



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – DS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM E SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO

SARAH BISPO ROCHA

**PERCEÇÃO DE FAMILIARES SOBRE O CUIDADO AO MEMBRO
USUÁRIO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL
E OUTRAS DROGAS**

JEQUIÉ-BA
2015

SARAH BISPO ROCHA

**PERCEPÇÃO DE FAMILIARES SOBRE O CUIDADO AO MEMBRO
USUÁRIO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL
E OUTRAS DROGAS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB. Área de concentração em Saúde Pública, como parte do processo para obtenção do título de Mestre.

LINHA DE PESQUISA: Família em seu ciclo vital

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

**JEQUIÉ-BA
2015**

Rocha, Sarah Bispo.

R576 Percepção de familiares sobre o cuidado ao membro usuário do centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas / Sarah Bispo Rocha. – Jequié, 2015.
86f. il.; 30cm.

Dissertação de Mestrado (Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2015.
Orientadora: Profª. Drª. Edite Lago da Silva Sena).

1.Drogas ilícitas 2.Usuários de drogas - Relações familiares
3.Saúde mental 4.Etanol I.Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II.Sena, Edite Lago da Silva III.Título.

CDD – 615.9

FOLHA DE APROVAÇÃO

ROCHA, Sarah Bispo. Percepção de familiares sobre o cuidado ao membro usuário do centro de atenção psicossocial álcool e outras droga. 2015. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Área de Concentração: Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié/BA, 2015.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Edite Lago da Silva Sena – Orientadora e Presidente da Banca
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde / Doutorado em Enfermagem.
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

Prof^ª. Dr^ª. Rita Narriman Silva de Oliveira Boery
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde / Doutorado em Enfermagem.
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Prof. Dr. Jorge Costa do Nascimento
Programa de Pós-Graduação Educação Científica e Formação Professores
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Jequié-BA, 29 de abril de 2015.

O Deus da minha vida, pois, sem Ele nada posso fazer.
Ao meu esposo Danilo e meu filho Davi,
minhas maiores alegrias.
Ao meu pai e minha mãe
A todos meus irmãos.

AGRADECIMENTOS

O *Deus*, que me permitiu mais essa vitória, a Ele toda honra e toda glória.

À *Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)*.

À *Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB)*, pela concessão da bolsa de pesquisa e o apoio financeiro.

À minha orientadora, *Dr^a. Edite Lago da Silva Sena*, que sempre teve uma palavra de apoio e encorajamento.

Aos *professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES)*, pela oportunidade de aprendizagem e crescimento profissional.

Aos *meus colegas de mestrado*.

Ao *Caps ad de Vitória da Conquista* pelo acolhimento e por tornar possível a pesquisa.

Às *famílias* que me confiaram suas histórias e por meio da intersubjetividade, construíram o estudo comigo.

À *Thayara e Ana Beatriz*, pela disponibilidade e auxílio na coleta de dados.

Aos Prof. Dr. *Jorge Miranda e Sérgio Trad*, pelas contribuições valiosas na etapa de qualificação.

À Prof^a. Dr^a *Rita Narriman Silva de Oliveira Boery* e o Prof. Dr. *Jorge Costa do Nascimento*, que tão gentilmente aceitaram participar da banca examinadora trazendo contribuições a este estudo.

A todos do *Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental: Loucos por Cidadania* pela companhia e compartilhar de conhecimento.

À professora *Patrícia Anjos*, às colegas, *Paula Peixoto, Vanessa Thamyris, Bárbara e Carine* pelas palavras de apoio e pela ajuda constante.

A todos os queridos que não foi possível citar o nome, mas certamente colaboraram comigo, mais do que imaginam.

*Ainda que a Figueira não floresça
E o fruto do campo não apareça,
Ainda que a vide o seu fruto não dê
E os pastos o verde eu não possa ver;
Toda via me alegre no Senhor,
No Deus da minha salvação,
No Senhor que é a minha fortaleza
Que nos Lugares altos
Faz a minha Habitação.*

*Não temerei, Ele é a minha força,
Caminharei e viverei em Sua presença.*

*Alegrai-vos, filhos de Sião,
Regozijai-vos no Senhor vosso Deus,
Porque ele chuva vos fará descer
E vossos pastos se renovarão;
As vossas eiras se encherão,
Vossos lagares transbordarão,
Vós comereis, vos fartareis
E louvareis o nome do vosso Deus.*

Habacuque 3.

Porque eu bem sei os pensamentos que tenho a vosso respeito, diz O Senhor; pensamentos de paz, e não de mal, para vos dar o fim que desejais. Então me invocareis, e ireis, e orareis a mim, e eu vos ouvirei. E buscar-me-eis, e me achareis, quando me buscardes com todo o vosso coração. E serei achado de vós, diz o Senhor.

(Jeremias 29:11-14)

ROCHA. Sarah Bispo. **Percepção de familiares sobre seu papel no contexto do cuidado ao usuário do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas.** 2015. 86f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Área de Concentração: Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié/BA. 2015.

RESUMO

Estudo sobre a percepção dos familiares de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (Caps ad), que tem como desígnios a reinserção social de usuários de drogas em sofrimento psíquico e a melhoria da qualidade de vida dos mesmos. O consumo de drogas, atualmente tem tomado proporções mundiais, atingindo todas as classes sociais, os sexos e as idades, interferindo nas relações familiares, estimulando a violência, causando conflitos, mobilizando os poderes públicos e a sociedade. Nesse sentido, esse estudo como objetiva: desvelar a percepção da família sobre seu papel no contexto do cuidado ao usuário do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (Caps ad). Trata-se de uma pesquisa fenomenológica, à luz do pensamento de Merleau-Ponty, realizada em um (Caps ad), no município de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. Os sujeitos da pesquisa foram sete cuidadoras familiares e/ou integrante do grupo residente em um mesmo domicílio de usuários desse serviço. Em todas as etapas, atendeu às recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi iniciado após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Uesb, sob o protocolo nº 628.114/ 2014. As descrições vivenciais foram desveladas por meio de quatro encontros de Grupo Focal, realizados entre os meses de maio a Agosto de 2014 e submetidas à *Analítica da Ambiguidade*, por meio da qual foram desveladas as seguintes categorias: *cuidando do outro para livrar-se da culpa e do julgamento social; o cuidado na perspectiva da experiência do outro; e, a infantilização na perspectiva do cuidado de si.* Os resultados revelam que os familiares cuidam mobilizados pelo sentimento de culpa e apelo social que os levam a responsabilizar-se pelo usuário de drogas. Ao mesmo tempo em que a culpa mobiliza o cuidado, pode acarretar em superproteção e infantilização do usuário de drogas, o que pode dificultar o exercício da autonomia e independência. Além disso, mostraram que há no cuidado uma abertura ao *outro*, no sentido de aprender novas formas de lidar com a situação, para novas perspectivas de cuidar e ser cuidado. Assim, percebemos a necessidade da implementação de políticas específicas para o cuidado no contexto do uso de drogas, o que deve constituir prioridade no processo de reorganização da rede de atenção em saúde mental.

Palavras-chave: Drogas ilícitas. Relações Familiares. Saúde Mental. Etanol.

ROCHA, Sarah Bispo. **Family perception of its role in the care of the user Psychosocial Care Center Alcohol and Other Drugs**. 2015. 86f. Dissertation (Master). Graduate Program in Nursing and Health Concentration Area: Public Health. State University of Southwest Bahia. Jequié/BA. 2015.

ABSTRACT

This is a study about the perception of families from a Psychosocial Care Center Alcohol and Other Drugs, which aims the social reintegration of drug users in psychological distress and the improvement of their quality of life. Drug abuse and addiction has grown in global proportions, affecting all social classes, sexes and ages, interfering in family relationships, stimulating the violence, causing conflicts, mobilizing public authorities and society. Thus, this study aims: to unveil the family perception of its own role in the drugs user's care from the Psychosocial Care Center Alcohol and Other Drugs. It is a phenomenological research, based on Merleau-Ponty, applied in a Psychosocial Care Center Alcohol and Other Drugs, in Vitória da Conquista, Bahia, Brazil. The study subjects were seven familiar carers and/or members from the users' dwelling-place. Every stage has met the recommendations of Resolution 466/2012 of the National Health Council and the research was initiated after approval by the Research Ethics Committee of Uesb under the Protocol 628 114/2014. The experiences were revealed through four meetings of Focus Groups, which was performed during the months of May to August 2014 and submitted to the *analytical ambiguity* through this following categories: *taking care of the other to get rid of guilt and social judgment*; *caring in view of the experience of the other*; and the *infantilization in the perspective of self-care*. The results reveal that the family cares mobilized by feelings of guilt and social appeal that leads them to take responsibility for the drug user. While that guilt mobilizes care, it also can lead to overprotection and infantilization of the drug user, which can hinder the practice of autonomy and independence. In addition, research has shown that in the caring subsists a deliverable to the other, to learn new ways of dealing with the situation, for new perspectives caring and be cared. Therefore, we realize the necessity of implementing specific policies for care in the context of drug abuse and addiction, which should be a priority in the reorganization of mental health system.

Keywords: Illicit drugs. Family Relationships. Mental Health. Alcohol.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS -	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AB -	Atenção Básica
BVS -	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS. AD -	Centro de Assistência Psicossocial Álcool e outras Drogas
CRAS -	Centro de Referência Assistência Social
CEP -	Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos
COTEFAVE -	Comunidade Terapêutica Fazenda Vida e Esperança
GP -	Grupo Focal
HD -	Hospital Dia
HIV -	Vírus da Imunodeficiência Humana
PL -	Projeto de Lei
PTS -	Programa de Troca de Seringas
RD -	Redução de Danos
SUS -	Sistema Único de Saúde
TCLE -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UDI -	Usuários de Drogas Intravenosas
UESB -	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1	REFORMA PSIQUIÁTRICA E POLÍTICAS SOBRE DROGAS	17
2.2	AS DROGAS NO CONTEXTO FAMILIAR	25
2.3	POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS	28
3	REFERENCIAL TEÓRICO	31
4	PERCURSO METODOLÓGICO PARA O DESVELAMENTO DA PERCEPÇÃO HUMANA	36
4.1	CENÁRIO	36
4.2	PARTICIPANTES DA PESQUISA	37
4.3	TÉCNICA PARA A DESCRIÇÃO VIVENCIAL	38
4.4	PROCEDIMENTOS PARA A DESCRIÇÃO VIVENCIAL	39
4.5	COMPREENSÕES DAS DESCRIÇÕES VIVENCIAIS	41
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	42
5	RESULTADOS	44
5.1	CATEGORIA 1: CUIDANDO DO OUTRO PARA LIVRAR-SE DA CULPA E DO JULGAMENTO SOCIAL	45
5.2	CATEGORIA 2: O CUIDADO NA PERSPECTIVA DA EXPERIÊNCIA DO OUTRO	55
5.3	CATEGORIA 3: A INFANTILIZAÇÃO NA PERSPECTIVA DO CUIDADO DE SI	61
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
	REFERÊNCIAS	68
	APÊNDICES	78
	APÊNDICE A – Roteiro do grupo focal	79
	APÊNDICE B – Termo e Consentimento Livre Esclarecido	80
	ANEXOS	82
	ANEXO A – Ofício	83
	ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	84

1 INTRODUÇÃO

Ser uma experiência é comunicar interiormente com o mundo, com o corpo e com os outros, ser com eles em lugar de estar ao lado deles. (MERLEAU-PONTY, 2011, p.142).

O movimento de reforma psiquiátrica (RP), iniciado na década de 70, constitui um marco fundamental da política de cuidado à pessoa com sofrimento mental e tem mobilizado a construção de novas formas de condução do tratamento neste campo da saúde. Antes desse período, predominava o modelo manicomial, hospitalocêntrico, hegemônico, caracterizado pela postura opressora, punitiva e excludente dos profissionais e da sociedade (AMARANTE, 2013).

Na expectativa de ruptura com esse modelo, o foco da atenção deixa de ser a doença e passa a ser a pessoa no contexto de seu território (GOULART; DURÃES, 2010). O cuidado, nessa perspectiva, surge como estratégia substitutiva, em que a exclusão e o encarceramento deixam de ser opções de tratamento, uma vez que se passa a requerer da família a corresponsabilidade principalmente no caso de usuários de drogas. Todavia, a desinstitucionalização e o cuidado no contexto do território ainda constituem um longo caminho a ser percorrido.

O avanço do movimento de RP, no decorrer dos anos, tem implicado em uma forma de cuidar mais humanizada, entendendo como cuidado o permanecer com o próximo em momentos cruciais da vida, como no nascimento, na saúde e no sofrimento (SILVA et al., 2009). Assim, o exercício do cuidado é existencial, algo que é inerente à natureza humana, que se configura na ação humana, pois o homem está lançado no mundo e esse ser no mundo necessita de cuidado para cuidar (HEIDEGGER, 2005).

Às vezes o cuidado é direcionado às pessoas próximas e queridas, o que pode gerar várias emoções no cuidador, como ansiedade e sentimento de responsabilidade. Isso ocorre porque a natureza do cuidado emana de dois conceitos ligados: o *desvelo* e a *inquietação*, e o que importa é colocar cuidado em tudo e considerar a ligação que as coisas têm “entre si e os outros” (BOFF, 2013, p.42). Essa forma abrangente de conceber o cuidado é fundamental quando se trata da relação com pessoas que

vivenciam o consumo de drogas, considerando a complexidade desse fenômeno e as diversas formas de *afetamentos* que ele produz.

A literatura aponta que a história da humanidade coexiste com a do consumo de drogas. No entanto, na Antiguidade, esse consumo parecia não gerar tantas repercussões e prejuízos sociais, uma vez que estava associado a cerimônias religiosas, à promoção do prazer, à terapêutica e outros. Porém, a comercialização globalizada e a mídia vêm contribuindo para a expansão do consumo em muitos países, o que resultou no surgimento de problemas sociais relacionados à criminalidade e à violência, que mobilizaram os poderes públicos para tomada de decisões na tentativa de resolução da problemática (TRAD, 2010).

A literatura revela que questões como pressão do grupo, curiosidade, conflitos familiares, consumo de drogas por parte de familiares, entre outros, constituem fatores de risco para o envolvimento de novas pessoas com o consumo de drogas (ROEHRS et al., 2008; SOUZA et al., 2009). Estudos apontam que a droga é considerada como problema de saúde pública mundial e de segurança pública (CHAVES et al., 2011; RAUPP; ADORNO, 2011; SELEGHIM; OLIVEIRA, 2013; GABATZ et al., 2013; GARCIA et al., 2008).

Embora prevaleça entre os estudiosos uma visão objetivista, tentando explicar os motivos que levam adolescentes, jovens e adultos ao consumo de drogas, a fenomenologia propõe uma abordagem segundo a qual nenhuma explicação é suficiente para esclarecer o fenômeno, pois os fenômenos, assim como este que está sendo estudado, não são da ordem da racionalidade, já que eles acontecem na intersubjetividade (MERLEAU-PONTY, 2002; 2011).

O consumo de drogas é uma questão complexa e multifacetada, que se caracteriza como problema crônico e recorrente, cujo enfrentamento envolve toda a sociedade e maior empenho por parte de todos os órgãos do governo, que precisam assumir a responsabilidade participativa para a efetivação das mudanças almejadas (GABATZ et al., 2013).

Nesse sentido, o governo tem se mobilizado, por meio do Ministério da Saúde (MS), na formulação de políticas públicas para lidar com a questão, entre as quais se destacam: Política de Saúde para Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras

Drogas; Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas; Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2003; 2010a; 2011).

Na implementação dessas políticas, devem ser consideradas as características peculiares do usuário. Assim, na escolha do tratamento é necessário levar em conta o contexto vivenciado e incluir medidas de redução de danos (RD), capazes de resgatar a autonomia do sujeito e a participação da família no processo de reabilitação psicossocial do usuário.

Vale salientar o importante papel que a família pode exercer no cuidado ao familiar que usa drogas, ao beneficiar-se das estratégias de RD, no sentido de melhorar o diálogo, principalmente, no que se refere à frequência do consumo, à quantidade e à via de administração, visando a diminuir os prejuízos à saúde. Isto poderá contribuir para a ruptura do preconceito da própria família ao abordá-lo sobre o assunto, uma vez que passa a considerar a relação que a pessoa estabelece com a droga.

Nessa perspectiva, concordamos que o desenvolvimento do sujeito e sua inserção social ocorrem, primeiramente, na família, uma vez que constitui um espaço de convivência e aprendizagem, em que a autonomia e a cooperação podem contribuir para o redimensionamento dos papéis familiares (ROCHA; LIMA, 2012).

É relevante salientar, ainda, os diversos arranjos de família que se vêm constituindo nos últimos anos, com novas configurações nos laços de parentesco, que não são apenas formados por consanguinidade, mas, também, pelo afeto e afinidade (ALVES, 2009). Além da clássica família nuclear, existem as famílias desconstruídas, recompostas, monoparentais, homoparentais, reinventadas e intergeracionais, conformações que caracterizam as sociedades contemporâneas ocidentais (PERUCCHI; BEIRÃO, 2007; ALVES, 2009).

Os conflitos nas relações intrafamiliares, a separação dos pais e a pressão externa de grupos sociais têm sido vistos como fatores de risco para o consumo de drogas. Por outro lado, a dinâmica e a relação familiar podem sofrer mudanças drásticas quando um componente da família torna-se consumidor de drogas (SELEGHIM; OLIVEIRA, 2013a).

Essa percepção remete-nos ao pensamento de que estamos lançados em um mundo que não nos aparece caoticamente (MERLEAU-PONTY, 2011). Ao contrário,

estamos entrelaçados com ele e, por isso, torna-se impossível olhar os fenômenos como quem está de fora. Assim, percebemos que os familiares de pessoas que consomem drogas vivenciam sentimentos e atitudes ambíguos que podem levar à angústia. Podem experimentar amor e ódio, aceitação e rejeição, confiança e desconfiança, acolhimento e desprezo, cuidado e descuido, entre outros, pois, apesar de amar seu ente querido, muitas vezes, sentem-se despreparados para a convivência.

