o acolhimento e a escuta, como estratégias relacionais de cuidado que possibilitam a experiência do *outro*, são substituídas por encaminhamentos que, muitas vezes, não precisariam ser realizados.

Os Caps e as Comunidades Terapêuticas (antigos Centros de Recuperação) são serviços especializados que compõem a rede de atenção ao usuário de drogas e sua família (SENAD, 2011). Compreendendo o conceito de rede como “estrutura sem fronteiras, um sistema formado por elos, enfim, um conjunto de participantes autônomos que unem ideias e recursos em torno de valores e interesses compartilhados” (SOUZA; KANTORSKI; MIELKE, 2006, p. 4), a ESF constitui-se em mais um elo capaz de estabelecer relações cuidativas, construir projetos de felicidade e produzir vida naqueles que, até então, são estigmatizados e mortos socialmente.

Não se trata de encontrar os meios adequados aos fins almejados, mas de decidir, a partir de possibilidades concretamente postas, quais fins almejar e quais meios escolher. A experiência da saúde envolve a construção compartilhada de nossas ideias de bem-viver e de um modo conveniente de buscar realizá-las na nossa vida em comum. Trata-se, assim, não de construir objetos/objetividade, mas de configurar sujeitos/intersubjetividades (AYRES, 2007, p. 50).

Diante do exposto, percebemos que o cuidado às famílias de usuários de drogas, sob a perspectiva da equipe da ESF, caracteriza-se, fundamentalmente, como um cuidado ora objetivista, ora subjetivista, uma vez que se sustenta na relação sujeito-objeto e sujeito-sujeito. Assim, a percepção dos profissionais sobre o cuidado, segundo essas perspectivas, pode configurar-se como descuido, uma vez que desaprecia a intersubjetividade.

Nessa perspectiva, retomando o pensamento de Merleau-Ponty acerca da intersubjetividade, percebemos que é preciso superar as tradições objetivista e subjetivista no contexto do cuidado às famílias de usuários de drogas, considerando que o *outro* de quem o profissional de saúde cuida constitui o seu semelhante. Trata-se, portanto de um ser de generalidade, que não se reduz a uma formulação objetiva.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS: ESFORÇO INFINDO PARA CONCLUIR

“Enquanto há diálogo é porque há mais o que saber, é porque há mais a se dizer” (AYRES, 2007, p. 59).

O estudo consistiu em compreender a percepção da equipe da ESF sobre o cuidado às famílias de usuários de drogas, à luz da filosofia da experiência de Maurice Merleau-Ponty. Para o filósofo, o saber é construído na relação intersubjetiva que se estabelece por meio do diálogo na dinâmica da experiência perceptiva.

Nesse sentido, a pesquisa permitiu descrever vivências dos profissionais da ESF sobre o cuidado às famílias, por meio da utilização das técnicas do Desenho Estória com Tema e da Entrevista Aberta, que favoreceram a espontaneidade e a descontração dos participantes da pesquisa.

Embora a fenomenologia não pressuponha objetivações, um estudo de caráter acadêmico, principalmente quando se trata de pesquisa de campo, busca a articulação e a formulação de pensamentos que desvelem, de forma objetiva, os seus resultados. Assim, os textos que constituíram as descrições dos integrantes da pesquisa, submetidos à *analítica da ambiguidade*, resultaram na percepção de quatro teses que se configuraram como respostas à questão de pesquisa: *a crença na existência de um espaço de inserção próprio do usuário de drogas, que está separado da sociedade em geral; a crença de que a droga constitui-se como algo em si mesmo; a crença de que o usuário está fora da sociedade e, por último, a crença de que existe cuidado nessa relação dicotomizada, em que o profissional de saúde vê o usuário como um em si, separado dele.*

As descrições relacionadas à primeira tese mostram que os profissionais compreendem o contexto do uso de drogas como um mundo objetificado e separado da sociedade, que foi designado como o “*mundo das drogas*”. Ao instituir esse espaço como o lado do mal, a equipe coloca-se em oposição a ele, isto é, como integrante do lado do bem. Assim, a dicotomia entre o mundo da equipe e o mundo do usuário – o “*mundo das drogas*” – interfere no processo intersubjetivo que deve caracterizar as relações de cuidado entre a equipe e as famílias.

A segunda tese corresponde à compreensão da droga como algo *em si mesmo*. Sob o olhar objetivista, a equipe, de forma descontextualizada, atribui à substância a culpa pelos problemas que contornam o seu uso, sejam eles físicos, familiares ou sociais, o que desconsidera as relações que o usuário estabelece com ela. Além disso, as descrições mostraram o uso da droga como uma atitude deliberada, da qual o usuário possui o controle.

