

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

JANINE LEMOS DE LIMA

**PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS SOBRE A FAMÍLIA NA
REABILITAÇÃO**

**JEQUIÉ/BA
2016**

JANINE LEMOS DE LIMA

**PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS SOBRE A FAMÍLIA NA
REABILITAÇÃO**

Dissertação de Mestrado apresentado 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.^aDr.^a Edite Lago da Silva Sena

**JEQUIÉ/BA
2016**

L698 Lima, Janine Lemos de.
Percepção de usuários do centro de atenção psicossocial álcool e drogas
sobre a família na reabilitação /Janine Lemos de Lima.- Jequié, 2016.
86f.: il. ; 30cm

(Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em
Enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, sob
orientação da Prof^a. Dr^a. Edite Lago da Silva Sena)

1.Enfermagem 2.Drogas Ilícitas 3.Família I.Universidade Estadual do
Sudoeste da Bahia II.Título

CDD – 610.73

Jandira de Souza Leal Rangel - CRB 5/1056. Bibliotecária – UESB - Jequié

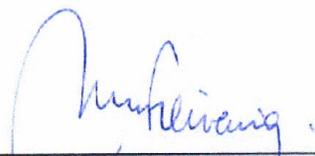
FOLHA DE APROVAÇÃO

LIMA, J.L. **Percepção de usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas sobre a família na reabilitação.** 2016. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Área de Concentração: Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié/BA.

BANCA EXAMINADORA



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



Prof.^a Dr.^a Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira
Doutora em Ciência Sociais. Universidade de São Paulo



Prof. Dr. Sergio Donha Yarid
Doutor em Odontologia Preventiva e Social. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Jequié/BA, 29 de fevereiro de 2016.

DEDICATÓRIA

A Jesus Cristo,

Alfa e o Ômega, o princípio e o fim.

A meu bisavô Alcebíades (em memória), um homem simples, analfabeto, que não apenas via, mas enxergava a vida com os olhos da alma, com aquilo que podemos chamar de humano em nós.

AGRADECIMENTOS

Neste momento, estendo meus agradecimentos a todos que, direta ou indiretamente, me ajudaram na construção deste trabalho:

A Deus Pai, Filho e Espírito Santo por me oferecer este momento, por enviar pessoas indispensáveis à minha vida, por me fazer acreditar e nunca me deixar perder a esperança; e a **Nossa Senhora**, por interceder por mim.

À Prof.^a Dr.^a Edite Lago da Silva Sena (orientadora) por sua dedicação, cuidado e disponibilidade. Sua paixão pela saúde mental e pela fenomenologia me motivou e me conduziu a esta dissertação. A senhora me fez acreditar que esse sonho seria possível.

Ao Prof. Me. Julival Andrade Santos Júnior e meus bolsistas de extensão **Rafael David Viera Porto, Alexandre Sousa Barros e Hemilena Carmo da Silva** por conduzir as ações do nosso *Núcleo Interdisciplinar de Estudo, Ensino, Pesquisa e Extensão em Traumatologia*, assim como, pelo apoio e disponibilidade.

A todos os professores e equipe administrativa do **Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da UESB** por oferecer a turma especial 2013.2, assim como, por estimular, tolerar e respeitar esse momento em minha vida.

Ao meu noivo Álvaro Amorim Campos por sua disponibilidade, atenção, doação, prestatividade, carinho, tolerância e respeito nesse momento indispensável em minha vida.

À Vanessa Thamires Carvalho dos Santos e Tito Lívio Ribeiro Gomes do Nascimento por estarem próximos e terem feito de tudo para colaborar com este trabalho.

À Prof.^a Ms.^a Patrícia Anjo Lima de Carvalho por toda disponibilidade, prestatividade e cuidado dedicados a mim nesse processo de estudo e aprendizado.

Ao Prof. Dr. Sérgio Donha Yarid e Prof.^a Dr.^a Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira por contribuir e me estimular a caminhar nesse trabalho.

A **Dr. Élson**, meu psiquiatra, **Dr.^a Fátima**, minha psicóloga, **Dr. Vladimir Junior**, meu fisioterapeuta, **Dr. Victor**, meu educador físico, **Dr.^a Otília** minha acupunturista,

Prof.^a Marlene Matos minha mestre de Yoga, **Dr.^a Luciana**, minha nutricionista, **Dr.^a Maria Zilda**, minha Homeopata, por me ajudarem a amenizar toda a ansiedade gerada nesse período de estudo.

À minha família: meu pai Dionísio José de Lima, minha mãe Ioná Lemos Lima e minhas irmãs Clariana Lemos de Lima e Tatiara Lemos de Lima, assim como, minha sobrinha Ticyla, fonte de muitas inspirações, muito obrigada pelo apoio e incentivo.

À **M.^a Lígia Mendes Calazans** por sua dedicação, cuidado, responsabilidade, atenção e estimo oferecido a mim nessa preciosa construção de conhecimento.

À **equipe do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas** e a todos os **participantes** do estudo por contribuírem voluntariamente com esta pesquisa, participando ativamente deste estudo, acolhendo nossa proposta e fazendo florescer em nós essa compreensão sobre o assunto.

Aos meus colegas da Disciplina Estágio Curricular Supervisionado II do curso de Enfermagem da UESB, assim como, os da área de **Administração em Enfermagem** e do **Departamento de Saúde II** por toda compreensão e ajuda oferecida neste momento de estudo.

Aos pesquisadores e estudiosos do tema cujos conhecimentos foram compartilhados, analisados e se tornaram indispensáveis à construção de nossa reflexão nessa pesquisa.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo compreender a percepção de consumidores de álcool e outras drogas acerca da família no contexto de sua reabilitação. A produção das descrições vivenciais ocorreu mediante a técnica de Grupo Focal, realizado em agosto de 2015, com 11 usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (Caps ad), em um município da região Sul da Bahia, Brasil. Posteriormente, o material foi submetido à estratégia Analítica da Ambiguidade, sustentada na fenomenologia de Merleau-Ponty, resultando em dois manuscritos intitulados: "Percepção de consumidores de drogas sobre família: um estudo fenomenológico"; e "Visão de usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas sobre a família em seu tratamento". O estudo desvelou que o consumidor de álcool e outras drogas reconhece o "ser família" a partir de duas dimensões: uma mais materialista e outra existencialista; as quais precisam ser consideradas pela equipe de saúde mental no processo de reabilitação psicossocial desse consumidor. Revelou, também, que tanto os usuários como suas famílias ainda desconhecem a política de cuidado relacionada à Redução de Danos; o Caps ad parece não estar cumprindo com seu propósito, referente à reabilitação do usuário, com ênfase no exercício da cidadania do sujeito como protagonista do próprio cuidado, o que promove discursos e práticas moralistas/proibicionistas.

Palavras-chave: Enfermagem, Drogas Ilícitas, Família.

ABSTRACT

This study aims to understand the perception of consumers of alcohol and other drugs on the family in the context of rehabilitation. The production of experiential descriptions occurred through the focus group technique, carried out in August 2015, with 11 members of the Psychosocial Care Center Alcohol and Other Drugs (CAPS ad) in a municipality in the southern region of Bahia, Brazil. Subsequently, the material was submitted to analytical strategy of ambiguity, sustained in Merleau-Ponty, resulting in two manuscripts entitled: "Perception of drug users about family: a phenomenological study"; and "Psychosocial Drug and Alcohol Care Center users Vision on the family in their treatment". The study found that consumers of alcohol and other drugs recognizes the "being a family" from two dimensions: one is more materialistic and the other existentialist; which needs to be considered by mental health staff in psychosocial rehabilitation process of that customer. Also revealed that both users and their families are still unaware of the policy related to Harm Reduction; Caps ad does not seem to be fulfilling its purpose, regarding the user's rehabilitation, with emphasis on citizenship of the subject as protagonist of their own care, which promotes moral speeches and moral / prohibitionist practices.

Keywords: Nursing, Illegal Drugs, Family.

LISTA DE SIGLAS

ONU - Organização das Nações Unidas

Caps ad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

SCIELO - Scientific Electronic Library Online

LILACS - Literatura Latino–Americana em Ciências da Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

Caps - Centro de Atenção Psicossocial

CDI - Consumidores de Drogas Injetáveis

PRD - Programa de Redução de Danos

PEAD - Plano Emergencial de Ampliação e Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas

Caps ad III - Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas do tipo III

Caps ia - Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência

TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

GF - Grupo Focal

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

UESB - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

MS – Ministério da Saúde

MJ - Ministério da Justiça

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

SUMÁRIO

1	CONTEXTUALIZAÇÃO E DELIMITAÇÃO DA PERSPECTIVA DE ESTUDO	12
2	REVISÃO DE LITERATURA: DESCOBRINDO O IMPENSADO	16
2.1	A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE SOBRE DROGAS NO BRASIL	17
2.2	A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E O CONSUMIDOR DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	19
2.3	A FAMÍLIA NO CONTEXTO DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DE CONSUMIDORES DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	21
3	O QUE FICA DA FENOMENOLOGIA DE MAURICE MERLEAU-PONTY EM NÓS	24
4	ESTRATÉGIA PARA GARANTIR O ENCONTRO COM O “NÓS”	28
4.1	A NATUREZA DO ESTUDO	28
4.2	O CENÁRIO DO ESTUDO	29
4.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA	31
4.4	ESTRATÉGIAS PARA DESCRIÇÃO DAS VIVÊNCIAS	32
4.5	A PERCEPÇÃO FENOMÊNICA DO ESTUDO	34
4.6	DIMENSÕES ÉTICAS	35
5	A FAMÍLIA NA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DO CAPS AD	36
5.1	MANUSCRITOS 01: A PERCEPÇÃO DE CONSUMIDORES DE DROGAS SOBRE FAMÍLIA: UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO	37
5.2	MANUSCRITO 02: VISÃO DE USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS SOBRE A FAMÍLIA EM SEU TRATAMENTO	53
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS: O DESEJO DE UM RECOMEÇO	68
	REFERÊNCIAS	71
	APÊNDICES	78
	APÊNDICE A - Termo de Autorização do Estabelecimento	79

APÊNDICE B - Carta convite para participação no estudo / Termo de Livre Consentimento Esclarecido	80
APÊNDICE C - Roteiro do grupo focal	82
ANEXO	83
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	84

1 CONTEXTUALIZAÇÃO E DELIMITAÇÃO DA PERSPECTIVA DE ESTUDO

O tema droga é algo presente há muito tempo em nossa sociedade, e passou a ser bastante explorado contemporaneamente. Trata-se de tema que requer uma compreensão ampla; perpassa a concepção farmacológica, que a define como toda substância que ao ser administrada ou consumida é capaz de produzir modificações de uma ou mais funções do ser vivo. Ainda pode ser compreendida como “substância psicoativa”, especialmente, quando se refere às drogas ilícitas, concepção que é influenciada pelo uso de medidas repressivas instituídas pelo proibicionismo (FIORE, 2012).

No Brasil, sempre existiu uma tendência à incorporação de diretrizes estabelecidas em convenções internacionais. Com relação às políticas sobre drogas não ocorreu de forma diferente. Prova disso, foi a instituição de estratégias ditas de prevenção, caracterizadas pela repressão ao tráfico e ao uso de drogas ilícitas, em anuência às resoluções proibicionistas das duas primeiras Convenções-Irmãs da ONU, realizadas nos anos de 1961 e 1971; com destaque para o fato de que na década de 1970 se observava, no aparato judiciário brasileiro, lacunas com relação ao direito à saúde dos consumidores de drogas psicoativas (ALVES, 2009).

Acredita-se que relativa ausência do Estado frente à questão do consumo de drogas na área da saúde contribuiu para a complexidade do problema e possibilitou a disseminação, em todo o país, de intervenções de cunho generalista, em regime fechado, com base no modelo biomédico psiquiátrico, e também de caráter religioso, tendo como principal objetivo a abstinência, uma vez que a saúde pública não vinha se ocupando devidamente com o grave problema da prevenção e tratamento de transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2005).

Somente no início do século XXI, em 2003, ocorreu a formulação da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, pelo Ministério da Saúde, inspirada no cenário das grandes transformações políticas ocorridas na década de 1980 e 1990: a reestruturação da atenção em saúde mental garantida pela Reforma Psiquiátrica e a criação do Sistema Único de Saúde (MACHADO, 2006).

A Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas veio direcionar a criação de uma rede de dispositivos de cuidado fundamentada na

concepção de território e na clínica ampliada, que opera segundo a lógica de redução de danos; bem como, garantir a construção de serviços articulados em nível da atenção primária, secundária e terciária para o consumidor de álcool e outras drogas e sua família. No entanto, ainda é uma rede em formação, muito distante das necessidades da população (BRASIL, 2005).

Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps ad) passam a ser implantados, sobretudo, em grandes regiões metropolitanas e em regiões ou municípios de fronteira, com indicadores epidemiológicos relevantes. De fato, o desenvolvimento de ações de atenção integral ao uso de álcool e outras drogas deve ser planejado de forma a considerar toda a problemática envolvida no cenário do consumo de drogas (BRASIL, 2005).

Os trabalhadores que integram a equipe do Caps ad precisam desenvolver uma abordagem integral dos usuários e de seus familiares, por meio de ações e estratégias que promovam, não apenas a inserção do usuário em seu grupo familiar, mas em sua comunidade. A reinserção na sociedade e o bom funcionamento social dos consumidores de álcool e outras drogas dependem, entre outros fatores, da disponibilidade de um suporte familiar satisfatório. Inclusive as chances de reabilitação são maiores quando os consumidores têm o apoio e a compreensão de suas famílias. Logo, a participação da família é de extrema importância no processo terapêutico dos usuários do Caps ad (SILVA et al, 2012).

No entanto, nem sempre se percebe a interação da família no itinerário terapêutico dos consumidores de droga psicoativas. Parte de minha convivência com o consumidor de álcool e outras drogas em uma Unidade Básica de Saúde revelou que a maioria desses consumidores, principalmente os de álcool, relatava o afastamento dos familiares e em muitos casos, o total abandono, uma vez que este não conseguia abster-se. Lamentavelmente, o rompimento de laços familiares levavam alguns a serem moradores de rua e, parte deles, usava a calçada da unidade para dormir a noite.

Como profissional de saúde, parte da minha inquietação para desenvolver essa pesquisa iniciou a partir dessa experiência. Os estudos revelam que os profissionais da saúde vêm percebendo a importância da inserção da família no processo de cuidado às pessoas que fazem uso habitual de drogas; muitos desses profissionais reconhecem que essas pessoas precisam ser assistidas de forma

integral, apesar de admitirem pouco efetividade no cotidiano desses serviços no Brasil (BARROS; PILLON, 2007; ROSENSTOCK; NEVES, 2010).

Estes autores apontam que a inefetividade da prática assistencial nesse campo pode estar ocorrendo em função das dificuldades de manejo ou influências de padrões morais, sociais e culturais concebidos pelos familiares e profissionais, o que implica na necessidade de mudança na concepção de cuidado ao consumidor de álcool e outras drogas, visando à desmistificação dos significados referentes à temática no seio da família e do serviço.

A convivência familiar com um consumidor de drogas, geralmente, configura-se como uma realidade de difícil enfrentamento; pode implicar na interrupção ou impedimento de novas perspectivas de vida por parte da família, que passa a requerer apoio para superar as adversidades, e visualizar possibilidades de transcendência. Assim, o tratamento deve incluir a família, uma vez que ela possui necessidades, especialmente, de ser escutada (LINS; SCARPARO, 2010; SCHENKER; MINAYO, 2003).

No entanto, nas vivências de pesquisa no âmbito do Caps ad, percebeu-se a ausência da família no serviço, inclusive, a falta da inter-relação serviço-família-usuário. Embora os profissionais da saúde desse serviço falassem bastante sobre a importância da família no processo terapêutico do usuário, poucas atitudes e ações foram vistas nessa dimensão.

A partir dessa constatação, emergiram perguntas que conduziram à questão-chave da pesquisa: Qual o significado de “família” para o usuário do Caps ad? Como esse usuário entende o processo de reabilitação psicossocial? Como ele vê a família em seu contexto de reabilitação psicossocial? Será que o Caps ad oferece a oportunidade do encontro da família com os usuários? Como o serviço tem garantido o espaço de diálogo: família, usuário e comunidade?

Estas perguntas culminaram em uma maior, que se configurou como questão norteadora da pesquisa: **como os usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas percebem a família no contexto de sua reabilitação?** No intuito de responder essa questão, estabeleceu-se como objetivo: **compreender a percepção de usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas acerca da família no contexto de sua reabilitação.**

Na perspectiva de alcançar esse objetivo, e considerando que o estudo visa a produção de descrições vivenciais a partir da relação dialógica entre pesquisador-

participante, o que implica no envolvimento intersubjetivo, julgamos procedente recorrer à abordagem qualitativa, mais centrada na filosofia de Maurice Merleau-Ponty acerca da percepção.

Entendemos que qualquer tentativa de intervenção no que refere à produção do cuidado no contexto do consumo drogas deve ser planejada com base na compreensão multifacetada do fenómeno e com medidas intersetoriais. Logo, acreditamos que o conhecimento de nosso estudo poderá contribuir na reformulação de políticas públicas para o setor, assim como, pode ser usado como subsídio à organização de redes de atenção psicossocial no contexto do uso de drogas, incluindo a participação da família.

2 REVISÃO DE LITERATURA: DESCOBRINDO O IMPENSADO

A operação de expressão quando é bem sucedida não deixa apenas um sumário para o leitor ou para o próprio escritor, ela faz a significação existir como uma coisa no próprio coração do texto, ela a faz viver em um organismo de palavras (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 248).

O capítulo que segue, organiza a revisão de literatura em três eixos temáticos, a saber: A construção da política de saúde sobre drogas no Brasil; A reabilitação psicossocial e o consumidor de álcool e outras drogas; A família no contexto da reabilitação psicossocial de consumidores de álcool e outras drogas. Todos fundamentais para a compreensão do tema e para a busca dos resultados propostos.

Fundamentada na filosofia merleau-pontyana, entendemos que a importância de uma revisão de literatura está em descobrir nos estudos feitos sobre o assunto um “eco que eles nunca haviam produzido”, ou seja, descobrir o impensado; em tudo aquilo que já foi dito e sedimentado, existe um silêncio guardado, que ainda oferece possibilidade de ser reinventado (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 121; SENA, 2006).

Por isso, o que ora é organizado nessa revisão narrativa são estudos desenvolvidos no campo da atenção à saúde do consumidor de droga que provocaram em mim um significado novo, no entanto, compõe “um pensamento que não é só meu, nem só do outro, mas que é nosso, e acontece no instante em que rompemos o silêncio adormecido nas palavras” (ANDRADE, 2012, p.17; MERLEAU-PONTY, 2011).

