

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

DÉBORA SCHLOTEFELDT SINIAK

REDE DE APOIO SOCIAL DE FAMILIARES DE USUÁRIOS DE CRACK

Porto Alegre

2014

DÉBORA SCHLOTEFELDT SINIAK

REDE DE APOIO SOCIAL DE FAMILIARES DE USUÁRIOS DE CRACK

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

Orientador: Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho.

Linha de pesquisa: Políticas, avaliação e atenção em Saúde e Enfermagem.

Porto Alegre

2014

DÉBORA SCHLOTEFELDT SINIAK

REDE DE APOIO SOCIAL DE FAMILIARES DE USUÁRIOS DE CRACK

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

Orientador: Dr. Leandro Barbosa de Pinho.

BANCA EXAMINADORA

Aprovada em __ de ____ 2014

Dr. Leandro Barbosa de Pinho – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Orientador)

Dra. Luciane Prado Kantorski – Universidade Federal de Pelotas

Dr. Jacó Fernando Schneider – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Dra. Christine Wetzel – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre

2014

AGRADECIMENTOS

Chega ao fim mais uma etapa em minha vida.

Contudo, estou certa de que esta não será a última, pois tenho dentro de mim grandes desejos e objetivos a concretizar.

Dessa forma, o final também representa o início de um longo percurso.

Esta trajetória no Mestrado foi marcada por gratas surpresas, sobretudo, com relação a mim mesma. O autodescobrimento me proporcionou enxergar minhas limitações, e também me mostrou meu verdadeiro potencial.

Porém, nada teria alcançado se não fosse a ajuda de minha “rede de apoio social”, que me auxiliou no enfrentamento de todos os desafios para a conclusão desta etapa.

Foram muitas as dificuldades, mas grandes também foram as superações. Por muitas vezes, cansei e chorei, frente aos desafios que pareciam inatingíveis. Todavia, nesses momentos, o **Deus do impossível** se fez presente e, com sua infinita misericórdia, secou minhas lágrimas e me reergueu.

Agradeço à **minha mãe**, que me ensinou a ser guerreira e lutar pelos meus ideais. Mãe, tu és meu maior exemplo de sabedoria e generosidade, minha inspiração, meu incentivo para seguir em frente. O que sou hoje é graças à tua dedicação como mãe.

Ao meu estimado orientador **Leandro**, pessoa que me abriu as portas para que eu iniciasse esta caminhada na pós-graduação. Agradeço tua dedicação e paciência para me transmitir ensinamentos. Sempre sensível às minhas limitações, mostrou-me o caminho para superar cada uma delas. Os desafios propostos por ti me instigaram a ir mais longe, mostrando que eu tinha capacidade de fazer cada vez melhor.

À minha colega de mestrado e amiga **Aline**, pelas muitas emoções vividas nesses intensos dois anos de pós-graduação. Por compartilhar momentos de alegria, tristezas, desabafos e “indignações”! Que possamos juntas, seguir desbravando o desconhecido e nos encantando com o “diferente”.

Aos meus colegas de Mestrado, **Gustavo e Andréa**, por juntos construirmos conhecimento e, também, grandes amizades.

À **minha banca**, formada pelos professores Jacó, Christine e Luciane, pelas sábias sugestões, as quais ajudaram na construção deste trabalho.

Aos amigos **Josi e Marcos**, meus grandes incentivadores!

Um agradecimento especial à minha eterna professora e amiga Zaléia. Esta conquista também é fruto da tua dedicação comigo. Seus ensinamentos até hoje me guiam, e certamente os levarei por toda a vida.

As **familiares** que foram as principais personagens deste estudo. Sem vocês, a concretização deste trabalho não seria possível.

Deixada sozinha e destacada de seus antigos parentescos, entre os muros desgastados do internamento, a loucura se constituiu num problema – colocando questões que até então nunca havia formulado. Ela, sobretudo, embaraçou o legislador, que não podendo deixar de sancionar o fim do internamento, não mais sabia em que ponto do espaço social situá-la – prisão, hospital ou assistência familiar.

(Foucault, História da Loucura, 2007, p. 417)

RESUMO

SINIAK, Débora Schlotefeldt. **Rede de apoio social de familiares de usuários de crack.** Porto Alegre, 2014. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