À luz do pensamento merleau-pontyano, podemos compreender o uso de drogas, no contexto impessoal, como uma opção para o cuidado de si, embora esse cuidado possa implicar descuido. O entrelaçamento do usuário com a substância configura-se na busca irrefletida de satisfazer alguma necessidade, podendo significar a oportunidade de tornar-se *outro*.

A terceira tese postula que o usuário de drogas está fora da sociedade, habitando um espaço do qual os técnicos não fazem parte. Ao ser concebido de forma objetificada, a tese impõe-lhe uma série de características: “*assassino*”, “*ladrão*”, “*criminoso*”, “*traficante*”, “*marginal*”, “*dependente químico*”, “*largado*”, “*jogado às traças*”, “*beberrão*”, “*sem perspectiva de vida*”, dentre outros estereótipos.

Olhar o usuário como quem olha de fora, sem entrelaçar-se com ele, contribui para a segregação e a exclusão social, uma vez que dificulta o acesso a espaços que possam favorecer outras expressões de cuidado, como a conquista de interações sociais e a construção de projetos de vida.

A quarta tese refere-se à percepção da equipe sobre o cuidado, revelado em duas perspectivas: objetivista e subjetivista. A primeira sustenta-se nas três teses discutidas: “*mundo das drogas*”, a droga e o usuário de drogas, e, além disso, nas relações do tipo causa-efeito, em que se busca explicar sobre o que leva ao uso da substância. Já a segunda compreende o cuidado como atribuição do especialista que, munido de suas capacidades cognitivas e do aporte técnico-científico, considera-se apto a prescrever condutas a serem seguidas pelo usuário e sua família, podendo, até mesmo, julgá-los.

Com base no pensamento merleau-pontyano, podemos compreender que o cuidado sob a ótica da intersubjetividade significa uma alternativa à superação de concepções objetivistas e subjetivistas que orientam as práticas da equipe da ESF.

Portanto, é fundamental que os profissionais percebam as teses que sustentam no campo do uso de drogas e ressignifiquem a forma como veem e cuidam do usuário de drogas e sua família. Também, a percepção da equipe da ESF sobre o cuidado às famílias de usuários de drogas parece configurar-se como suposto cuidado ou, por assim dizer, como descuido, visto que se orienta pela sustentação de teses objetivistas. Ao se veem como diferentes do usuário, como integrantes de mundos opostos, a distância entre profissionais e famílias interfere no estabelecimento de espaços dialógicos e transformadores, o que interrompe a experiência perceptiva, já que não se reconhece o cuidado como resultante da intersubjetividade.

Ao compreender que o usuário buscou na droga uma alternativa para o cuidado de si, embora constitua uma opção que poderá implicar descuido, a equipe poderá investir na descoberta de outras possibilidades de cuidado que sejam capazes de preencher, além da falta que o impulsionou ao uso da droga, a falta da própria substância.

Como as descrições anunciaram o despreparo da equipe para lidar com questões referentes ao contexto do uso de drogas, é fundamental que os serviços especializados, Centro de Atenção Psicossocial (Caps) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), por meio de seus profissionais, utilizem o matriciamento, estimulem a ESF a desenvolverem ações de promoção, prevenção e tratamento nesse campo de atenção, preparando as equipes e fazendo-as ver o potencial que possuem para cuidar das famílias de usuários de drogas, especialmente com enfoque na valorização dos usuários, do saber do outro e do reconhecimento das teses.

No campo da saúde, na atenção às famílias de usuários de drogas, a pesquisa possibilitará repensar o cuidado na perspectiva da desconstrução de conceitos e dogmas do modelo proibicionista, historicamente arraigado, que tem dificultado a efetivação da ESF como modelo substitutivo de base comunitária. Favorece, ainda, a invenção de novos modos de saber-fazer, fundamentados no reconhecimento do ser humano como contexto de intersubjetividade, o que se configura como mudança na forma de ver o usuário de drogas e sua família, reconhecendo-os como seres capazes de superar as limitações impostas pelo processo de estigmatização, e participar da construção de uma nova cultura, que resgate e valorize a cidadania e a inclusão social.

Nesse sentido, a relevância da pesquisa consiste em levar essas discussões para os serviços que compõem a rede de atenção na área de drogas, especialmente às equipes de ESF, para os espaços acadêmicos e, até mesmo, para os usuários e suas famílias, no sentido de ressignificar o cuidado e a forma como se olha para esses sujeitos, fazendo-os ver que as teses que contornam esse contexto têm-se caracterizado mais como descuido do que como cuidado.