Portanto, neste estudo de revisão, foi realizada uma busca em base de dados: *Scientific Electronic Library Online (SCIELO)*, *PubMed* e Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando como descritores: Enfermagem x Drogas ilícitas x Família, com o operador booleano “AND”. Foram adotados como critério de inclusão dos artigos: ter sido publicado revista nacionais e/ou internacionais; conter os descritores mencionados; ter sido publicado no período de 2004-2015; estar na língua portuguesa e/ou inglesa; estar disponível na íntegra em versão on-line. Além disso, foram utilizados dissertações; documentos oficiais, como legislações, resoluções e manuais do Ministério da Saúde.

2.1 A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE SOBRE DROGAS NO BRASIL

A política de saúde sobre drogas no Brasil foi respaldada pelo contexto político alavancado pelos movimentos sociais na década de 1980, a saber: o movimento pela Reforma Psiquiátrica e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Associado a isso, a política foi estruturada com o enfoque na redução de danos, estratégia compartilhada pelos programas de prevenção de AIDS instituídos pelo Ministério da Saúde naquela época (MACHADO, 2006).

O movimento pela Reforma Psiquiátrica, situado historicamente nas décadas de 1980 e 1990, protagonizou no Brasil a luta antimanicomial, caracterizada pelo grande processo de desinstitucionalização, tanto das unidades hospitalares, a saber, os manicômios, quanto das práticas assistenciais excludentes, destinadas às pessoas em sofrimento mental, orientando seu deslocamento para o território (BABINSKI; HIRDES, 2004; HIRDES, 2009).

Nesse movimento, os trabalhadores da saúde mental foram motivados à (re)significar o cuidado, também, no contexto do uso de drogas, por meio da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, com a qual o consumidor de droga e aqueles que vivenciam transtorno mental passam a ter o direito a “ser tratado com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade”, sendo a internação indicada, apenas, quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes (BRASIL, 2001).

Desde então, observamos o fechamento expressivo dos leitos em hospitais psiquiátricos e o início do processo de desinstitucionalização de pessoas que viveram longos períodos de internação (PITAR, 2011), bem como a construção de uma rede de atenção psicossocial para pessoas em sofrimento mental e consumidores de álcool e outras drogas (PEREIRA; VARGAS; OLIVEIRA, 2012). Para tanto, em 30 de abril de 2002 foi publicada a Portaria GM/816, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que instituiu o Programa Nacional de Ação Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, o qual reconhece os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) como dispositivos que reafirmam a “tríade da reabilitação psicossocial: moradia, trabalho e rede social” (PEREIRA; VARGAS; OLIVEIRA, 2012, p.13).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 2.197, de 14 de outubro de 2004, constituiu o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (BRASIL, 2004). Essa portaria reafirma a responsabilidade do SUS pelo atendimento especializado ao consumidor de álcool e outras drogas, desenvolvido, até então, por instituições não-governamentais, a exemplo das comunidades terapêuticas. Ademais, adota-se a lógica de Redução de Danos nas ações à saúde, frente à atenção a essa população (ALVES, 2009).

A lógica da Redução de Danos foi introduzida à política pública de saúde sobre drogas no Brasil a partir do momento que o risco de aumento do número de casos de HIV/AIDS passou a existir entre os consumidores de drogas injetáveis (CDI). Com a possibilidade de ocorrência de epidemia, no final da década de 1980, o Brasil iniciou a proposta de Redução de Danos voltada “para o controle do HIV e de outras infecções de transmissão parenteral entre o CDI [...]. Entre 1995 e 2003 foram implantados mais de 200 Programas de Redução de Danos (PRD)”, sendo o primeiro em 1995, na cidade de Salvador-Bahia (ANDRADE, 2011, p.4666).

No entanto, nesse período, parte dessas ações não recebeu o incentivo necessário para sua implementação, uma vez que existiu uma grande resistência de diversos setores sociais, assim como falta de aparato jurídico, já que a Lei nº. 6.368/1976, ainda em vigor na década de 1990, considerava a distribuição de seringas como uma prática que induzia, estimulava e difundia o uso de drogas (MACHADO, 2006). Tal entendimento foi um dos fatores que justificou o atraso da Saúde na Política sobre Drogas no Brasil.

Assim, observa-se que a saúde pública brasileira não vinha se ocupando devidamente com o grave problema da prevenção e tratamento de transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas. Tal lacuna foi produzida historicamente na Política Pública de Saúde, que sempre delegou a questão das drogas às instituições da Justiça, da Segurança Pública e, até mesmo, às associações religiosas. A complexidade do problema contribuiu para a relativa ausência do Estado e possibilitou a disseminação em todo o país de "alternativas de atenção" de caráter total, fechado, baseadas em uma prática predominantemente psiquiátrica ou médica, ou, ainda, de cunho religioso, tendo como principal objetivo a abstinência (BRASIL, 2005).

Sucessivas intervenções foram feitas pelo Ministério da Saúde no intuito de reparar o tempo perdido, após a criação do *Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*, outras estratégias foram definidas, a saber: em 2005 ocorreu o financiamento de leitos para consumidores de álcool e outras drogas nos hospitais gerais, regulamentado por meio da Portaria GM 1612/2005, assim como foi implantado o *Pacto Nacional para Redução de Acidentes e Violência Associados ao Consumo Prejudicial de Álcool*; uma parceria do Ministério da Saúde com o Ministério da Justiça; em 2009 fez o lançamento do *Plano Emergencial de Ampliação e Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas* (PEAD) e a *Campanha Nacional de Alerta e Prevenção ao Uso de Crack*, com o slogan “nunca experimente o crack” (PEREIRA; VARGAS; OLIVEIRA, 2012).

Em 2010, por meio do Decreto nº 7.179, foi instituído o *Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas*; assim como, a Portaria nº 2.841, que institui, no âmbito do SUS, o *Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas do tipo III* (Caps ad III), o qual é definido como um “estabelecimento destinado a proporcionar atenção integral e contínua a pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo e da dependência de álcool e outras drogas, com funcionamento durante as 24 horas do dia, inclusive nos feriados e finais de semana” (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2010b).

Atualmente, o Ministério da Saúde “investe recursos em novos modelos de serviços e programas, como os consultórios de rua, casa de passagem, [...] PEAD, com a expectativa de reabilitar um maior número de pessoas e prevenir que outras pessoas se tornem dependentes” (PEREIRA; VARGAS; OLIVEIRA, 2012, p.15). No entanto, o que se observa é que as estratégias proposta pela Política de Atenção Integral a Usuário de Álcool e outras Drogas ainda “não se materializam no cotidiano dos Caps ad, dada a complexidade dessas questões e as dificuldades de articulação intersetoriais” (PEREIRA; VARGAS; OLIVEIRA, 2012, p.13).

2.2 A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E O CONSUMIDOR DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Como visto anteriormente, a partir da reforma psiquiátrica, o tratamento da pessoa com sofrimento mental voltou-se para a reabilitação psicossocial, que aposta

em um “processo amplo e complexo que busca transformar a concepção e a assistência em saúde mental” (BABINSKI; HIRDES, 2004, p.570). Observa-se que existe unanimidade entre usuários e trabalhadores de saúde quanto ao discurso antimanicomial nas últimas *Conferências de Saúde Mental*, no entanto, ainda não alcançaram um consenso de como agir (PITTA, 2011).

Os processos terapêuticos apresentados na reabilitação psicossocial precisam ser reinventados quantas vezes forem necessárias. Devem ser capazes de (re)significar a vida dos consumidores de droga, ao ponto deles conduzirem seu próprio tratamento, ou seja, serem os protagonistas de suas vidas. Precisam permitir a emancipação dos sujeitos, uma vez que possa garantir a eles o “resgate da dignidade, da condição de cidadania, [...] da liberdade, igualdade e solidariedade” (PEREIRA; VARGAS; OLIVEIRA, 2012, p.14).

Os profissionais envolvidos no processo de reabilitação psicossocial precisam superar a dicotomia saúde/doença, buscar “resgatar a saúde mental das pessoas ao invés de simplesmente tratar a doença mental”, dando ênfase ao que elas tem de saudável, garantindo o resgate dos “laços comunitários, familiares, sociais desta pessoa.” (BABINSKI ;HIRDES, 2004, p.571). .

Nesta perspectiva, os Caps ad devem promover a reinserção social do consumidor de drogas psicoativas no território da comunidade que eles pertencem (ALVAREZ et al., 2012). Além disso, devem favorecer e acreditar nas potencialidades de cada sujeito. Uma vez que manifeste vontade pelo trabalho, deve ser estimulada sua inserção, de modo a garantir ao consumidor de droga autorrealização, gratificação, utilidade, produção de vida e não uma mera construção de tarefas para os deixarem entretidos e/ou ocupados (BABINSKI ; HIRDES, 2004).

Entretanto, observa-se que a lógica do confinamento e da exclusão social para os consumidores de droga ainda está presente “entre políticos, legisladores, gestores, acadêmicos, mídia e no imaginário de setores hegemônicos da sociedade”. Lamentavelmente, os programas de saúde pública ainda se apresentam dentro de suas vertentes fiscalistas sem abertura à subjetivação. Na mídia, sutilmente, o estigma aos usos de drogas é veiculado a partir de campanhas, do tipo: “crack: cadeia ou caixão” banalizam o apocalíptico e induzem a um mero ‘não ter o que fazer’, cômodo e paralisante” (PITTA, 2011, p. 4581).

A desinstitucionalização deve ser uma prática que objetive desmontar o manicômio, mas principalmente, as práticas excludentes, repressivas que foram

secularmente exercidas sobre as pessoas em sofrimento mental (BABINSKI; HIRDES, 2004). Por isso, é necessário avançar na construção de dispositivos teóricos e práticos, que reconheçam o horizonte fundamental da clínica, mas ampliem o alcance da rede em saúde mental (BEZERRA, 2007).

Desse modo, o maior desafio da política em saúde mental, atualmente, parece ser o de garantir acessibilidade ao atendimento integral aos usuários do SUS a qualquer horário e dia da semana, com serviços distribuídos em rede (PITTA, 2011); bem como, incluir a atenção básica na rede de cuidados em saúde mental, com todos os dispositivos presentes nesta, a exemplo das unidades de Saúde da Família (LOBOSQUE, 2011).

2.3 A FAMÍLIA NO CONTEXTO DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DE CONSUMIDORES DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Como vimos, a partir da reforma psiquiátrica existiu o gradativo fechamento dos hospitais psiquiátricos no Brasil, e as pessoas em sofrimento mental, assim como os consumidores de drogas voltaram para suas casas. Nessa nova conjuntura, as famílias passam a se responsabilizar pelo cuidado desses consumidores, no entanto, nem sempre recebem o apoio necessário dos profissionais dos serviços (ZEMEL, 2001).

Os profissionais de saúde percebem a importância da inserção da família no processo de cuidado do consumidor de drogas, inclusive, 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 tenha atuado nessa área (BARROS; PILLON, 2007; ROSENSTOCK; NEVES, 2010).

Nesse contexto, encontramos familiares que não conseguem encontrar motivos suficientes para permanecerem ao lado dos consumidores de droga. Os gastos financeiros, o preconceito, a desestruturação da vida familiar, tanto do ponto de vista social quanto profissional, podem provocar na família um desgaste físico, mental e emocional e levá-la a abandonar o consumidor de álcool e outras drogas em seu tratamento (SILVA et al, 2012; GARGHETTI, 2012).

Com isso, passamos a entender que a família pode criar condições que favoreçam o uso de drogas, como também pode atuar como fator de proteção contra o uso prejudicial dessas substâncias. Estudos com adolescentes apontam 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 psicoativas, desde que os pais não sejam fumantes (HORTA; HORTA; PINHEIRO, 2009).

Por outro lado, a tendência ao uso de droga pode estar intimamente relacionada ao papel da família quando: há falta de apoio; os espaços não garantem expressão de sentimentos; não há interesses em comum; há problemas de relacionamento; as relações afetivas são precárias; há ausência de regras e normas claras; há uso de drogas por outros familiares; há conflitos constantes e dificuldades de comunicação, apoio e orientação (PRATTA; SANTOS, 2006; SCHENKER; MINAYO, 2003).

Tendo em vista as transformações que ocorrem em famílias que vivenciam situações de risco para o uso de drogas, cabe refletir sobre o potencial das mesmas para reorganizar-se e originar novos e diferentes arranjos familiares.

Ao se fazer referência a esses arranjos, compreende-se a existência de diferentes configurações familiares que emergem na sociedade atual e que têm o vínculo afetivo como sua principal característica, visto que não se pode usar qualquer redefinição ou formatação para designar definitivamente o que é a família hoje. Podemos encontrá-la com variadas matizes: pais e filhos, filhos com apenas um dos pais, casais heterossexuais sem filhos; casais em relação homoafetiva com ou sem filhos, etc. (SOUZA; BELEZA; ANDRADE, 2012, p. 106).

Para os autores supracitados, o conceito de arranjo familiar pode ser compreendido pela formação da família, instituição básica e fundamental para a formação da cidadania, que, independentemente de ter ou não laços consanguíneos, convive sob o mesmo teto, de forma que o modelo de organização, a função que cada um assume e a afetividade entre seus membros determinem a sua configuração.

Alguns estudiosos classificam a família como sendo funcional ou disfuncional, sendo que a funcionalidade não se caracteriza pela ausência de problemas, mas sim por sua capacidade de enfrentamento e resolução dos mesmos; já o aspecto disfuncional, geralmente, envolve divórcios, casamentos sucessivos, alcoolismo,

agressividade, abuso sexual e/ou físico, dificuldades financeiras, depressão e outras psicopatologias (MANGUEIRA; LOPES, 2014).

A funcionalidade da família geralmente está relacionada à resiliência, capacidade de enfrentamento de situações difíceis, e à possibilidade de construir condições de superação e modificação de contextos que ofereçam vivências de relações instáveis, conturbadas e com intenso sofrimento (TRINDADE; COSTA, 2012; MANGUEIRA; LOPES, 2014), enquanto a família disfuncional permanece paralisada frente às adversidades, utilizando a situação para evitar a mudança e perpetuar o seu funcionamento (OLIVEIRA, 2009).

Ter um consumidor de droga no seio familiar pode constituir-se em uma realidade de difícil enfrentamento, que pode paralisar a família e impedi-la de construir novas perspectivas de vida. Desse modo, faz-se necessário apoiá-la para que possa encontrar, em meio à adversidade, novas possibilidades de transcendência (SILVA et al, 2011). Para estes autores, é preciso dar voz aos familiares e oferecer “subsídios aos trabalhadores de saúde no intuito de contribuir no planejamento e desenvolvimento de ações que atendam as demandas de famílias que vivenciam o alcoolismo de um de seus integrantes” (SILVA et al, 2011, p. 49).

Assim, emerge a necessidade dos serviços de saúde em contribuir com a perspectiva de garantir aos familiares e consumidores de drogas psicoativas apoio e direcionamento para que a propostas de cuidado a esses usuários tenham ressignificação e passem a construir fatores de proteção ao consumo de droga, tais como, manutenção de vínculos, regras e limites claros e coerentes, apoio, negociação, comunicação, relação afetiva e equilíbrio (PRATTA; SANTOS, 2006; SCHENKER; MINAYO, 2003).

3 O QUE FICA DA FENOMENOLOGIA DE MAURICE MERLEAU-PONTY EM NÓS

Percebemos que as atividades em grupo realizadas no Caps ad foram um dispositivo agenciador, que agregou e catalisou inúmeras reações responsáveis pela produção de conhecimento, capazes de direcionar o cuidado ao consumidor de drogas e sua família.

O processo de construção de conhecimento que emerge em uma roda de conversa nem sempre é previsível, determinado, embora planejado. Acontece, muitas vezes, de forma espontânea, como fenômeno; sendo assim, segundo Merleau-Ponty, ocorre independentemente de nossa vontade. Os fenômenos apresentam-se em perfil, compondo a parte de um todo. Logo, passamos a entender que o conhecimento se apresenta no vivido, no espaço da existência humana onde o eu e o outro passam a coexistir, seus saberes são experiências construídas temporalmente, num horizonte de passado e futuro, fazendo com que cada experiência persista na existência e se acumule na vida (SENA et al, 2011; MERLEAU-PONTY, 2011).

Durante a existência, retoma-se experiências de forma inconsciente ou consciente. Tudo que se faz no presente, é projetado para um fazer no futuro. Desse modo, busca-se vincular o presente a novos desejos, mas nem sempre esses desejos são conscientes, embora mobilize o indivíduo a ter ânimo, disposição, gozo, como diz Merleau-Ponty (2011).

Nessa perspectiva, entende-se que a fenomenologia merleau-pontyana ajuda a entender o contexto macro da dimensão a qual o consumidor de drogas e sua família estão envolvidos, buscando compreender as relações estabelecidas por eles no mundo cultural e no mundo da vida, sem definir causa e efeito. Com isso, espera-se conseguir quebrar a lógica positivista e gerar um contra-argumento reflexivo sobre o assunto (REIS; MOREIRA, 2013).

Logo, ao se enxergar a percepção dos usuários do Caps ad sobre sua família, usando a lente oferecida por Merleau-Ponty, consegue-se inferir o quanto se torna importante à reflexão, por parte dos profissionais da saúde, sobre o conhecimento oriundo deste estudo, para que se possa planejar e implementar o cuidado aos usuários do serviço e sua família de forma singular, corresponsável, participativo, digno e cidadão.

Partindo do exposto, considera-se a filosofia de Merleau-Ponty como essencial para descrever os vividos na intersubjetividade com os participantes da pesquisa. Por meio da relação intersujeito, as vivências imanentes foram atualizadas e retomadas como imposição à própria vontade; o que se encontrava no âmbito do sensível tornou-se reflexivo e transcendente (SENA, 2006).

Merleau-Ponty desenvolveu 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; LIRA, 2012).

A partir do século XVII, com a criação dos instrumentos matemáticos, 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, 2010; SENA et al., 2011).

Visando a superação dessa dicotomia, a fenomenologia surge com o objetivo de estabelecer um *locus* para o conhecimento, já que este é construído na relação intersujeitos, no compartilhar de suas vivências. Para tanto, faz-se necessário reencontrar a origem do objeto no próprio coração de nossa experiência, que descreva a aparição do ser e compreenda como paradoxalmente há o em si (MERLEAU-PONTY, 2011).

Merleau-Ponty estabeleceu que a construção do conhecimento ocorre entre eu e outrem, sem delimitação de um espaço. O filósofo sustenta a ideia de que é preciso retornar ao mundo vivido, ou seja, ao mundo dos sentimentos, aquém do mundo objetivo, para restituir à coisa na sua fisionomia concreta, reencontrando 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 ela 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 (LIRA, 2012).