A vivência com consumidores de drogas, em diferentes contextos, despertou-nos para o fato de que, embora o consumo exista desde a Antiguidade, e envolva pessoas de todas as classes sociais, sexo e idade, muitos ainda não se sentem inseridos nesse contexto e veem o evento como quem olha de fora. Inclusive acham-se despreparados e surpresos ao ter que lidar com o tema ou com a pessoa que vivencia a situação de dependência, principalmente quando se trata de um familiar.

O nosso interesse pelo tema emergiu da vivência, inicialmente como graduanda em Psicologia e, depois, como psicóloga, na experiência de clínica. Nos vários atendimentos a pessoas que consumiam crack e cocaína, tanto no serviço de saúde mental de um hospital geral, como no consultório, sentimos a necessidade de estar abertos à discussão sobre o fenômeno. Ao retomar os vividos, ocorreu-nos o pressuposto de que as famílias que vivenciam a experiência com membros em situação de consumo de drogas sentem-se confusas e perplexas quanto a seu papel como corresponsável pelo processo de cuidar. Ocorreu-nos, também, que a exclusão vivenciada por pessoas que consomem drogas pode ter início no seio da própria família.

Neste sentido, fomos instigados a produzir este estudo com os familiares de pessoas em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps ad) de um município do interior da Bahia, em busca de respostas para a seguinte questão: “Qual a percepção de familiares sobre seu papel no contexto do cuidado ao membro de sua própria família usuário do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas?”

Para responder a essa pergunta, estabelecemos o objetivo de desvelar a percepção de familiares sobre o seu papel no contexto do cuidado ao usuário do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.

O estudo, cujos resultados se descrevem e se discutem nesta dissertação, fundamentou-se no referencial teórico de Maurice Merleau-Ponty acerca da percepção que contempla seu objeto satisfatoriamente. Segundo este autor, a percepção consiste em um processo dinâmico e intersubjetivo, que envolve duas dimensões: a intuição e a linguagem. A intuição se refere aos sentimentos, consiste em algo que se impõe a nós sem que o deliberemos. E a linguagem consiste na diferenciação da intuição em pensamento, a partir da articulação das falas.

Diante do exposto, evidencia-se a relevância da pesquisa, uma vez que ela poderá proporcionar maior compreensão da vivência de cuidado de familiares com pessoas que consomem drogas, bem como fornecer elementos que contribuam para que as equipes de saúde mental desenvolvam estratégias de reinserção do usuário no seio familiar e de reorientação das ações de saúde mental no sentido de incluir o cuidado às famílias.

Esse constructo poderá, ainda, subsidiar as equipes de saúde mental na compreensão de como as famílias enfrentam o cotidiano do cuidado a membros que consomem drogas de forma habitual, bem como a repensar o modo como têm trabalhado com essas famílias, entendendo que elas também necessitam de cuidados. Assim, o estudo favorecerá a reorientação das práticas de saúde mental, levando em conta as necessidades da família.

2 REVISÃO DE LITERATURA

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)

Dentre as diversas formas para se conhecer o estado da arte em relação ao tema tratado nesta dissertação, optamos pela revisão de literatura narrativa, que se define como um procedimento metodológico utilizado para descrever e detalhar um dado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual (ROTHER, 2007). A revisão consistiu em uma busca da produção científica sobre o tema, com o recorte temporal de vinte anos, o que incluiu artigos, livros e documentos oficiais alusivos à legislação e às políticas sobre drogas.

Os dados produzidos pela busca foram categorizados em três classes temáticas, a saber: reforma psiquiátrica e políticas sobre drogas, drogas no contexto familiar e estratégias de redução e danos, que serão abordados a seguir.

2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA E POLÍTICAS SOBRE DROGAS

Estudos comprovam que há muito tempo as drogas estão presentes na história do homem. O consumo da cocaína em países andinos data de mais de 2 mil anos, período no qual o consumo vinculava-se a interesses socioculturais, por exemplo, aos cultos religiosos (BRASIL, 2008; ALVES, 2009; LINS; SCARPARO, 2010). Inclusive, nos Estados Unidos, a matéria-prima da cocaína (a folha de coca) tornou-se tão popular que foi acrescentada aos ingredientes de fabricação de bebidas, como vinhos e refrigerantes (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2004).

Nesta perspectiva, estudiosos discutem argumentos de clássicos da medicina e da psicanálise em relação aos efeitos da cocaína no organismo. Por exemplo, Koller (1960), que fala sobre suas propriedades anestésicas, e Freud (1924), que se referiu à substância como a “droga mágica”, de modo que a cocaína foi considerada, na década

de 1960, como a droga da elite; o aumento da oferta, as diversificadas vias de administração e o consumo exacerbado geraram uma série de complicações médicas, o que culminou com a proibição já no século XX (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2004, p.78).

O consumo habitual de droga configura-se como uma das problemáticas mais importantes de saúde e de segurança pública mundial, pela extensão e diversidade dos aspectos envolvidos. Os números das pesquisas relativas ao Brasil mostram que 74,6% dos brasileiros de 12 a 65 anos de idade fizeram uso de álcool pelo menos uma vez na vida, 44% de tabaco e 22,8% de outras drogas; 12,3% disseram ser dependentes de álcool, 10,1% de tabaco e 2% de outras drogas (DUARTE; STEMPLIUK; BARROSO, 2009).

Para especificar o padrão de consumo de uma substância psicoativa, os autores consultados apresentam alguns dos termos mais utilizados: *consumo recreativo* – quando o sujeito faz consumo esporádico das drogas em evento festivo ou socialmente – *consumo abusivo* – aquele caracterizado pelo padrão desajustado de consumo recorrente ou persistente, em que o usuário se expõe a perigos físicos – *dependência*, quando se configura como uma situação de agravo à saúde, caracterizada pelo consumo compulsivo, em que o sujeito desconsidera qualquer ocorrência ou efeito adverso relacionado ao consumo e *consumo nocivo*, aquele que provoca danos à saúde, física ou mental, podendo também apresentar implicações sociais diversas.

Neste estudo, adotamos a expressão *consumidor de drogas* para nos referir àquelas pessoas que estabeleceram uma relação habitual com substâncias psicoativas consideradas, historicamente, no Brasil e em outros países, como de consumo ilícito (exemplo: maconha, cocaína e crack) e de consumo lícito (exemplo: álcool, tabaco e ansiolíticos).

Com a perspectiva de reconstrução do cuidado em saúde mental, que culminou na reforma psiquiátrica do final na década de 1970, começaram as mudanças no modelo hegemônico, hospitalocêntrico e a luta em prol do atendimento humanizado, de base comunitária, em espaços abertos, com cuidado especializado tanto para as pessoas com sofrimento mental, como para os consumidores de drogas (AMARANTE, 2013).

As políticas públicas no Brasil alcançaram consideráveis mudanças no contexto do cuidado ao consumidor de drogas, o que implicou em possibilidades de ampliação do itinerário terapêutico. O progresso foi significativo no que concerne às diretrizes estabelecidas pelas políticas de saúde mental para a superação do modelo hospitalocêntrico, excludente, asilar. Os objetivos da intervenção deixam de ser a droga em si e a abstinência por parte do consumidor, e passam a concentrar-se na pessoa em situação de sofrimento, inserida em seu território, tendo a família como parceira no processo de cuidar. A abstinência completa não é mais o legado do usuário, mas a mudança no padrão de consumo, visando à redução dos danos à saúde em função do consumo prejudicial, tendo em vista o resgate da vida social, a autonomia e a cidadania do consumidor (BRASIL, 2003; 2004).

A questão das drogas, por muito tempo, ficou a cargo do Ministério da Justiça (MJ), que inclui entre suas atribuições, segundo o inciso XII do decreto nº 6.061, de 15 de março de 2007 (BRASIL, 2007), regulamentado pelo decreto nº 7.434, “coordenar e supervisionar entorpecentes e segurança pública” (BRASIL, 2010a). O trabalho exercido por esse ministério, historicamente, sustentou uma visão social em relação à polícia, de que seria um órgão repressor que condena e criminaliza aquele que comete algum delito. Através do MJ foi formulada a Política Nacional Antidrogas que tentava constituir um ideal de sociedade, livre de drogas e do consumo de drogas, pois o consumo era avaliado como um problema que atingia a soberania do país (BRASIL, 2003).

Os novos olhares das políticas públicas de saúde aconteciam no Brasil e em várias partes do mundo, como a Europa, os Estados Unidos e a Austrália. A preocupação com os consumidores de drogas era, principalmente, pela ameaça de que a epidemia do vírus da imunodeficiência humana (HIV) não pudesse ser controlada nessa população (ANDRADE, 2011).

Em um momento, conhecido como *Belle Époque*, foram adquiridas pelo governo duas formas de abordar o consumo de drogas: uma delas mais liberal, em relação às drogas legais como álcool, tabaco e os medicamentos psicotrópicos; outra forma, com enfoque na segurança pública, de punição e intervenção, voltada para as

drogas ilícitas, reproduzindo o modelo proibicionista norte americano, que propendia para a linha repressiva e defendia o tratamento pela abstinência (TRAD, 2010).

Esse autor destaca, ainda, que o modelo proibicionista no Brasil prevaleceu das décadas de 60 a 80, período de repressão característico da ditadura militar. Assim, a política antidrogas foi estabelecida na perspectiva de coerção e criminalização do consumidor, partindo da tese de que a pessoa que consome drogas é criminoso e/ou doente (TRAD, 2010). Esse modelo gerou uma cultura de estigmas e preconceitos na sociedade, excluindo tanto os consumidores como seus familiares (MACRAE, 2001; BRASIL, 2008; ALVES, 2009; LINS; SCARPARO, 2010).

No Brasil, o fim dos anos de 1970, período de intensa redemocratização do país, foi marcado por uma fase em que os setores da saúde foram reorganizados, tanto no âmbito da *reforma sanitária* como da *reforma psiquiátrica* (RP), ambos com a participação de movimentos sociais, em busca da democratização e da mobilização das classes políticas e econômicas da época, o que implicou em avanços dos modelos de atenção à saúde nos estudos sobre a relação entre o consumo de drogas e os danos causados à saúde. A partir de então, o fenômeno do consumo de drogas passou a ser considerado um problema de saúde pública, o que gerou modificações na forma de cuidar (AMARANTE, 1998; AMARANTE et al., 2012; VASCONCELOS, 2012).

Um dos fatores que mobilizou esse processo de democratização da saúde mental foi, principalmente, a forma desumana como eram tratadas as pessoas com sofrimento mental, pois, assim como em outros países da Europa, ficavam à mercê do poder médico hegemônico da época, que os enclausurava em instituições asilares, nesse período não se pensava muito em procedimentos terapêuticos ou cuidados às pessoas com sofrimento mental. O que se fazia era reprimir e excluir qualquer forma de comportamento que não fosse apropriada para os padrões da época, qualquer coisa que fugisse da norma (FOUCAULT, 2005).

Influenciados por essa visão, os atores do paradigma psiquiátrico passaram a lidar com os consumidores de drogas de forma similar e com o mesmo objetivo, qual seja, o de manter a segurança e a ordem social. Portanto, as intervenções baseavam-se na disciplina, que incluía ações de vigiar e punir. Embora sua concepção seja a de uma instituição destinada ao cuidado da saúde, no contexto do modelo psiquiátrico, o

hospital sempre esteve a serviço de interesses capitalistas com propósito da lucratividade e da higienização dos espaços sociais.

As denúncias e as críticas de profissionais da saúde e outros segmentos sociais sobre a violência nos manicômios brasileiros culminaram em discussões sobre a RP e a desinstitucionalização. A 8ª Conferência Nacional da Saúde caracterizou-se como o principal movimento de universalização da saúde, e os diversos atores sociais envolvidos promoveram acirradas discussões que contribuiriam para a formulação e implantação de políticas para o setor, inclusive com destaque para o campo da saúde mental, com base nas leis nº 8080/90 e nº 8142/90, que proporcionaram subsídios para novas conferências e novas formas de olhar a assistência psiquiátrica no país (VASCONCELOS, 2012). Uma política de recursos humanos para a RP é construída, e é traçada para a questão do consumo de álcool e outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos (BRASIL, 2005a).

A área da saúde mental, a partir da Declaração de Caracas obteve incentivo, uma vez que foi proposta a reestruturação da assistência psiquiátrica dentro dos sistemas locais de saúde, na perspectiva da promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais (OPAS, 1990). Onze anos após a publicação desse documento foi sancionada, em 6 de abril de 2001, a lei nº 10.216, em defesa e proteção dos direitos das pessoas com sofrimento mental (BRASIL, 2001).

Até então, aqueles que mantinham uma relação viciosa com drogas eram caracterizados como loucos e, depois de presos, eram confinados nas chamadas “instituições totais” – os manicômios (FOUCAULT, 2005). Assim, eram submetidos às diversas formas de violência, exclusão e segregação, da mesma forma que as pessoas com sofrimento mental, independentemente do tipo de droga utilizada, do tempo e do padrão de uso, como ocorre, por exemplo, com o personagem representado pelo ator Rodrigo Santoro, no filme *Bicho de sete cabeças* (BYDLOWSKY, 2000) que, por consumir maconha, foi internado pelos próprios pais em um hospital psiquiátrico, verdadeira indústria da loucura.

Assim, ao visualizar o cuidado humano no contexto do consumo de drogas, e não a droga em si, no bojo das discussões da RP, emerge a inserção da família como

corresponsável pelo cuidado, especialmente porque o movimento de RP tem raízes no processo de democratização da saúde e da reforma sanitária, processo este que compreende não apenas a participação dos gestores e dos trabalhadores da saúde com respeito à promoção e intervenção em saúde, mas o envolvimento de toda a sociedade, o que inclui, prioritariamente, a participação da família como cuidadora. Portanto, a família, considerada a primeira célula social, surge como uma unidade fundamental no cuidado, descentralizando a figura biomédica (MONTEIRO, 2007).

O modelo de atenção ao consumidor de drogas e as políticas de saúde que, ao longo do tempo, sintetizavam ações fechadas e proibicionistas, tendo a abstinência como objetivo fundamental, progrediram, principalmente, no trabalho em saúde mental, pautados nas concepções da RP, em que as ações de atenção ao consumidor de álcool e de outras drogas passaram a estabelecer objetivos diferentes, tendo como uma das metas a reinserção social, pois o antigo modelo seria insuficiente para dar conta da complexidade do fenômeno (PEREIRA; VARGAS; OLIVEIRA, 2012).

No Brasil, em 2002, foi instituído, pela portaria GM/816, o Programa Nacional de Ação Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, que preconizava as diferenças populacionais e a condição do aparecimento de diversos transtornos associados ao consumo de álcool e de outras drogas (BRASIL, 2002).

Tais ações serviram de base para a formulação, por intermédio do Ministério da Saúde (MS), da *Política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*, que preconiza as diretrizes para a elaboração de estratégias adequadas ao cuidado do usuário, na perspectiva do estabelecimento de vínculo sociofamiliar, considerando sua singularidade e tendo como objetivo a promoção, prevenção e reabilitação, a partir da proposta de redução de danos, um componente principal na eficácia dessa política (BRASIL, 2003).

Em 2005, com a portaria GM 1612, houve a regulamentação de financiamentos dos leitos em hospitais gerais, para usuário de álcool e de outras drogas e não mais em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005b). Neste mesmo ano, o MS e o MJ inseriram o Pacto Nacional para Redução de Acidentes e Violência Associados ao Consumo Prejudicial de Álcool, que regulamentou o financiamento para que os Caps ad pudessem aplicar as estratégias de RD.

O Caps ad, considerado um dispositivo de cuidado substitutivo às instituições fechadas (hospital psiquiátrico, clínicas e centros de recuperação e outros), fazendo parte de uma rede de atenção, que envolve a atenção básica de saúde. Tem como foco atender ao consumidor de álcool e outras drogas com base na estratégia de redução de danos, visando a fortalecer a rede de cuidado comunitária, auxiliada por diversos dispositivos, como a própria família, a igreja e as associações (AZEVEDO; MIRANDA, 2010).

Em 2009, o MS lançou o Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (Pead), tendo como foco crianças, adolescentes e jovens em vulnerabilidade social. Ainda em 2009, foi lançada a Campanha Nacional de Alerta e Prevenção do Uso de Drogas com o tema, “nunca experimente o crack” (BRASIL, 2009).

Neste cenário, podemos ressaltar a existência de concordância entre a política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas e a perspectiva do modelo da saúde mental. Em decorrência do intuito de estruturar, ampliar e fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social para consumidores de crack esta concordância interliga ainda mais a rede de atenção, de modo a integrar, articular e ampliar ações voltadas à prevenção do consumo, ao tratamento e à reinserção social de pessoas que consumiam crack e outras drogas ou que desenvolviam algum sofrimento psíquico decorrente deste consumo. E, ainda mais, estimula a participação dos familiares e a atenção aos usuários vulneráveis, entre outros, as crianças, os adolescentes e a população em situação de rua (BRASIL, 2003).

Não obstante tenha ocorrido esse avanço na formulação de políticas de saúde mental no que se refere ao consumo de drogas, ainda é pouco conhecida a real dimensão desse evento no Brasil, bem como os problemas decorrentes desse consumo, principalmente devido à carência de estudos nessa área que sejam representativos de todas as regiões do país. O agravante está nas dificuldades relacionadas à clandestinidade que envolve o consumo de drogas ilícitas e a extensão territorial do país. Entre os escassos estudos epidemiológicos até hoje realizados aqui, destacam-se os levantamentos alcançados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID VI, 2010).