Frente ao exposto, o despertar para o saber ver e o saber fazer na perspectiva do cuidado às famílias de usuários de drogas consistem em um caminho a ser trilhado para o avanço na área, visto que contribuem para a retomada da lógica da organização do cuidado no território e do fundamento básico que norteia a transição da concepção de uso de drogas como doença ou questão de polícia, para o entendimento do mesmo como questão de saúde pública, que valoriza o sujeito na sua integralidade.

Ao ressignificar o olhar, a equipe da ESF poderá ver-se como igual ao outro, à medida que se constituem seres de generalidades. Ao possibilitar espaços de fala e de escuta, o diálogo entre profissionais e famílias será o meio pelo qual se descobrirão novas alternativas para reduzir danos decorrentes do uso prejudicial de drogas e, dessa forma, novas possibilidades de existência a partir da experiência perceptiva.

Para o ensino, esta pesquisa poderá contribuir na construção de novos saberes e novos olhares para a formação em Saúde Mental e Saúde da Família no que se refere ao cuidado à família. Para a pesquisa, o caráter infundável desta dissertação possibilitará o desenvolvimento de outros estudos que desvelarão novos perfis sobre o tema. Para a extensão, surge a possibilidade da realização de projetos focados na educação permanente dos profissionais da Saúde Mental e da Atenção Básica, além de grupos de ajuda mútua que contemplem famílias de usuários de drogas como unidades a serem assistidas.

Por fim, o estudo possibilitou-nos compreender que o fenômeno mostra-se sempre em perfil, trazendo consigo outros perfis. Na dinâmica da experiência perceptiva, a construção do conhecimento constitui-se em uma experiência inacabável e os fenômenos jamais se desvelam *em si* por completo, o que impossibilita alcançar todas as suas perspectivas. Logo, caso continuássemos a enveredar-nos pelas

descrições vivenciais dos profissionais, sob a ótica da filosofia de Merleau-Ponty, surgiriam infindáveis ambiguidades, que nos levariam a novas reflexões.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309 – 2319, nov, 2009.

ARANHA e SILVA, A. L.; FONSECA, R. M. G. S. O projeto copiadora do CAPS: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida. **Rev Esc Enferm USP**, v. 36, n.4, p.358-66, 2002.

AZEVEDO, D.M.; MIRANDA, F.A.N. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPSad do município de Natal-RN: com a palavra a família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 56-63, 2010.

AZEVEDO, D.M.; MIRANDA, F.A.N. A representação social de familiares nos centros de atenção psicossocial. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p.354-360, 2011.

AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BARROS, M.A; PILLON, S.C. Assistência aos usuários de drogas: a visão dos profissionais do programa saúde da família. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 261 – 266, abr/jun, 2007.

BENEVIDES, D.S., et al. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 32, p. 127-138, 2010.

BIELEMANN, V.L.M., et al. A inserção da família nos Centros de Atenção Psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. **Revista Texto e Contexto**, v. 18, n. 1, p. 131-139, 2009.

BONI, V; QUARESMA, S.J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, v. 2, n 1, p. 68 – 80, jan/jul, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Ética e Pesquisa. **Resolução 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília (DF): MS; 1996.

_____. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Secretaria de Atenção à Saúde/Coordenação Nacional de DST/Aids. Série B. Textos Básicos de Saúde – Brasília, 2 ed. rev. ampl., p. 64, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE/Coordenação Geral de Saúde Mental. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. Prevenção de Álcool e outras Drogas no ambiente de trabalho: conhecer para ajudar. Brasília. Secretaria Nacional Antidrogas. Serviço Social da Indústria, 2008.
BRUSAMARELLO, T. et al. Consumo de drogas: Concepções de familiares de estudantes em idade escolar. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 4 n. 1, 2008.

CARVALHO, P.A.L. **Vivências de cuidado à família e intersubjetividade: percepção de familiares de usuários do CAPS II**, 2010a. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié. 168 p.

CARVALHO, E.S.S. **Viver a sexualidade com o corpo ferido: representações de mulheres e homens**, 2010b. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador. 255 p.

COUTINHO, M. P. L. **Depressão infantil e representação social**. João Pessoa: Universitária, 2005.

DELEVATI, D. M.; PALAZZO, L. S. Atitudes de empresários do Sul do Brasil em relação aos portadores de doenças mentais. **J Bras Psiquiatr**, v. 57, n 4, p. 240-246, 2008.

DOMBI-BARBOSA, C., et al. Condutas terapêuticas de atenção às famílias da população infantojuvenil atendida nos centros de atenção psicossocial infantojuvenis

(CAPSi) do estado de São Paulo. **Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 19, n. 2, p. 262-268, 2009.