Nessa perspectiva, o tempo deixa de ser uma linha, para se transformar em uma rede de intencionalidades. E o método fenomenológico consiste exatamente em descrever o que se mostra por meio da intencionalidade, envolvendo 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).

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 com 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 (SENA, 2006).

O mundo da vida tem a ver com a impessoalidade, ou seja, com os sentimentos que são comuns a todos os homens; o mundo da cultura se relaciona com a pessoalidade, com a linguagem que o homem constrói a partir das relações estabelecidas em sociedade; 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, 2006; 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). 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, 2010, p. 54).

Dessa maneira, o cuidado, como uma forma de saber, não está nem no cuidador, nem na pessoa cuidada, 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 ao consumidor de drogas ocorre a partir da relação dos profissionais da saúde com ele, e dele com seus familiares, uma vez que a relação consiste na abertura de todos ao encontro e, com isso, há possibilidade de planejar e implementar ações mais resolutivas.

Por se tratar 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, os estudos de Merleau-Ponty acerca da percepção possibilitam compreender a percepção de usuário do Caps ad sobre a participação da família no contexto de sua reabilitação, buscando revelar o quanto a intersubjetividade potencializa a transcendência de um saber que se estabelece como cuidado.

4 ESTRATÉGIA PARA GARANTIR O ENCONTRO COM O “NÓS”

No decorrer da viagem, Alice encontrou muitos caminhos que a orientaram para seguir em várias direções. Em um dado momento ela perguntou a um gato, sentado numa árvore: Podes dizer-me, por favor, que caminho devo seguir, para sair daqui? O gato respondeu: Isso depende muito para onde queres ir (CARROLL, 2003, p.59).

4.1 A NATUREZA DO ESTUDO

A dissertação está sendo construída no intuito de compreender a percepção de usuários do Caps ad acerca da família no contexto de sua reabilitação. Para isso, desenvolveu-se uma pesquisa de natureza qualitativa, com abordagem teórico-fenomenológica de Maurice Merleau-Ponty.

Propôs-se uma interação com os participantes da pesquisa, no sentido de desvelar suas vivências no contexto da reabilitação psicossocial, viabilizando com isso, um estudo de natureza qualitativa, que permita conhecer suas histórias, relações, representações, crenças, percepções e as opiniões que fazem a respeito de como vivem, sentem, pensam e constroem seus artefatos e a si mesmo (MINAYO, 2007).

Nessa perspectiva, a fenomenologia merleau-pontyana torna-se um referencial indispensável, uma vez que se passa a compreender o fenômeno da reabilitação psicossocial como se mostra em si mesmo, a partir da intersubjetividade dos envolvidos no processo da pesquisa. Tal experiência constitui-se em um movimento entre pesquisadoras e usuários do Caps ad, fazendo fluir informações importantes, que abrem a possibilidade para que se possa entender a contribuição da família no processo de reabilitação dos consumidores de drogas (MELEAU-PONTY, 2011; SENA et al., 2011).

É importante saber que os estudos fenomenológicos passam a ser incorporados nas pesquisas qualitativas em saúde a partir da década de 1960 e 1970 e, desde então, eles contribuem nos questionamentos das generalizações oferecidas pelo Estado e pelas classes dominantes ao sistema de saúde, garantindo uma visão focada na autonomia do sujeito, no direito do indivíduo, na mediação

entre o Estado e as grandes instituições médicas e sanitárias (MINAYO, 2007). Logo, acredita-se que os resultados aqui disponibilizados possam ser úteis à reflexão acerca da reabilitação psicossocial do consumidor de droga.

4.2 O CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em um Caps ad situado em município da região Sul da Bahia, Brasil; considerando que toda a história de formação acadêmica da pesquisadora ocorreu nessa região, assim como, sua atuação, desde 2008, como enfermeira na Secretaria de Saúde dessa cidade.

A zona urbana do município conta com 218.925 habitantes (IBGE, 2010), está habilitada na Gestão Plena Municipal de Saúde e é dividida em quatro módulos assistenciais (I, II, III, IV), que agregam unidades de saúde segundo abrangência e capacidade de atendimento.

A gestão da Saúde Mental é feita pelo Departamento de Média e Alta Complexidade, por meio de uma coordenação própria. Atualmente, a rede de saúde mental é composta por três Centros de Atenção Psicossocial (Caps): Caps tipo II (para pessoas com transtorno mentais severos e persistentes), o Caps ia (para crianças e adolescentes) e o Caps ad (para consumidores de álcool e outras drogas). Além disso, conta com a participação e o envolvimento da rede básica em ações de saúde mental. Como suporte, possui um anexo psiquiátrico no Hospital Geral, que atende em nível ambulatorial e em caráter de urgência a consumidores do município ou de outras regiões, por demanda espontânea.

O Caps ad é um dispositivo da Rede de Atenção Psicossocial que oferece atendimento diurno das 8 às 17 horas, de segunda a sexta-feira. Contém uma equipe multidisciplinar composta por um médico clínico geral e dois psiquiatras, um psicólogo, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um assistente social, um educador físico, um terapeuta ocupacional, um guarda municipal, um coordenador, um técnico administrativo.

O espaço físico onde funciona o Caps ad é alugado, onde antes era uma residência, e está localizada próximo ao centro da cidade, garantindo fácil acesso à comunidade. Tem, aproximadamente, 600m² de área, com dormitórios, banheiros,

copa, consultórios, área de lazer, lavanderia, enfermaria com seis leitos de observação. Muito ventilada, com boa iluminação.

Muros altos acompanham toda a extensão da casa, além de um grande portão de ferro na entrada. Na época da pesquisa de campo, não existia placa e/ou faixa de identificação do espaço caracterizando-o como Caps ad. O portão de ferro era a via de acesso, constantemente monitorada e controlada por um guarda municipal. Havia uma pequena área verde, com uma árvore grande à direita, cuja sombra era aproveitada para rodas de conversas dos usuários. Ao fundo, havia um pequeno espaço coberto onde pessoas jogavam sinuca. Ao centro, erguia-se uma pequena escada.

A casa possui dois andares, no térreo funciona a recepção, a copa, os consultórios, a enfermaria e uma ampla varanda de acesso à área verde. No primeiro andar encontrava-se a sala de convivência, espaço parecido com uma sala de estar, que possui uma televisão, cadeiras, almofadas pelo chão e uma janela grande, de onde se dá para avistar a área verde. Nesse pavimento existe também um corredor estreito que dá acesso ao terraço coberto, contornado por um parapeito com visibilidade para a rua, muito amplo, com mesa e cadeiras, bem ventilado, e é usado para atividades em grupo, segundo informações dos usuários. À direita, acima da área onde as pessoas jogavam sinuca, existem três dormitórios.

O serviço é bem movimentado, frequentado por volta de 20 a 30 usuários/dia. Eles recebem três refeições diárias (café da manhã, almoço e lanche da tarde); as refeições chegam prontas ao serviço. Existe atendimento individual e coletivo com os vários profissionais e, durante a semana, entre outras atividades, ocorrem as aulas de alfabetização e os jogos interativos com o professor de educação física.

No período da pesquisa foi observado que o serviço passava por algumas dificuldades. O Caps ad estava sem funcionário de serviços gerais, a limpeza era feita pela equipe e pelos próprios usuários; as oficinas não aconteciam por falta de oficinairos e material; o fornecimento de água não era regular e, em alguns dias da semana, o serviço não tinha água para o consumo; não eram desenvolvidas atividades em grupo com a família e o usuário; as famílias que procuravam o serviço eram assistidas de forma individualizada, por meio de consulta por profissionais; não existia um carro ou vale transporte para a equipe fazer visitas domiciliares regularmente; percebeu-se, também, períodos de ociosidade dos usuários.

Observou-se, em colocações feitas pela equipe, que ela se esforça para oferecer um atendimento ao usuário pautado na redução de danos, com foco na educação em saúde. E, nessa perspectiva, oferece informações sobre os danos do álcool e outras drogas para os usuários, assim como, a identificação de problemas sociais e pessoais. E, na medida do possível, a equipe buscava estimulá-los ao retorno às atividades sociais: escola, emprego, entre outros, no entanto, ainda de forma incipiente.

Durante a pesquisa de campo percebeu-se uma boa interação da equipe entre si e com os usuários. No entanto, não visualizamos a presença de familiares desenvolvendo atividades em parceria com o serviço e/ou acompanhando seus parentes, embora tenha sido mencionado pela equipe que alguns membros das famílias se fazem presentes, quando são convidados ou quando precisam de relatórios para tentar conseguir o benefício social.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada com 11 (onze) usuários do Caps ad. Para adentrar o campo de estudo, foi estabelecida uma aproximação com o serviço, a fim de conhecer sua estrutura e funcionamento, bem como a realidade da equipe e dos usuários que coexistiam naquele espaço. Para isso, foi necessário buscar o consentimento, por ofício, (apêndice A) do Secretário de Saúde do município, assim como, da coordenação de Saúde Mental. No período de abril a julho/2015 foram realizadas dez visitas, uma vez por semana, com duração, em média, de cinco horas/dia e em agosto/2015 efetuou-se a produção dos dados, que neste trabalho, está designado como descrições vivenciais, por se tratar de um estudo qualitativo de base fenomenológica.

As visitas foram indispensáveis ao estudo; propiciou aproximação considerável com o objeto de pesquisa. A primeira visita teve como objetivo de conhecer a equipe de trabalho, que foi extremamente acolhedora, e toda a estrutura física do local. Todo o acompanhamento foi feito pela terapeuta ocupacional do Caps ad que, naquele dia, era a profissional de referência. A partir daquele

momento, ela foi imprescindível para a compreensão sobre o funcionamento do serviço, do trabalho da equipe e das atividades desenvolvidas com os usuários.

Foram horas de escuta sobre o dia-a-dia do serviço, as dificuldades e angústias da equipe e dos usuários, conhecendo suas experiências de vida e criando vínculos importantíssimos para o processo que viria.

Em agosto de 2015, os participantes do estudo foram pré-selecionados com a ajuda da técnica de referência, a partir dos seguintes critérios: ser usuário cadastrado e em tratamento no Caps ad há no mínimo seis meses, frequentar o serviço pelo menos três dias/semana, ser maior de 18 anos.

Em seguida, foi feita uma reunião com todos os possíveis participantes para apresentar o projeto de pesquisa, os objetivos, a metodologia a ser utilizada, os possíveis benefícios do estudo. Na oportunidade, esclarecemos as dúvidas e solicitamos a colaboração deles em participar do projeto. Aqueles que aceitaram assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), constante na Carta Convite para Participação no Estudo (Apêndice B).

4.4 ESTRATÉGIAS PARA DESCRIÇÃO DAS VIVÊNCIAS

A produção das descrições vivenciais ocorreu por meio de Grupo Focal (GF), que consiste em uma técnica de pesquisa que envolve interações grupais (MORGAN, 1997). Pode ser usada como um recurso para compreender o processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais de grupos humanos (GONDIM, 2002), e tem se mostrado interessante para a avaliação de programas e estratégias de saúde, por considerar a visão de indivíduos em um contexto social e cultural diverso (TRAD, 2009).

O GF, neste estudo, foi constituído por onze participantes, sendo dez homens, com média de idade de 40 anos; oito declararam-se solteiros e três casados. Iniciaram o uso de drogas entre os 10 e 20 anos de idade; e todos fazem acompanhamento no Caps ad há mais de um ano.

O encontro de GF durou uma hora e vinte minutos. Foi realizado na sala de convivência do Caps ad, uma sala ampla, ventilada, livre de ruídos, com boa iluminação, confortável e localizada no primeiro andar da casa. Os usuários se

mostraram colaborativos, ajudaram a preparar a sala para o GF e ficaram bem à vontade; concentraram-se na atividade durante todo o período. A sala foi palco de um grande debate, onde todos respeitaram o direito de fala individual e, por isso, escutavam atentamente as colocações dos colegas e aguardavam seu momento de pronunciar-se.

No intuito de estimular a colaboração de todos, duas figuras foram instituídas: uma com função de moderador e outra de observador, conforme preconiza o GF. Um gravador foi utilizado para o registro das falas, e essas informações armazenadas foram suficientes para esclarecer o objetivo do estudo.

A condução do debate do grupo focal foi feita a partir de um roteiro contendo questões norteadoras da pesquisa relacionadas ao objetivo (Apêndice C), buscando encorajar os usuários a expressarem livremente seus sentimentos, opiniões e pareceres sobre a questão em estudo, mantendo a discussão focada no objetivo. No caso de haver algum desvio de assunto, como estratégia, pequenos resumos eram feitos no intuito de retomar o assunto (TRAD, 2009).

O observador teve como função registrar a comunicação do grupo, sem interferir em sua condução, auxiliar na captação das informações expressas pelos participantes, bem como na dinâmica de interação entre eles e, ao final, ajudar na análise de alguns vieses ocasionados pelo áudio disponibilizado pelo gravador (TRAD, 2009). Vale salientar que o estudo é fenomenológico e por isso, não tem a intenção de ser representativo, nem de fazer algum tipo de generalização.

Dos 11 (onze) participantes 8 (oito) informaram possuir uma profissão (marceneiro, pintor, músico, motorista, operador de injetora, vendedor, carpinteiro, auxiliar administrativo), mas nenhum deles estava empregado no período da pesquisa. Os outros 3 (três) participantes restantes informaram que recebiam uma renda mensal, sendo que 02 (dois) disseram receber de 10 a 70 reais/mês e apenas 1 (um) recebia benefício do INSS. Com relação à convivência familiar, um usuário relatou não ter família e apenas dois disseram não ter filhos. Dois convivem com a família, e os demais, embora não convivam, mencionam que mantêm contato através de encontros presenciais, ligações telefônicas e encontros virtuais via redes sociais. Ou seja, embora não convivam com familiares, nove dos participantes mantêm um vínculo com a família e têm filhos.

Entendemos que as atividades em grupo favorecem a participação e a interação das pessoas. Essa experiência de GF proporcionou um encontro entre

nós, pesquisadoras, e os usuários do serviço Caps ad. Todos os participantes expressaram suas opiniões e argumentaram seu ponto de vista a respeito da família no processo de reabilitação, e ao final, percebemos que o GF favoreceu a construção de conhecimento a respeito do processo de reabilitação social de consumidores de drogas e sua família.

4.5 A PERCEPÇÃO FENOMÊNICA DO ESTUDO

A compreensão das descrições vivenciais ocorreu mediante a técnica Analítica da Ambiguidade, construída com o intuito de possibilitar a leitura de material empírico resultante de pesquisa de campo de base qualitativa com abordagem fenomenológica, podendo ser aplicada em estudos com outras abordagens, cujo foco é a percepção humana, considerando que esta se revela como experiência ambígua (SENA et al., 2010).

Para a implementação da técnica, neste estudo, obedecemos as recomendações de Sena e Gonçalves (2008):

- a) Foi feita a transcrição literal das descrições vivenciais a partir das falas em debate no Grupo Focal com os usuários do Caps ad, quando suas falas foram estruturadas e organizadas em texto;
- b) Após a organização do texto, foram feitas leituras minuciosas de todo o material, considerando que, nos estudos fenomenológicos, o pesquisador não se propõe a explicar as vivências, mas sim, descrevê-las, na perspectiva de desvelar a experiência, que sempre se mostra de forma ambígua;
- c) Durante a leitura do texto, os fenômenos foram se mostrando em si mesmos, o que nos permitiu a percepção das vivências essenciais resultantes da intersubjetividade;
- d) Uma vez reveladas as vivências essenciais, foram efetivadas as objetivações, que derivaram as categorias temáticas.

Nessa perspectiva, o encontro entre os sujeitos falantes não constituiu uma troca de informações, mas um espaço onde se estabeleceu uma relação dialógica, cujas falas propiciaram a articulação de pensamentos que ocorreram plenamente na

relação (SENA; GONÇALVES, 2008). Desse modo, o conhecimento “transparece na intersecção de minhas experiências, e na intersecção de minhas experiências com aquelas do outro, pela engrenagem de uma nas outras” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 18). Por isso, “somos capazes de produzir essências nas quais outros se podem conhecer” (SENA et al., 2010, p.771).

4.6 DIMENSÕES ÉTICAS

O estudo consiste em um subprojeto de pesquisa intitulada: *Produção de cuidado na rede de atenção à saúde mental, na perspectiva da prevenção e enfrentamento da dependência de crack, álcool e outras drogas*, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, através do parecer número 1.163.890/15.

Desse modo, procurou-se respeitar todos os procedimentos éticos previstos na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre a eticidade da pesquisa com seres humanos, garantindo aos participantes o sigilo e anonimato, assim como, o consentimento deles para a divulgação dos resultados do estudo em artigos, assim como, eventos técnico-científicos nacionais e internacionais.

5 A FAMÍLIA NA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DO CAPS AD

Este tópico da dissertação corresponde aos resultados e discussões da pesquisa que são apresentados sob a forma de dois manuscritos, em atendimento às normas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde para obtenção do título de mestre. Os manuscritos foram elaborados com o objetivo de saber como os usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas percebem a família no contexto de sua reabilitação; e, foram formatados a partir das normas das revistas científicas selecionadas para submissão, a saber: Revista Brasileira de Enfermagem e a Revista Texto & Contexto em Enfermagem.

A percepção dos usuários do Caps ad a respeito da família no contexto da reabilitação psicossocial foi vista a partir da fenomenologia merleau-pontyana, a qual convida a olhar as coisas como elas se manifestam, sem preocupação com relações causais ou demonstrações, mas sim, buscando chegar às intencionalidades dos participantes do estudo e, com isso, a essência do fenômeno.

Nessa perspectiva, foi possível elencar duas categorias temáticas, a saber: “Nuances do ser família: visão materialista e existencial” e “Proibicionismo ou Redução de Danos: encruzilhada no cuidado ao consumidor de drogas”. O propósito destes textos é a construção de conhecimentos que preencham lacunas no campo da reabilitação de consumidores de álcool e outras drogas, no que diz respeito às ações de acolhimento da família no processo de reabilitação psicossocial. Além disso, que possam contribuir para a reformulação de políticas públicas para o setor, e dar subsídios à organização de redes de atenção psicossocial no contexto do consumo de drogas, incluindo sempre a participação da família.

5.1 MANUSCRITO 1: A PERCEPÇÃO DE CONSUMIDORES DE DROGAS SOBRE FAMÍLIA: UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO

O manuscrito que segue será submetido à Revista Brasileira de Enfermagem e foi elaborado conforme as instruções do tópico de preparo dos manuscritos, disponível no link: <<http://www.reben.abennacional.org.br/preparo-manuscrito>> acessado em agosto de 2015.