De acordo com o levantamento sobre o consumo de drogas psicotrópicas que afeta as 108 maiores cidades do Brasil, realizado pelo Cebrid, em 2005, o consumo de drogas ilícitas durante a vida abrangeu 22,8% da população brasileira (CARLINI, 2006). Para a ocorrência da mudança no perfil epidemiológico e para que as ações de prevenção inseridas no *Pacto pela vida* – um deles, o Plano de Ações Integradas de Enfrentamento ao Consumo de Crack e Outras Drogas do Estado da Bahia – sejam implementadas, faz-se necessário estruturar uma rede de acolhimento para o usuário e sua família, no tratamento e reinserção social, gerando ações de prevenção ao consumo de drogas (BRASIL, 2012).

Assim, efetiva-se a proposta de que a intervenção passe a ser feita por meio dos serviços que compõem as redes formadas por figuras da comunidade, entidades religiosas, independentemente de credo, as famílias, os Centros de Assistência Psicossocial (Caps), os Centros de Referência Assistência Social (Cras). Os encaminhamentos de tratamentos, cuidados e o fortalecimento dos vínculos familiares, por sua vez, podem ser viabilizados através dos hospitais-dia (HD), dos hospitais gerais, das comunidades terapêuticas, dos ambulatórios, de grupos de autoajuda, de serviços de emergência, de clínicas especializadas, de casas de apoio e de atenção básica (AB), entre outros (BRASIL, 2004).

As políticas públicas no contexto do consumo de drogas no Brasil evoluíram do discurso somente proibicionista para um enfoque na RD. Por isso sinalizam a necessidade de rever as estratégias de RD, tendo o cuidado de não confundir os objetivos, já que essa ação não se caracteriza como um incentivo ao consumo indevido, mas como uma estratégia de prevenção de danos à saúde. Embasadas no conhecimento científico, essas estratégias devem ser desenvolvidas por pessoas capacitadas, que priorizam a qualidade de vida e o bem-estar social e comunitário do usuário (BRASIL, 2010b).

Em março de 2012, porém, foi apresentado o projeto de lei (PL) nº 3365/2012, pelo Deputado Federal Eduardo da Fonte, regulamentando a modalidade de internação compulsória temporária, prevista pela lei da RP nº 10.216, como uma forma de intervenção a ser utilizada em último caso, com indicação médica e avaliação de um profissional (BRASIL, 2012a). Apesar de esta modalidade de internação não ser

considerada uma novidade, na prática, a sua aplicação indiscriminada pode ser analisada como um retrocesso e uma medida higienista.

Pode-se destacar, mais uma vez, o papel da família como cuidadora do usuário de drogas, desde a proteção legal pelos direitos das pessoas privadas de liberdade, durante o tratamento compulsório, até o acolhimento no momento da alta, é preciso evitar cobranças sobre os consumidores de drogas em tratamento, bem como a produção de expectativas exageradas sobre a recuperação do usuário (VENTURA et al., 2009).

2.2 AS DROGAS NO CONTEXTO FAMILIAR

O homem é um ser social e não deve ser considerado fora de seu ambiente familiar. É neste ambiente que existem as possibilidades de se adquirir o sentido de identidade, em conjunto com seus membros e no desenvolvimento de comportamentos, pois é em parceria que se acomodam as mudanças sociais.

Na perspectiva do pensamento sistêmico, a família é um sistema aberto, caracterizado por vínculos consanguíneo e afetivo cujos membros seguem normas, padrões e uma história de vida que são compartilhados. Ressalta, ainda, que essas regras são peculiares a cada grupo familiar, isto é, cada família circula em um modo privado de emocionar-se, criando uma “cultura” familiar própria, com seus códigos, suas regras, ritos e jogos. Além disso, há o emocionar pessoal e o “universo pessoal de significados” (SZYMANSKI, 2002, p. 23).

Porém, culturalmente, a sociedade consolidou, no imaginário social, o modelo de família nuclear burguesa, composto pela tríade pai-mãe-filhos estáveis, na qual os filhos são criados para ser fortes e preparados para o mercado de trabalho, depositando sobre eles todas as expectativas de uma suposta “normalidade” (MELMAN, 2001).

Diante desse modelo, muitas pessoas constroem suas relações familiares a partir da comparação com “outra” família que parece ser a boa, a certa e desejável, o que pode acarretar em certo descontentamento nas relações para algumas. Outras, no entanto, conseguem construir novos modos de viver, encarando as dificuldades,

configurando novos arranjos familiares (SZYMANSKI, 2009). Com isso, os conflitos que as vezes surgem no meio familiar e podem constranger os demais componentes, como é o caso do consumo de drogas.

Sendo assim, muitos familiares sentem-se constrangidos por terem no seio familiar um usuário de drogas. Pesquisas comprovam que a maioria deles, cerca de 57%, esconde este fato; outros 43%, foram recomendados a não contar a ninguém. Esse fenômeno está associado ao fato de o familiar considerar que o consumo abusivo de substâncias psicoativas está diretamente ligado a um problema de segurança pública e que os danos causados pelo consumo de drogas devem ser tratados diretamente pela polícia (VENTURA et al., 2009).

Apesar das mudanças, sancionadas na legislação nacional por meio da lei nº 11.343 (BRASIL, 2006), que prevê não apenas os aspectos legais, mas também aspectos terapêuticos e relacionados à saúde do usuário, muitas vezes é no contexto familiar, com a influência dos pais usuários, que o sujeito tem o primeiro contato com as drogas, principalmente as lícitas, como o álcool e o tabaco por simples curiosidade (SANCHEZ; OLIVEIRA; NAPPO, 2005).

Apesar disso, a família pode exercer também o papel protetor da pessoa, sobretudo, no quesito de mantê-la distante do consumo de drogas, já que a harmonia familiar constituída pela presença dos pais é um fator que normalmente contribui para o não-consumo por alguns jovens que, apesar de viverem em zona de risco e de acesso desmedido à substância, não se tornaram usuários (SANCHEZ; DE OLIVEIRA; NAPPO, 2005). Para esses autores, outro aspecto que pode proteger o jovem do vício é o diálogo e o acesso a informações sobre os danos causados pelo o consumo de drogas.

A partir do momento em que a família é inserida como parceira no tratamento dos usuários dos serviços de saúde mental surge uma questão importante: a saúde da família e sua possibilidade de manter-se cuidadora, sem adoecer ou atrapalhar o processo de cuidado, uma vez que necessita aprender como lidar com diversos sentimentos e sofrimento (GONÇALVES; GALERA, 2010).

Deste modo, à medida que a relação habitual com a droga se agrava, a convivência, considerada uma via de mão dupla, é diretamente afetada, o que enfraquece os vínculos sociais e familiares do consumidor de drogas. Entre os motivos

para isto, destacam-se o desânimo, a desesperança em uma possível recuperação, as recaídas constantes, o desamparo, a dificuldade de entender o contexto do consumo de drogas, a dificuldade de diálogo, enfim, trata-se de circunstâncias que podem surgir nas relações familiares, prejudicando o diálogo e o relacionamento (ARAGÃO; MILAGRES; FIGLIE, 2009).

A instituição familiar, por muito tempo foi considerada o núcleo básico da sociedade, porém, nos últimos anos, passou por um processo de alteração de suas funções. Entre as diversas configurações de família sobressaem, hoje, a homossexual com filhos, as famílias extensas e reconstruídas e aquelas constituídas por idosos com parceiros mais jovens (GABARDO; JUNGES; SELLI, 2009).

A discriminação, em vários segmentos, tem se manifestado de forma naturalizada. Com o consumidor de drogas, percebemos que o fenômeno ocorre dentro da própria família, embora ela não o reconheça. Ousamos afirmar que a família pode ser a primeira instituição a não tolerar as atitudes do consumidor em sua relação com a droga e a estigmatizá-lo, ao mesmo tempo em que tenta elaborar mecanismos de aceitação.

Nessa perspectiva, a família passa a ser considerada uma ferramenta fundamental no processo terapêutico, dentro dos Caps, e deve ser acolhida pela equipe que promoverá o estabelecimento de vínculos e segurança, pois a satisfação com o atendimento recebido está diretamente ligada ao sucesso do tratamento. Neste sentido, uma equipe engajada com as necessidades individuais dos usuários, apta para compreender as transformações sociais vivenciadas e enfrentar as fragilidades, em parceria com sua família, fará toda diferença no processo terapêutico (OLIVEIRA et al., 2014).

Deste contexto, emergiu a percepção de que a forma de acolhimento e de ajuda da família ao usuário de drogas pode desempenhar um papel fundamental em seu processo terapêutico, além de favorecer a construção de um conhecimento capaz de transcender a percepção de cuidado, promoção e qualidade de vida no convívio com o fenômeno do consumo de drogas.

2.3 POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS

A proposta de redução de danos (RD) surgiu na Inglaterra, em 1926, com o *Relatório Rolleston*, um documento assinado por vários médicos ingleses em que clínicos ingleses foram autorizados a prescrever algumas drogas para dependentes de opiáceos, desde que ficasse demonstrado que os benefícios dessa administração seriam maiores que os problemas causados pela síndrome de abstinência (O'HARE, 1994).

A sistematização desta proposta tem início no final de 1980, na Holanda, tendo como perspectiva combater uma epidemia de hepatite B que atingiu usuários de drogas intravenosas (UDI), o que promoveu a expansão para o programa de saúde de distribuição de seringas, com o intuito de evitar o compartilhamento e, assim, a contaminação (SODELLI, 2010).

No Brasil, com base nos estudos epidemiológicos referentes à incidência de AIDS entre os UDI, o Programa de Troca de Seringas (PTS) promoveu a distribuição de seringas, primeiramente na cidade de Santos, mas esta foi embargada pelo Ministério Público do Estado de São Paulo, por interpretá-la como incentivo ao consumo. Mais tarde, em 1995, a mesma ação obteve, em Salvador, na Bahia, o apoio dos governos, estadual e municipal que permitiram a implantação do primeiro PTS (ELIAS; BASTOS 2011).

Com a finalidade de reduzir os danos causados pelo consumo de drogas, a RD pode ser definida como um conjunto de ações de saúde, pautado no respeito à liberdade, pois o usuário manifesta a escolha de abster-se ou não do consumo de drogas, porém se compromete em reduzir os danos causados, como a infecção do vírus da AIDS e hepatite (BRASIL, 2003).

Sendo assim, a RD é regida por um princípio simples, porém de extrema importância, cujo efeito é diminuir consequências negativas decorrentes do consumo de drogas. Na verdade, ela pode ser utilizada até mesmo na prevenção primária, ou seja, com pessoas que ainda não fizeram consumo de drogas. O fenômeno da dependência não é um fenômeno permanente e de condenação perpétua para uma pessoa, mas sim uma condição que pode ser revertida (SODELLI, 2010).

Atualmente muitos são os avanços da RD no Brasil. Além da prevenção de HIV e da hepatite adquiridos pelo uso de drogas injetáveis, favorece a proteção dos usuários de crack, álcool, cocaína aspirada e maconha, inseridas no organismo por outras vias, que estão sendo beneficiados através da distribuição de cachimbos e kits, em processos terapêuticos de redução do consumo (NARDI; RIGONI, 2005; SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2010; INGLEZ-DIAS et al., 2014).

A política de RD preconiza que o usuário seja participante ativo, com capacidade para administrar o consumo da droga de forma menos prejudicial e que, ao abandonar a condição de paciente, ele passe a ser ator corresponsável pelo seu tratamento. Nestes casos, a droga e a dependência deixam de ser o principal fator para a intervenção, a autonomia e o autocuidado passam ter primazia (PASSOS; SOUZA, 2011; SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2010; MALISKA; PADILHA; ANDRADE, 2014).

Essa política representa uma nova forma de olhar o usuário de drogas, diferentemente dos modelos moralistas, que veem o usuário como uma pessoa ruim, e do modelo médico, que vê o usuário como uma pessoa doente, recomendando sua segregação. Entretanto a RD pretende diminuir e até mesmo extinguir a culpabilização do usuário, resgatando sua inserção social e sua cidadania (NARDI; RIGONI, 2005).

Neste sentido, a *Portaria nº 2.197/GM* de 14 de fevereiro de 2004 que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a articulação e redefinição do Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas com a adoção da lógica de redução de danos na atenção básica. Ou seja, amplia o atendimento, recomendando que ocorra também em ambulatorios não especializados como os do *Programa Saúde da Família* e do *Programa de Agentes Comunitários de Saúde*, entre outros dispositivos de cuidados possíveis, no âmbito da atenção básica. O mesmo se diz dos Caps ad, ambulatorios e outras unidades extra-hospitalares especializadas, dos hospitais de referência e da rede de suporte social (associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil), complementar à rede de serviços disponibilizados pelo SUS (BRASIL, 2004).

Apesar desses avanços e a ampliação da rede em RD, muitas são as fragilidades da prática desta política, tais como a precarização do trabalho dos agentes redutores de

danos, a fragmentação do financiamento, a pouca aderência dos usuários acessados e a debilidade das diretrizes públicas que guiam ações para os agentes (ANDRADE, 2011; PASSOS; SOUZA, 2011; INGLEZ-DIAS et al., 2014).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A filosofia não é a passagem de um mundo confuso a um universo de significações fechadas. (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 48).

O estudo que constitui o assunto desta dissertação fundamentou-se na abordagem filosófica de Maurice Merleau-Ponty, estudioso da fenomenologia da percepção, que aprecia a intersubjetividade e a relação dinâmica entre o homem, o mundo e as coisas, e se propõe a desvelar vivências e compreendê-las como ambiguidades, o que constitui um referencial capaz de iluminar e orientar a condução teórico-metodológica da pesquisa (SENA; GONÇALVES, 2010).

No intuito de alcançar o objetivo de desvelar a percepção de familiares sobre o seu papel no contexto do cuidado ministrado ao usuário, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, buscamos valorizar o uso acurado dos sentidos na construção do conhecimento, pois, segundo o nosso referencial teórico, todos eles compõem janelas para a intersubjetividade. Na relação, afetamos e somos afetados continuamente, uma vez que a percepção opera na experiência de entrelaçamento e intersubjetividade (MERLEAU-PONTY, 2007; 2011).

A história da fenomenologia e do movimento fenomenológico está relacionada, especialmente, a dois nomes: Francisco Brentano e Edmund Husserl. Husserl, na perspectiva de compreender as formas geométricas, decide estudar psicologia com o psicólogo francês Brentano e, no diálogo sobre a distinção entre fenômeno físico e fenômeno psíquico, constroem a noção de intencionalidade. Desde então, Husserl inicia sua graduação em filosofia, visando a desenvolver um método que pudesse torná-la uma ciência rigorosa, capaz de possibilitar o conhecimento do vivido intencional, qual seja, descrever o processo que daria origem à consciência como síntese intelectual (HUSSEL, 1983; SENA, 2006).

Ao conjecturar sobre as formas geométricas com a principal finalidade de compreender a unidade dos fenômenos, o matemático Edmundo Husserl, no final do século XIX e início do século XX, começa a desenvolver seu projeto de fenomenologia, partindo dos questionamentos sobre a distância que a ciência havia

tomado em relação ao ideal de ciência dos gregos, que primavam pela utilização de todos os sentidos na produção do conhecimento (SENA, 2006).

Para Husserl, o surgimento das especializações resultava de uma busca fragmentada do conhecimento e, neste sentido, o ideal de ciência, em sua perspectiva de captar a unidade das coisas, estava sendo traído. Assim, desenvolve a compreensão de consciência como operação do processo intencional, que envolve a intuição fenomênica, a intuição categorial, a essência e o objeto. Na perspectiva husserliana, o conhecimento é intencional e, portanto, intercorporal. As vivências não são individuais, consistem de duas vivências que se completam: uma *vivência de sensação ou ação*, também designada como *consciência irrefletida* ou *intuição fenomênica* e uma *vivência de pensamento ou intuição categorial* (HUSSERL, 1983; MÜLLER; GRANZOTTO, 2003; SENA, 2006).

Maurice Merleau-Ponty, na década de 60, faz uma leitura aprofundada dos projetos de fenomenologia de Edmund Husserl, especialmente sobre a temporalidade e a intencionalidade, considerações que mais tarde ele denomina *corpo*. E então, inicia sua tese com a interrogação: o que é fenomenologia? Considera como característica de seu estudo o retorno às coisas mesmas, pois, mesmo depois de se passarem 50 anos de estudos sobre essa filosofia, ele retoma a questão e propõe que a fenomenologia é uma filosofia que “repõe as essências na existência”. Trata-se de uma filosofia transcendental, uma vez que coloca em suspensão as afirmações naturalistas de que as coisas são em si mesmas (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 1). Sendo assim, o mundo não é um objeto que possuímos, ele é o campo de todos os pensamentos e percepções, já que estamos lançados no mundo e é nele que nos conhecemos.

Neste contexto, a fenomenologia surge com a proposta de tornar a filosofia uma ciência rigorosa, embora diferente das perspectivas naturalista (concepção de que o saber está no objeto) e subjetivista (concepção de que o saber está no sujeito). Para Merleau-Ponty, em consonância com o pensamento husserliano, a produção do conhecimento acontece a partir da intersubjetividade, relação dialógica em que o cientista se identifica e se distingue, promovendo uma integração que não é somente sua, mas do outro e do mundo, de forma dinâmica e contínua (SENA, 2006; MERLEAU-PONTY, 2011). Neste sentido, a produção do conhecimento permite que

reconheçamos algo que nos é próprio e que nos identifica com os feitos do cotidiano. Entretanto, é necessário que a nossa atitude diante dos fenômenos que se apresentam a nós seja desprovida de preconceito.

Merleau-Ponty se propôs a estudar a percepção humana como a filosofia do *corpo próprio*, dedicando-se a aproximar a filosofia da experiência vivida. Ele faz uma crítica ao psicologismo de Descartes, cuja concepção de conhecimento baseava-se na representação intelectual por parte do sujeito psicofísico de algo que estaria fora dele. Contrapondo-se ao pensamento cartesiano, Merleau-Ponty faz com que nos percebamos junto às coisas, entrelaçados a elas, como existência encarnada. Por isso, trata-se de uma filosofia que não se propõe a explicar os fatos da existência, mas em compreendê-los (SENA, 2006; MERLEAU-PONTY, 2011).