FARIAS, F.L.R; FUREGATO, A.R.F. O dito e o não dito pelos usuários de drogas, obtidos mediante as vivências e da técnica projetiva. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 700-7, set/out, 2005.

FERREIRA, V.M.; TOCANTINS, F.R.; NOGUEIRA, M.L. Enfermeiro e familiar de usuário de centro de atenção psicossocial: necessidade de saúde expressa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 2, p. 235-41, 2009.

FRANCO, T.B. et al.. A Produção subjetiva da Estratégia Saúde da Família in **Produção Subjetiva do Cuidado**: cartografia da Estratégia Saúde da Família - Túlio Batista Franco, Cristina Setenta Andrade e Vitória Solange Coelho Ferreira (organizadores). Editora HUCITEC. São Paulo, 2009.

GARCIA, M.L.T; LEAL, F.X, ABREU, C.C. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Psicologia & Sociedade**, v. 20, n. 2, p. 267 – 276, 2008.

GABARDO, R.M; JUNGES, J.R; SELLI, L. Arranjos familiares e implicações à saúde na visão dos profissionais do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 91 – 97, 2009.

GIOVANELLA, L et al.. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. 8ª Ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2001.

HEIDEGGER, M. **Sobre a essência da verdade**. Trad. de Ernildo Stein. Duas Cidades, São Paulo, 1970.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Parte I. Tradução: Márcia de Sá Cavalcante. Petrópolis: Vozes, 1989.

HIRDES, A.; KANTORSKI, L.P. A família como um recurso central no processo de reabilitação psicossocial. **Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)**, n. 13, p. 160-166, 2005.

HOLANDA, A. Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. **Análise Psicológica**, v. 3, n. 24, p. 363-372, 2006.

HORTA, R.L.; HORTA, B.L.; PINHEIRO, R.T. Drogas: famílias que protegem e que expõem adolescentes ao risco. **J Bras Psiquiatr**, v. 55, n. 4, p. 268-272, 2006.

HUSSERL, E. **La crise des sciences européennes et la phénoménologie transcendantale**. Trad.: Gerard Granel. Paris: Gallimard, 1976.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Banco de dados:** cidades. Bahia, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=291210#>. Acesso em 19 de agosto de 2011.

JAHN A.C et al. Grupo de ajuda como suporte aos alcoolistas. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 11, n. 4, p. 645-9, dez, 2007.

JINEZ, M.L.J., SOUZA, J.R.M.; PILLON, S.C. Uso de drogas e fatores de risco entre estudantes de ensino médio. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 246-252, 2009.

JORGE, M. S. B.; BEZERRA, M. L. M. R. Inclusão e exclusão social do doente mental no trabalho: representações sociais. **Texto Contexto Enferm**, Fortaleza, v.13, n.4, p.551-8, out-dez, 2004.

JORGE, M.S.B., et al. Representações sociais das famílias e dos usuários sobre participação de pessoas com transtorno mental. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP)**, v. 42, n. 1, p. 135-142, 2008.

KERBER, N.P.C.; KIRCHHOF, A.L.C; CEZAR-VAZ, M.R. Considerações sobre a atenção domiciliar e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 485-493, mar, 2008.

LEÃO, A.; BARROS, S. Inclusão e exclusão social: as representações sociais dos profissionais de saúde mental. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v.15, n.36, p.137-52, jan./mar. 2011.

LINS, M.R.S.W; SCARPARO, H.B.K. Drogadição na contemporaneidade: Pessoas, famílias e serviços tecendo redes de complexidade. **Psicol. Argum.**, v. 28, n. 62, p. 261 – 271, jul/set, 2010.

LUSSI, I. A. O.; MATSUKURA, T. S.; HAHN, M. S. Reabilitação psicossocial: oficinas de geração de renda no contexto da saúde mental. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.34, n.2, p.284-90. 2010.

LUSSI, I. A. O.; PEREIRA, M. A. O. Empresa social e economia solidária: perspectivas no campo da inserção laboral de portadores de transtorno mental. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.45, n.2, p. 515-21, 2011.

MACRAE, E. Antropologia: aspectos Sociais, Culturais e Ritualísticos. In: SEIBEL, S.D; TOSCANO, Jr.A. **Dependência de drogas**. Editora Ateneu, São Paulo, 2001, p. 25 – 34.

MACHADO, A.R; MIRANDA, P.S.C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da justiça à Saúde Pública. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801 – 821, 2007.

MACHADO, L.Z. Famílias e individualismo: tendências contemporâneas no Brasil. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v. 4, n. 8, p. 11 – 26, 2001.