Percepção de consumidores de drogas sobre família: um estudo fenomenológico*

Perception of drug users about family: a phenomenological study

Percepción de los consumidores de drogas sobre la familia: un estudio fenomenológico

Janine Lemos de Lima¹, Edite Lago da Silva Sena¹

¹*Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação Enfermagem e Saúde. Jequié-BA, Brasil.*

Resumo

Estudo com o objetivo de compreender a percepção de consumidores de álcool e outras drogas acerca do ser família. Fundamentado no referencial teórico-filosófico de Maurice Merleau-Ponty. Realizado com 11 usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (Caps ad) em município da região Sul da Bahia, Brasil; por meio do Grupo Focal, em agosto de 2015. O material resultante foi submetido à técnica Analítica da Ambigüidade, que permitiu a definição de categorias temáticas, dentre elas, “**Nuances do ser família: visão materialista e existencial**”, discutida no presente artigo. Os resultados do estudo convergiram para a compreensão de que o consumidor de álcool e outras drogas reconhecem o “ser família” a partir de duas dimensões: uma mais materialista e outra existencialista, as quais precisam ser consideradas pela equipe de saúde mental no processo de reabilitação psicossocial desse usuário.

Descritores: Enfermagem; Drogas Ilícitas; Família.

Abstract

Study in order to understand the perception of users of alcohol and other drugs about being family. Based on the theoretical-philosophical reference of Maurice Merleau-Ponty. Conducted with 11 users of the Psychosocial Care Center Alcohol and Other Drugs (ad Caps) municipality in the southern region of Bahia, Brazil; through the Focus Group in August 2015. The resulting material was subjected to analytical technique of ambiguity, which permitted the development of thematic categories, among them, "Nuances of being family: materialistic view and existential", discussed in this article. The study results converged on the understanding that the user of alcohol and other drugs recognize "being family" from two dimensions: a more materialistic and other existentialist, which need to be considered by mental health staff in the rehabilitation process Psychosocial that user.

Key words: Nursing; Illicit drugs; Family.

Resumen

Estudio con el fin de entender la percepción de los usuarios de alcohol y otras drogas acerca de ser familia. Con base en el referencial teórico-filosófico de Maurice Merleau-Ponty. Realizado con 11 usuarios del Centro de Atención Psicossocial Alcohol y Otras Drogas (ad Caps) municipio de la región sur de Bahía, Brasil; a través del Grupo de Enfoque en agosto de 2015. El material resultante se sometió a la técnica de análisis de la ambigüedad, lo que permitió el desarrollo de categorías temáticas, entre ellas, "Matices de ser familia: vista materialista y existencial", discutido en este artículo. Los resultados del estudio se reunieron en el entendimiento de que el usuario de alcohol y otras drogas reconoce "ser familia" de dos dimensiones: una existencialista más materialista y otros,

* Recorte da dissertação: Percepção de usuário do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas sobre a família na reabilitação. Curso de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde. Departamento de Saúde II da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Campus de Jequié.

que deben tenerse en cuenta por parte del personal de salud mental en el proceso de rehabilitación psicosociales ese usuario.

Palabras clave: Enfermería; Las drogas ilícitas; Familia.

Introdução

A família, vista como sistema aberto que tem identidade própria e comunicação multidirecional⁽¹⁾, é uma unidade de cuidado com organização dinâmica e complexa, cujos integrantes são amplamente influenciados pela estrutura econômica, política e social na qual ela está inserida. Nesse espaço, são definidos valores espirituais, sociais, éticos, morais e conceituais do ser humano^(2,3).

As inúmeras mudanças e transformações dos séculos XX e XXI produziram reflexos nas relações familiares, intensificando novos e variados arranjos, bem como alterando as concepções de conjugalidade e parentalidade⁽⁴⁾. Para estes autores, a formação dos arranjos familiares, vistos como tipo de organização, não tem a ver com o fato de ter ou não laços consanguíneos e inclui famílias nucleares (pai, mãe e filhos), extensas (incluindo três ou quatro gerações), homoafetivas (casais do mesmo sexo, com ou sem filhos), monoparentais (chefiadas só por um dos genitores), reconstituídas (após a separação conjugal)⁽⁴⁾.

No Brasil, a família tem sido atravessada por mudanças organizacionais significativas, desencadeadas pela alteração no código civil brasileiro, que levam homens e mulheres a dividirem a responsabilidade pela educação dos filhos, assim como a garantia de direitos igualitários no contexto familiar e no mundo do trabalho⁽⁴⁾.

Em meio a tantas mudanças que a família vem sofrendo, estudiosos passaram a vê-la como objeto de estudo nas diversas áreas de conhecimento, a exemplo da psicologia, da sociologia, da antropologia e da saúde, uma vez que se trata de um dos dispositivos no qual se pode compreender as inter-relações humanas, em suas nuances e desdobramentos micropolíticos, estabelecidos por relações afetivas e de poder entre seus membros. Tal perspectiva nos conduz à compreensão da família como uma estrutura social dinâmica, complexa, global, diversa e única, dentre outros aspectos que caracterizam sua multidimensionalidade e ultrapassam as definições associadas à consanguineidade e afinidade⁽⁵⁾.

A família, como um sistema aberto, pode constituir-se tanto como um fator de adversidade quanto de proteção aos processos saúde e doença de seus integrantes. Isso ocorre porque suas relações são modificadas quando um dos membros apresenta um problema de

saúde, a exemplo, do alcoolismo, que pode despertar na família processos de adaptação e resiliência⁽¹⁾.

O consumo de álcool e outras drogas não pode ser entendido sem levar em consideração as mudanças estruturais e organizacionais apresentadas atualmente no núcleo familiar, problema esse, influenciado por inúmeros fatores que perpassam questões sociais, culturais, econômicas, políticas, entre outras, que envolvem a sociedade moderna. Portanto, os profissionais do serviço, a família e o usuário precisam reconhecer esse contexto e passar a definir estratégias para superar esse desafio, com vistas a aumentar a resiliência e construir possibilidades de reabilitação psicossocial, incluindo ações voltadas tanto para os usuários como para sua família⁽⁶⁾.

Diante da diversidade de fatores e da complexidade que envolvem o consumo de drogas, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Atenção Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, com o objetivo de organizar ações de promoção, prevenção, proteção à saúde e educação desses usuários, a partir de uma rede estratégica de serviços extra-hospitalares (que inclui a participação da família), articulada à rede de atenção psicossocial e fundamentada na abordagem de redução de danos⁽⁷⁾.

Assim, a família, vista no contexto da política brasileira sobre drogas, como um suporte indispensável ao processo de reabilitação das pessoas que consomem álcool e outras drogas de forma habitual, passa a ser considerada como uma parceira no tratamento, e apontada como o alicerce e a fonte de manutenção do vínculo social de seu familiar⁽⁸⁾. Além disso, a família pode ser vista pelos profissionais dos serviços de saúde como necessitada de cuidado, que requer a manutenção de uma rede de suporte social que seja capaz de romper com o modelo de assistência fragmentado, focado apenas no consumidor de drogas⁽⁹⁾.

No entanto, em nossas vivências no Caps ad em um município da região Sul da Bahia, percebemos a ausência das famílias nas atividades desenvolvidas pela equipe de saúde mental. Isso nos inquietou profundamente e nos fez refletir sobre o papel da família no itinerário terapêutico e de reabilitação psicossocial de um familiar que consome droga de forma habitual. Ao entendermos que a política nacional de saúde mental preconiza a corresponsabilidade da família nesse processo de reabilitação psicossocial, ocorreu-nos a ideia de realizar uma pesquisa a partir do seguinte questionamento: como usuários de um Caps ad veem a família no contexto de sua reabilitação psicossocial?

Dessa questão, que norteou o desenvolvimento da dissertação, emergiu o seguinte questionamento: qual a percepção dos usuários do Caps ad acerca do ser família? Na perspectiva de responder a esta pergunta, apresentamos o presente artigo, cujo objetivo é

compreender a percepção dos usuários de um Caps ad acerca do ser família, à luz da abordagem fenomenológica de Merleau-Ponty.

Embasadas nessa abordagem, reconhecemos que “olhar o objeto é entranhar-se nele [...] e vir habitá-lo e dali aprender todas as coisas, [...] ele está exposto por inteiro, suas partes coexistem, seu presente não apaga seu passado, seu futuro não apaga seu presente”^(10:104-8). A fenomenologia merleau-pontyana nos mobiliza a entender o contexto macro no qual o consumidor de drogas e sua família estão envolvidos; permite-nos refletir sobre as relações estabelecidas por eles no mundo cultural e no mundo da vida, sem definir causa e efeito, com isso, conseguimos quebrar a lógica positivista e gerar um contra-argumento reflexivo sobre o assunto⁽¹¹⁾.

O aumento do número de Caps ad no território brasileiro remete a necessidade de estudos que revelem, à enfermagem, novas possibilidades de olhar o processo de reabilitação psicossocial na área de saúde mental. No entanto, o número de publicações apresentado é insuficiente e muitas delas se concentram nos centros de pós-graduação em enfermagem disseminados pelo país⁽¹²⁾.

Logo, o estudo ora proposto, poderá fornecer subsídios à reflexão e orientação prática dos profissionais da saúde mental que atuam no Caps ad do município da Região Sul da Bahia, escolhido como campo da pesquisa. Além disso, pode também corroborar com os estudos dessa área, passando a indicar caminhos para superação e melhoria no atendimento prestado pela rede de serviços substitutivo em saúde mental da população que consome álcool e outras drogas e seus familiares, no território nacional.

Método

Trata-se de um estudo fenomenológico, fundamentado no referencial teórico-filosófico de Maurice Merleau-Ponty, em que tivemos a intenção de compreender a percepção dos consumidores de álcool e outras drogas acerca do ser família. A fenomenologia merleau-pontyana defende que a percepção do fenômeno sempre ocorre de forma ambígua, em um campo fenomenal, onde o sentimento e a reflexão mostram-se de forma entrelaçada⁽¹⁰⁾.

O campo da pesquisa foi o Caps ad localizado em um município do sul da Bahia, que foi escolhido por caracterizar como espaço favorável à expressão da criatividade, construção de vida e estabelecimento de pontes com a sociedade⁽¹³⁾.

Participaram da pesquisa onze usuários do Caps ad, sendo dez homens e uma mulher; com idade média de 40 anos; dos homens, oito declararam-se solteiros e três casados.

Iniciaram o uso de drogas com idade entre 10 e 20 anos , sendo que todos faziam acompanhamento no Caps ad há mais de um ano. Com relação ao vínculo familiar apenas um declarou não ter família, dois convivem com algum familiar, e os demais mantêm o vínculo através das redes sociais, ligações telefônicas, encontros virtuais e presenciais. Como critérios de inclusão foram adotados: ser usuário cadastrado e em tratamento no Caps ad há no mínimo seis meses; frequentar o serviço pelo menos três dias/semana; e, ser maior de 18 anos. A fim de preservar o anonimato das participantes, foi atribuído a eles codinomes de pedra preciosa.

A produção das descrições vivenciais ocorreu em agosto de 2015, por meio da técnica de Grupo Focal (GF), com duração aproximada de uma hora e meia; realizado na sala de convivência do Caps ad sob a condução de um mediador (pesquisadora responsável pelo estudo) e um observador. O observador registrava a discussão do encontro sem fazer inferências, e o mediador estimulava os participantes a falarem livremente, encorajando-os a expressarem seus sentimentos, opiniões e pareceres sobre suas percepções de família, além de manter a discussão focalizada, fazendo resumos e retomando o assunto quando alguém se desviava dele⁽¹⁴⁾.

As questões abertas usadas para disparar o diálogo se relacionavam à temática do estudo e nortearam as discussões do encontro. Baseadas na proposta de Merleau-Ponty, buscamos interrogar os sujeitos para nos aproximar das “coisas próprias”, dando destaque à experiência vivida, deixando-se modelar por seu próprio contexto, garantindo que o fenômeno fosse sendo desvelado e percebido em si mesmo⁽¹⁰⁾.

Com o consentimento dos participantes, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), as falas do GF foram gravadas em equipamento digital. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), sob o parecer número 1.163.890/2015, respeitando as disposições legais para pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12⁽¹⁵⁾.

As descrições vivenciais foram submetidas à técnica Analítica da Ambiguidade, que consistiu na operacionalização das seguintes etapas: construção do texto a partir da transcrição das gravações na íntegra; leituras minuciosas do texto com o objetivo de reconhecer os fenômenos em si mesmos, a partir de si mesmos, mediante o olhar figura-fundo estabelecido pelo exercício perceptivo; definição dos eixos temáticos que se exprimiram como ambiguidades, ou seja, desvelaram-se segundo o entrelaçamento das dimensões humanas: sensível (sentimento) e reflexiva (pensamento)⁽¹⁶⁾. Com isso, o resultado do GF não consistiu em uma troca de informações, mas um caminho para outras possibilidades⁽¹⁷⁾.

Resultados

Nuances do ser família: visão materialista e existencial

Na filosofia merleau-pontyana as coisas devem ser percebidas a partir de sua existência intersubjetiva. Portanto, a pesquisa foi desenvolvida com essa perspectiva e não nos permitiu analisar e formular explicações para os fenômenos que se revelam à percepção, uma vez que correríamos o risco de perder a capacidade de reconhecer o que existe além do plano objetivo. Para tanto, foi preciso abandonarmos o postulado empirista da prioridade dos conteúdos e ficarmos livres para reconhecer o modo de existência singular que nos ocorre por meio da percepção⁽¹⁰⁾.

Esse artigo, cujo objetivo consiste em compreender a percepção de usuários de um Caps ad acerca do ser família, revelou que toda tentativa dos participantes de objetivar o que é ser família foi insuficiente para exprimir o significado da experiência. Assim, reconhecemos que “as categorias, objetivadas como resultados do estudo apareceram como ambiguidades do processo perceptivo, que se manifestam ora com uma experiência sensível, ora como uma experiência reflexiva”^(16:312).

Do mesmo modo, foi possível compreender a percepção dos usuários do Caps ad acerca do significado de “ser família” segundo duas perspectivas: a primeira, desvelada como materialista, atrelada à própria construção socioantropológica dos usuários nessa sociedade ocidental moderna, cujos caracteres todos nós herdamos: princípios, valores morais e éticos, crenças, costumes, que reforçam mais o ter, ao invés do ser, vinculando as relações ao cunho utilitarista; e outra, mais existencialista, orientada por sentimentos instintivos de pertencimento e afetividade.

Na primeira perspectiva, a materialista, os participantes do estudo revelam que ser família é atender as necessidades de seus membros, independente das diferenças. No momento em que os usuários mais precisam eles contam com a família, que não poderá se negar ao cuidado, uma vez que eles depositam grande expectativa nela, como percebemos nas descrições a seguir:

Família é alguém que a gente pode contar. Mesmo com algumas brigas, divergências entre os membros, com certeza, no momento que a gente mais precisar, eles vão estar do nosso lado. Trata-se de uma amizade verdadeira, alguém que a gente pode contar. **(Pérola)**

Família são aquelas amizades verdadeiras, que lhe ajudam mesmo, não tendo nenhum grau de parentesco com você. **(Topázio)**

Ainda nessa perspectiva, a relação familiar se estabelece por um cunho utilitarista. A família, além de estar presente nas diversas situações da vida, precisa oferecer ajuda e apoiar de todas as formas, inclusive financeiramente, conforme aparece nas seguintes descrições:

Eu já fui preso em um presídio. Para vocês terem uma ideia, comprava droga e não pagava, mas minha família depositava o dinheiro, procurava me ajudar de todas as formas. **(Topázio)**

Em nenhum momento em minha vida, minha família me deixou sem apoio. Minha família me apoia. Eles pagam o meu aluguel direitinho, no dia certo, mandam comida para que eu pudesse aprontar. **(Esmeralda)**

Eu sou o irmão que minhas irmãs mais gostam. É a mim, que elas procuram. Eu podendo ajudar, eu ajudo; também, na hora que eu preciso, elas me ajudam. **(Turmalina)**

A família é a formação de um grupo genético que, dentro da sociedade, se ajuda mutuamente. **(Diamante)**

Eu ligo para minha mãe e ela pergunta: Meu filho, está precisando de quê? Eu ligo para minha irmã, ela diz a mesma coisa; ligo para meu irmão, ele diz a mesma coisa. **(Esmeralda)**

Na segunda perspectiva, a existencialista, as falas demonstram que ser família é ter um vínculo afetivo, de tal forma que a pessoa seja capaz de reconhecer carinho, companheirismo, amizade, lealdade e união como sentimentos necessários na constituição do ser família. A relação intrafamiliar deve garantir a seus membros apoio, direcionamento, tolerância, doação ao ponto de nunca haver abandono. Logo, ser família deve configurar-se como unidade social indissolúvel, cercada de afeto, comprometimento, respeito, compreensão, conforme mostram as falas:

Família é afeto, carinho, companheirismo, amizade verdadeira. **(Pérola)**

Família para mim é uma pessoa boa. **(Turmalina)**

Família é cumplicidade, lealdade, legião da boa vontade. **(Ametista)**

Eu mesmo, tenho família, agora, família para mim, a gente tem que ter união, quando a gente não tem união com a família, nada dá certo. **(Turmalina)**

Família é aquela que oferece um ombro amigo para desabafar, para falar de minha vida, para me ajudar a achar o caminho. **(Rubi)**

Ninguém suportaria o nosso temperamento, como eles suportam. Isso é muito importante, eu fico feliz por isso, não é? De alguém ter carinho por nós. **(Pérola)**

Meu pai e minha mãe nunca me abandonaram. **(Jade)**

O vínculo afetivo remete os participantes do estudo à ideia de coexistência no mundo e, com isto, lhes ocorre a sensação de que não estão sozinhos, um sentimento de pertença, origem, ligação a outrem, inclusive a Deus, como desvelam as descrições a seguir:

Eu jamais poderia falar que eu fui gerado por um desconhecido, eu fui gerado por minha mãe e mãe é família, irmão é família. **(Topázio)**

Meu pai cuida de mim bastante, eu agradeço por tudo, por essa família grandiosa, ele faz quase o impossível para me deixar bem. **(Jade)**

A família é aquela que cuidar dos filhos, cuidar da mulher e dar lição de moral para gente aprender **(Ágata)**.