Desta forma, Merleau-Ponty desenvolve a noção de *corpo próprio*, que constitui toda a base para o desenvolvimento de seu pensamento, entendendo-o como a presentificação de vivências que se impõem a nós independentemente de nossa vontade, tanto como horizonte de passado quanto como perspectiva de futuro. Essa vivência do *corpo próprio* sempre ocorre de forma criativa e, por isso, possibilita a experiência de tornar-se *outro* (SENA, 2006; MERLEAU-PONTY, 2011).

O *corpo* em Merleau-Ponty, embora envolva atividades fisiológicas do corpo psicofísico, não é o correlativo dele. Trata-se do horizonte de passado que retomamos constantemente, por meio da experiência perceptiva, independentemente de nossa vontade, que tem a ver com a natureza sensível, com o mundo dos sentimentos. Essa retomada, por ser sempre criativa, sempre nova, abre possibilidade para que possamos ver as coisas, o mundo e o outro segundo novas perspectivas; nesse sentido, o filósofo afirma que somos um *eu posso*. O *próprio* a que ele se refere consiste, exatamente, nessa abertura de possibilidades que o *corpo* nos proporciona. Portanto, o *corpo próprio* corresponde à percepção humana em sua dinamicidade (SENA, 2006; MERLEAU-PONTY, 2011).

Merleau-Ponty propõe ainda que se pode, a partir da intersubjetividade, desvelar e transcender os vividos que se mostram à percepção, entendida somente do ponto de vista de quem a vive efetivamente. Para o autor, os fenômenos constituem o

mundo como o experimentamos, ao contrário da concepção de um mundo que existe independentemente de nós, como acreditavam os objetivistas (SENA, 2006).

A fenomenologia, como filosofia da experiência, é puramente descritiva, e com ela não se propõe a construir qualquer tipo de explicação, nem a se envolver em especulações (SENA, 2006). Isso torna a fenomenologia radicalmente distinta das ciências naturais. O sujeito da experiência nunca está afastado do mundo, mas tem como objetivo se abrir para o mundo em uma tarefa constante de recuperação desse sentido de abertura, sem falsificá-las ou explicá-las (CERBONE, 2012). Este mesmo autor ainda sinaliza sobre a importante influência que um movimento da psicologia chamado *Gestalt* exerceu sobre a fenomenologia de Merleau-Ponty. Para o filósofo, a forma como os gestaltistas organizam a experiência perceptual, a partir da noção de figura e fundo, de modo que a percepção do todo é anterior às partes, tornou-se uma característica relevante para o seu pensamento.

As vivências são eventos de campo, isto é, por se compor de experiências perceptivas, acontecem em um campo fenomenal, que tem a ver com nossa inclusão no mundo da vida, que é a percepção do ponto de vista de quem a vive. A vivência da percepção se mostra como um acontecimento ambíguo. Assim sendo, submerge duas dimensões: o ser bruto – um não saber de si ou consciência pré-reflexiva e o espírito selvagem – consciência reflexiva, domínio da linguagem, em que se investe o universo de significações (SENA, 2006; MERLEAU-PONTY, 2013).

Segundo o pensamento merleau-pontyano, a compreensão de outrem, apesar de ser sempre indeterminado, “se dá através da retomada do pensamento de outrem, através da palavra”. Considera-se aqui o *indeterminado* não como algo impossível, mas como algo que nos põe em movimento em busca das inquietações. Nessa arte de pensar, ocorre o enriquecimento dos nossos próprios pensamentos, a compreensão. Desta forma para compreendermos Merleau-Ponty e sua filosofia, ele mesmo propõe que, é necessário que deslizemos para dentro dela, na maneira de existir desse pensamento, reproduzindo o sotaque do filósofo (MERLEAU-PONTY, 2011).

Diferentemente do que se propõe na psicologia clássica, Merleau-Ponty defende o princípio de que perceber não é uma experiência passiva, mas sim que, através do contato direto com o mundo sensível e sociocultural em que vive, a pessoa a dinamiza

e a faz ativa. Considera que toda vivência é ambígua, pois, por meio de nossa inserção, inevitável, em contextos de intersubjetividade, por meio da relação dialógica, estamos abertos à possibilidade de tornar-nos um *outro eu mesmo* (SENA et al., 2011; MERLEAU-PONTY, 2011).

Esta compreensão foi primordial ao desenvolvimento do estudo, uma vez que norteou todo o processo de elaboração teórico-metodológica que precedeu a execução da pesquisa de campo, subsidiou a relação dialógica com os participantes da pesquisa e fundamentou a análise e discussão dos resultados encontrados.

4 PERCURSO METODOLÓGICO PARA O DESVELAMENTO DA PERCEPÇÃO HUMANA

Nesta situação ambígua na qual somos lançados porque temos um corpo e uma história pessoal e coletiva (MERLEAU-PONTY, 2009 p. 50).

Por se tratar de um estudo que parte da compreensão de que todo saber emerge na relação dialógica, intersubjetiva e intercorporal, optamos por fundamentá-lo na fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty, uma abordagem que, a nosso ver, mais se aproxima dessa perspectiva. Este autor oferece sustentação a estudos cuja característica primordial é a descrição e a compreensão de vivências essenciais, e que se propõem a descrever o que se revela à percepção como fenômeno. Este, por sua vez, aparece sempre em perfil, arrastando consigo muitos outros que compõem um todo inatingível (SENA; GONÇALVES, 2010; MERLEAU-PONTY, 2011).

4.1 CENÁRIO

O cenário do estudo foi o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (Caps ad), no município de Vitória da Conquista, localizado na região Sudoeste da Bahia, Brasil. É o terceiro município do Estado em população – 340.199 habitantes – com extensão territorial de 3.743km² (IBGE, 2014).

A Rede de Atenção Psicossocial (Raps) do município é composta por um Caps tipo II (Caps II), um Caps Infantil e Adolescente (Caps ia), um Caps ad, um Caps tipo III (em fase de implantação), uma Comunidade Terapêutica Fazenda Vida e Esperança (Cotefave) e um Consultório de Rua.

O acesso a esses dispositivos ocorrem de forma direta, através da procura espontânea, e pelo encaminhamento da rede de Atenção Básica (AB) à saúde. O funcionamento da rede é regulado no sentido de ampliar os serviços especializados, alcançar maior cobertura intersetorial, qualificar a AB e promover eficácia no atendimento ao usuário.

O Caps ad é um dispositivo de saúde mental substitutivo, de referência para o tratamento de pessoas que desenvolveram uma relação habitual com o álcool e outras drogas. Trata-se de um serviço aberto e comunitário, que compõe a Raps como dispositivo de cuidado extra-hospitalar, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Utiliza a estratégia de redução de danos (RD) como ferramenta nas ações de promoção e prevenção em saúde, prioriza a reinserção e reabilitação social do usuário. O âmbito de nosso estudo está estruturado em dois pavimentos, sendo o primeiro pavimento para atendimento e acolhimento ao público o segundo pavimento, com diversas salas, destinadas às atividades administrativas.

Entre as modalidades de atendimento dos profissionais do serviço, destacam-se o acolhimento individual e em grupo, as oficinas terapêuticas e o atendimento domiciliar. Os atendimentos acontecem nos turnos matutino e vespertino, das 8 às 18 horas. A equipe é composta por cinco psicólogas, dois assistentes sociais, uma farmacêutica, sete enfermeiros, sete técnicos em enfermagem, dois médicos, uma nutricionista, uma pedagoga, quatro auxiliares administrativos, uma manipuladora de alimentos, um educador físico, uma instrutora de artes e uma auxiliar de limpeza.

4.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Dos quinze familiares cuidadores de usuários que já participavam efetivamente do grupo terapêutico de família do Caps ad, conduzido pela psicóloga do serviço, sete mulheres tiveram disponibilidade e aceitaram participar do estudo, sendo seis mães e uma tia. Para a seleção dos participantes consideramos os seguintes critérios de inclusão: ser familiar cuidador de usuário cadastrado no Caps há mais de seis meses; ser corresidente dele; participar do cuidado direto; morar no mesmo município onde foi realizada a pesquisa; ser integrante do grupo de família do Caps ad; e, ser maior de 18 anos. Como critério de exclusão, escolhemos a indisponibilidade do familiar para participar de, pelo menos, três dos quatros encontros de grupo focal (GF), planejados com o intuito de fazer as descrições vivenciais.

As mulheres tinham idades entre 47 e 72 anos. Apenas uma trabalhava fora do lar. Quatro cursaram o ensino fundamental e três, o ensino médio. Quatro eram da religião católica e três, evangélicas. Quatro eram casadas, uma solteira, uma mantinha uma união estável e uma era divorciada. Seis se identificaram como mães dos usuários e uma como tia. Entre os usuários cujas cuidadoras participaram do estudo, três eram mulheres e quatro, homens, na faixa etária entre 25 e 52 anos.

4.3 TÉCNICA PARA A DESCRIÇÃO VIVENCIAL

A técnica utilizada para a descrição das vivências foi a do grupo focal (GF), que se caracteriza como uma entrevista grupal, cuja utilização valoriza a interação dos componentes e proporciona um amplo debate a respeito de um tema ou foco específico. Os encontros grupais possibilitam aos participantes explorarem seus pontos de vista a partir de reflexões sobre um determinado fenômeno social (BACKES et al., 2011).

Estudiosos entendem, ainda, que o GF consista em uma diversificação da entrevista aberta, em que grupos são estimulados a dialogar e discutir sobre um determinado tema (LOPES et al., 2010). A técnica favorece o compartilhamento de vivências entre os participantes, além de facilitar a formação de ideias novas e originais que favorecem a interpretação de crenças, valores, conflitos, confrontos e pontos de vista, além de permitir a exploração de como os fatos são articulados, censurados, confrontados e alterados por meio da interação grupal (RESSEL et al., 2008).

Portanto, o GF revelou-se apropriado como modalidade de produção de informações em estudo fenomenológico, principalmente na perspectiva da construção do conhecimento tal como foi concebida por Merleau-Ponty, em que o saber é visto não como uma ocorrência individual, mas como resultante de relações intersubjetivas, que se concretizam no diálogo. A fala tem uma capacidade que é potencializada nos espaços dialógicos, estabelecendo uma sabedoria que não é somente de um sujeito,

mas do grupo, já que o conhecimento não se constitui de forma solipsa, mas sim, na relação instituída (SENA; GONÇALVES, 2010).

4.4 PROCEDIMENTOS PARA A DESCRIÇÃO VIVENCIAL

Os procedimentos para as descrições vivenciais seguiram as seguintes etapas: a) exposição da proposta de estudo ao coordenador do Caps ad, que se mostrou receptivo e orientou que o projeto de pesquisa deveria ser submetido à Escola de Formação em Saúde da Família (EFSF), setor da prefeitura responsável por avaliar projetos dessa esfera e liberar o campo de pesquisa; b) realização de contato com EFSF, apresentação oral da proposta e do material impresso para a avaliação, cujo parecer favorável foi emitido 15 dias após; c) retorno ao Caps ad para realizar três providências: apresentação do projeto aos funcionários; contato com a psicóloga que coordena o grupo de familiares acompanhantes dos usuários do serviço, a qual disponha da relação de nomes dos familiares; obtenção, junto ao serviço de cadastro, dos números de telefones para o contato com os familiares; contato telefônico e convite aos familiares para participarem do estudo.

Todos demonstraram interesse em participar da pesquisa, mas apenas sete atenderam aos critérios de inclusão. Como este número condiz com o requerido pela literatura para a realização de GF, isto é, de 6 a 15 participantes (BACKES, 2011), a eles foi apresentada a proposta da pesquisa, na mesma ocasião em que foram informados sobre a realização de encontros de GF e logo agendamos a data e o horário do primeiro encontro.

Para seguir um protocolo condizente com as exigências éticas de investigações dessa natureza, foram fornecidas aos familiares as informações peculiares sobre a pesquisa para que se autorizassem a participar, mediante a assinatura do Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Assim, o GF foi constituído e foram realizados quatro encontros, que aconteceram entre os meses de maio e agosto de 2014. As datas dos encontros foram agendadas conforme a disponibilidade das participantes e da coordenação do Caps ad.

Os encontros ocorreram em uma sala do Caps ad, reservada para o GF, às quartas-feiras, no turno vespertino, com duração que variou de uma hora e meia a duas horas. Em conformidade com o estabelecido pela literatura acerca da técnica de GF, estiveram presentes nos encontros, além dos participantes da pesquisa, o moderador, o observador e o redator (BACKES, 2011). Seguindo as orientações desse autor, o moderador direcionou as atribuições do grupo e a conversação; o observador gravou as falas; e o redator registrou, por escrito, os principais temas que emergiram das falas. Todos estavam sentados em círculo, com vistas a favorecer a visualização e o diálogo do grupo.

No primeiro encontro desenvolvemos uma dinâmica de apresentação, discorremos sobre o objetivo do estudo e explicamos às participantes como ocorreriam os encontros do GF, o que contribuiu para uma maior aproximação e abertura ao diálogo. Então, começamos o processo de descrição vivencial propriamente dito, a partir de um roteiro com os seguintes temas norteadores:

- a) fale um pouco sobre o que você entende por *cuidado*;
- b) comente sua vivência de cuidado junto a seu familiar usuário;
- c) descreva como você percebe seu papel de familiar cuidador de uma pessoa usuária de drogas em tratamento no Caps ad.

Nesse encontro, a discussão do primeiro tema do roteiro possibilitou o desvelamento de vivências e favoreceu o entrelaçamento das histórias. Ao término do tempo pré-estabelecido, a relatora do grupo fez um resumo do que foi discutido, e as participantes avaliaram positivamente o encontro; em seguida, a moderadora agradeceu a participação de todos e reafirmou a necessidade de realizar mais três encontros, o que foi consentido pela unanimidade dos presentes. No segundo encontro, retomamos com um breve resumo do que havia sido discutido no encontro anterior em um horizonte de passado, aprofundamos alguns pontos e demos seguimento ao debate dos temas elencados no roteiro, tratando do segundo tópico (alínea b). No terceiro encontro, revisamos o que foi abordado no encontro anterior e trabalhamos com o terceiro tema. Encerrada a discussão, marcamos um quarto encontro.

No quarto e último encontro, revisamos os temas e constatamos que o objetivo havia sido contemplado, que as informações, mesmo expressas de diferentes maneiras,

convergiavam no conteúdo. Ficamos surpreendidas com a grandeza das descrições vivenciais emergentes da intersubjetividade no GF, o que favoreceu a experiência de *tornar-nos outros*. Assim, encerramos os encontros e agradecemos a participação de todas.

4.5 COMPREENSÕES DAS DESCRIÇÕES VIVENCIAIS

As descrições vivenciais foram analisadas por meio da técnica *Analítica da Ambiguidade* (SENA; GONÇALVES, 2010; SENA et al., 2011), fundamentada na teoria da intersubjetividade de Maurice Merleau-Ponty (2011), cuja base é a relação dialógica entre os participantes. Considerada como uma estratégia de organização das descrições vivenciais, essa técnica permitiu-nos encontrar no texto o sentido essencial subjacente, suspendendo as teses de que as coisas já são em si mesmas.

Seguindo a técnica proposta, o processo de compreensão desvelou o sentido essencial que constituíram as ambiguidades inerentes às vivências do grupo (SENA et al., 2011). As ambiguidades apareceram de forma imediata à percepção, por meio da diferenciação do sensível (intuição) em reflexão (pensamento), o que se articulou na intersubjetividade constituída em cada encontro realizado.

A aplicação da *Analítica da Ambiguidade*, à semelhança da experiência de observação de uma tela em que, para identificarmos uma figura, é preciso fechar o olhar às demais (SENA et al., 2011), permitiu-nos perceber que aquilo que se mostrava a nossa percepção correspondia a perfis que compõem uma totalidade inatingível, caracterizando a complexidade humana e seu entrelaçamento com as coisas e com o semelhante (MERLEAU-PONTY, 2011). Assim, a experiência perceptiva vivenciada nesse processo de análise ocorreu como se dá em todos os momentos de nossas vidas, espontaneamente, de forma irrefletida e impensada.

Deste modo, a utilização da técnica e a consequente categorização a partir dos achados nos encontros de GF consistiram dos seguintes passos: transcrevemos as entrevistas gravadas, organizamos em forma de textos e realizamos várias leituras. Isso permitiu que os fenômenos se mostrem em si mesmos, a partir de si mesmos,

reconhecemos o que há de essencial na intersubjetividade. Por se tratar de um estudo fenomenológico buscamos descrever vivências e não explicá-las (SENA; GONÇALVES, 2010).

As vivências são experiências perceptivas que acontecem em um campo fenomenal, relacionadas à inserção no mundo da vida e com o reconhecimento de que a percepção só pode ser entendida do ponto de vista de quem a vive (MERLEAU-PONTY, 2011). Para o autor, a percepção apresenta-se como uma experiência ambígua que se revela na fala, cuja significação existencial habita a significação conceitual. Nesse sentido, analisamos as descrições vivenciais sustentadas no pensamento merleau-pontyano de que a percepção não descreve o mundo vivido que a consciência traz em si, como um conjunto de conteúdos psíquicos, tal como pretende o *psicologismo*, mas busca compreender como esse vivido se constitui e se mostra desde si mesmo (SENA; GONÇALVES, 2010).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa atendeu as disposições previstas pela resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012b), do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos.

Resultou de um subprojeto de uma pesquisa maior, 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*, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), no campus de Jequié, segundo o parecer n. 628.114/ 2014 (ANEXO B). O estudo foi iniciado após a liberação do campo de pesquisa emitida pela Escola de Formação em Saúde da Família de Vitória da Conquista.

Foram fornecidas às participantes explicações sobre o objetivo, propósito e processo da pesquisa, com a finalidade de esclarecer seus procedimentos e obter a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Para preservar o anonimato das participantes, na apresentação dos resultados do estudo

em eventos científicos e publicações em periódicos, solicitamos que escolhessem codinomes referentes a nomes de elementos da natureza. Além disso, informamos-lhes seu o direito de se desligarem da pesquisa a qualquer momento que desejassem, sem prejuízos de qualquer espécie.