O modo psicossocial prioriza o cuidado dos usuários em seus contextos de vida, considerando sua família e o território onde estão inseridos. Nesse sentido, é essencial aos serviços de saúde mental a ideia de que o cuidado seja produzido para além das fronteiras do serviço e que inclua, nos processos de trabalho a articulação com outros recursos e outras redes. O objetivo deste estudo é identificar as redes de apoio social de familiares de usuários de crack. É um estudo qualitativo, do tipo estudo de caso, realizado com três familiares de usuários de crack do CAPS AD de Viamão/RS. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista, conforme roteiro previamente estabelecido. Para a análise de dados utilizou-se aspectos da classificação de apoio social proposta por Due et al (1999), que são: apoio emocional, apoio material, apoio de informação e interação social positiva. Constatou-se que as familiares buscam as primeiras respostas ou possíveis soluções com suas redes informais, formadas por pessoas mais próximas de seu círculo de relações, como parentes, vizinhos, amigos e colegas de trabalho. Cada um deles atua na conformação dessas redes de apoio de maneiras distintas, mas complementares, podendo constituir-se em uma importante estratégia para minimizar os encargos físicos e emocionais do familiar cuidador. Os familiares conseguem se sentir amparados e fortalecidos para exercer seu papel diante de uma problemática tão complexa como a do uso do crack. Além das redes informais, há também o papel das redes formais nessa costura das redes de apoio de familiares. Destacaram-se, por exemplo, a importância da participação dos trabalhadores de determinados serviços de saúde como o CAPS AD e Pronto Atendimento Psiquiátrico, e, equipamentos sociais, como instituições religiosas, Conselho Tutelar, escola e Narcóticos Anônimos. Frente aos resultados obtidos e diante de tantos reflexos no cotidiano de vida das famílias, destaca-se a importância de se explorar essas redes pelo trabalhador dos serviços de saúde mental, pois, ao compreender o modo de vida e a relação que essas famílias estabelecem com suas redes de apoio, é possível ajudá-la no fortalecimento e manutenção destas redes, potencializando o cuidado para fora dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Enfermagem. Saúde mental. Cocaína crack. Apoio social.

ABSTRACT

SINIAK, Débora Schlotefeldt. **Social support networks of familiars of crack users.** Porto Alegre, 2014. 118 f. Dissertation (Masters Degree in Nursing) – School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

The psychosocial way prioritizes the users care in their life contexts, considering his family and the territory where they live. Therefore, it is essential to mental health services the idea that care is produced beyond the boundaries of the service and to incorporate in the work process coordination with other resources and other networks. The aim of this study is to identify the social support networks of familiars of crack users. It is a qualitative study, the case study type, conducted with three familiarsof crack users from CAPS AD Viamão/RS. It was based on the theoretical and methodological assumptions of Due et al. (1996). Data collection occurred through interviews, as previously established screenplay. Data were analyzed from the four dimensions of social support, as the benchmark: emotional support, material support, information support and positive social interaction. It was found that the familiars seek first answers or possible solutions with informal networks, formed by his closest circle of relationships, such as relatives, neighbors, friends and co-workers people. Each of them acts in conformation of these support networks in different ways, but complementary, and could be used in an important strategy to minimize physical and emotional burden of caregivers. Familiars can feel supported and empowered to exercise their role in such a complex issue as the use of crack. Apart from informal networks, there is also the role of formal networks that seam of support networks of family. It highlights, for example, the importance of employee participation in certain health services such as CAPS AD and Emergency Psychiatric, and, socials equipment, such as religious institutions, Guardian Council, school and Narcotics Anonymous. Given our results and considering many reflections in the daily lives of families, highlights the importance of exploring these networks by the mental health services worker, therefore, to understand the way of life and the relationship that these families have with their support networks can help you in building and maintaining these networks, enhancing the care out of health services.

Keywords: Nursing. Mental health. Cocaine crack. Social support.

RESUMEN

SINIAK, Débora Schlotefeldt. **Red de apoyo social de familiares de consumidores de crack**. Porto Alegre, 2014. 118 f. Tesina (Maestría en Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

Los aspectos psicosociales de la atención prioriza a los usuarios en sus contextos de vida, teniendo en cuenta a su familia y el territorio en el que viven. Por lo tanto, es esencial que los servicios de salud mental de la idea de que la atención se produce más allá de los límites del servicio e incorporar en la coordinación del proceso de trabajo con otros recursos y otras redes. El objetivo de este estudio es identificar las redes de apoyo social de familiares de consumidores de crack. Se trata de un estudio cualitativo, el estudio de caso realizado con tres miembros de la familia de la grieta CAPS AD Viamão/RS. Fue sobre la base de los supuestos teóricos y metodológicos de Due et al. (1996). Los datos fueron recolectados a través de entrevistas, según lo establecido anteriormente rutina. Los datos fueron analizados a partir de las cuatro dimensiones del apoyo social, como punto de referencia: apoyo emocional, apoyo material, apoyo a la información y la interacción social positiva. Se encontró que la primera familia busca respuestas o posibles soluciones con redes informales, formados por su círculo más cercano de relaciones, tales como parientes, vecinos, amigos y compañeros de trabajo de personas. Cada uno de ellos trabaja en la conformación de estas redes de apoyo de diferentes maneras, pero complementarios, y se podría utilizar en una estrategia importante para reducir al mínimo la carga física y emocional de los cuidadores. Los familiares pueden sentirse apoyados y capacitados para ejercer su función en un tema tan complejo como el consumo de crack. Además de las redes informales, también es el papel de las redes formales que la costura de las redes de apoyo de la familia. Los aspectos más destacados, por ejemplo, la importancia de la participación de los empleados en ciertos servicios de salud, tales como CAPS AD y Psiquiatría de Emergencia, social y inalámbrico de equipos de red, tales como instituciones religiosas, el Consejo de Guardianes, la escuela y Narcóticos Anónimos. Teniendo en cuenta los resultados y teniendo en cuenta los muchos reflejos en la vida cotidiana de las familias, pone de relieve la importancia de la exploración de estas redes por el trabajador de los servicios de salud mental, por lo tanto, para entender la forma de vida y la relación que estas familias tienen con su redes de apoyo que pueden ayudar en la construcción y el mantenimiento de estas redes, la mejora de la atención de los servicios de salud.