Família é Deus. Somos frutos de Deus. Deus é família, Ele nunca me abandonou. Deus é tão fiel, que nunca me abandonou. **(Jade)**

O estudo aponta que a concepção da família nuclear ainda prevalece no imaginário dos participantes. Mesmo em uma sociedade moderna cercada por tantos arranjos familiares, nesse estudo, a família é percebida em nível nuclear como aquela composta por pai, mãe, avós, conforme observamos a seguir:

Família para mim significa uma árvore boa. E hoje eu dou graças a Deus por essa família, que é única: meu pai e minha mãe. **(Jade)**

Eu não tenho pai, não tenho mãe, não tenho avó, minha família é esse pessoal (referindo-se aos demais usuários do Caps ad). É importante ter um pai, uma mãe, que estar perto. **(Ágata)**

Neste contexto, a figura materna foi enfatizada e correlacionada às manifestações de afeto. A mãe é percebida como aquela que acolhe, cuida e afaga; sempre está disposta a ajudar, apoiar. E no momento em que o filho se encontra marginalizado, sem o conforto do lar, devido à condição habitual de consumo de álcool e/ou outras drogas, a mãe busca acolhê-lo e reintegrá-lo à família, conforme revelam as descrições:

De toda a família, ela (a Mãe) é a principal, é a base. Eu fiquei dormindo na rua, quem abriu a porta para que eu dormisse dentro de casa foi essa velhinha, minha mãe. [...] Eu tenho um pai que ele não é um pai, ele é uma mãe. Ele é mais que um pai, entende? **(Jade)**

Em relação a minha família, minha mãe é o ponto mais alto. **(Esmeralda)**

Temos um privilégio, porque temos uma mãe em casa e outra aqui no Caps ad. **(Pérola)**

Os participantes reconhecem que a família é o alicerce de suas vidas, percebem-na como o seu ponto de apoio e sustentação, como “a base de tudo.” É através da família que eles passam a ingressar na vida, como evidenciam as falas:

A minha família é o alicerce, é a minha estrutura, sem minha família eu estava no cemitério. **(Esmeralda)**

Na minha concepção, família é a base de tudo, a gente pode citar aqui "N" palavras em relação à família, só que todas vão se resumir em vida. **(Axinite)**

Os participantes relataram ainda que para ser família não necessariamente tem que ter laços de consanguinidade, e sim, uma relação capaz de produzir afeto, o que motiva o ser humano a reconhecer a solidariedade, a cumplicidade, a generosidade, a benevolência, a

bondade, o amor e a fidelidade. Inclusive o que afirmou não ter família apontou a relação com Deus como algo capaz de proporcionar esse vínculo, de modo que Deus também apareceu como um membro da família, conforme percebemos nas falas seguintes:

Então, para mim, família são aquelas amizades verdadeiras, que lhe ajudam, mesmo não tendo nenhum grau de parentesco com você. Para mim, família é isso (Topázio).

Hoje eu tenho essa família, que é minha sogra e meu sogro, eles me dão várias oportunidades. Minha esposa sofre por mim, mas com fé em Deus eu vou sair dessa e voltar para minha família. **(Ametista)**

Eu encontrei aqui no Caps ad uma segunda família. **(Rubi)**

Minha família é esse povo do Caps ad, porque eu não tenho pai, não tenho mãe, não tenho avó, minha família é esse pessoal. Eu moro no Centro de Recuperação, e eu trato como minha família. **(Ágata)**

Eu não tenho parente, e vivo com Deus. Eu não tenho nada na minha vida, só Deus e esse pessoal que me acolhe de coração. **(Ágata)**

Discussão

Nuances do ser família: visão materialista e existencial

Ao tentar desvelar o ser família, os participantes do estudo o fizeram por meio de dois aspectos ambíguos: ora existencial, ora material, de modo que ambos foram revelados como perfis de uma mesma moeda, plenos no que se refere a nossa existência e indissolúveis na nossa compreensão do que é ser família no século XXI.

Desse modo, consideramos que os resultados do estudo em relação ao significado de “ser família”, segundo a percepção de usuários do Caps ad, se fazem ver segundo duas perspectivas. A primeira delas parece convergir para um sentido mais materialista, revelando, de certa forma, uma visão utilitária, ou seja, “ser família” significa ser útil, atender necessidades e expectativas de seus consanguíneos, sejam elas de cunho material, afetivo ou relacional. Trata-se, portanto, de uma perspectiva que compreende as relações interpessoais como tendentes a serem remodeladas, “à semelhança dos meios e objetos de consumo e segundo as linhas sugeridas pela síndrome consumista”^(18:108).

Ao certo é que vivemos em uma sociedade do descarte. Aquele que não está sempre disposto a nos servir em nossas necessidades, está sujeito ao descarte. Isto ocorre também no âmbito da parentela, no contexto familiar. Nas sociedades ocidentais, a exemplo da nossa, o poder da cultura dominante é de tal forma que somos cegados ao ponto de chegar a concordar

com certas posturas e atitudes, ou participar de certas práticas que, no plano reflexivo e moralista, talvez, nunca aprovaríamos, mas ficaríamos horrorizados com elas.

Aprendemos em nossa cultura que família é aquela que sempre deve estar disposta a apoiar seus integrantes, independentemente do que lhes ocorra ⁽⁴⁾. Não é raro ouvir falar de famílias que, se um dos integrantes é preso por tráfico de drogas, ou por furtos, elas pagam fiança para libertá-lo da prisão. Para alguns consumidores de álcool e outras drogas se a família não se dispõe a esta e outras práticas de “generosidade”, não pode ser considerada como família.

Nos escritos de Merleau-Ponty, especialmente em suas obras tardias e póstumas, percebemos que ele se debruça a argumentar contra a visão objetivista, aquela que considera o mundo como um conjunto de coisas em si, que estão separadas de nós⁽¹⁰⁾. Para o filósofo, entre o homem e todas as demais coisas criadas há uma universalidade que lhes torna uno e os vincula, fala-se de que há um entrelaçamento. Logo, não existe dicotomia entre homem e natureza, alma e corpo, consciência e mundo, sujeito e objeto^(10,19).

As descrições revelam que os participantes do estudo esperam “afeto, carinho, companheirismo, amizade verdadeira” por parte de sua família, porém, a nosso ver, esta expectativa ocorre de forma objetivista. Alguns veem a família como separada de si, como alguém que deve atender suas necessidades afetivas e relacionais, oferecendo-lhes os componentes citados. Se a família não cumpre esse papel afetivo, demonstrando-lhes tais sentimentos, ela deixa de ser considerada como sua família.

A segunda perspectiva em relação ao “ser família” parece afluir para um sentido mais existencialista, mostrando, de certo modo, uma percepção de afetividade e pertencimento, ou seja, “ser família” corresponde a um vínculo que se tem; significa que a pessoa não surgiu caoticamente, ela nasceu de alguém⁽²⁰⁾. E essa perspectiva nos remete ao pensamento de Merleau-Ponty de que não estamos separados do mundo, das coisas e do outro, mas entrelaçados a eles⁽¹⁰⁾.

Se retomarmos a questão primordial de Merleau-Ponty, de que somos uma consciência encarnada, questão que revela a principal tese a que o filósofo recusa terminantemente – a dicotomia alma e corpo, consciência e mundo, homem e natureza – observamos que a perspectiva utilitarista fortalece essa tese. Essa visão dicotômica interfere de forma contundente na efetivação da proposta de reabilitação psicossocial do Caps ad, principalmente no que tange o contexto de participação da família no processo. Se o próprio usuário do Caps ad não reconhece a relação com sua família na perspectiva de um vínculo existencial, constitui-se aí um obstáculo à reabilitação proposta.

Tudo isso nos faz entender que as transformações sociais ocorridas a partir do século XX levaram a família moderna a assumir outros papéis na sociedade, deixando de ser vista apenas como unidade de procriação, e passando a gerar novas formas de convívio afetivo, com comprometimento e responsabilidade mútuos entre seus membros⁽²¹⁾. Para ser considerada bem sucedida, a família precisa garantir aos seus integrantes virtudes como amor, afeto, carinho, solidariedade, educação e respeito recíproco; além de conforto material; ao ponto de extrapolar os vínculos consanguíneos; e, nesse sentido, o profissional da saúde poderia ajudar os usuários do serviço a construir novos vínculos com pessoas significativas em nível de seus territórios geográficos e existenciais⁽⁵⁾.

Assim, o estudo revela tanto a percepção de família no contexto materialista, como no contexto existencial. Foi apontada como “a base de tudo”, e também, como o suporte social do ser humano⁽²²⁾, percepções tais, que retratam a visão convencional de que a família é, indiscutivelmente, a primeira célula social⁽²³⁾, um local de convivência e aprendizado, considerada como a unidade primária de cuidado social⁽³⁾. A Constituição Federal Brasileira de 1988 no seu artigo 226 considera a família como a base da sociedade e que, por isso, deve ter especial proteção do Estado⁽²⁴⁾.

Ao falar do significado de família os participantes correlacionaram ao vínculo afetivo. Assim, levaram-nos a entender que, em nível da coexistência, nascemos de alguém, originamos de outrem, não somos isolados, ou seja, não somos pontuais; revelaram um sentimento subjacente ao ser humano de estar ligado a alguém, o que fez eco ao pensamento merleau-pontyano e sustentou a noção de que o mundo não surgiu caoticamente, de que as coisas estão ligadas uma às outras.

Logo, o vínculo visceral entre a pessoa e sua família foi desvelado como algo existencial, ideia que ofereceu sustentação às falas dos participantes de que família é aquela que “dá o ombro”, “o carinho”, “a atenção”, entre outros. E essa relação afetuosa é imanente ao ser humano, emerge do sentimento de pertença de que sempre estamos vinculados aos outros, às coisas e ao mundo⁽¹⁰⁾.

Com isso, consideramos indispensável que as ações de reabilitação psicossocial no contexto do consumo de drogas sejam fortalecidas por relações afetivas, nas quais os vários personagens agenciem, apoiem e solidifiquem o cuidado. E a família, como um dos dispositivos da rede de atenção em saúde mental, apareceu como imprescindível ao processo de reabilitação psicossocial, muito embora, sua própria concepção tenha sofrido várias transformações, assim como impactos sociais importantes, que implicaram em alterações significativas no contexto do mundo contemporâneo.

Considerações finais

O artigo apresentou resultados referentes à escuta primorosa de usuários do Caps ad acerca do significado de “ser família” no contexto de sua reabilitação psicossocial. Nesse sentido, constitui-se um conhecimento importante à reflexão, tanto das equipes de saúde mental, como da gestão pública em saúde, no momento da reformulação de políticas e modelos de atenção na área, uma vez que, no âmbito da atenção em saúde mental, já se convencionou que a família corresponde a um dispositivo de cuidado primordial na composição da rede.

Em meio a uma série de mudanças conceptuais, a família é convocada a desempenhar papel efetivo na consolidação do modelo psicossocial em saúde mental. Para tanto, é preciso que lhes seja dada voz ativa, e mais ainda, que os usuários dos serviços sejam ouvidos quanto ao que pensam sobre a participação ou não da família em seus itinerários terapêuticos. A intenção inicial do presente estudo não foi exatamente conhecer o significado de ser família, mas ao mesmo tempo em que os usuários do Caps ad desvelaram a necessidade da família ser inserida em sua reabilitação psicossocial, fizeram ver o sentido de ser família para eles, e suas descrições conduziram-nos a construção deste artigo.

O estudo revelou que para os usuários do Caps ad cabe à equipe interdisciplinar desse dispositivo atuar na perspectiva da reconstrução do vínculo usuário-família, o que favorece a inserção da família tanto no processo terapêutico do usuário como na rede de atenção em saúde mental, proposta pelo Ministério da Saúde (MS), como saída ao cuidado efetivo no campo da Saúde Mental.

O referencial filosófico de Merleau-Ponty permitiu o olhar atento para as descrições vivenciais produzidas com os participantes do estudo, mediante a leitura figura-fundo, uma maneira artística de fazer pesquisa, e que resgata modos de ser da enfermagem, como ciência e como arte. A partir dessa leitura foi possível compreender dois significados em relação ao ser família, segundo a perspectiva de usuários do Caps ad, os quais configuramos como: um olhar mais materialista e utilitário, e outro mais existencial.

A primeira perspectiva está pautada no pensamento merleau-pontyano em relação à influência sociocultural nos modos de ser e fazer dos homens, pensamento que faz ressonância à noção de sociedade líquida, cuja característica máxima é o consumismo e o utilitarismo, inclusive no contexto das relações interpessoais, na família e no meio social. A segunda perspectiva se assenta também em Merleau-Ponty, quando trata da experiência

sensível ou mundo dos sentimentos, o que inclui a sensação de pertencimento e de coexistência presentes nas descrições dos usuários do Caps ad, em relação a suas famílias.

Mediante o exposto, acreditamos que a visão existencialista apresentada pelos usuários seja útil à nossa reflexão sobre a humanidade, e que precisamos manter vivas as relações sociais capazes de produzir solidariedade, bondade, afetividade, generosidade, entre outras. Com isso, devem ser estimuladas práticas de cuidado ao consumidor de álcool e outras drogas que reconheçam e dignifiquem o ser humano, que respeitem suas escolhas e ofereçam diversas possibilidades de tornar-se um outro.

As relações estabelecidas com o mundo, com o homem e com as coisas refletem esse elo do consumidor de álcool e outras drogas com a essência humana, de modo que o desenvolvimento de práticas que favoreçam a transcendência do ser sensível, pautada em uma escuta capaz de promover essa conexão, deve contemplar o envolvimento de gestores, profissionais de saúde, família e comunidade nas ações de cuidado, as quais sugerem a inserção de todas as pessoas significativas para ele, independente de ter ou não vínculos consanguíneos.

REFERÊNCIAS

- 1 Manguiera SO, Lopes MVO. Dysfunctional family in the context of alcoholism: concept analysis. *Rev Bras Enferm.* [online]. 2014 jan-fev [cited 2015 Feb 10]; 67(1): 149-154. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n1/0034-7167-reben-67-01-0149.pdf>
- 2 Nunes ECDA, Silva LWS. Nurse subjectivity expressing the significance of family care through art. *Texto Contexto - enferm.* [online]. 2011 jul-set [cited 2015 Feb 10]; 20(3): 453-460. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/05.pdf>
- 3 Soccol KLS, Terra MG, Girardon-Perline NMO, Ribeiro DB, Silva CT, Camillo LA. Family care to individuals dependent on alcohol and other drugs. *Rev Rene.* [online]. 2013; 14(3): 549-57. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1104>
- 4 Souza ABL, Beleza MCM, Andrade RFC. New family arrangements and challenges to family law: a reading from the court of Amazon. *PRACS: Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP.* [online]. 2012 dez [cited 2015 Mar 15]; 5: 105-19. Available from: <http://periodicos.unifap.br/index.php/pracs/article/viewArticle/577>
- 5 Figueiredo MHJS, Martins MMFPS. From practice contexts towards (co)construction of family nursing care models. *Rev Esc Enferm USP.* [online]. 2009 [cited 2015 Mar 15]; 43(3): 615-21. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a17v43n3.pdf>

- 6 Silva BLC, Araújo AP, Carvalho RN, Azevedo EB, Moraes MN, Queiroz D. Participation of family members in the treatment of alcohol and drug users from the psychosocial care center. *Rev. Bras Pesq Saúde*. [online]. 2012 out-dez [cited 2015 Mar 25];14(4): 61-6, , 2012. Available from: <http://www.periodicos.ufes.br/RBPS/article/download/5120/3846>
- 7 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. 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. Brasília: OPAS; 2005 [cited 2015 Mar 25]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
- 8 Alvarez SQ, Gomes GC, Oliveira AMN, Xavier DM. Support group as a strategy of care: the importance for relatives of drug users. *Rev Gaúcha Enferm*. [online]. 2012 [cited 2015 Mar 25]; 33(2): 102-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/15>
- 9 Sena ELS, Boery RNSO, Carvalho PAL, Reis HFT, Marques AMN. Alcoholism in family context: a phenomenological approach. *Texto contexto - enferm*. [online]. 2011[cited 2015 abr 11]; 20(2):310-18. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a13v20n2.pdf>
- 10 Merleau-Ponty M. *A fenomenologia da percepção*. São Paulo (Martins Fontes): edições 4; 2011.
- 11 Reis HFT, Moreira TO. Crack in the family's context: a phenomenological approach. *Texto contexto - enferm*. [online]. 2013 dec [cited 2015 ago 18]; 22(4): 1115-23. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/30.pdf>
- 12 Azevedo DM, Miranda FAN. Professional practice and treatment offered in CAPS ad in the city of natal-rn: with the word, the family *Estudo representacional da participação familiar nas atividades dos centros de atenção psicossocial no município de Natal-RN*. Esc. Anna Nery. [online]. 2010 [cited 2015 ago 10]; 14(1): 56-63. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a09.pdf>
- 13 Zanatta AB, Garghetti FC, Lucca SR. Psychosocial attention center for alcohol and other drugs in the perception of. *Revista baiana de saúde pública*. [online]. 2012 jan-mar [cited 2015 ago 10] 36(1): 225-37. Available from: http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/248/pdf_63
- 14 Trad LAB. Focal groups: concepts, procedures and reflections based on practical experiences of research works in the health area. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*. [online]. 2009 jul-set [cited 2015 Feb 10]; 19(3): 777-96. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n3/a13v19n3.pdf>
- 15 Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução N° 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012 [cited 2015 Feb 25]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- 16 Sena ELS, Gonçalves LHT, Müller Granzotto MJ, Carvalho PAL, Reis HFT. Analytics of ambiguity: methodological strategy to the phenomenological research in health. *Rev Gaúcha*

Enferm. [online]. 2010 dez [cited 2015 Feb 15]; 31(4): 769-75. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v31n4/a22v31n4.pdf>

17 Sena ELS, Carvalho PAL, Reis HFT, Souza VS. The care intersubjectivity and the knowledge in the phenomenological perspective. *Rev Rene*. [online]. 2011 [cited 2015 Feb 15]; 12(1): 181-8. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1_pdf/a24v12n1.pdf

18 Bauman Z. *Vida Líquida*. Tradução: Carlo Alberto Medeiros. 2ª ed. Rio de Janeiro (Zahar); 2009.

19 Merleau-Ponty M. *A prosa do mundo*. Tradução: Paulo Alves. São Paulo (Cosac & Naify): 2002.

20 Silva VA, Marcon SS, Sales CA. Perceptions of family members of patients with cancer on musical encounters during the antineoplastic treatment. *Rev Bras Enferm*. [online]. 2014 [cited 2015 Set 25]; 67(3): 408-414. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n3/0034-7167-reben-67-03-0408.pdf>

21 Vianna RC. O instituto da família e a valorização do afeto como princípio norteador das novas espécies da instituição no ordenamento jurídico brasileiro. *Revista da Esmesc*. [online]. 2011 [cited 2015 Set 25]; 18 (24): 511-36. Available from: <http://www.revista.esmesc.org.br/re/article/view/41/45>

22 Gabardo RM, Junges JR, Selli L. Arreglos familiares e implicaciones a la salud en la visión de los profesionales del Programa Salud da la Familia. *Rev. Saúde Pública*. [online]. 2009 [cited 2015 Mai 25]; 43(1): 91-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n1/6943.pdf>

23 Teixeira LC, Parente FS, Boris GDB. New family settings and their subjective implications: assisted reproduction and female monoparental family. *Psico*. [online]. 2009 [cited 2015 Mar 25]; 40(1): 24-31. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/2848/4138>

24 Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil – 1988*. Available from: <http://t.senado.gov.br/legbras/defaultnotfound.htm>

5.2 MANUSCRITO 2: VISÃO DE USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS SOBRE A FAMÍLIA EM SEU TRATAMENTO

O segundo manuscrito que compõe os resultados da dissertação será submetido à Revista Texto & Contexto Enfermagem e foi elaborado conforme as orientações para autores, disponível no link: <<http://www.textoecontexto.ufsc.br/pt/preparo-dos-manuscritos/>> acessado em novembro de 2015.