5 RESULTADOS

No diálogo presente, estou liberado de mim mesmo os pensamentos de outrem, certamente são pensamentos seus, não sou eu quem os forma, embora eu os apreenda assim que nasçam ou que eu os antecipe.
(MERLEAU-PONTY, 2011, p.475).

Esta seção tem como desígnio expor os resultados da pesquisa que, em linhas gerais, na ontologia merleau-pontyana, constitui o retorno às coisas mesmas. O instante que precede o sentido do objetivo da pesquisa até a sua concretização, satisfaz à intervenção do processo intencional que submerge e constitui, segundo o pensamento de Edmund Husserl, a intenção fenomênica, intuição categorial, objeto intencional e consciência. Estamos diante do retorno às coisas mesmas, considerando que o pesquisador se vê naquilo que produziu, isto é o que ocorre quando os resultados da pesquisa confirmam aquilo que foi intuído.

Os resultados foram discutidos, fundamentalmente, com o referencial teórico de Maurice Merleau-Ponty. Para esse autor, a percepção opera por meio da intencionalidade, que envolve o sentir e o pensar. O sentir está no domínio pré-reflexivo ou irrefletido, por isso, configura-se como a dimensão impessoal da percepção (dimensão sensível, impessoalidade), uma vez que acontece independentemente da deliberação da pessoa. O pensar está no domínio da reflexão ou da linguagem e acontece por meio da orientação do sentir (dimensão reflexiva, pessoalidade) (MERLEAU-PONTY, 2007; SENA, et al., 2010; MERLEAU-PONTY, 2013).

A experiência de desenvolver esse estudo, que tem como objetivo desvelar a percepção de familiares sobre o seu papel no contexto do cuidado ao usuário do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, abriu possibilidades para a retomada de vivências em que os familiares expressaram ambiguidades inerentes ao processo perceptivo que ao se mostrar como uma relação figura-fundo, sempre anuncia algo inapreensível, inacabado. Desse processo, surgiram as descrições vivenciais, que após serem submetidas à *analítica da ambiguidade*, desvelaram um conhecimento que não estava nos participantes, menos ainda nas pesquisadoras, mas que se mostrou como intersubjetividade.

As ambiguidades relacionadas ao papel de familiares no contexto do cuidado ao usuário do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, nos possibilitaram a reflexão de três categorias temáticas, a saber: *cuidando do outro para livrar-se da culpa e do julgamento social; o cuidado na perspectiva da experiência do outro; e, a infantilização na perspectiva do cuidado de si.*

5.1 CATEGORIA 1: CUIDANDO DO OUTRO PARA LIVRAR-SE DA CULPA E DO JULGAMENTO SOCIAL

Essa categoria desvela ambiguidades percebidas na expressão de preocupação das mães em cuidar dos filhos em situação de negligência da higiene corporal e autoimagem, resultante do vínculo habitual que estabeleceram com as drogas, vínculo este historicamente conhecido como *estado de dependência química*. As falas evidenciaram que as mães, ao mesmo tempo em que cuidam da imagem pessoal e social dos filhos, cuidam de sua própria imagem como família integrante de uma sociedade extremamente moralista, que emite julgamentos e mobiliza sentimentos de culpa.

Historicamente construiu-se um ideário de família como a unidade básica da sociedade, o que impôs a crença da instituição familiar como uma estrutura homeostática. No contexto do consumo de drogas, essa crença levou à formulação da tese de que a pessoa torna-se usuária porque sua família é desestruturada. A tese vem sendo defendida ao longo dos anos e tem contribuído para um dos principais problemas enfrentados pelos consumidores de drogas e suas famílias – o estigma social. Assim, a família que convive com situações de consumo de drogas vivencia o drama de sentir-se culpada pelo fenômeno, como aparece nas descrições seguintes:

[...] tem hora que eu pergunto: oh meu Deus! Será que eu sou culpada de meu filho viver assim nessa bebida? No que foi que eu errei, para meu filho ficar assim?! **(Sol)**

[...] meu cunhado antes de chegar a casa parava no bar, e meu filho falava: eu vou com ele e eu não tinha pulso de dizer: você não vai! Daí começou assim aqueles restinhos no copo. **(Rio)**

Na descrição de **Rio**, vimos que ela expressa o sentimento de culpa por não ter imposto ao filho, na infância, limite suficiente no que concerne aos primeiros contatos com o álcool. Acredita ter sido uma mãe permissiva e que, por isto, contribuiu para que ele estabelecesse a relação habitual com bebidas alcoólicas. Vejamos outras descrições, que, também, exprimem a culpa:

[...] eu, como mãe, vacilei em alguma coisa. Isso mexe comigo. **(Nuvem)**

[...] tem gente que fala que é porque ele quer, mas eu acho que é hereditário. Vários parentes da parte do pai faleceram por causa da bebida. **(Sol)**

Na tentativa de encontrar explicações para o comportamento de consumo dos filhos, as mães se reconhecem como fator de risco, corroborando estudos que apontam a família, tanto como fator de risco, quanto de proteção ao consumo de drogas (MALTA, 2011; DOURADO et al., 2014; TOMÉ et al., 2013). No entanto, considerando a multifatorialidade que o entorna, o fenômeno transcende qualquer interpretação reducionista causa-efeito.

A absorção da culpa e a conseqüente ansiedade geram o sentimento de incapacidade para reverter a situação vivenciada, que passa a soar como um contexto estranho, e a família não vê possibilidade de mudança. Ainda com o intuito de justificar os motivos por que o filho tornou-se consumidor de drogas e para minimizar o sentimento de culpa, algumas mães tentam dividir essa culpa com outros familiares e com as “amizades ruins”, como podemos perceber nas falas a seguir:

[...] acho que é hereditário. Vários parentes da parte do pai faleceram por causa da bebida. **(Sol)**

[...] as amizades ruins, também levam as pessoas para o mau caminho. **(Céu)**

Fica evidente também o estereótipo de mãe como culpada pelos infortúnios realizados pelos filhos. As mães sentem-se muito culpadas por perceberem que não conseguiram acompanhar o modelo padrão, imposto pela sociedade, de família perfeita (WEBER 2004). Essa suposta violação moral encontra na culpa uma forma de acomodação cognitiva, e pode ser definida como expectativa generalizada de autopunição (SANTOS, 2013).

Em função das diversas exigências e dos deveres atribuídos aos pais, o ambiente familiar pode apresentar sérias complicações à educação e promoção do desenvolvimento do grupo doméstico. Assim, o sofrimento do filho atinge diretamente a autoestima dos pais, que se consideram culpados pelas falhas na condução do grupo e na manutenção da estrutura familiar.

Neste sentido, a culpa é um sentimento inseparável da pessoa e é seguida de um desejo de reparação. Pode ser acarretada pela defesa constante contra o nada, o que impede o existente de usufruir a sua capacidade de ser-no-mundo, pois, além de ser uma condição ontológica, a culpa, desvela a impossibilidade do homem ser em si mesmo, crendo estar em débito o tempo todo consigo mesmo, sendo que ele pode, ao mesmo tempo, negar a presença dessa culpa (SIGELMANN; FERNANDES, 1986).

A preocupação da família com o consumo de drogas, geralmente, só aparece quando o membro manifesta alterações físicas ou emocionais. Antes disso, ela nutre um sentimento ilusório de controle sobre o problema, e esse sentimento pode gerar um modo obsessivo de cuidar, envidado por atenção excessiva, o que torna o familiar cuidador vigilante e dominador (TOMÉ et al., 2013). Vejamos as descrições das mães:

[...] as blusas novas, eu não o deixo vestir quando ele está bebendo. **(Rio)**

[...] eu não o deixo sair. **(Frutos)**

[...] eu falei que eu dava minha vida, mas não deixaria o meu filho. **(Nuvem)**

Diante do exposto, percebemos que há um sofrimento silenciado no contexto da convivência e do cuidado da família, especialmente das mães com os filhos que experienciam o consumo habitual de drogas. E esse silêncio, que se desvelou tanto sob a forma de sentimento de culpa como do “medo” do juízo social.

Com relação ao “medo” do julgamento social, a *Analítica da Ambiguidade*, possibilitou-nos perceber, nas descrições das mães participantes do estudo, uma relação existente entre esse sentimento e os diferentes perfis na ação de “dar o banho” nos filhos que se encontram sob o efeito da droga e em consequente desleixo com a aparência pessoal. Dentre os perfis destacam-se: higienizar (limpar) o corpo e cuidar da imagem pessoal, atender a exigência e padrão social, quanto à manutenção da

aparência, buscar aproximação e contato afetivo, e responder às cobranças dos profissionais da saúde, conforme corroboram os fragmentos a seguir:

[...] só saindo (para a rua) sem o banho, sem higiene de tudo; não tem como ficar um ser humano sem a higiene, tem que ter a higiene. **(Rio)**

[...] eu pegava ele com carinho e eu ia dar banho e conversava com ele e abraçava [...] porque estamos lutando para vê-lo em pé, igual aos outros. **(Nuvem)**

[...] levei para interná-lo no hospital psiquiátrico, a assistente social perguntou sobre o banho, porque ela disse que chegaram mães lá (no hospital) dizendo que não davam banho, então, ela disse que assim não poderia ficar. **(Rio)**

Percebemos, nessas descrições, que, embora o banho constitua uma ação habitual de higiene corporal, o fenômeno apareceu com um novo perfil, em que a orientação intencional parece fundamentar-se na preocupação com o julgamento social em relação à função materna de cuidado com os filhos. A ação imediata de “dar o banho”, de higienizar, apareceu como uma atitude mais do ponto de vista moral, um sentimento que leva ao zelo pela autorreputação do ser mãe, do ser família, que tem um dever sociocultural de cuidar de seus membros. Segundo a ótica de Merleau-Ponty, compreendemos que essa ação pode acontecer de forma fenomênica, impessoal, mas, também, como manifestação da personalidade, porque há uma preocupação com o modo como a sociedade vê e julga o ser pessoa-mãe, que exerce ou não o papel de cuidadora.

Vejamos, a seguir, expressões de mães que insistem em “dar o banho” como uma forma de cuidado dos filhos alcoolistas. Elas fazem ver que, estando sob os cuidados higiênicos, os filhos aparentam encontrar-se em melhores condições sociais e de saúde, diferentemente do “mendigo” que se encontra em situação de descuido e, por isso, vive sujo.

[...] o meu filho, ele está bem melhor, graças a Deus. Está tomando banho, não tomava banho, bebia direto, parecia um mendigo, os pés faziam “pena”. Hoje mesmo eu estava conversando com uma vizinha, ela disse: tem gente que fala que é porque ele quer **(Sol)**.

[...] eu é que dou banho do dia que começa a beber até o último dia que para; eu dou banho todos os dias, porque não vou deixar sujo, nem deixá-lo tomar banho sozinho. **(Rio)**

As descrições desvelam que o fato de a pessoa estar suja caracteriza uma situação de abandono, de descuido e, por isso, ela é estigmatizada como sendo indigente, que não possui vínculos sociais, não tem um lar, uma família que a acolha e que possa exercer o cuidado. Nessa condição, a pessoa é gravemente afetada em sua identidade como ser social, e estereotipada como andarilha e mendiga. Logo, dar-lhe um banho, melhorar a sua aparência, corresponde a uma ação cuidativa por parte da família, que pode mobilizar mudança na perspectiva social em relação à pessoa, considerando que, na maioria das vezes, é julgada a partir do que se mostra por fora.

Essa visão é característica da sociedade ocidental, cujo sistema econômico dominante (capitalismo) valoriza extremamente a beleza, a aparência social aceita (BAUMAN; DONSKIS, 2014), algo que, na perspectiva de Merleau-Ponty, compreendemos que seja a preocupação com os caracteres socioantropológicos. Trata-se da preocupação com aquilo que satisfaz as exigências sociais em relação a nossa aparência pessoal, os papéis que assumimos no contexto familiar e social (MERLEAU-PONTY, 2007).

Algumas mães acreditam que o banho é fundamental ao filho que se encontra na condição de consumidor habitual de drogas, a higiene corporal está “em primeiro lugar”, uma vez que produz visibilidade de não abandono por parte da família. Trata-se de uma forma de mostrar que a pessoa não está tão mal como se apresenta ao imaginário social e que existe uma família que cuida dela e que se preocupa com ela. Vejamos a descrição seguinte:

[...] porque a higiene em primeiro lugar, não é? Quanto mais achá-lo limpinho, eu me sinto também limpa. [...] vê-lo todos os dias chegando, só saindo, saindo sem o banho, sem higiene de tudo. **(Rio)**

[...] eu falo com o pai: vai dar um banho nele. E falo com meu filho: vamos meu filho tomar um banho! Eu te dou banho. Meu filho, você está fedido! Não pode uma coisa dessas! **(Sol)**

Na perspectiva do filósofo e teólogo Leonardo Boff, o cuidado “é mais que um ato; é uma atitude [...] mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo”; trata-se de “ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro”. [...] o cuidado é o que se opõe ao descuido e ao descaso (BOFF, 2013).

A partir das descrições percebemos que a família, especialmente as mães, na tentativa de diminuir o estigma, se preocupam e se ocupam em cuidar da “limpeza” corporal de seu familiar, para mostrar às outras pessoas que o fato de consumir drogas não significa que deva eximir-se da higiene pessoal e ser visto como mendigo. Logo, a necessidade exacerbada de “limpeza” extrapola o cuidado com a higiene, parece emergir como um mecanismo de negação da pessoa e valorização dos padrões sociais de aceitação do humano enquanto ser. O estar “limpinho” (filho) é condição para a mãe sentir-se “limpa” também. Limpa de quê? Do juízo moral que outras pessoas fariam dela, pois há uma visão social legal e moralista do consumidor de drogas, como uma “pessoa estigmatizada, desprezada e suja, que frequenta locais bastante sujos, onde se empilham seringas usadas, lixo e dejetos” (ELIAS; BASTOS, 2011).

Além dessa visão moralista de cuidado, que faz eco ao pensamento merleau-pontyano, acerca da noção de pessoalidade, o filósofo abre, também, a possibilidade para compreendermos o aspecto instintivo (impessoal) do cuidado materno. Para a mãe o filho corresponde a uma extensão de seu corpo, e esses sentimentos escapam a qualquer tentativa de explicação, consistem em um não saber de si da parte da mãe, é o que se considera como fenômeno, conforme percebemos na descrição de Nuvem: “[...] ele chegava à noite bêbado, caindo, eu arrancava a roupa, dava banho; colocava desodorante nele, colocava-o na cama”.

Diante do exposto, a preocupação da mãe em cuidar da aparência do filho pode ser compreendida segundo duas perspectivas. A primeira, impessoal, de que tratamos no parágrafo anterior, e a segunda, que consiste na concepção de que deve cuidar para evitar o juízo de valor negativo que a sociedade pode lhe atribuir; trata-se do cuidado da pessoalidade, do ser pessoa (ser sociocultural), como observamos na descrição de Rio: “[...] Quanto mais achá-lo limpinho, eu me sinto também limpa. Do que eu vê-lo todos os dias [...] saindo sem o banho, sem higiene de tudo”.

Para o filósofo, até certo ponto, essa atitude tem um fundo reflexivo, uma vez que pode surgir da questão: o que as pessoas vão pensar de mim, como família, ao deixar meu filho sujo, maltrapilho? O sentir-se “limpa” pode corresponder à sensação materna de dever cumprido e, com isso, diminuir a possibilidade de sofrer comentários depreciativos.

Com base na perspectiva da Analítica da Ambiguidade, percebemos que, como acontece ao contemplar uma pintura em tela, as descrições das participantes do estudo nos revelam figuras e fundo, o que é próprio da percepção humana. Notamos que, se por um lado as mães compartilham sentimentos com os filhos, o que corresponde, segundo o pensamento merleau-pontyano⁽¹⁵⁾, à experiência de coexistência; por outro lado, elas vivenciam a cobrança do mundo sociocultural, que determina que os filhos precisam se apresentar limpos para serem bem vistos, conforme sustenta esta descrição:

[...] todo mundo, quando quer um filho, quer um filho bonzinho, bonitinho, lindinho, que chega prontinho para mostrar para todo o mundo, e falar: olha o meu filho, minha filha! (**Água**)

Na verdade, trata-se de um cuidado de si irreflexivo. O fato de ter um familiar usuário de drogas, que já implica em preconceito social e, mais ainda, ficar sem higiene pessoal, com a aparência descuidada, aumenta a ansiedade e a culpa da pessoa que cuida. Para livrar-se desses sentimentos o cuidador familiar, na primeira oportunidade que tem, submete-o a um cuidadoso banho, deixando-o limpo, higienizado. A expectativa é que as pessoas o vejam limpo e valorizem a imagem da família. Logo, há um cuidado de si irrefletido, o cuidado com a reputação (SENA, 2010).

Deste modo, para as mães, um indício de que seu filho está bem, é tomar o banho, ou seja, estar limpo, como percebemos na descrição de Rio: “[...] já sóbrio não, quando está sóbrio toma dois, três banhos”. A preocupação dessa mãe acompanhante, cuidadora, é que a pessoa seja capaz de reconhecer que necessita melhorar sua autoimagem. Isto é o que a sociedade exige de nós, a aparência pessoal.