MATTHEUWS, E. **Compreender Merleau-Ponty**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 2010.

MELLO, S. L. Família: Perspectiva teórica e observação factual. In: CARVALHO, M.C. (org.). **A família contemporânea em debate**. São Paulo: EDUC/Cortez editora. p. 51 a 60, 1997.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. Tradução: Carlos Alberto Moura. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

MERLEAU-PONTY, M. **A prosa do Mundo**. Tradução: Paulo Neves. São Paulo: Cosac & Naify, 2002.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3ª ed. São Paulo: Ed. HUCITEC, 2002.

MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 121-133, 2008.

MORENO, V.; ALENCASTRE, M.B. A família do portador de sofrimento psíquico e os serviços de saúde mental: estudo de caso. **Acta Scientiarum Health Sciences**, v. 26, n. 1, p. 175-181, 2004.

MORENO, V. Familiares de portadores de transtorno mental: vivenciando o cuidado em um Centro de atenção Psicossocial. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP)**, v. 43, n. 3, p. 566-572, 2009.

NASCIMENTO, A.B. Uma visão crítica das políticas de descriminalização e de patologização do usuário de drogas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 185 – 190, jan/abr, 2006.

NÓBREGA, T.P. Corpo, percepção e conhecimento em Merleau-Ponty. **Estudos de Psicologia**, v. 13, n. 2, p. 141-148, 2008.

PERUCCHI, J; BEIRÃO, A.M. Novos arranjos familiares: paternidade, parentalidade e relações de gênero sob o olhar de mulheres chefes de família. **Psi. Clin.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 57 – 69, 2007.

PINHEIRO, L; GALIZA, M; FONTOURA, N. Novos arranjos familiares, velhas convenções sociais de gênero: a licença-parental como política pública para lidar com essas tensões. **Estudos feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 3, 851 – 859, set/dez, 2009.

PRATTA E.M.M; SANTOS, M.A. Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico. **Estudos de Psicologia**, v. 11, n. 3, p. 315-3, 2006.

PINHO, P.H; OLIVEIRA M.A; ALMEIDA M.M. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível?. **Rev. Psiq. Clín**, v. 35, supl 1, p. 82-88, 2008.

RIBEIRO, K.C.S; NASCIMENTO, E.S.; COUTINHO, M.P.L. Representação Social da Depressão em uma Instituição de Ensino da Rede Pública. **Psicologia, ciência e profissão**, v. 30, n. 3, p. 448-46, 2010.

RODRIGUES, R. C.; MARINHO, T. P. C.; AMORIM, P. Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, p. 1615-25, 2010. Suplemento 1.

ROSENSTOCK, K.I.V; NEVES, M.J. Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 4, p. 581-586, jul/ago, 2010.

ROTHER, E.T. Revisão sistemática x Revisão Narrativa (Editorial). **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 2, 2007.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP)**, v. 42, n. 1, p. 127-134, 2008.

SCHENKER, M; MINAYO, M.C.S. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 299 – 306, 2003.

_____. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública**, Riode Janeiro, v. 20, n. 3, p. 649-659, mai/jun, 2004.

_____. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 707-717, 2005.

SENA, E.L.S. **A experiência do outro nas relações de cuidado: uma visão merleau-pontyana sobre as vivências de familiares cuidadores de pessoas com doença de Alzheimer**. [Tese] Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2006. 282 p.

SENA, E.L.S.; GONÇALVES, L.H.T. Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer: perspectiva da filosofia de Merleau-Ponty. **Texto Contexto Enferm**, v. 17, n. 4, p. 232-40, Abr-Jun. 2008.

SENA, E.L.S. et al. Analítica da ambiguidade: estratégia metódica para a pesquisa fenomenológica em saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 31, n. 4, p. 769-775, 2010.

SENA, E.L.S. et al. A intersubjetividade do cuidar e o conhecimento na perspectiva fenomenológica. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 181-188, 2011.

SENAD. **A Prevenção do Uso de Drogas e a Terapia Comunitária**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

SENAD. **Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias**. 4. ed. Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011.

SIPAHI, F.M.; VIANNA, F.C. Uma análise da dependência de drogas numa perspectiva fenomenológica existencial. **Análise Psicológica**, v. 4, p. 503-507, 2001.

SODELLI, M. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 637 – 644, 2010.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L.P.; MIELKE, F.B. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**. (Ed. port.), v. 2, n. 1, p. 1-17, 2006.

SOUZA, V.S. **Dispositivos existenciais de cuidado em saúde mental: percepção de pessoas em sofrimento psíquico**, 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié (BA): UESB. 144 p.