Visão de usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas sobre a família em seu tratamento*

Janine Lemos de Lima¹, Edite Lago da Silva Sena¹

**Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação Enfermagem e Saúde. Jequié-BA, Brasil.*

Resumo

O estudo teve como objetivo compreender a percepção de usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps ad) sobre a família no contexto de seu tratamento, à luz da fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty. Após a realização de entrevista em Grupo Focal com 11 usuários do Caps ad, na região Sul da Bahia, Brasil, em agosto de 2015, o texto resultante foi submetido à técnica Analítica da Ambiguidade, derivando a categoria temática: "Proibicionismo ou Redução de Danos: encruzilhada no cuidado ao consumidor de drogas". Entre outros dados, o estudo mostrou que os usuários e suas famílias ainda desconhecem a política de cuidado relacionada à Redução de Danos; o Caps ad parece não estar cumprindo com seu propósito no que se refere à reabilitação do usuário: com o exercício da cidadania e o protagonismo do próprio cuidado; o que promove discurso e prática moralistas/proibicionistas.

Descritores: Enfermagem; Drogas Ilícitas; Família.

Abstract

The study aims to understand the perception of users of the Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS ad (Psychosocial Care Center Alcohol and Drugs) on the family in the context of their treatment in the light of the phenomenology of Maurice Merleau-Ponty. After conducting interviews in a focus groups with 11 users Caps ad, in South Bahia, Brazil, in August 2015, the resulting text was submitted to analytical technique of Ambiguity, deriving the theme category: "Prohibitionism or Harm Reduction: crossroads in the care of drug consumers". Among other data, the study showed that users and their families are still unaware of the care policy related to Harm Reduction; Caps ad does not seem to be fulfilling its purpose in relation to the user's rehabilitation: with the exercise of citizenship and the role on their own care; which promotes moralistic / prohibitionist discourse practice.

Keywords: Nursing; Illicit drugs; Family.

Resumen

Estudio con el objetivo de comprender la percepción de usuarios del "Centro de Atención Psicossocial Álcool e Drogas" - Caps ad (Centro de Atención Psicossocial Alcohol e Drogas) sobre la familia en el contexto de su tratamiento, a la luz de la fenomenología de Maurice Merleau-Ponty. Después de la realización de entrevista de Grupo Focal con 11 usuarios del Caps ad, en la región Sur de Bahia, Brasil, en agosto de 2015, el texto transcrito fué sometido a la técnica analítica de la ambigüedad, derivando la categoría temática: "Prohibicionismo o Reducción de Daños: cruce de caminos en el cuidado al consumidor de Drogas". Entre otros datos, el estudio demostró que los usuarios y sus familias todavía desconocen la política de

cuidado de Reducción de Daños; el Caps ad parece no cumplir su propósito en relación con la rehabilitación del usuario: con el ejercicio de la ciudadanía y protagonismo del autocuidado; lo que promueve el discurso y la práctica moralista / prohibicionista.

Descriptorios: Enfermería; Drogas Ilícitas; Familia.

Introdução

O manuscrito apresenta uma descrição da percepção de usuários do Caps ad sobre a família no contexto de seu tratamento. O texto aborda os resultados do estudo envolvendo a discussão sobre dois modelos de atenção, vigentes na contemporaneidade, no que diz respeito ao consumo de drogas, a saber, o modelo proibicionista, conduzido pelo Ministério da Justiça (MJ); e o modelo psicossocial ou da redução de danos, instituído pelo Ministério da Saúde (MS).

O movimento de “guerra às drogas”, que caracteriza o modelo proibicionista, ganhou forças a partir de 1961 na Conferência sobre Entorpecente, sediada pelos Estados Unidos da América⁽¹⁾. Nesse contexto, é deflagrada, no mundo, uma luta com medidas de repressão e criminalização à produção, ao tráfico, ao porte e ao consumo de substâncias psicoativas, que, no presente estudo, optamos por utilizar o termo “drogas”, incluindo as substâncias consideradas lícitas (álcool e tabaco), e as ilícitas (cocaína, crack, maconha, entre outras).

No Brasil, o proibicionismo foi incorporado na década de 1970, momento em que o Estado tornou-se responsável pela criação de medidas repressivas e de austeridade frente ao consumo e o tráfico de drogas. Nesse modelo, o “tratamento” dos consumidores tinha o foco principal na abstinência e, por isso, eles eram reclusos em hospitais psiquiátricos e nas comunidades terapêuticas⁽²⁾.

No final da década de 1970, com o advento do movimento sanitário e da Reforma Psiquiátrica no Brasil, militantes sanitaristas e da saúde mental passaram a lutar por uma assistência digna e antimanicomial⁽³⁾. As mudanças ocorridas foram norteadas por propostas contra hegemônicas ao proibicionismo, que se efetivaram mediante ações de resistência a toda forma de exclusão, repressão e privação de direitos à saúde.

Nessa perspectiva, anos depois, emerge a proposta de Redução de Danos, que traz respaldo à construção de uma política de saúde inovadora sobre drogas, especialmente, a partir do ano de 2000, que passa a transversalizar as ações de cuidado no modelo de atenção psicossocial. Logo, o Brasil passa a conviver com duas perspectivas distintas de intervenção

no contexto do consumo de drogas: o proibicionismo, enfatizado e conduzido pelo MJ e a Redução de Danos, pelo MS.

Embora convivamos com esses dois modelos de atenção ao consumo habitual de drogas, a literatura revisada mostrou poucos estudos que apresentam uma visão mais crítica em relação ao fenômeno, ou seja, uma visão mais aproximativa da garantia dos direitos humanos e da cidadania dos sujeitos consumidores. Há uma maior quantidade de publicações que apresenta um olhar reducionista sobre a questão; muito do conhecimento produzido acerca do tema, com raras exceções, parte do ponto de vista do enfrentamento e/ou combate às drogas, sendo, portanto, influenciado pela perspectiva proibicionista⁽¹⁾.

Ainda que alguns autores reconheçam a complexidade do fenômeno, tendem a polarizar a ênfase em aspectos negativos do consumo de drogas, com foco em uma série de fatores que atinge, de forma direta e indiretamente, os mais diversos setores da sociedade, gerando gastos públicos e inúmeros prejuízos, inclusive na relação intrafamiliar⁽⁴⁾.

É importante refletir que tornar-se consumidor de drogas não constitui um evento pontual. *A título de ilustração, na tentativa de encontrar um possível sentido para o consumo de drogas, destacamos o caso fictício de um idoso que mora sozinho próximo à orla marítima, não recebe visitas dos familiares e, como forma de interação social e diversão, vai todos os dias à praia beber com os amigos. Esse beber diário, que já se tornou um hábito, é algo que lhe dá sentido para viver.*

Por isso, com a reorientação da atenção em saúde mental a partir da Reforma psiquiátrica, o modelo psicossocial tem como foco de intervenção o sujeito e seu sofrimento, e não a droga em si; é regido pelo reconhecimento de que o consumo de drogas constitui uma questão a ser tratada no campo da saúde pública, em articulação com os diversos setores sociais, a exemplo da educação, do desenvolvimento social, do lazer e do esporte; e deve contar com uma rede de atenção que inclua, dentre outros dispositivos, a família.

No entanto, percebemos na literatura uma tendência à unilateralidade nas discussões sobre o consumo de drogas, a saber: a perspectiva proibicionista e de combate às drogas. Por consequência, tem acarretado “o empobrecimento das análises e a ausência dos aspectos socioculturais na concepção das políticas públicas direcionadas” à questão; lamentavelmente, o que se observa na produção científica, é uma legitimação dos estudos das ciências da saúde: medicina, farmacologia, psicologia e, a desvalorização, ou até mesmo a pouca produção de estudos com abordagem social, principalmente, aqueles que buscam refletir as implicações culturais do consumo de drogas^(5:10).

No intuito de contribuir com a mudança no cenário apresentado em relação à produção do conhecimento sobre o tema, decidimos construir este artigo com o objetivo de compreender a percepção de usuários do Caps ad sobre a família no contexto de seu tratamento, a luz da fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty.

Entendemos que estudos com esta abordagem podem oferecer uma importante contribuição ao planejamento e à execução de estratégias que visualizem o ser humano em sua ambiguidade, o que envolve o entrelaçamento das dimensões sensível e sociocultural. Assim, não obstante o ambiente social influenciar a pessoa ao consumo de drogas, há sempre uma motivação imanente que a mobiliza, no sentido do preenchimento de uma falta que escapa às tentativas de explicação.

Metodologia

Trata-se de um estudo fenomenológico fundado no referencial de Maurice Merleau-Ponty, que descreve a percepção como essência do ser humano, que opera mediante experiência dialógica e intersubjetiva, e se manifesta sempre de forma ambígua; envolve o entrelaçamento de sentimentos e leva a reflexões ⁽⁶⁾.

O cenário da pesquisa foi uma unidade do Caps ad localizado na região sul da Bahia, Brasil; município onde residem 204.667 habitantes ⁽⁷⁾. O serviço foi implantado no ano de 2006 e, no ato da pesquisa, atendia, em média, 20 a 30 usuários/dia, que estavam sendo acompanhados, de forma individual e em grupo, pela equipe de saúde mental. Como critérios de inclusão foram adotados: ser usuário cadastrado e em tratamento no Caps ad há, no mínimo, seis meses, frequentar o serviço pelo menos três dias/semana, ser maior de 18 anos. A fim de preservar o anonimato do(as) participantes, foi-lhes atribuído codinomes de pedra preciosa.

Participaram da pesquisa onze consumidores de álcool e outras drogas, com idade média de 40 anos; sendo 10 (dez) homens; oito participantes declararam-se solteiros, e três casados. Iniciaram o uso de drogas entre os 10 a 20 anos de idade, e todos fazem acompanhamento no Caps ad há mais de um ano. Com relação ao vínculo familiar apenas um declarou não ter família, dois convivem com algum familiar e os demais, embora não residam com a família, mantêm o vínculo por meio de redes sociais, ligações telefônicas, encontros virtuais e presenciais.

A obtenção das descrições vivenciais (textos produzidos no diálogo com os participantes do estudo) ocorreu por meio da técnica de Grupo Focal (GF), em agosto de

2015, com duração aproximada de uma hora e meia, realizada na sala de convivência do Caps ad, com o auxílio de um mediador e um observador. O observador registrava a discussão do encontro sem fazer inferências e o mediador estimulava os participantes a falarem livremente, encorajando-os a expressarem seus sentimentos, opiniões e pareceres sobre suas percepções de família, além de manter a discussão focalizada, fazendo resumos e retomando o assunto quando alguém se desviava dele ⁽⁸⁾.

As questões usadas eram flexíveis para disparar o diálogo, e se relacionavam à temática do estudo, e norteando as discussões do encontro. Com base no pensamento de Merleau-Ponty, buscamos abordar os participantes buscando perceber a intencionalidade, dando destaque à experiência vivida, deixando-se modelar por seu próprio contexto, garantindo que o fenômeno fosse desvelado e percebido a partir de si mesmo ⁽⁶⁾.

A compreensão das descrições ocorreu por meio da técnica *Análítica da Ambiguidade*⁽⁹⁾, que consistiu na seguinte sequência: leituras primorosas do texto resultante do GF na perspectiva do olhar figura-fundo; percepção de teses que os participantes sustentavam como verdades, mas que se mostravam como vivências ambíguas, a exemplo: ao mesmo tempo em que criticavam a atitude da família por tratá-los com medidas repressivas e de controle através da ação policial, inferem que a família precisa vigiar sua participação no Caps ad, Em seguida estabelecemos como eixo temático para a discussão: Proibicionismo ou Redução de Danos: encruzilhada no cuidado ao consumidor de drogas.

Foram respeitadas as disposições legais para pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde – 466/2012. Com o consentimento dos participantes, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), as falas do GF foram gravadas em equipamento digital. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), sob o parecer número 1.163.890/2015, respeitando as disposições legais para pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº466/12⁽¹⁰⁾.

Resultados e Discussão

Proibicionismo ou Redução de Danos: encruzilhada no cuidado ao consumidor de drogas.

As descrições de participantes do estudo fazem ver que seus familiares não reconhecem a possibilidade terapêutica no contexto do modelo de atenção psicossocial. Um

deles, referindo à fala de seus irmãos, disse: “*Nós (irmãos de Turmalina) paramos de beber, sem frequentar o Caps ad. Você (Turmalina) deve tomar vergonha na cara, parar de frequentar o Caps e parar de beber*” (Turmalina). Ou seja, parar de beber é uma questão de simples decisão, não dependeria de tratamento.

Claramente percebemos a visão moralista da família, que é bem característica da perspectiva proibicionista, que fundamenta o movimento de guerra às drogas. A descrição revela, ainda, a crença de que a pessoa que consome drogas de forma habitual tem o controle sobre o hábito e, neste sentido, pode optar por abster-se ou não a qualquer momento, logo, não necessitaria, por exemplo, da ajuda do Caps ad.

A família parece ter sido capturada pela lógica moralista do proibicionismo, considerando que o ambiente sociocultural influencia fortemente para que ideologias e práticas sejam naturalizadas no contexto de vida das pessoas, que passam a elegê-las, irrefletidamente, como visão de mundo e estratégia de ação. Assim, em um determinado momento, as ações não são mais questionadas, simplesmente, passam a ser implementadas e aceitas como único caminho, o que parece estar ocorrendo com respeito ao modo como a família vê o tratamento para consumidores de drogas.

As descrições seguintes mostram que a família caminha na contramão do processo de reabilitação psicossocial, uma vez que adota posturas e práticas pautadas na repressão e abstinência das drogas: “*O meu próprio filho de 14 anos já chamou a polícia para tirar-me de casa, junto com a mãe dele. Na realidade, ele foi induzido pela mãe a fazer isso*” (Rubi). “*Varias vezes a polícia esteve em minha casa, fui preso três vezes, meu pai me denunciou*” (Esmeralda).

Entendemos que os vários anos de convivência com a ideia de que o consumo de drogas constitui uma questão moral e que, para tanto, requer um tratamento moral, mediante disciplina, repressão e segregação nos manicômios e prisões, fizeram com que as pessoas incorporassem a crença de que a única forma de tratamento para o problema é a institucionalização e a exclusão do meio social.

Se a família é capaz de chamar a polícia no momento de crise ou dificuldade de um membro, devido à relação com drogas, isso nos leva a crer que ela não tem confiança suficiente na equipe de saúde do Caps ad. E isso sugere que a família não reconhece o Caps ad como um dispositivo terapêutico e de reabilitação.

Não apenas para essas famílias referidas pelos participantes do estudo, mas também, para a sociedade em geral, droga é uma questão de polícia, de segurança pública e não de saúde pública. Muitas vezes a família solicita os serviços da polícia no intuito de proteger-se

de atos violentos e manter a ordem social, uma vez que não sabem lidar com as situações de crise, que podem implicar em ameaça à vida; ou seja, não conta com o suporte necessário, a exemplo de medidas socioeducativas; o que se tem acesso são as medidas repressivas. No entanto, as evidências mostram que “a polícia e o sistema criminal não têm diminuído o consumo, e não protegem o usuário”^(11:817).

O uso da polícia não se insere na estratégia de redução de danos e ainda compromete a reabilitação psicossocial; é regida por medidas repressivas do proibicionismo, amplamente naturalizado ao longo do tempo pela sociedade. Trata-se de uma conduta que produz sofrimento tanto ao consumidor de drogas, como a seus familiares, conforme corroboram as descrições: “*Mas doía bastante, só de você ouvir um irmão, uma irmã falar que ia telefonar para a polícia contra você, isso doía muito. Chegou o momento que eu já pensava em desistir da vida.*” (Pérola)

Não somente a família, mas as pessoas, em geral, aprenderam, historicamente, a relacionar o consumo de drogas com a marginalização, a violência, o furto, dentre outras mazelas sociais. Um dos participantes do estudo compartilhou este entendimento: “*Esses dias eu estava aí no centro da cidade, a polícia me pegou como suspeito, me colou na mala e me levou*” (Turmalina). O relato mostra como a pessoa que vivencia a situação é estigmatizada socialmente; ela é vista como criminosa, como alguém que pode estar envolvida em atos delituosos, que requerem averiguação policial.

Nesse sentido, é muito difícil difundir a ideia de redução de danos nas sociedades que aderem à perspectiva proibicionista, bem como, implementar políticas públicas nessa direção. Primeiro, porque para essas nações a redução de danos significava tolerância às drogas; e as regras fundamentais do proibicionismo são a abstinência e a absoluta intolerância⁽¹²⁾. Segundo, porque nessas nações, a exemplo do Brasil, políticos, legisladores, gestores, acadêmicos, mídia e sociedade, em geral, defendem o ideário de confinamento e exclusão; veiculam campanhas de governo carregadas de estigma e sem proposição: “*crack: cadeia ou caixão*”; além de parte dos programas de saúde pública reforçar a vertente “*fiscalista, sem direito à subjetivação*”^(3:4581).

No contexto desta reflexão, entendemos que a concepção imposta pelo Proibicionismo na política sobre droga instituída pelo Ministério da Justiça no Brasil é um fator que predispõe ao não reconhecimento, por parte da família, do Caps ad como um dispositivo de tratamento. Percebemos nas descrições dos participantes que a família hesita em aceitar a abordagem de Redução de Danos porque o tratamento sugerido pelo Caps ad não atende sua expectativa principal, que é a abstinência. Associado a isso, também, podemos supor que as famílias não

foram sensibilizadas pelo serviço a compreender a lógica do tratamento a partir da Redução de Danos.

Desse modo, os trabalhadores de saúde mental precisam esclarecer a família e a sociedade sobre o que significa reabilitação psicossocial e seus dispositivos operantes. Muitas famílias ainda pensam que o tratamento de um consumidor de drogas deve ser pautado na institucionalização e abstinência da substância. Para tanto, a pessoa precisaria permanecer por longo período excluído de seu meio social.