Além da cobrança advinda das pessoas em geral, as mães, na maioria das vezes, são vistas por alguns profissionais dos serviços de saúde, apenas como referência, para prestarem informações sobre os filhos, para quem buscam ajuda técnica, e a receberem e cumprirem as prescrições estabelecidas. Ou seja, a família não é acolhida em suas necessidades sociais e de saúde. Como muitas dessas famílias vivem em situação de vulnerabilidade, no que tange a carência das condições básicas para a existência, recebem passivamente as prescrições e, a qualquer custo, buscam cumpri-las, já que o

contexto social atesta a família como única responsável, não apenas pelo cuidado, mas pela situação de desleixo com a aparência do familiar que se encontra fragilizado em função do consumo de drogas. Vejamos a descrições:

[...] no dia mesmo que eu o levei para internar [...] a Assistente Social perguntou sobre o banho. **(Rio)**

[...] banho é importante [...], ele precisa de uma limpeza, para mostrar [...]. **(Nuvem)**

Percebemos que a visão de sujeira e poluição, difundida pelas religiões primitivas, no domínio do sagrado e do profano, do impuro e do puro, ultrapassou esses campos e passou a fazer parte de uma configuração muito mais profunda, que interpreta os princípios de organização e de classificação cultural, presentes em vários rituais nos diversos espaços sociais, e em todas as sociedades (DOUGLAS, 2012). A autora destaca ainda, que os rituais de limpeza e purificação não são gestos de sociedades primitivas, mas sim de todas as sociedades humanas, no sentido em que revelam o controle da desordem.

Em pleno século XXI, em país ocidental, como o nosso, ainda se faz presente a visão mística de que a pessoa alcoolista está possuída por um ser sobrenatural e que esse ser recusa-se à limpeza, conforme aparece na descrição de Água: “[...] a pessoa que tem problema com álcool tem encostos espirituais, que não gostam de ambiente limpo”.

Em nossa vivência empírica e na experiência com esse estudo, percebemos que, no contexto do consumo de drogas, “estar limpo” tem uma conotação de estar sem a presença da substância psicoativa na corrente sanguínea, significa estar em abstinência há algum tempo. O fato de tomar banho ao encontrar-se em estado de intoxicação e com a higiene corporal precária pode consistir em uma estratégia de proteção contra o julgamento e o estigma social, não somente do usuário, mas também de sua família, que tem sido culpabilizada quando um ou mais membros passam a consumir drogas. Geralmente, o usuário e sua família são vítimas de argumentos e explicações reducionistas do tipo, “a família é desestruturada”, “o rapaz é carente, mora em bairro periférico, é por isso que passou a usar droga”.

Esses argumentos nos remetem ao discurso moralista e proibicionista característico do modelo repressivo, pautado na proposta de guerra às drogas, como uma das alternativas para se exercer controle social e se manter a estrutura. Neste cenário, as drogas foram identificadas como a encarnação do mal (MARTINS; DOS SANTOS; PILLON, 2008).

Logo, a iniciativa imediata da família, ao providenciar o banho de seu familiar alcoolista, sinaliza seu desejo de limpar-se também, higienizar-se do sentimento de culpa e do estigma social, não obstante estar evidente que os direitos de cidadania dos consumidores de drogas são negligenciados, como se o descuido e o desrespeito para com eles fossem socialmente permitidos, por considerá-los sujeitos marginalizados e excluídos (GREGIS; MARTINI, 2006).

Percebemos também que algumas descrições expressam a falta de conhecimento das mães sobre a proposta terapêutica pautada na redução de danos, conhecimento esse que as auxiliaria no cuidado, e diminuiria a autocobrança mobilizada pelo discurso proibicionista, que gera angústia e revolta ao próprio usuário. Vejamos algumas descrições de mães:

[...] ele passou pela psicóloga e ela tentou conversar comigo particular, para ver se eu aceitaria dar a ele um cigarro de maconha 'fino'. É pesado para uma mãe, porque eu pensei: ele pode ter recaído. **(Frutos)**

[...] as recaídas são constantes. Ele nunca vem (ao Caps ad) quando tem recaída. Às vezes faltam três dias para a revisão, ele tem recaída. Não é fácil, é um sofrimento, sofrimento. **(Rio)**

[...] não pode dar mais confiança, a gente acha assim: que a qualquer momento pode ter uma recaída. **(Frutos)**

[...] quando ele vai a um lugar eu penso, será que ele vai beber? Eu acho que a solução é ele querer sair desse caminho que é o álcool. O primeiro passo é ele largar o álcool. **(Rio)**

[...] tem que deixar o álcool. **(Sol)**

A proposta de redução de danos (RD) tem como finalidade diminuir agravos decorrentes do consumo habitual de drogas, devolvendo à pessoa sua autonomia e sua responsabilidade no tratamento. Fundamenta-se no princípio da liberdade de escolha, considerando que nem todos os consumidores querem ou podem abster-se

completamente das drogas (BRASIL, 2003). Assim, o tratamento baseado nessa estratégia visa a resgatar a cidadania da pessoa, e não a reforçar sua culpabilização.

A busca por intervenção pontual, exigindo-se abstinência, constitui um equívoco cometido pelos familiares, o que poderá agravar-se com superproteção e exclusão (MARTINS; DOS SANTOS; PILLON, 2008). O maior desafio da política de saúde mental no contexto do consumo de drogas é engajar o consumidor nos serviços, não só como usuário, mas como ator corresponsável pelo que se propõe nessa política (DOURADO et al., 2014).

Isso porque por mais completa que seja, nenhuma explicação será suficiente para esclarecer o fenômeno do consumo de drogas, muito menos do engajamento da mãe e outros familiares no cuidado. Trata-se de uma vivência que emerge espontaneamente e é muito mais complexa do que se pode imaginar (ELIAS; BASTOS, 2011).

Ao refutar a tese causa-efeito, relacionado a influência da família ao consumo de drogas, não estamos descartando o contexto familiar como lugar de possível vulnerabilidade, no qual alguns membros venham a fazer contato com substâncias psicoativas, desenvolver relações de intimidade com elas e tornarem-se sujeitos a danos à saúde. Porém, a questão que queremos levantar é que a instituição de teses que aludem causa e efeito, no que concerne ao consumo de drogas, constitui uma visão objetivista, uma vez que se acredita que as coisas são em si mesmas. Segundo a ótica merleau-pontyana, precisamos suspender o naturalismo e compreender os vários perfis que entornam a complexidade daquilo que se mostra como fenômeno, configurando-o como ambiguidade (MERLEAU-PONTY, 2011; 2013).

A sustentação de teses dessa natureza produz sérias implicações no que se refere à saúde das pessoas, no caso das mães, em múltiplas dimensões. A culpabilização social da mãe porque o filho tornou-se consumidor de drogas pode fazer com que ela sofra angústia profunda, pois incorpora o estigma e passa, realmente, a sentir-se culpada. Esse estado de angústia pode fazer com que aumente o processo de fragilização decorrente do cotidiano em sua complexidade, que se intensifica pelo contexto vivencial com o filho que pode se encontrar vitimado ou não pela relação habitual com as drogas e pelo julgamento social.

5.2 CATEGORIA 2: O CUIDADO NA PERSPECTIVA DA EXPERIÊNCIA DO OUTRO

A leitura das descrições vivenciais dos participantes do estudo, à luz do pensamento merleau-pontyano acerca da percepção humana, que nos conduz a olhar o mundo segundo a perspectiva figura-fundo (MERLEAU-PONTY, 2011), fez ver que a relação cuidativa de familiares com membros que consomem drogas implica, dentre outras facetas, em cuidado de si, embora, irrefletido (SENA, 2006; 2010), conforme revela a descrição seguinte:

[...] Foi muito difícil, me abalou muito psicologicamente, cheguei a fazer acompanhamento com psiquiatra, porque eu não queria aceitar. Mas aí entendi que eu tinha que aceitar, porque eu sou mãe. Ter mais amor por ele, mais do que eu já dava [...]. (**Nuvem**)

No momento em que *Nuvem* reconhece seu dever moral, como mãe, ela passa a aceitar a condição de cuidadora e, a partir de então, sente que precisa amar mais o filho além do que já fazia. Esta leitura revela-nos a ambiguidade sentir-refletir, que é própria da percepção humana (MERLEAU-PONTY, 2007; 2011). Ao mesmo tempo em que *Nuvem* sente-se desapontada com o fenômeno vivenciado pelo filho, passa a refletir sobre o dever materno de cuidar, o que a leva à aceitação e ao reconhecimento da necessidade de amar.

O cuidado de si irrefletido pode ser pensado a partir da necessidade de sustentar a tese sociocultural de que toda mãe deve amar os filhos e cuidar deles de forma incondicional. Segundo o pensamento merleau-pontyano, os seres humanos convivem, constantemente, com uma demanda sensível, que independe de deliberação pessoal, e outra cultural, relativa à inserção em contextos sociais distintos. O sentir-se desviante de certos padrões sociais (rejeição do filho em função de consumo de drogas), implica em ansiedade e culpa, o que a levaria à tentativa de aliviá-las, mediante cuidado excessivo e superproteção. E é essa ação pré-reflexiva que designamos de cuidado de si irrefletido.

A noção de “*outro*” mencionada, nesta categoria, refere-se à experiência de transcendência das cuidadoras participantes do estudo na vivência do cuidado, uma

vez que cuidando do semelhante elas cuidam, também, de si mesmas, o que implica no tornar-se um *outro eu mesmo*.

Embora as descrições vivenciais revelem que na relação com o familiar em condição de consumo habitual de drogas acontece o cuidado de si irrefletido, também apontam, de forma objetiva, o reconhecimento de que esse cuidado (cuidado da ansiedade e da culpa) implica em descuido, uma vez que resulta em intenso sofrimento para quem cuida, conforme podemos perceber nas descrições seguintes:

[...] Eu não me importo, se eu morrer eu morri, pelo amor que eu estava dando, amor a ele, pelo cuidado, muito cuidado. O pai não, não liga! Eu tenho sofrido muito, muito mesmo. Tem dias que eu não durmo, tive início de depressão, uma agonia [...]. **(Sol)**

[...] (Quando iniciou o uso) então daí para cá eu estou neste sofrimento, porque na mesma hora que ele está bem, ele não está. Eu sempre falo assim: cada recaída dele é nova etapa, porque agora eu estou começando do zero de novo, tudo voltou à estaca zero. Não é fácil, é um sofrimento, sofrimento! [...]. **(Rio)**

[...] É porque ele não tem o pai, o pai é mais na roça, a essa altura já perdeu a paciência, os irmãos dele também perderam a paciência, tudo sobra para mim, eu já tentei até suicídio com isso [...]. **(Fruto)**

[...] Não vou negar, eu me aproximei de um copo de bebida, bebi, me embriaguei. (...) eu dou a minha vida por ele [...]. **(Nuvem)**

[...] Passei por momentos muito difíceis; mas eu dou muito amor [...]. **(Céu)**

[...] Todas as vezes que eu penso que posso ir ao fundo do poço como hoje, que eu acordei um pouco triste eu pensei: Meu Deus eu não posso me dar o direito de ficar triste, essa história, também, é minha! [...]. **(Água)**

[...] Eu tenho sofrido muito, muito mesmo [...]. **(Sol)**

Todo esse sofrimento remete ao domínio do sentir-se na obrigatoriedade com a questão moral. Embora os demais membros da família (pai, irmãos) possam eximir-se do cuidado, “perder a paciência” com o membro que consome drogas, a mãe jamais se permite recusá-lo e, por isso, passa a gerir a própria vida em função das necessidades do filho. Neste contexto, a mãe é a pessoa mais afetada na relação: é ela quem sofre, angustia-se principalmente, pela relação de afeto que é estabelecida entre mãe e filho, antes mesmo do nascimento. E a mãe representa, muitas vezes, o apoio de todo o

núcleo familiar, apesar de chegar a perder a confiança no filho (MAGALHÃES et al., 2013).

Nessa relação de intimidade mãe-filho, desvela-se o sentimento de coexistência, noção que Merleau-Ponty desenvolve a partir de sua compreensão acerca da temporalidade, ou seja, da presentificação de um horizonte de passado e outro de futuro, na perspectiva de uma vivência de campo (SENA, 2006; SENA; GONÇALVES, 2010; SENA et al., 2011; MERLEAU-PONTY, 2011).

Não obstante nas descrições apareça a noção de tempo cronológico, o foco desse estudo é a temporalidade. Para Merleau-Ponty, o “tempo não é uma linha, mas uma rede de intencionalidades”, com a intenção de eternizar a vida (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 476). Partindo desta compreensão, na trajetória do cuidado, as participantes podem *presentificar* situações que inspiram sentimentos de culpa. Isso pode ser percebido a cada experiência de “recaída” do membro sob o consumo da droga, caso o familiar cuidador vivencie a sensação de insucesso e sofrimento, conforme se pode evidenciar na descrição de Rio: “agora eu estou começando do zero de novo, tudo voltou à estaca zero, [...] é um sofrimento, sofrimento”. Por outro lado, emergem estratégias mobilizadoras para esse recomeço como, “muito cuidado”, “muito amor”, não se “dar o direito de ficar triste”.

Nesse sentido, a culpa pode mobilizar atitudes de compensação (“amor”, cuidado intenso, superproteção) das supostas “falhas” cometidas pela família, especialmente, pela mãe. E essas “falhas” parecem ter um custo muito alto na vida da família, o que apareceu nas descrições das participantes: beber ao ponto de embriagar-se, desvalorizar a própria vida, tentar suicídio, não poder perder a paciência, não ter o direito de entristecer-se, ter insônia e deprimir-se.

Seguindo a lógica da *analítica da ambiguidade*, no que concerne ao ser humano e, mais especificamente, ao ser familiar cuidador, este estudo corrobora a concepção de que, na relação com o consumidor de drogas, o familiar experimenta sentimentos ambivalentes como compaixão, vontade de ajudar, momentos de raiva e desespero (CARVALHO; DA SILVA OLIVEIRA; MARTINS, 2014). Os sentimentos nefastos impõem a necessidade de intervenção com o familiar cuidador, no sentido de atenuar a probabilidade de ideação suicida (ARAGÃO; MILAGRES; FIGLIE, 2009).

Notamos que as mães tendem a assumir o cuidado com exclusivismo, ou seja, o pai e os irmãos podem deixar de cuidar, mas é inadmissível que a mãe se negue. As descrições mostram que, ao mesmo tempo em que as mães se angustiam e até desejam a morte em função do cuidado de seu familiar, elas demonstram não poder deixar de existir, uma vez que não há quem cuide dele de modo igual.

Estudos que abordam a experiência da família, relacionada à sobrecarga e ao sofrimento decorrentes do processo de cuidar de familiares que sofrem de transtornos mentais e em função do consumo de drogas, destacam que ela se angustia com as escolhas feitas por eles e com os riscos a que estão expostos, mas empenha-se a dispensar-lhes atenção acentuada. Entre os tipos de sobrecarga, apontaram a financeira, a física e a emocional (AZEVEDO; MIRANDA, 2010; PEGORARO; CALDANA; LIMA, 2006; PEGORARO; CALDANA, 2008; REIS; MOREIRA, 2013; SENA et al., 2011).

Entretanto, esse pensamento, que associa o cuidar à sobrecarga e ao sofrimento do cuidador, constitui-se em uma tese e, portanto, faz-se necessário suspendê-la. O presente estudo mostra que o cuidado não consiste apenas em sofrimento, mas abre possibilidade para que, tanto o cuidador como o familiar de quem cuida, possam tornar-se *outro* por meio da intersubjetividade inerente à relação cuidativa.

Na perspectiva merleau-pontyana, a experiência perceptiva sempre nos abre a possibilidade da transcendência, o que se configura como um *eu posso*, como tornar-se “*um outro eu mesmo*”. Na relação de cuidado, o que acontece é a resignificação de vidas, em função da experiência intercorporal vivenciada (SENA, 2006), como observamos nas descrições seguintes:

[...] Agradeço o médico e o psicólogo, que me passavam bastante experiência de como lidar com ele, e só tenho o que agradecer [...].**(Fruto)**

[...] Eu ensino, explico, porque eu já participei e participo de todas as reuniões que tem aqui, explico, ensino a ele como lidar com a ansiedade [...].**(Rio)**

[...] Meu esposo não tinha paciência, mas através do acompanhamento do Caps, ele está mais paciente, quando eu chego eu passo para ele [...].**(Nuvem)**

[...] A gente aprende com o tempo, eu estou aprendendo. No caso do dependente químico é um pouco diferente, eu estou aprendendo muita coisa

agora. Hoje eu tenho outra forma de receber. Eu estou aprendendo tudo isso com a própria situação, eu não sabia nada, eu estou aprendendo [...]. (**Água**)

[...] Mas, depois, através daqui eu aprendi mais, e também na igreja [...]. (**Sol**)

[...] Por mais sofrimento que agente passe. Agente supera [...]. (**Céu**)

Estas descrições desvelam que o aprendizado construído mediante o processo de cuidar possibilitou a experiência de tornar-se um “outro eu mesmo” (SENA, 2006). Por meio da intersubjetividade, a cuidadora e seu cônjuge modificaram a relação e a convivência com o filho que consome drogas. Essa nova forma de cuidar, aprendida com a prática, modificou as relações, tanto do pai para com o filho, como da esposa para com o marido, reduzindo os conflitos do relacionamento familiar.

Essa experiência de transcendência ocorre em função da vivência de ser no mundo, que não é apenas uma condição geográfica, como estar no planeta, é muito mais abrangente: significa coexistência, relacionamento com as coisas e com o semelhante que, também, estão no mundo. Assim, o ato de cuidar não é apenas uma virtude, ou uma ação de cuidar, mas um modo de ser no mundo, de relacionar-se com o outro e com as coisas e, por isto, importa colocar cuidado em tudo, buscando desenvolver a capacidade de sentir o outro, negando a vontade de reduzir tudo a objeto (BOFF, 2013).

As descrições de mães integrantes do estudo desvelam que, para cuidar de uma pessoa que consome drogas habitualmente, é preciso que se desenvolva “amor incondicional”, sentimento que escapa a qualquer tentativa de explicação, conforme revelam as descrições:

[...] Como mãe tem que ter muito amor, muito amor e muito carinho e aproximar dele assim, com amor mesmo, pra que ele venha a entender, que em meio ao sofrimento que ele se encontra, ele recebe amor [...]. (**Nuvem**)

[...] porque a gente ama e o amor é tudo [...]. (**Céu**)

[...] primeiro o amor, se não você não chega a lugar nenhum [...]. (**Rio**)

[...] Eu estou desenvolvendo meu amor incondicional, se você não desenvolver o seu amor incondicional é impossível você cuidar de uma pessoa assim [...]. (**Água**)

Falar de cuidado motivado pelo “amor” parece ser uma expressão que está em desuso e, no mundo moderno, vemos que não há espaço para o que foge à regra, ao padrão. Vivemos em uma sociedade cujos laços afetivos não são mais tão profundos: é uma sociedade de descarte contínuo, em que nada tem a “permissão de se tornar indesejável”. Trata-se de uma sociedade “líquida moderna”, em que a qualquer momento os “ativos se tornam passivos e os capazes em incapazes” (BAUMAN, 2009, p.7-9).