SPÍNDOLA, T. A fenomenologia e a enfermagem: algumas reflexões. **Rev. Esc. Enf. USP.**, v.31, n.3, p.403-9, dez. 1997.

SZYMANSKI, H. Teorias e “Teorias” de famílias. In: CARVALHO, M.C. (org.). **A família contemporânea em debate**. São Paulo: EDUC/Cortez editora. p. 51 a 60, 1997.

_____. Trabalhando com Famílias. In: SZYMANSKI, H. **A relação família/escola: desafios e perspectivas**. Brasília: Liberlivro, p. 47 – 92, 2009.

TERRA, M.G. et al. Saúde Mental: do velho ao novo paradigma – uma reflexão. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 711-717, 2006.

TRINCA, W. **Formas de investigação clínica em psicologia: procedimento de desenhos-estórias: procedimentos de desenhos de famílias com estórias**. São Paulo: Vetor, 1997, 292 p.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2003.

VALENÇA, T. Drogas na cultura de consumo: do estigma ao preço da felicidade. In: LUIS, M.A.V. (org). **Os novos e velhos desafios da saúde mental**. Ribeirão Preto: DEPCH/EERP/USP, 2008, p. 183 – 191.

VALENÇA, T. **Consumir e ser consumido: eis a questão! Parte II** – outras configurações entre usuários de drogas numa cultura de consumo. [Tese] Salvador (BA): PPGCS/UFBa, 2010. 321 p.

VENTURA, C.A.A et al.. Políticas e leis sobre drogas ilícitas no brasil e a perspectiva de familiares e pessoas próximas a usuários de drogas: estudo na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, brasil. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 17 (Esp.), p. 810 – 816, nov/dez, 2009.

ZEMEL, M.L.S. O papel da família no tratamento da dependência. **Revista IMESC**, n. 3, p. 43 – 63, 2001.

WALDOW, V.R. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmo**. 2ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro, Ed. Vozes, 2004.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA DEPARTAMENTO DE SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde.

O presente termo em atendimento à Resolução 196/96, destina-se a esclarecer ao participante da pesquisa intitulada **”Percepção da Equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) Sobre o Cuidado à Família do Usuário de Droga”**, sob responsabilidade da pesquisadora Laís Santana Santos Pereira Lira, sob orientação da Prof^a DSc Edite Lago da Silva Sena, do curso de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) do Departamento de Saúde (DS), os seguintes aspectos:

OBJETIVO: compreender a percepção da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre o cuidado às famílias de usuários de drogas.

METODOLOGIA: o referencial teórico da pesquisa será a Fenomenologia de Merleau-Ponty. O cenário será uma Unidade de Saúde da Família (USF) no município de Ibicaraí-BA. Os sujeitos serão compostos por um representante de cada categoria profissional da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF). A descrição das vivências será realizada com cada profissional separadamente, em local reservado e livre de interrupções, utilizando dois instrumentos: o Desenho Estória com Tema e a entrevista aberta. A compreensão dos dados ocorrerá por meio da Analítica da Ambiguidade.

JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA: drogas é um tema que tem tido grande repercussão na sociedade brasileira, devido aos impactos negativos que elas podem provocar no organismo, na família, na sociedade e no Estado. Além disso, esta pesquisa justifica-se pela necessidade do desenvolvimento de ações cuidativas mais resolutivas no contexto das famílias que convivem com problemas decorrentes do uso de drogas. Assim, a pretensão desse estudo é focalizar as vivências dos profissionais da ESF de uma área adscrita do município de Ibicaraí-BA frente às famílias de usuários de droga, com a pretensão de colaborar na compreensão da

percepção de cuidado a famílias que sofrem com os agravos decorrentes do uso nocivo da droga por um ou mais membros.

DESCONFORTOS, RISCOS E CONFIDENCIALIDADE DO ESTUDO: em momento nenhum o informante estará exposto a riscos devido a sua participação nesta pesquisa, já que os dados serão manipulados com extremo sigilo garantindo o anonimato, não disponibilizando para terceiros. Os dados obtidos serão manipulados apenas pelos pesquisadores responsáveis e colaboradores, não sendo identificados os informantes.

BENEFÍCIOS: o cumprimento dos objetivos dessa pesquisa possibilitará a produção de um conhecimento que vai subsidiar o planejamento e a implementação de cuidados que visualizem as famílias de usuários de drogas na perspectiva do que há de mais fundamental nelas que é a experiência intersubjetiva. A compreensão que o estudo pretende alcançar poderá contribuir para transformar práticas cuidativas que, porventura, não tenham ainda se mostrado eficientes no atendimento às necessidades das famílias que convivem com os problemas decorrentes do uso prejudicial de drogas. Tal compreensão transforma no sentido em que nos possibilita perceber o mundo, as coisas e os outros de um modo diferente, e isto nos permite desenvolver novas estratégias de cuidado.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO: será garantido a disponibilização de qualquer esclarecimento adicional que o informante venha solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a desistência implique em qualquer prejuízo à pessoa ou à família.