Toda essa dificuldade, tanto da família, como do próprio usuário dos dispositivos psicossociais, revela o legado histórico do modelo manicomial; no qual a família não participava do tratamento da pessoa com transtorno mental e do consumidor de drogas; somente a partir da Reforma Psiquiátrica é que esse direito passou a ser garantido e, então, a família passa a ser corresponsável pelo cuidado.

Paradoxalmente ao que é preconizado pela lógica de redução de danos – a valorização da autonomia do sujeito –, observamos nas descrições que os participantes sentem a necessidade de ter uma família para controlar suas ações, como podemos ver a seguir: *É interessante a família acompanhar se o paciente está vindo ou não, e a conduta do setor; saber como ele interage com os outros pacientes, se realmente vem, se realmente os profissionais que estão aqui dentro estão dando atendimento da maneira que deveria ser.* (Esmeralda) *A família precisa vir ao Caps ad para saber se eu estou vindo, uma vez que, eu posso sair daqui (Caps ad), falar que vou para casa, e vou para algum lugar comprar droga; por isso, toda vez que eu saio daqui (Caps ad) e vou para o Centro de Recuperação, eu ligo para informar que estou lá (Ágata).*

As descrições mostram que os usuários do Caps ad desconhecem o papel da família como parceira da equipe de saúde mental, no sentido da corresponsabilização pelo cuidado e reabilitação deles. Sua esfera de compreensão da questão se enquadra no que se espera da família no modelo moralista/proibicionista, em que a família deve estar presente para auxiliar os profissionais na operação das medidas de vigilância e controle; bem como, para supervisionar, com olhar de fora, as condutas dos profissionais relativas ao tratamento.

O Caps ad, cenário de nosso estudo, foi criado ao final do ano 2006, e alguns dos usuários que participaram da pesquisa tiveram a experiência de internação em hospitais psiquiátricos. Isto nos leva a supor que embora hoje eles estejam em uma modalidade de cuidado aberta ainda conservam a necessidade de garantir a disciplina. Assim, em sua perspectiva, a família deve frequentar o Caps ad para vigiar, averiguar, controlar as ações

deles, o que revela um desconhecimento da política de cuidado ao consumidor de drogas, no que se refere à inserção da família no processo da reabilitação psicossocial.

Também podemos inferir que a família exerce esse papel de vigilância à medida que perde a confiança no familiar que, em seu itinerário terapêutico, por diversas vezes, prometeu-lhe abstinência do vício, mas continuou recidivante. A nosso ver, essa postura da família, de certa forma, fortalece a manutenção do modelo proibicionista e, por consequência, enfraquece a perspectiva da estratégia de Redução de Danos.

Portanto, é preciso que a equipe do Caps ad esteja sensível a essas questões, e proporcione espaços de diálogo serviço/usuário/família/comunidade, na tentativa de divulgar, o máximo possível, o perfil e as perspectivas do modelo de produção de cuidado no contexto do uso de drogas; que proporcione escuta terapêutica junto aos usuários e suas famílias, no sentido de compartilhar formas de convivência que garantam a manutenção do vínculo afetivo saudável entre eles. Vejamos a descrição de um participante: *O que eu queria, era que as famílias perdessem dez minutos de seu tempo, para tentar ajudar aquela pessoa que é dependente.* (Turquesa)

A nosso ver, é importante que os trabalhadores da saúde mental valorizem a dimensão sensível dos usuários do serviço, que sejam capazes de reconhecer o possível sentimento de culpa que se instala no consumidor de drogas, que luta para atender as expectativas da família, da comunidade, e até da própria equipe de saúde, com relação a um tratamento fundado na abstinência. Vejamos a descrição: *Se eu estou hoje nessa situação difícil, de crack, de bebida e coisa e tal, foi uma coisa que eu próprio criei, eu não posso, hoje, julgar minha família, nem jogar a culpa toda em minha família, porque o próprio culpado de tudo isso fui eu.* (Topázio) Lamentavelmente, quando o usuário passa a admitir que ele é o único responsável pelo consumo de drogas, ele não vê toda a complexidade do sistema que o levou à essa condição. Além disso, o usuário passa a desresponsabilizar a família, como vemos na descrição a seguir: *Minha família me levou para centro de recuperação; quando eu estava no presídio, minha família foi me visitar; em casa, minha família me dava todas às coordenadas para eu sair dessa situação, mas eu nunca saí. Então, agora que eu estou aqui no Caps, eu não posso tirar minhas irmãs do trabalho para vim me visitar em Caps ad, sendo que eu já tive “N” oportunidades de sair e não saí. O culpado sou eu, e o único que pode mudar essa situação, primeiramente Deus, depois minha força de vontade.* (Topázio)

O participante parece acreditar que ele detém o poder de parar de usar drogas; que pode fazê-lo assim quando quiser; de tantas vezes ouvir as reivindicações familiares e sociais para se abster, ele acabou incorporando a ideia de que fez uma opção, reflexiva, por tornar-se

um consumidor de drogas. Então, passa a sentir-se culpado por isso; e essa autoculpa valida a visão da família de que consumir drogas constitui uma escolha consciente. Para ele, a família já lhe proporcionou muitas oportunidades de cuidado, em itinerários terapêuticos diversos, mas ele não mudou de vida; assim, reconhece que deve pagar por isso, e não exigir mais nada de sua família; pois ela já não teria mais responsabilidade sobre ele.

É notório que as famílias são diretamente afetadas na convivência com situações de consumo de álcool e outras drogas. Logo, cabe aos profissionais envolvidos no processo de reabilitação psicossocial, garantirem espaços de cuidado e acompanhamento que tragam ao usuário e sua família uma ressignificação de suas vidas. Acreditamos que o esforço e o apoio nesse sentido são indispensáveis para fortalecer e resgatar os vínculos do usuário com sua família durante o itinerário terapêutico.

Nesse sentido, um dos participantes descreveu: *Eu acho que aqui no Caps ad deveria ter um curso para que as famílias pudessem aprender a lidar com as situações do dia-a-dia do usuário; comumente eles ficam com o temperamento alterado, com vontade de usar droga e não tem como usar. Eu acho assim, a família podendo aprender como lidar com essa situação, seria ótimo. E, com certeza, isso atrairia muito eles (familiares), porque é o que eles mais querem: saber lidar para poder ajudar. Eles (familiares) não querem ver a gente nessa situação.* (Topázio)

Em outro sentido, o participante quer dizer que a família poderia contribuir mais com o processo de reabilitação psicossocial, porém ela não sabe como fazê-lo, ou seja, precisa que alguém a oriente. Por isto, é essencial que a equipe do Caps ad promova uma aproximação com as famílias e compartilhe os ideais de produção do cuidado no contexto da política de Redução de Danos. A nosso ver, isto ajudaria consideravelmente a reabilitação psicossocial dos usuários, uma vez que eles esperam mais compreensão do que repressão, como evidencia a descrição seguinte: *Quando um membro da família se torna usuário de drogas, muitas vezes em fase de dependência, toda a família deve evitar apontar erros, buscar culpados. Os usuários precisam ser acolhidos, compreendidos e aceitos.* (Turquesa)

Por todo esse contexto, é necessário aumentar a elaboração de dispositivos teóricos, assim como, mecanismos de intervenção prática, que possam, ao mesmo tempo, reter o horizonte da clínica em saúde mental e ampliar o alcance da rede⁽¹³⁾, garantindo a acessibilidade integral aos serviços a qualquer horário e dia da semana. E o grupo de apoio tem sido considerado um suporte importante para cuidar da família e do consumidor de drogas, capaz de estimular “coesão e apoio, elevando a autoestima e a autoconfiança de seus participantes”^(14:103).

As últimas Conferências de Saúde Mental destacaram que trabalhadores de saúde e usuários chegaram a uma unanimidade no discurso antimanicomial, no entanto, ainda estão construindo um consenso de como agir em saúde mental ⁽³⁾. As famílias e os participantes do estudo precisam reconhecer a abstinência como uma possibilidade e não uma meta, uma vez que, já é consenso a compreensão de que não será possível eliminar o consumo de drogas da sociedade; os serviços precisam fomentar estratégias que garantam a redução dos riscos e danos aos usuários⁽²⁾.

Dessa forma, destacamos a importância da formulação de políticas e da implementações de ações que visem a defesa da vida e entendam o consumo de drogas de forma intersetorial⁽¹⁵⁾. Os dispositivos de reabilitação psicossocial devem garantir um cuidado singularizado aos usuários; um atendimento que busque trabalhar e desenvolver suas potencialidades, e restaurar, o máximo possível, sua autonomia e participação comunitária⁽¹⁶⁾.

Para que ocorra a desinstitucionalização é necessário não somente “desmontar o manicômio”, mas todas as práticas excludentes, repressivas, disciplinares exercidas sobre o “louco” naquele dispositivo^(16:573). Já se constituiu tema de debates em congressos nacionais da saúde mental e direitos humanos que muitos Caps, incluído o do tipo Caps ad, ainda insistem em fazer reabilitação psicossocial dentro do serviço, no entanto, sabemos que essa proposta não garante sucesso. Na realidade, o usuário precisa ser levado para seu território, deve ser reforçada a parceria da família e da sociedade, no intuito de garantir apoio e direcionamento na reabilitação e reinserção.

Portanto, cuidar de um consumidor de drogas, seja como profissional, familiar ou sociedade civil, requer desprendimento de vários pré-conceitos e estigmas cultuados pelo sensacionalismo midiático, que se estabeleceu nas relações com o consumidor de droga. Acreditamos que essa relação requer solidariedade, respeito, habilidade clínica, carinho, acolhimento, envolvimento, corresponsabilidade, cidadania, compaixão, elementos estes, que podem garantir um contraponto à lógica imposta pela conjuntura política antidroga estabelecida socialmente.

Considerações finais

Embora não se possa ignorar que o consumo habitual de drogas implica em agravos à saúde, tanto na dimensão física, como psicossocial, a base teórica da estratégia de redução de danos apela para a questão dos direitos humanos, nos quais incluem o direito à liberdade e à

autonomia. Uma vez que a pessoa deve ser livre para escolher o seu estilo de vida, mesmo que este resulte em prejuízos a uma ou mais dimensões da saúde.

No entanto, o presente estudo revelou que tanto o usuário do Caps ad como sua família, desconhecem a política que rege o dispositivo. Não obstante estarem vinculados a um serviço aberto, ainda mantém o discurso e a prática que retratam a perspectiva de intervenção moralista/proibicionista. Nas descrições dos participantes acerca de como suas famílias veem e lidam com eles no contexto do tratamento no Caps ad, emergem indícios de que a família não reconhece o Caps ad como um dispositivo de cuidado.

A nosso ver, lamentavelmente, o serviço substitutivo não tem cumprido, de modo efetivo, com o propósito para o qual foi constituído, em especial, no que diz respeito à reabilitação do usuário com o exercício da cidadania e protagonismo de seu próprio cuidado. E a família não tem sido preparada para se constituir um dispositivo capaz de produzir cuidado, no que refere à construção de projetos de vida e de felicidade, que incluam o familiar que vivencia o consumo habitual de drogas. Ou seja, parece que está havendo equívocos na implementação das ações do Caps ad, referente ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde e, assim, o dispositivo não tem conseguido fazer com que seus usuários tenham uma vida cotidiana com contratualidade, em que possa estar inserido na escola, no mercado de trabalho; que tenha uma família, e que possa decidir por consumir ou não drogas de forma refletida e com equilíbrio.

Dessa forma, o estudo acresce à produção do conhecimento, no sentido em que veiculará uma reflexão sobre a realidade de um dispositivo de saúde mental que, certamente, impõe desafios à equipe do Caps ad: criar estratégias capazes de manter a singularidade e o poder de escolha dos usuários e de sua família frente ao itinerário terapêutico escolhido por eles; e promover vínculos entre usuários, família e comunidade, na perspectiva de fortalecer as práticas de redução de danos, e encaminhar para a superação do modelo moralista/proibicionista.

Referencia

1. Fiore M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. *Novos estud.* - CEBRAP [online]. 2012 [acesso 2015 março 13]; (92):9-21. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002012000100002
2. Alves V. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2009 [acesso 2015 setembro 13];

25(11):2309-19. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001100002

3. Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011 [acesso 2015 abril 2015];16(12): 4579-89. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001300002&script=sci_arttext

4. *Garghetti FC, Lucca SR, Zanatta AB*. O centro de atenção psicossocial álcool e drogas sob a percepção do usuário. *Revista baiana de saúde pública* [online]. 2012 [acesso 2015 setembro 07]; 36(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001300002&script=sci_arttext

5. Gil G, Ferreira J. A cultura, o Estado e os diversos usos das “drogas”. In: Labate, BC et al organizadores. *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador (BA): Edufba; 2008. p.440.

6. Merleau-Ponty M. *Fenomenologia da Percepção*. 4ª ed. São Paulo (SP): Martins Fontes; 2011.

7. IBGE. Censo Demográfico Brasil, 2010. [acesso 2014 dezembro 01]; Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>.

8. Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis* [online]. 2009 jul-set [acesso 2015 Fevereiro 2010]; 19(3): 777-96. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n3/a13v19n3.pdf>

9. Sena ELS, Carvalho PAL, Reis HFT, Souza VS. The care intersubjectivity and the knowledge in the phenomenological perspective. *Rev Rene*. [online]. 2011 [acesso 2015 Fevereiro 15]; 12(1): 181-8. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1_pdf/a24v12n1.pdf

10. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em pesquisa. Resolução N° 466/2015 de 13 de junho 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 2012.

11. Loyola CMD, Brands B, Adlaf E, Giesbrecht N, Simich L, Wright MGM. Uso de drogas ilícitas e perspectivas críticas de familiares e pessoas próximas na cidade do Rio de Janeiro - Zona Norte, Brasil. *Rev Latino-am Enfermagem* [online]. 2009 [acesso 2015 fev 15] novembro-dezembro; 17(Esp.):817-23. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17nspe/10.pdf>

12. Machado AR. *Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas* [Dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública; 2006.

13. Bezerra JrB. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. *PHYSIS: Rev Saúde Coletiva* [online]. 2007 [acesso em 2015 fev 15]; 17(2):243-250. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000200002

14. Alvarez SQ, Gomes GC, Oliveira AMN, Xavier DM. Grupo de apoio/suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas. Rev. Gaúcha Enferm. [online]. 2012 [acesso 2015 fev 15] 33(2):102-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/15>
15. Lira LSSP. Percepção da equipe da estratégia saúde da família sobre o cuidado às famílias de usuários de drogas. [Dissertação] Jequié (BA): Universidade Estadual de Santa Cruz. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde; 2012.
16. Babinski T, Hirdes A. Reabilitação psicossocial: a perspectiva de profissionais de centros de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul. Texto contexto - enferm [online]. Dez 2004 [acesso 2015 fev 15]13(4):568-76. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n4/a09>

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS: O DESEJO DE UM RECOMEÇO

“[...] Olhar o objeto é entranhar-se nele [...] e vir habitá-lo e dali aprender todas as coisas, [...] ele está exposto por inteiro, suas partes coexistem, seu presente não apaga seu passado, seu futuro não apaga seu presente” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 104-8)

O presente estudo teve como objetivo compreender a percepção de usuários do Caps ad acerca da família no contexto de sua reabilitação. Para tanto, as descrições vivenciais obtidas, mediante Grupo Focal, foram submetidas à estratégia Analítica da Ambiguidade, sustentada na fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty, que permitiu estabelecer duas categorias temáticas: “Nuances do ser família: visão materialista e existencial” e “Proibicionismo ou Redução de Danos: encruzilhada no cuidado ao consumidor de drogas”.

A pesquisa desvelou as implicações da família no contexto da reabilitação psicossocial segundo a ótica do usuário do Caps ad, sobre as quais não nos preocupamos em estabelecer causa e efeito, mas em compreender o fenômeno como se mostra a partir de si mesmo. Fomentamos uma reflexão embasada na Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, no que se refere à reabilitação psicossocial, no sentido de propiciar sustentação à discussão dos resultados, permitindo que o fenômeno não fosse apenas desvelado, mas que assumisse sua transcendência.

Nessa perspectiva, a revisão de literatura do estudo delineou-se em contextualizar a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, que é pautada na lógica de Redução de Danos, entendendo que os serviços de saúde precisam se articular intersetorialmente garantindo ao consumidor de droga o resgate dos laços comunitários, familiares, sociais. No entanto, observamos que a lógica do confinamento e da exclusão social para esse público ainda está presente na sociedade.

O estudo destaca a família como um dos dispositivos da rede de atenção em saúde mental, imprescindível ao processo de reabilitação psicossocial. A convivência familiar além de estabelecer a estrutura social, garante ao ser humano suporte emocional, material, afetivo, existencial, aspectos importantes à

ressignificação da vida dos consumidores de drogas, que precisam ser reconhecidos no cotidiano dos serviços em saúde mental.

Os resultados do estudo apontam para a importância da equipe que atua no Caps ad oferecer um atendimento capaz de ressignificar a vida do consumidor de droga e de sua família; mostra que é preciso ser capaz de construir condições de superar e modificar contextos conturbados, conflituosos e com intenso sofrimento, que podem paralisar a família e impedi-la de construir novas perspectivas de vida, inclusive de participar do serviço e de perceber-se como corresponsável pelo cuidado do familiar consumidor de drogas. Desse modo, faz-se necessário apoiá-la para que possa encontrar, em meio à adversidade, novas possibilidades de transcendência.

O estudo configura-se como propositivo na medida em que se constituiu a partir da relação dialógica com os profissionais envolvidos no processo de reabilitação psicossocial álcool e drogas, estimulando-os a criarem espaços de cuidado com o consumidor de drogas e sua família, no sentido de garantir a interação, o resgate e a manutenção de vínculo do usuário-família-serviço.

As descrições revelaram que tanto os usuários como suas famílias precisam conhecer e entender a lógica de Redução de Danos, uma vez que ainda expressam suas práticas e discursos na perspectiva moralistas/proibicionistas, a qual impulsiona o usuário do Caps ad ao tratamento e cura, e não, à reabilitação. Isto indica que o Caps ad não está cumprindo o propósito para o qual se constitui frente à reabilitação psicossocial do consumidor de álcool e outras drogas, garantindo que ele e sua família se tornem protagonistas do próprio cuidado.

A partir do exposto, reconhecemos a complexidade que entorna a questão da reabilitação no contexto do cuidado relativo ao consumo de drogas e as dificuldades enfrentadas no cotidiano do Caps ad, mas como profissionais implicados nesse cuidado, não podemos perder de vista as recomendações da Política de Atenção Integral a Usuário de Álcool e outras Drogas. Por isso, devemos desenvolver com criatividade e proposição um fazer em saúde que ressignifique as dimensões biopsicossociais do consumidor de drogas e sua família, que permita a interação, o diálogo, a participação e o empoderamento do cidadão, promovendo o protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo.