Referindo-se ao filho em situação de consumo de drogas, uma Nuvem revelou que “[...] alguns da família falam: joga fora, bate a porta, porque o que você está sofrendo é por causa dele”.

As relações estabelecidas são medidas pela “qualidade de satisfação mútua” que podem proporcionar (BAUMAN; DONSKIS, 2014, p.22). Na relação mãe-filho destacada, egoisticamente falando, não há satisfação mútua, logo, o filho deve ser descartado pela mãe.

No entanto, em se tratando do ser mãe, não obstante encontrar-se em uma sociedade “líquida moderna”, o “amor”, parece constituir um sentimento inerente a quase todas as mães, talvez até por uma convenção sociocultural aprendida. Este atributo materno pode ter impulsionado uma delas (Nuvem) a afirmar que tem que ter “muito amor” para que o filho “venha a entender que, em meio ao sofrimento, ele recebe amor”, ou seja, a mãe sente a necessidade de ser significativa para o filho, o que lhe será gratificante.

Neste contexto, o cuidar, que é uma atitude própria do ser humano e revela empenho pelo outro e por suas necessidades (BOFF, 2013a), é vivenciado de forma ambígua pelas participantes do estudo, que ora revelam angústia, ora revelam “amor”. Esses sentimentos são coexistentes, pois, quando o familiar exprime o “amor” no cuidar, esse amor reverbera na pessoa cuidada, ou seja, o amor gera amor, e a angústia da mesma forma. Na coexistência, um sente o que o outro sente (CARVALHO; SILVA; MARTINS, 2014).

Na perspectiva de Merleau-Ponty, na relação de coexistência, o que ocorre é um entrelaçamento de um no outro, o “corpo vidente subtende o corpo visível e todos os visíveis com ele, existe aqui um reforço da ligação, corpo e mundo, no qual um reflete

no outro” (MERLEAU-PONTY, 2007, p.135). O autor enfatiza, ainda, que se trata de uma experiência intersubjetiva, em que o sujeito que percebe e o objeto percebido são partes ontológicas: esse corpo no mundo e o mundo no corpo são inseparáveis.

5.3 CATEGORIA 3: A INFANTILIZAÇÃO NA PERSPECTIVA DO CUIDADO DE SI

Merleau-Ponty descreve que o mundo clássico não atribui a atenção devida para a criança, o animal e o louco, uma vez que considera suas condutas sem sentido. Cada um desses três segmentos é visto como “caos vivo” e está à margem da verdade, como se o normal vivesse em busca de uma coerência (MERLEAU-PONTY, 2009, p.32).

As descrições das participantes do estudo revelam que na relação de cuidado com os familiares que consomem drogas, embora estes já sejam adultos (32 anos de idade, em média), elas os infantilizam e os vitimizam, conforme revelam as descrições a seguir:

[...] às três horas da manhã ela me chamava e eu estava ali, até hoje também, às vezes, até as pessoas falam assim que eu cuido dela como se fosse uma criança (risos). Ela tem 28 anos, mas a mãe é para isso mesmo [...]. **(Céu)**

[...] o meu é como uma criança [...]. **(Nuvem)**

[...] com o passar do tempo, eles se tornam uma criança, o meu, eu vejo ele como uma criança. Porque você ter uma pessoa dessas não é fácil, é pior do que um bebê [...]. **(Rio)**

[...] Não tem adjetivo para dizer o quanto é ruim você ter uma pessoa com problema de álcool ou droga perto de você, tem que cuidar quase como se fosse um bebê [...]. **(Água)**

[...] Eu falo: meu filho, você está fedendo, vai tomar um banho, meu filho eu lhe ajudo! (Ele responde) “oxe” mãe, a senhora acha que precisa a senhora ajudar eu tomar banho? Eu mesmo tomo! [...]. **(Sol)**

[...] Eu não o deixo sair [...]. **(Fruto)**

Nessas descrições, podemos perceber a presença de sentimentos ambíguos, pois, ao mesmo tempo em que, na situação posta, consideram a experiência de cuidar como sendo ruim, entendem que o cuidado deve ser especial e minucioso, como se

cuida de um bebê. E, se o cuidado atribuído ao bebê é em tempo integral e demanda atenção, assim também deverá ser com a pessoa que consome drogas, independentemente de sua idade, conforme mostra a descrição de Céu: “Ela tem 28 anos, mas a mãe é para isso mesmo”.

Na prática, o que acontece, mesmo sem a cuidadora perceber, é a vivência ambígua: por um lado, um não saber de si, isto é, um sentimento inexplicável que move a família ao cuidado (cuidado – vivência humana essencial). Por outro, um saber de si – vivência imposta pela razão (consciência), em função das exigências sociais (SENA et al., 2011). Com a descrição desse entrelaçamento vivencial não temos a pretensão de explicar as atitudes das cuidadoras, mas de compreendê-las.

As atitudes de superproteção e infantilização do consumidor de drogas, por parte da família, poderá, inclusive, estimular o consumo habitual e reforçar o estigma de inutilidade e incapacidade. Estas atitudes se opõem ao que é preconizado pela estratégia de redução de danos (RD), proposta na Política de atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas que prevê a defesa da autonomia do consumidor de drogas e ratifica a necessidade de seu protagonismo social (BRASIL, 2004).

Se fôssemos analisar o fenômeno da superproteção segundo a perspectiva da psicologia clássica, baseada na psicanálise, o que, provavelmente, ocorre é o emprego de um mecanismo de defesa, para o alívio da ansiedade e da angústia geradas na família pelo convívio com o familiar consumidor de drogas. Esse mecanismo que, em parte, é consciente e, em parte, é inconsciente, designa-se racionalização. Por meio dele a pessoa perdoa a si mesmo e aos outros pelas falhas e erros cometidos, de uma forma que sua autoestima seja preservada (FREUD, 2006).

Segundo o pensamento freudiano, o ego é ajustado mediante as necessidades narcisistas da pessoa em sua realidade. Quando lhe ocorrem sentimentos incontroláveis, ela estabelece um raciocínio lógico para explicar, racionalmente, os pensamentos e atitudes que seriam inaceitáveis, com o intuito de disfarçar os seus conflitos internos perante si e perante os outros.

Esse mecanismo aparece quando ocorre uma desordem que ocasione ameaça ao psiquismo, com a finalidade de recuperar o equilíbrio. De modo inconsciente, o mecanismo nomeia as escolhas, intelectualizando cada uma delas. É necessário não

confundir racionalização com pensamento racional, que induz a razões boas e justas, enquanto a racionalização quer obter razões apropriadas para esclarecer as condutas (ALMEIDA; ATALLAH, 2009).

Neste caso, é mais fácil aceitar o sujeito como uma criança do que como um adulto que transgredir as normas sociais impostas. O adulto, visto como “delinquente” – o que ocorre à pessoa que consome drogas habitualmente –, implica em estigma social, o que gera ansiedade, depressão e frustração em seus familiares, principalmente os mais próximos. Aceitá-lo como uma criança alivia o sentimento de culpa da família por “não ter educado para obedecer aos padrões e às normas sociais”, uma vez que as pessoas, em geral, interpretam o fato de alguém tornar-se consumidor de drogas como sendo “falha” da família, que é considerada desestruturada e passa a elaborar mecanismos de defesa.

Aceitar um filho adulto que é um “drogado” é assumir a posição de “família desestruturada”, ou seja, validar/confirmar essa tese sociocultural. O sofrimento é sentido de duas formas: a primeira está relacionada à preocupação com a moralidade e a reputação social da família, o que favorece a emergência do sentimento de culpa, por achar que não deu o melhor de si para o membro. Sendo assim, o familiar é a vítima do descuido e há culpabilização da família por esse descuido.

A segunda forma de sofrimento por parte da família e, mais especificamente, do familiar cuidador, se refere ao estresse cotidiano em função da sobrecarga de atividades, o que inclui o cuidar. Em certas circunstâncias, não obstante o filho apresentar a funcionalidade necessária ao autocuidado, a mãe insiste em fazer por ele, conforme vemos nas palavras de Sol, ao referir-se ao questionamento do filho: [...] mãe, a senhora acha que precisa me ajudar a tomar banho?”

Assim, entendemos que o conhecimento acerca da estratégia de RD, por parte da família, a ajudaria a promover a autonomia e a independência do consumidor de drogas em sua residência. Entretanto, se a família o trata como “criança”, o cuidado pode constituir uma sobrecarregar para si.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É preciso que cada instante não seja um mundo fechado, é preciso que um instante possa [...] dispor de um saber adquirido [...] esteja inclinado a continuar
,(MERLEAU-PONTY, 2011, p.586).

A abordagem fenomenológica de Maurice Merleau-ponty permitiu-nos compreender de que forma os familiares de usuários de drogas percebem o seu papel como cuidadores no contexto de uma experiência de campo, orientada pela intencionalidade vivida, tanto de forma intuitiva, quanto sociocultural. Essa forma de conhecer permitiu a expressão da percepção do fenômeno estudado como ambiguidade, algo inacabado e que se mostra sempre em perfil, conforme categorias analisadas no capítulo anterior, a saber: cuidando do outro para livrar-se da culpa e do julgamento social; o cuidado na perspectiva da experiência do outro; e, a infantilização na perspectiva do cuidado de si.

Na primeira categoria **cuidando do outro para livrar-se da culpa e do julgamento social**, as descrições mostram que as familiares cuidam mobilizadas por dois aspectos: o intuitivo e o sociocultural. O primeiro é relativo à instintividade materna, em que o cuidado significa coexistência, sentimento intercorporal mãe-filho, que a culpabiliza pelo fato do filho ter se tornado um consumidor de drogas, bem como pelas consequências danosas desse hábito. Nesse sentido, a mãe cuida do que lhe é próprio, e isto é impessoal, não está no domínio do “eu sei”, mas do “eu sinto”. O segundo se refere à moralidade do ser pessoa-mãe, em que o cuidado consiste em dever social instituído.

Mediante a intersubjetividade com as participantes da pesquisa, foi possível perceber, ainda, que elas centraram a definição de seu papel como cuidadoras, especificamente, na higiene corporal (banho) dos filhos, expressando a preocupação em zelar por sua imagem pessoal, diante da expectativa social. Esta atitude se desvelou, também, como tentativa de resgate da imagem social da própria família, em especial, do ser mãe, que assume o dever moral de cuidar dos filhos “doentes” e/ou fragilizados.

O cuidado na perspectiva da experiência do *outro*, refletido na segunda categoria, desvela o papel no cuidado relacionado às vivências que abrem possibilidade à transcendência e conseqüente melhoria da saúde e da qualidade de vida, tanto do cuidador, como da pessoa cuidada, mediante a intercorporeidade que envolve a relação estabelecida. Nesse processo dialógico e intersubjetivo, ambos podem tornar-se *outro*.

Na terceira categoria, **a infantilização na perspectiva do cuidado de si**, a percepção de que o filho continua na fase da infância apareceu como um mecanismo irrefletido utilizado, pelas mães participantes do estudo, na tentativa de minimizar a ansiedade em função do sentimento de culpa mobilizado pela sensação de ter cometido “falhas” no contexto do cuidado de seus filhos na infância. Percebemos que a culpa faz com que as mães cuidem dos filhos adultos como se eles ainda fossem bebês e, ao fazê-lo, cuidam de si mesmas, de sua ansiedade, embora não tenham consciência desse cuidado irrefletido.

Entretanto, as descrições das familiares que participaram do estudo desvelaram um perfil do sentimento de culpa como uma vivência que distorce a condição do cuidar e pode acarretar em superproteção por parte do familiar e impedir, de certa forma, que o usuário exerça sua autonomia e seja protagonista de sua relação habitual com a droga.

A tentativa de que seu familiar consumidor de drogas em tratamento no Caps ad seja socialmente aceito, faz com que os familiares manifestam uma busca exacerbada pela higiene corporal e melhoria da autoimagem, ao mesmo tempo em que desvelam a necessidade de diminuir o sentimento de angústia e culpa que vivenciam, pois se sentem incapazes de enfrentar o preconceito e o estigma imposto pela sociedade.

Dentre os diversos sentimentos emergentes do contexto vivencial, os familiares cuidadores desvelaram também a ambigüidade inerente à experiência do amar incondicionalmente o ente querido ao revelar que há no cuidado uma possibilidade de se tornar *outro*, no sentido de aprender novas formas de lidar com a situação, formas estas que lhe abrem a um novo mundo, em um novo para si.

Neste sentido, os resultados da pesquisa evidenciam a importância das relações intersubjetivas e a necessidade de potencializá-las nas vivências em questão, para que

se consiga alcançar a superação do contexto de exclusão a que estão submetidos aqueles que consomem drogas habitualmente e seus familiares. Acreditamos que as relações intrafamiliares, em atividades promovidas no Caps ad, são capazes de mobilizar tanto o usuário quanto os seus familiares para transcenderem no desejo de que se tornem autônomos e que a proposta de redução de danos alcance seus objetivos, na apreciação da saúde do usuário e na mínima exposição ao dano e ao risco.

Para tanto, destacamos a importância das pesquisas na área de saúde mental e da família para promover e fortalecer os avanços nas terapêuticas familiares, realizando atividades que incentivem a aplicação da proposta de redução de danos no contexto da família e da sociedade. Nas descrições das participantes desse estudo, pudemos perceber como a constituição de grupos é uma estratégia importante a ser explorada para a obtenção de resultados positivos ao alívio da angústia, da culpa, e, para possibilitar, tanto ao usuário como a seus familiares, a capacidade de enfrentamento do julgamento social, da exclusão e da relação com as drogas.

A importância de se discutir mais a respeito do consumo de drogas, principalmente sob o ângulo da proposta de redução de danos, apareceu nesse estudo como uma estratégia que pode ser utilizada pelos familiares, com orientação da equipe do Caps ad, não para o exercício de mecanismos de controle, mas de auxílio, o que poderia possibilitar a produção de diálogo e a minimização de conflitos intrafamiliares. Deste modo, o cuidado deixaria de ser um movimento em busca da aceitação social e da extinção da culpa, e passaria a ser genuíno, produtivo e natural, motivando intervenções estáveis e qualidade de vida para o consumidor de drogas de drogas e seus familiares.

Diante do exposto, o estudo apresenta contribuições fundamentais à área de saúde mental, uma vez que se trata de um construto que poderá contribuir à reformulação de políticas públicas e reorientação da rede psicossocial de cuidado no que refere ao consumo de álcool e outras drogas. Entendemos que pesquisas de natureza fenomenológica são essenciais, pois valorizam a escuta, o diálogo e a intersubjetividade entre pesquisador e participantes e, no contexto deste estudo, possibilitou abertura às vozes dos familiares do Caps ad que, durante muitos anos, foram silenciadas pelo modelo proibicionista de “(des)cuidado”.

Na perspectiva profissional, a construção da dissertação testemunhou, em grande parte, a nossa formação para a docência desenvolvida durante o curso de mestrado, uma vez que possibilitou muitas leituras e aprofundamento na área que atuamos; permitiu a elaboração do projeto de pesquisa e sua execução, bem como, o compartilhamento vivencial no campo da saúde mental.

REFERÊNCIAS

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

ALMEIDA, L. P.; ATALLAH, R. M. F. (2009). Clínica, a interpretação psicanalítica e o campo de experimentação. **Psicologia em Estudo**, v. 14, n. 1, p.149-157.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

AMARANTE, P. et al. Da diversidade da loucura à identidade da cultura: o movimento social cultural no campo da reforma psiquiátrica. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 4, n. 8, p. 125-132, 2012.

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.

ARAGÃO, A. T. M.; MILAGRES, E.; FIGLIE, N. B. Qualidade de vida e desesperança em familiares de dependentes químicos. **Psico-USF**, v. 14, n. 1, p. 117-23, 2009

BACKES, D. S. et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O mundo da Saúde**, v. 35, n. 4, p. 438-42, 2011.

BAUMAM, Z. **Confiança e medo na cidades**. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

BAUMAN, Z.; DONSKIS, L. **Cegueira moral: a perda da sensibilidade na modernidade líquida**. Tradução: Carlos Alberto Medeiros. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar 2014, p.264.

BICHO DE SETE CABEÇAS. Direção de Laís Bodanzky. Produção de Maria Ionescu e Fabiano Gullane. Rio de Janeiro, RJ, Brasil: Buriti Filmes; Gullane Filmes; Dezenove Som, Imagens & Fábrica de Cinema. 2000. 1 DVD (80 min).

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano- compaixão pela terra**. 19. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

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, 9 abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 4 nov. 2014.

_____. Política nacional antidrogas. **D.O.U.** n. 165-27.08.2002. Brasília: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas, 2001. 22p.

_____. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, 2003. (Textos Básicos de Saúde, série B).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2.ed. rev. ampl. Brasília, 2004.

_____. 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, 2005a.

_____. **Portaria nº 1.612, de 9 de setembro de 2005**. Dispõe sobre as normas de funcionamento e credenciamento/Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas. Brasília, 2005b.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 11.343**. Brasília: 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20042006/2006/Lei/L11343.htm#art75>. Acesso em: 7 set. 2013.

_____. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas. **Prevenção de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: conhecer para ajudar**. Brasília: Serviço Social da Indústria, 2008.

_____. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas**. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; IME USP. Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte; Vladimir de Andrade Stempluk e Lúcia Pereira Barroso (Orgs.). Brasília: SENAD, 2009. 364p.

_____. Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Política Nacional sobre Drogas**. Brasília: 2010a. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326979.pdf>>. Acesso em: 7 set. 2013.