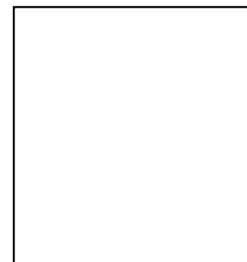
PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: a integração à pesquisa será de maneira voluntária, ficando a critério do informante o desejo de participar ou não do estudo, através da informação de seus dados e opiniões acerca do assunto abordado, não havendo nenhuma penalidade caso recuse ou desista de prosseguir na pesquisa. O participante não terá nenhuma despesa pela sua participação nem receberá pagamento ou gratificação.

CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO

Eu, _____, concordo em participar do estudo descrito acima. Fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa intitulada: Percepção da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre o cuidado às famílias de usuários de droga, aos procedimentos aos quais serei submetido e os possíveis riscos envolvidos na minha participação. Tenho o direito de desistir da participação em

qualquer momento, sem que minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou a minha família. A minha participação é voluntária, e não implicará em custos ou prejuízos adicionais, sejam esses custos ou prejuízos de caráter econômico, social, psicológico ou moral, sendo garantido o anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação.

Assinatura: _____



COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Garanto estar disponível para atender quaisquer dúvidas e/ou solicitação para esclarecimento de dados que ficaram obscuros no decorrer desta pesquisa. Poderei ser encontrado no endereço abaixo:

_____ Ibicaráí, / / .

Pesquisadora responsável

LAÍS SANTANA SANTOS PEREIRA LIRA

Tel: (73) 9193-3665

E-mail: lailira@hotmail.com

Orientadora

EDITE LAGO DA SILVA SENA

Tel: (73) 8839-3743

E-mail: editelago@gmail.com

APENDICE B - Termo de Autorização do Estabelecimento



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO PARA COLETA DE DADOS

Eu, Pedro Adriano Dias dos Santos, ocupante do cargo de Secretário de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Ibicaraí, **AUTORIZO** a coleta de dados do projeto “**PERCEÇÃO DA EQUIPE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) SOBRE O CUIDADO À FAMÍLIA DO USUÁRIO DE DROGA**” da pesquisadora Laís Santana Santos Pereira Lira sob orientação da Prof^a DSc Edite Lago da Silva Sena após a aprovação do referido projeto pelo CEP/UESB.

Ibicaraí, 21 de outubro de 2011

ASSINATURA: _____

CARIMBO:

PREFEITURA MUNICIPAL DE IBICARAI
Pedro Adriano Dias dos Santos
Secretário Municipal de Saúde
Decreto 026/2011

PREFEITURA MUNICIPAL DE IBICARAI
Pedro Adriano Dias dos Santos
Secretário Municipal de Saúde
Decreto 026/2011

APENDICE C – Roteiro da entrevista aberta

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

TÍTULO DO PROJETO: Percepção da Equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre o Cuidado às Famílias de Usuários de Droga.

OBJETIVO: Compreender a percepção da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre o cuidado às famílias de usuários de drogas.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Codinome do informante: _____

Idade: _____

Sexo: F () M ()

Profissão: _____

Tempo no serviço: _____

Outras experiências profissionais: _____

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Fale-me sobre a questão das drogas no seu contexto de atuação profissional.
2. Comente sobre as ações que sua equipe desenvolve com relação às famílias de usuários de drogas.
3. Qual a sua percepção sobre o cuidado às famílias de usuários de drogas.

APENDICE E – Orçamento da Pesquisa

Especificação	Utilização	Quantidade	Valor unitário	Total
Pen drive	Armazenamento de dados (artigos, documentos, produção científica e outros)	01	40,00	40,00
Papel ofício A4	Impressão de materiais importantes para a pesquisa; material para coleta de dados (Desenho Estória com Tema)	10	15,00	150,00
Classificador	Organizar material coletado através do desenho e outros materiais impressos	10	2,00	20,00
Caneta esferográfica	Será utilizada para estudos e atividades administrativas de uma forma geral	20	0,50	10,00
Lápis preto nº 2	Material para Coleta de dados (Desenho Estória com Tema)	20	0,25	5,00
Borracha	Material para Coleta de dados (Desenho Estória com Tema)	10	0,30	3,00
Cartucho colorido para impressora HP	Impressão	05	85,00	425,00
Cartucho preto para impressora HP	Impressão	05	80,00	400,00
Gravador	Gravar entrevistas	01	500,00	500,00
Reprografia	Reproduzir materiais	3000	0,10	300,00
Encadernação capa dura	Encadernar dissertação	05	25,00	125,00
Revisão ortográfica	Revisar ortografia da dissertação	250	3,00	750,00
Revisão abstract	Traduzir resumo para inglês	01	50,00	50,00
TOTAL				3.546,0