Por meio da filosofia merleau-pontyana, chegamos à compreensão de que o cuidado ao consumidor de drogas se exprime na experiência com o outro e, por

mais que nos esforcemos a entender a família no contexto da reabilitação psicossocial, essa reflexão nos escapa como objetividade; configura-se como estratégia que abre possibilidade à transcendência.

Deste modo, acreditamos que a aproximação com o consumidor de drogas possibilitou a construção de relação dialógica e reflexão sobre a produção do cuidado, embasado na identificação de necessidades, o que contribui para a garantia de resposta mais efetiva no âmbito da reabilitação psicossocial.

Logo, esperamos que o estudo proporcione aos profissionais que cuidam dos usuários no Caps ad, em especial, os Enfermeiros, subsídio para repensarem suas práticas, fortalecendo o conhecimento a respeito da Redução de Danos, e as ações de intervenção junto às pessoas que encontraram nas drogas uma forma de viver.

Para a ciência esperamos que o conhecimento seja utilizado, acrescente à produção científica da área, seja motivador para outras produções referentes à temática; que contribua para a reformulação de políticas públicas e subsidie a reorganização da Rede de Atenção Psicossocial no contexto do cuidado referente ao consumo de drogas.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, S. Q. et al. Grupo de apoio/suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas. **Rev. Gaúcha Enferm.** [online]. 2012, v.33, n.2, p. 102-108.

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.

ANDRADE, L. M. **Percepção de pessoas idosas integrantes de grupos de convivência sobre o viver/envelhecer cidadão**. 2012. [dissertação] Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Área de Concentração: Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié/BA.

ANDRADE, T. M. de. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.12, p. 4665-4674, dez. 2011.

AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N. Professional practice and treatment offered in CAPSad in the city of natal-rn: with the word, the familyEstudo representacional da participação familiar nas atividades dos centros de atenção psicossocial no município de Natal-RN. **Esc. Anna Nery**. [online].v.14, n.1, p. 56-53, 2010. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a09.pdf>. Cited 2015 ago 10.

BABINSKI, T.; HIRDES, A. Reabilitação psicossocial: a perspectiva de profissionais de centros de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.13, n.4, p. 568-576, dez. 2004.

BAUMAN Z. **Vida Líquida**. Tradução: Carlo Alberto Medeiros. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

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.

BEZERRA JR., B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **PHYSIS: Rev Saude Colet**, v.17, n.2, p. 243-250, 2007.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Brasília,1988.

BRASIL. Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 06 de abril de 2001.

BRASIL. Portaria GM/MS Nº 2.197 de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, DF, 14 de outubro de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **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. OPAS: Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. **Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010**. Institui Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, DF, 20 maio 2010a.

BRASIL. **Portaria nº 2.841 de 20 de setembro de 2010**. Institui no âmbito do SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 horas (Caps ad III). Diário Oficial, Brasília, DF, 20 setembro 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 12 de dezembro de 2012. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acessado em: 25 de fev de 2015.

CARROLL, L. **Alice no País das Maravilhas**. Rio de Janeiro: Arara Azul, 2002. p.125.

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

FIGUEIREDO, M. H. J. S; MARTINS, M. M. F. P. S. From practice contexts towards (co)construction of family nursing care models. **Rev Esc Enferm USP**. [online]. 2009 v.43,n.3,p:615-21.Available from: [ttp://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a17v43n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a17v43n3.pdf). Cited, 2015 Mar 15.

FIORE, M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos estud. - CEBRAP.**, n.92, p. 9-21, 2012.

GABARDO, R. M; JUNGES, J. R; SELLI, L. Arreglos familiares e implicaciones a la salud en la visión de los profesionales del Programa Salud da la Familia. **Rev. Saúde Pública.** [online]. 2009 [cited 2015 Mai 25]; v.43, n.1, p. 91-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n1/6943.pdf>.

GARGHETTI, F. C.; LUCCA, S. R.; ZANATTA, A. B. O centro de atenção psicossocial álcool e drogas sob a percepção do usuário. **Revista baiana de saúde pública**, v.36, n.1, 2012.

GIL, G.; FERREIRA, J. A cultura, o Estado e os diversos usos das “drogas”. In: LABATE, B. C. et al. (Orgs). **Drogas e cultura: novas perspectivas.** Salvador, BA: Edufba, 2008. p.440.

GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia**, v.12, n.24, 2002, p.149-161.

HIRDES, A. Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p. 165-171, Fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 fev.2015.

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.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico Brasil, 2010.** Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

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.

LIRA, L. S. S. P. **Percepção da equipe da estratégia saúde da família sobre o cuidado às famílias de usuários de drogas.** 2012. 109f. [Dissertação] Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Área de Concentração: Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié/BA.

LOBOSQUE, A. M. Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.12, p. 4590-4592, dez. 2011.

LOYOLA, C. M. D. et al. Uso de drogas ilícitas e perspectivas críticas de familiares e pessoas próximas na cidade do Rio de Janeiro - Zona Norte, Brasil. **Rev Latino-am Enfermagem** [online]. v.17 n. Esp. p.817-23. nov./dez., 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17nspe/10.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2015.

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

MANGUEIRA, S. O.; LOPES, M. V. O. Família disfuncional no contexto do alcoolismo: análise de conceito. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 1, p. 149-54, jan./fev., 2014.

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

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da Percepção.** 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007, p.406.

MORGAN, D. Focus group as qualitative research. **Qualitative Research Methods Series.** 16. London: Sage Publications, 1997.

NUNES, E. C. D. A; SILVA, L. W. S. Nurse subjectivity expressing the significance of family care through art. **Texto Contexto - enferm.** [online]. v. 20, n. 3, p. 453-460, jul./set., 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/05.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2015.

OLIVEIRA, B. P. **Alcoolismo: vivência familiar de uma doença social**. 2009. 149f. Dissertação (Mestrado em Sociologia). Faculdade de Letras da Universidade do Porto. 2009.

PEREIRA, M. O.; VARGAS, D.; OLIVEIRA, M. A. F. de. Reflexão acerca da política do Ministério da Saúde brasileiro para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas sob a óptica da Sociologia das Ausências e das Emergências. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.) [online]. v.8, n.1, p.9-16, 2012.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.12, p. 4579-4589, dez. 2011.

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.

REIS, H. F. T; MOREIRA, T. O. Crack in the family's context: a phenomenological approach. **Texto contexto - enferm.** [online]. v.22, n.4, p.1115-23. dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/30.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2015.

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.

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.

SENA, E. L. S. et al. Analítica da ambiguidade: estratégia metódica para a pesquisa fenomenológica em saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.3, dez, p.769-75, 2010.

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

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.

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.

SILVA, B. L. C. et al. Participação da família no tratamento dos usuários do centro de atenção psicossocial de álcool e outras drogas. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**. Vitória, v.14, n.4, p.61-68, out./dez., 2012.

SILVA, C. M. P. et al. A convivência do familiar com a pessoa alcoolista no espaço doméstico. **Revista Contexto & Saúde**, v.10, n.20, Jan./Jun., 2011.

SILVA, V. A.; MARCON, S. S.; SALES, C. A. Perceptions of family members of patients with cancer on musical encounters during the antineoplastic treatment. **Rev Bras Enferm**. [online]. v.67, n.3, p. 408-414, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n3/0034-7167-reben-67-03-0408.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2015.

SOCOL, K.L.S. et al. Family care to individuals dependent on alcohol and other drugs. **Rev Rene**. [online]. v.14, n.3, p. 549-57. 2013. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1104>>.

SOUZA, A. B. L.; BELEZA, M. C. M.; ANDRADE, R. F. C. Novos arranjos familiares e os desafios ao direito de família: uma leitura a partir do Tribunal de Justiça do Amazonas. **PRACS: Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**, v. 5, p. 105-19, dez., 2012.

TRAD, L.A.B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 777-796, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300013 & lng =en&nrm=iso>. Acesso em: 04 set. 2014.

TEIXEIRA, L. C.; PARENTE, F. S.; BORIS, G. D. B. New family settings and their subjective implications: assisted reproduction and female monoparental family. **Psico**. [online]. v.40, n.1, p. 24-31, 2009. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/2848/4138>>. Acesso em: 25 mar. 2015.

TRINDADE, E. M. V.; COSTA, L. F. Considerações sobre a Resiliência de Adolescentes Filhos de Alcoolistas no Contexto Familiar. **Com. Ciências Saúde**, v.4, n.2, p. 179-88, 2012.

VIANNA, R. C. O instituto da família e a valorização do afeto como princípio norteador das novas espécies da instituição no ordenamento jurídico brasileiro. **Revista da Esmesc**. [online]. v.18, n.24, p. 511-36, 2011. Disponível em: <http://www.revista.esmesc.org.br/re/article/view/41/45>. Acesso em: 25 set. 2015.

ZANATTA, A. B.; GARGHETTI, F. C.; LUCCA, S. R. Psychosocial attention center for alcohol and other drugs in the perception of. **Revista baiana de saúde pública**. [online]. v.36, n.1, jan./mar. p: 225-37, 2012. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/248/pdf_63>. Acesso em: 10 ago. 2015.

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

APÊNDICES

APÊNDICE A- TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

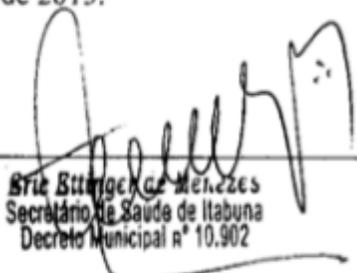
AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Eu, Eric Ettinger, ocupante do cargo de secretário de Saúde de Itabuna, **AUTORIZO** a coleta de dados do projeto **Percepção de usuário do centro de atenção psicossocial álcool e drogas sobre a família na reabilitação** dos pesquisadores Janine Lemos de Lima e Prof Dr Edite Lago da Silva Sena após a aprovação do referido projeto pelo CEP/UESB.

Itabuna, 01 de abril de 2015.

ASSINATURA: _____

CARIMBO:


Eric Ettinger de Menezes
Secretário de Saúde de Itabuna
Decreto Municipal nº 10.902

APÊNDICE B - Carta Convite para Participação no Estudo / Termo de Consentimento Livre Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: **Percepção de usuário do centro de atenção psicossocial álcool e drogas sobre a família na reabilitação**

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Janine Lemos de Lima e Edite Lago da Silva Sena.

Prezado (a) senhor (a),

Eu, Janine Lemos de Lima e minha orientadora Prof Dr Edite Lago da Silva Sena, professora do Curso de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) estamos convidando o senhor (a) a participar de nossa pesquisa, cujo o objetivo é **compreender a percepção de usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas sobre a participação da família no contexto de sua reabilitação**. Esta pesquisa trará subsídios para implementação de estratégias que visem a qualidade do atendimento no CAPS AD.

Este estudo pode proporcionar o desconforto de ter sua rotina modificada por no máximo 1 hora. No entanto, tal desconforto não trará nenhum risco ou dano à integridade física, mental ou de qualquer outra natureza aos participantes da pesquisa. Ainda assim, em caso de eventuais danos advindos da pesquisa, o pesquisador será responsabilizado e deverá tomar as devidas providências para corrigi-los ou ressarcir os prejudicados.

As informações serão coletadas por meio do grupo focal, que consiste em uma entrevista em grupo, que permite a interação entre os participantes e a discussão sobre um determina tema. Sua participação é voluntária .Se alguma pergunta do grupo focal lhe causar desconforto, o (a) senhor (a) poderá deixar de respondê-la. Além disso, caso não deseje participar da mesma, sua vontade será respeitada.

Ao participar desta pesquisa, o (a) senhor (a) não será identificado (a), permanecendo em anonimato; e poderá retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, sem sofrer nenhum prejuízo. Esta pesquisa também não traz gastos financeiros para o (a) senhor (a), nem qualquer forma de ressarcimento ou indenização financeira por sua participação.

Os resultados desta pesquisa poderão ser publicados em revistas e/ou periódicos da área da saúde, porém o (a) senhor (a), assim como nenhum outro participante, será identificado (a). Todos as entrevistas serão arquivados pela pesquisadora por cinco anos. Se o (a) senhor (a) aceitar participar desta pesquisa, precisará assinar o TCLE em duas vias, sendo que uma via ficará com o (a) senhor (a) e a outra ficará sob a guarda de Janine Lemos de Lima.

O (a) senhor (a) pode solicitar esclarecimentos antes, durante e depois da participação na pesquisa. Tais esclarecimentos podem ser obtidos através de Janine Lemos de Lima pelo e-mail: katrinanine@yahoo.com.br ou telefone: (73) 3528-9623.

Em caso de dúvida, o (a) senhor (a) também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB) pelo telefone (73) 3528-9727, pelo e-mail cepuesb.jq@gmail.com, ou no seguinte endereço: Av. José Moreira Sobrinho, S/N - Bairro: Jequezinho, Jequié – Bahia.

Após essas orientações o senhor(a) deseje participar da pesquisa solicito que assine a baixo

Desde já agradeço sua atenção!

Itabuna-BA, ____ de _____ de _____

Pesquisadora Responsável

Participante

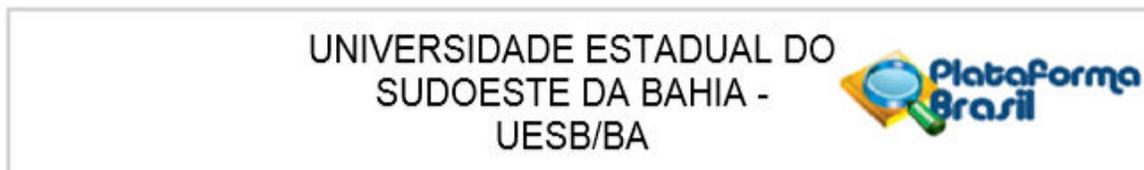
Polegar

APÊNDICE C- Roteiro do Grupo Focal

1. Comente sobre o que significa família para você.
2. Fale um pouco sobre como você ver a sua família durante a trajetória do uso de drogas.
3. Fale um pouco da contribuição de sua família em suas tentativas de reabilitação.
4. Como você definiria o cuidado relacionado ao uso de drogas.
5. Como você percebe a articulação do CAPS Ad com as famílias, visando o cuidado dos usuários.

ANEXO

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Produção de cuidado na rede de atenção à saúde mental na perspectiva da prevenção e enfrentamento da dependência de crack, álcool e outras drogas **Pesquisador:** Edite Lago da Silva Sena **Área Temática:**

Versão: 2

CAAE: 29299214.9.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Outros

Detalhe: Subprojeto para parecer

Justificativa: Enviamos neste momento a notificação do subprojeto "PERCEPÇÃO DE USUÁRIO DO

Data do Envio: 27/05/2015

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.163.890

Data da Relatoria: 29/06/2015

Apresentação da Notificação: As pesquisadoras solicitam a seguinte notificação: a inclusão de um subprojeto ao projeto "Produção de cuidado na rede de atenção à saúde mental na perspectiva da prevenção e enfrentamento da dependência de crack, álcool e outras drogas", sob a responsabilidade da pesquisadora Edite Lago da Silva Sena. As autoras apresentam o resumo do subprojeto: "Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS/AD) constituem-

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequiezinho **CEP:** 45.206-510
UF: BA **Município:** JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepuesb.jq@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 1.163.890

se instâncias estratégicas de reabilitação e reinserção social de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, procurando estabelecer uma rede estratégica de serviços extrahospitalares para esta clientela baseada na redução de danos. Este estudo tem como objetivo compreender a percepção de usuários do Centro

de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas sobre a participação da família no contexto de sua reabilitação. Trata-se de um estudo fenomenológico, à luz do pensamento de

Merleau-Ponty, a ser realizado com o usuário do Caps AD de Itabuna-BA, após liberação do Comitê de Ética em Pesquisa da UESB. A coleta de dados será feita por meio do grupo focal, a partir de um roteiro préestabelecido. Posteriormente, todos os dados serão submetidos à análise da ambiguidade. Em todas as etapas, os princípios éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde serão rigorosamente respeitados.

Objetivo da Notificação:

Compreender a percepção de usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas sobre a participação da família no contexto de sua reabilitação

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Este estudo poderá proporcionar o desconforto de ter sua rotina alterada por dispor de tempo para participação no grupo focal e o de ter suas falas gravadas. Em caso de eventuais danos advindos da pesquisa, as pesquisadoras serão responsabilizadas e deverão tomar as devidas providências para corrigilos ou ressarcir os prejudicados.

Benefícios:

A proposta de pesquisa possibilitará a compreensão da produção do cuidado no contexto da prevenção e enfrentamento da dependência do crack, álcool e outras drogas, segundo a percepção dos diversos atores sociais envolvidos na Rede de Atenção à Saúde Mental, o que é fundamental, pois, até o momento Jequié e os demais municípios que compõem a sua microrregião não dispõem de nenhum estudo sobre a temática e, empiricamente observa-se que cada vez mais tem aumentado o número de usuários que fazem o uso prejudicial de drogas em todo o mundo o que não difere desta região. Além dessa contribuição mais pragmática, a investigação possibilitará uma produção científica na área de saúde mental, considerando a evidente carência de pesquisas neste campo e a importância das mesmas para o desenvolvimento de intervenções que atendam contextos sócio-culturais específicos, bem como, para identificação de necessidades de qualificação de profissionais de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequeizinho CEP: 45.206-510
UF: BA Município: JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727 Fax: (73)3525-6683 E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 1.163.890

Projeto importante para o entendimento do processo de cuidado voltado para os usuários de drogas. As ações do projeto serão desenvolvidas no município de Itabuna, os resultados vão subsidiar as discussões sobre a temática.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados.

Recomendações:

Nada a declarar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Essa notificação faz parte de um projeto que foi aprovado pelo CEP/UESB, a coordenação do projeto diante da necessidade de ampliar os conhecimentos que contribuirá para a reformulação de Políticas Públicas para o setor e subsidiará a produção do cuidado, com perspectivas de implantar e/ou implementar a rede de atenção psicossocial em saúde mental no contexto do uso de drogas, incluindo a participação da família. Essa ação será desenvolvida no município de Itabuna-BA.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Em reunião do dia 29/07/2015, a plenária do CEP/UESB aprovou o parecer do relator.

JEQUIE, 29 de Julho de 2015

Assinado por:

Ana Angélica Leal Barbosa

(Coordenador)

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n

Bairro: Jequezinho

UF: BA

Telefone: (73)3528-9727

Município: JEQUIE

Fax: (73)3525-6683

CEP: 45.206-510

E-mail: cepuesb.jq@gmail.com