_____. **Ministério da Saúde irá dobrar leitos de internação para usuários de crack e outras drogas**. Brasília: 2010b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11327>. Acesso em: 3 mar. 2015.

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

_____. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: 2012a.

_____. **Portaria 3365/2012**. Dispõe sobre a possibilidade de internação compulsória de dependentes de drogas ou álcool. Brasília: 2012b. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=14BBB498CDD1F83FEC7A81DC886546A7.node1?codteor=974662&filename=Avulso+-PL+3365/2012>. Acesso em: 10 out. 2013.

CARLINI, E. A. **Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país**. São Paulo: CEBRID, 2006.

CARVALHO, C. M. S.; DA SILVA OLIVEIRA, A. B.; MARTINS, L. M. S. Vivências de mães de usuário de crack: sentimentos e implicações sociais. **Rev. Interdisciplinar**, v. 7, n. 3, 121-130. 2014.

CEBRID VI. Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes de ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras. **Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid)**, São Paulo, [2010]. Disponível em: <<http://www.cebrid.epm.br/index.php>>. Acesso em: 23 fev. 2014.

CERBONE, D. R. **Fenomenologia**. Trad. Caesar Souza. Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

CHAVES, T. V. et al. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1168-1175, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S003489102011000600020&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 2 abr. 2014

DOUGLAS, M. **Pureza e perigo**. 2. ed. São Paulo: Perspectiva. 2012. p.232.

DOURADO, G. D. O. L. et al. Redução de danos no âmbito da estratégia saúde da família: análise reflexiva. **Revista Interdisciplinar**, v. 7, n. 2, p. 173-183. 2014.

ELIAS, L. A.; BASTOS, F. I. Saúde pública, redução de danos e a prevenção das infecções de transmissão sexual e sanguínea: revisão dos principais conceitos e sua implementação no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, Dec. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011001300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 June 2014.

FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca. 2004. p. 78.

FOUCAULT, M. **A história da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 2005.

FREUD, A. **O ego e os mecanismos de defesa**. Porto Alegre: Artmed. 2006.

GABATZ, R. I. B. et al. Percepção dos usuários de crack em relação ao uso e tratamento. **Rev. Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 140-146, mar. 2013.

GARCIA, M. L. T. et al. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 267-276, ago. 2008.

GOULART, M. S. B.; DURÃES, F. A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização. **Psicologia & Sociedade**, v.22, n.1, p. 112-120, 2010.

GREGIS, C.; MARTINI J. G. Processo de competência cultural nos cuidados de enfermagem a usuários de drogas injetáveis no projeto de redução de danos de Porto Alegre - Brasil. **Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 2, n. 1, 2006.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo (parte I)**. Tradução de Márcia Sá Shuback. 15. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

HUSSERL, E. **Meditações cartesianas**: introdução à fenomenologia. Trad.: Maria Gorete Lopes e Souza. Porto, Portugal: RÉS, 1983.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades**. Brasília. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=291800&search=bahia|jequeie>> Acesso em: 07 ago. 2014

INGLEZ-DIAS, A. et al. Políticas de redução de danos no Brasil: contribuições de um programa norte-americano. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, Jan. 2014. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000100147&lng=en&nrm=iso>. Access on: 19 June 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014191.1778>.

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.

LOPES, M. D. A G. K. et al. Grupos focais: uma estratégia para a pesquisa em saúde. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v. 7, n. 2, p. 166–172, 2010.

MACRAE, E. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In: SEIBEL, S. D.; TOSCANO JR., A. (Org). **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 25-34.

MAGALHÃES, J. M. et al. Vivência de mães de adolescentes usuários de crack. **Revista Interdisciplinar**, v.6, n. 3, p. 89-96, 2013.

MALISKA, I. C. A.; PADILHA, M. I.; ANDRADE, S. R. Redução de Danos em Florianópolis-SC: uma política estratégica de prevenção e cuidado à saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.l.], v. 16, n. 1, p. 170-8, mar. 2014. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/20761>>. Acesso em: 19 Jun. 2014. doi:10.5216/ree.v16i1.20761.

MALTA, D. C. et al. Família e proteção ao uso de tabaco álcool e drogas em adolescentes Pesquisa Nacional. **Rev Bras Epidemiologia**; v. 14, n. 1, p.166-77, 2011.

MARTINS, M.; SANTOS, M.A.; PILLON, S.C. Percepções de famílias de baixa renda sobre o uso de drogas por um de seus membros. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**. v.16, n.2, p. 293-98. 2008.

MELMAN, J. **Família e doença mental**. São Paulo: Escritos, 2001.

MERLEAU-PONTY, M. **Prosa do mundo**. Tradução: Paulo Neves. São Paulo: Cosac & Naify, 2002.

_____. **O visível e o invisível**. Tradução: José Artur Gianotti e Armando Moura d'Oliveira. 4. ed. São Paulo: Perspectiva, 2007.

_____. **Fenomenologia da percepção**. Tradução: Carlos Alberto Moura. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

_____. **O olho e o Espírito**. Tradução: Paulo Neves e Maria Ermantina Galvão Gomes Pereira. 2. ed. São Paulo: Cosac Naify, 2013.

MONTEIRO, J. V. Escolhas públicas de má qualidade e democracia representativa. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n.4, p. 787-96, jul./ago. 2007.

MORAES, A. A. R. E.. The constitution of the capacity of taking care. **Winnicott e-prints**, n. 6, v. 1, p. 1-14, 2011.

MÜLLER, G. M. J.; GRANZOTTO, R. L. **Curso: fenomenologia e conhecimento**. Florianópolis, SC: Instituto Gestalt, 2003.

NARDI, H. C.; RIGONI, R. Q. Marginalidade ou cidadania? a rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 10, n. 2, Aug. 2005. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722005000200014&lng=en&nrm=iso>. Access on: 19 June 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722005000200014>.

O'HARE, P. Redução de danos: alguns princípios e a ação prática. In: MESQUITA, F.; BASTOS, F. I. (Org.). **Drogas e Aids: estratégias de redução de danos**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 65-78.

OLIVEIRA, M. A. F. et al. Processos de avaliação de serviços. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 368-378, 2014.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n1/a17v23n1.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2014.

PEREIRA, M. O.; VARGAS, D.; OLIVEIRA, M. A. F. 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.)**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, abr. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762012000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 fev. 2015.

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

PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. L. Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). **Interface Comum. Saúde Educ.**, v. 12, n. 25, p.295-307. 2008.

PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. D. L.; LIMA, O. Q. Sobrecarga de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Psicol Estud**, v.11, n. 3, p. 569-77. 2006.

RAUPP, L.; ADORNO, R. C. F. Circuitos de uso de crack na região central da cidade de São Paulo (SP, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2613. Maio de 2011.

REIS, H. F. T.; MOREIRA, T. O. O crack no contexto familiar: uma abordagem fenomenológica. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 1115-1123. 2013.

RESSEL, L. B. et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.17, n. 4, p. 779-86, out./dez., 2008.

ROCHA, S. M. C.; LIMA, I. M. S. O. **A pessoa idosa e o contexto familiar: uma abordagem**. Niterói/RJ: [s.n.], 2012.

ROEHRS, H. et al. Family culture practices and psychoactive drug abuse by adolescents: theoretical reflection. **Escola Anna Nery**, v. 12, n. 2, p. 353-7, 2008.

ROTHER, E. T. Revisão Sistemática X Revisão Narrativa. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p.5-6, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 fev. 2015.

SANCHEZ, V. D. M.; DE OLIVEIRA, Z.; NAPPO, L. G. S. A. Razões para o não-uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. 599-605, 2005.

SANTOS, G. A. O. A Angústia e a culpa no transtorno obsessivo-compulsivo: uma compreensão fenomenológico-existencial. **Rev. abordagem gestalt.**, v. 19, n. 1, jul., 2013.

SANTOS, V. E.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jun. 2014.

SELEGHIM, M. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Influência do ambiente familiar no consumo de crack em usuários. **Acta paul. enferm**, v. 26, n. 3, p. 263-268, 2013a..

SELEGHIM, M. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Padrão do uso de drogas de abuso em usuários de crack em tratamento em uma comunidade terapêutica, Maringá-Paraná, Brasil. **Rev. Neurociências**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 339-348, 2013b.

SENA, E. L. S. **A experiência do outro nas relações de cuidado: uma visão merleau-pontyana sobre as vivências de familiares cuidadores de pessoas com doença de Alzheimer**. 2006. 284f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SENA, E. L. S. et al. Analítica da ambiguidade: estratégia metódica para a pesquisa fenomenológica em saúde. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 31, n. 4, p. 769-775, 2010. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/13089>>. Acesso em: 24 mar. 2014.

SENA, E. L. S.; GONÇALVES, L. H. T. Intercorporeidade na experiência do cuidado: familiar cuidador e portador da doença de Alzheimer. In: SILVA, A. L.; GONÇALVES, L. H. T. **Cuidado à pessoa idosa: estudos no contexto luso-brasileiro**. Porto Alegre (RS): Editora Sulina, p. 193-218, 2010.

SIGELMANN, É.; FERNANDES, L. M. (1986). Desenvolvimento de uma medida de culpa. **Arquivos brasileiros de psicologia**, v. 38, n.2, 76-83. 1986.

SILVA, I. J. et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 697-703, set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342009000300028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 mar. 2014.

SODELLI, M. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, maio 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jun. 2014.

SOUZA, L. J. et al. Uso de drogas e fatores de risco entre estudantes de ensino médio. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto/SP, v. 17, n. 2, p. 246-52, 2009.

SZYMANSKI, H. **A entrevista na pesquisa em educação: a prática reflexiva.** Brasília: Plano, 2002.

_____. **A relação família/escola: desafios e perspectivas.** 2. ed. Brasília: Liber livro, 2009.

TOMÉ, G.; CAMANCHO, I.; MATOS, M. G.; DINEZ, J. A. A influência da família no uso de substâncias nos adolescentes portugueses. **Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente**, v.1, n. 2, p.191-8, 2013.

TRAD, S. N. S. **A trajetória da prevenção às drogas no Brasil: do proibicionismo à redução de danos e seus reflexos nas políticas locais** [Tese]. Tarragona: Universitat Rovira I Virgili, 2010.

VASCONCELOS, M. E. Impasses políticos atuais do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) e propostas de enfrentamento: se não nos transformarmos, o risco é a fragmentação e a dispersão política! **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis/SC, v. 4, n. 8, p. 57-67, 2012.

VENTURA, C. A. A. et al. Políticas e leis sobre drogas ilícitas no Brasil e a perspectiva de familiares e pessoas próximas a usuários de drogas: estudo na Cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto/SP, v. 17, n. especial, 2009.

WEBER; L.N. **Laços de ternura: pesquisas e histórias de adoção.** 3. ed. Amp. Curitiba: Juruá Editora Ltda., 2004.

APÊNDICES

APENDICE A - Roteiro do Grupo Focal

ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

- a) Fale um pouco sobre o que você entende por *cuidado*;
- b) Comente sua vivência de cuidado junto a seu familiar usuário;
- c) Descreva como você percebe seu papel de familiar cuidador de uma pessoa usuária de drogas em tratamento no Caps ad.

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA (UESB)

DEPARTAMENTO DE SAÚDE (DS)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Título do Projeto: “Produção de cuidado na rede de atenção à saúde mental na perspectiva da prevenção e enfrentamento da dependência do crack, álcool e outras drogas”.

Título do Subprojeto: A percepção da família sobre seu papel no contexto do cuidado ao usuário do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS: Edite Lago da Silva Sena, Sarah Bispo Rocha.

Prezado (a) senhor (a)

Eu sou Sarah Bispo Rocha, aluna do Mestrado de Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) e estou realizando, juntamente com a pesquisadora Dr^a **Edite Lago da Silva Sena (Professora/UESB)**, o projeto de pesquisa intitulado “**A PERCEPÇÃO DA FAMÍLIA SOBRE SEU PAPEL NO CONTEXTO DO CUIDADO AO USUÁRIO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**”. O objetivo geral deste projeto *é desvelar a percepção da família sobre seu papel no contexto do cuidado ao usuário do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas.*

Considerando que os participantes da minha pesquisa serão os familiares de usuários do Caps ad do município de Vitória da Conquista- BA, venho convidar o (a) senhor (a) a participar deste projeto, pois os resultados da pesquisa contribuirão para o conhecimento sobre a noção de cuidado no contexto das atividades promovidas pelo Caps ad, ouvindo a voz dos familiares dos usuários, o que fortalece o serviço como um dispositivo de cuidado e a Política Nacional sobre Drogas, a ser efetivamente implantada, por meio da organização da rede de atenção à saúde mental, visando, entre outras coisas, a prevenção e o enfrentamento do uso de crack, álcool e outras drogas, bem como a reabilitação psicossocial dos usuários.

Este estudo pode proporcionar-lhe o desconforto de ter que disponibilizar tempo para participação de um encontro grupal a fim de discutirmos o tema, com a gravação das falas. Caso seja debatida alguma questão no grupo que cause o sentimento de desconforto, os pesquisadores serão responsabilizados e deverão tomar as devidas providências para corrigi-

lo, ou ressarcir os prejudicados. Além disso, o (a) senhor (a) poderá deixar de participar da pesquisa assim que desejar. Ao participar da 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 senhor (a), nem qualquer forma de ressarcimento ou indenização financeira por sua participação. A participação na pesquisa não é obrigatória, assim, se não desejar da mesma, sua vontade será respeitada. Sua participação é voluntária e consistirá em debater temas relacionados ao objetivo do estudo, após assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os resultados desta pesquisa poderão ser publicados em revistas da área da saúde, porém, o (a) senhor (a), assim como, nenhum outro participante será identificado. A gravação das entrevistas e sua transcrição em papel serão arquivadas pelas pesquisadoras por cinco anos.

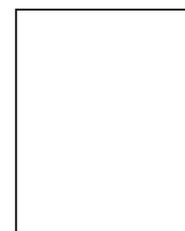
O (A) senhor (a) pode solicitar esclarecimentos antes, durante e após sua participação na pesquisa. Tais esclarecimentos podem ser obtidos através de Sarah Bispo Rocha pelo e-mail: sarah_psi@hotmail.com ou telefone: (77) 8828-8141.

Se o (a) senhor (a) aceitar participar da pesquisa, precisará assinar o TCLE em duas vias (uma via ficará com o (a) senhor (a) e a outra ficará sob a guarda de Sarah Bispo Rocha. Em seguida, participará do encontro, onde irá dialogar conosco e com seus pares, no intuito de alcançar o objetivo proposto no projeto.

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: Jequiezinho, Jequié – Bahia.

Desde já agradeço sua atenção!

Jequié - BA, ____ de _____ de _____.



Polegar direito

Pesquisadora Responsável

Participante

ANEXOS

ANEXO A – Ofício



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA

Secretaria de Saúde

ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

www.pmvc.ba.gov.br

19 de maio de 2014

CI nº 102 /2014

Para: CAPS AD**Att: Átila**

Informamos que a *Comissão Municipal de Ensino e Pesquisa* da Secretaria Municipal de Saúde analisou e emitiu parecer referente ao projeto de pesquisa:

“A percepção da família sobre o seu papel no contexto do cuidado ao usuário do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas” da pesquisadora Sarah Bispo Rocha.

A pesquisa foi deferida após a aprovação do referido projeto pelo CEP/UESB.
Atenciosamente,

Michela Macedo Lima Costa

Assessoria de Planejamento e Educação Permanente

**Coordenação do Polo de Educação
Permanente em Saúde**

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



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: 1

CAAE: 29299214.9.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 628.114

Data da Relatoria: 23/04/2014

Apresentação do Projeto:

RESUMO: O consumo de drogas apesar de ser uma questão antiga, atualmente tem tomado proporções mundiais, atingindo todas as classes sociais, sexo e idade, interferindo nas relações familiares, estimulando a violência, causando conflitos, mobilizando os poderes públicos e a sociedade. Neste sentido, esse estudo tem como objetivo: desvelar a percepção da família sobre seu papel no contexto do cuidado ao usuário do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas. Em nosso estudo consideramos família as pessoas que integram o grupo residente em um mesmo domicílio. Trata-se de uma pesquisa fenomenológica, à luz do pensamento de Merleau-Ponty, do tipo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa. O estudo será realizado em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (Caps ad), de um município do interior da Bahia, Brasil. Os sujeitos da pesquisa serão familiares dos usuários do referido serviço, que aceitarem participar do estudo por meio de assinatura no Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), ter disposição para participar dos encontros do Grupo Focal (GF). As produções vivenciais serão realizadas por meio do GF. A compreensão das informações produzidas será realizada por meio da técnica Analítica da Ambigüidade. Este estudo atenderá às recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e será iniciado após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Uesb.

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: 628.114

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Desvelar a percepção da família sobre o seu papel no contexto do cuidado ao usuário do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As pesquisadoras no texto do TCLE esclarece sobre os riscos e desconforto, assegurando ao participante a liberdade de retirar-se no projeto. Também fica claro os benefícios advindo dos resultados da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante que irá produzir conhecimentos sobre os sentimentos dos familiares no contexto dos usuários de drogas. Esse projeto é um desdobramento de um projeto já aprovado pelo CEP/UESB.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Esse subprojeto, intitulado "A PERCEPÇÃO DA FAMÍLIA SOBRE SEU PAPEL NO CONTEXTO DO CUIDADO AO USUÁRIO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS" é uma notificação do projeto "Produção de cuidado na rede de atenção à saúde mental na perspectiva da prevenção e enfrentamento da dependência do crack, álcool e outras drogas" que já foi aprovado por este CEP.

Todos os termos apresentados.

Recomendações:

Nada a declarar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nada a declarar.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Em reunião do dia 28/04/2014, a plenária do CEP/UESB aprovou o parecer do relator.

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
 Bairro: Jequezinho 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: 628.114

JEQUIE, 28 de Abril de 2014

Assinador por:
Ana Angélica Leal Barbosa
(Coordenador)

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