ANEXO

ANEXO A – Parecer consubstanciado CEP/Uesb



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
 Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
 Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

PARECER CONSUBSTANCIADO

Protocolo Nº 191/2011
CAAE: 0168.0.454.000-11

I – Identificação:

Projeto de Pesquisa: *Percepção da Equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Sobre o Cuidado à Família de Pessoas Usuárias de Droga*

Pesquisador Responsável: Lais Santana Santos Pereira Lira

Pesquisadores Colaboradores: Profa. Edite Lago da Silva Souza

Instituição proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/Departamento de Saúde

Área de Conhecimento: Ciências da Saúde/Saúde Coletiva – Terap.

II – Objetivos:

Geral: Compreender o sentido do cuidado às famílias de usuários de drogas, a partir da percepção da equipe de Saúde da Família.

III – Sumário do projeto:

O objetivo do presente estudo é compreender o sentido do cuidado às famílias de usuários de drogas, a partir da percepção da equipe de Saúde da Família. Tratando-se de uma tentativa de repor as essências na existência, a fundamentação teórico-metodológica da pesquisa será a filosofia da experiência do filósofo Merleau-Ponty. Será realizada em uma Unidade de Saúde da Família do município de Ibicarai-BA com um representante de cada categoria profissional da equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF): um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem, um Agente Comunitário de Saúde (ACS), um cirurgião dentista, um auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, além de um profissional da recepção e outro de serviços gerais (08 sujeitos). Após aprovação pelo Comitê de Ética, a descrição das vivências será realizada com cada informante separadamente e em local reservado, utilizando dois instrumentos: *Desenho Estória com Tema* e a *Entrevista Aberta*. A compreensão das descrições vivenciais obtidas ocorrerá por meio da *Análítica da Ambigüidade*. Assim, a pretensão desse estudo é focalizar as vivências dos profissionais da ESF de pretensão de colaborar na compreensão da percepção de cuidado a famílias que sofrem com os agravos decorrentes do uso nocivo da droga por um ou mais membros.

IV – Comentários do relator:

O projeto elaborado pelas pesquisadoras Lais Santana (responsável) e Edite Lago (orientadora/colaboradora) é bastante atual, relevante e necessário principalmente por tratar da questão do uso abusivo das drogas que é uma patologia psicossocial extremamente virulenta, perigosa e destrutiva que tem reflexos devastadores no seio social, iniciando-se no núcleo familiar, essa importante célula. O vício, moldando comportamentos, aninha-se nos escaninhos da personalidade de forma que o seu discurso aparece rotineiramente metamorfoseado em expressão incompreensível apesar dos seus efeitos serem de fácil leitura. É preciso compreender-se o fenômeno e seu discurso a partir da sua essência no contexto da intersubjetividade que se pode estabelecer entre o sujeito pesquisante e o pesquisado que relata o intersubjetivo operado na sua prática do atendimento às famílias padecentes dos dependentes de drogas. Dessa forma, pela sua complexidade, a compreensão dessa questão demanda metodologia específica. Cientes disso as pesquisadoras propõem aqui uma tomada merleau-pontyana da questão no estudo, evocando a intersubjetividade como elemento dessa matriz pontyana na chagada à compreensão do sentimento e percepção dos profissionais de saúde que tratam do atendimento às famílias de dependentes de drogas na ESF com relação à questão da droga. As técnicas de abordagem serão constituídas de três etapas: *Desenho Estória Livre – Desenho Estória Tema – Entrevista Aberta*, usando a *Análítica da Ambigüidade* como técnica interpretativa. Conforme o relatório de checagem do encaminhamento do projeto, todos os itens constitutivos encontram-se no protocolo de envio, conforme recomenda a Res. 196/96.

V - Adequação do TCLE e forma de obtê-lo:

O TCLE encontra-se de acordo com a Resolução 196/96.

VI – Parecer do relator:

Somos de parecer favorável à aprovação do projeto de pesquisa.

Situação do projeto: Aprovado

Jequié, 03 de janeiro de 2011

Profª. Ana Angélica Leal Barbosa
 Presidente do CEP/UESB