Palavras clave: Enfermería. Salud mental. Cocaína crack. Apoyo social.

LISTA DE GENOGRAMAS

Genograma 1 - Família nuclear (1)	42
Genograma 2 - Família ampliada (2)	44
Genograma 3 - Família nuclear (3)	50
Genograma 4 - Família ampliada (4)	53
Genograma 5 - Família nuclear (5)	59
Genograma 6 - Família ampliada (6)	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas

CNPq – Conselho Nacional de Pesquisa

CNS – Conselho Nacional de Saúde

PEAD-SUS – Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde

SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDAH – Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade

ViaREDE – Avaliação qualitativa da rede de serviços em saúde mental para atendimento a usuários de crack

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	18
2.1	Objetivo geral	18
2.2	Objetivos específicos	18
3	DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	19
3.1	O Modo de Atenção Psicossocial e as Políticas Públicas em Saúde Mental	19
3.2	A família no contexto das Redes de Apoio Social	28
4	PERCURSO METODOLÓGICO	36
4.1	Caracterização geral do Estudo	36
4.2	Tipo de Estudo	36
4.3	Cenário do Estudo	37
4.4	Sujeitos do Estudo	37
4.5	Coleta de Dados	38
4.6	Análise de Dados	40
4.7	Aspectos Éticos	40
5	ESTUDOS DE CASO	41
5.1	Conhecendo a família de Maria	41
5.1.1	Composição da família nuclear	41
5.1.2	Estrutura da família ampliada	43
5.1.3	Dinâmica e Relacionamento Familiar	46
5.1.4	O surgimento do crack na família e suas repercussões	48
5.2	Conhecendo a família de Sônia	50
5.2.1	Composição da família nuclear	50
5.2.2	Estrutura da família ampliada	51
5.2.3	Dinâmica e Relacionamento Familiar	54
5.2.4	O surgimento do crack na família e suas repercussões	55
5.3	Conhecendo a família de Eliane	58
5.3.1	Composição da família nuclear	58
5.3.2	Composição da família ampliada	60
5.3.3	Dinâmica e Relacionamento Familiar	62

5.3.4 O surgimento do crack na família e suas repercussões	63
5.4 Conhecendo a Rede de Apoio Social das familiares	65
5.4.1 Apoio emocional	65
5.4.2 Apoio material	74
5.4.3 Apoio de informação	83
5.4.4 Interação social positiva	88
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
REFERÊNCIAS	95
Apêndice A - Roteiro para Entrevista.....	107
Apêndice B- Carta para a coordenação do CAPS AD – Nova Vida.....	108
Apêndice C - Consentimento Livre e Informado para participação na pesquisa.....	109
Anexo A - Carta de Aprovação CEP.....	111
Anexo B - Parecer CONPEP.....	112
Anexo C - Autotização do uso do banco de dados da pesquisa ViaREDE.....	118

1 INTRODUÇÃO

O interesse pela saúde mental e as aproximações com questões relacionadas à droga e à família surgiram durante a graduação. Trabalhei com usuários de drogas, internos em uma comunidade terapêutica¹, por volta de um ano. A instituição comportava cerca de 30 residentes, sendo todos do sexo masculino, com diferentes faixas etárias, maioria adolescente, entre 10 e 19 anos.

Era um ambiente em que a maioria dos internos mantinha-se ocupada por alguma atividade, seja na escola ou em afazeres do cotidiano da instituição, como organizar a casa, limpar o pátio ou preparar as refeições. Esse ambiente, aparentemente tranqüilo, muitas vezes era interrompido pelos desentendimentos cotidianos dos residentes.

Era uma instituição que se comunicava pouco com outros serviços. As atividades desenvolvidas com os residentes eram pontuais, com foco na medicação, restritas ao contexto da internação e para evitar o ócio. Parecia haver pouca interação com a rede de serviços, com as famílias e com outros recursos indispensáveis para promover cuidado onde o usuário vive.

Assim, fui percebendo o quanto os serviços de saúde possuem limitações e dificuldades para compreender e intervir sobre os aspectos que permeiam o cotidiano dos usuários de drogas e suas famílias. Esses usuários, muitas vezes, apresentam gravidade clínica e risco social, o que exige um trabalho articulado e preocupado com a complexidade de demandas que ele apresenta. É nesse sentido que penso a importância da família, como um sistema que se organiza de várias formas para responder a essa mudança e que recorre aos trabalhadores sem entender, muitas vezes, que aciona ou poderia acionar outros recursos importantes e responsáveis pelo enfrentamento à problemática do uso da droga.

E no contexto da família, ressalto a relevância não só dos serviços de saúde estarem articulados, mas também das redes de apoio para potencializar o cuidado em saúde mental. Entendo que as redes de apoio servem como subsídio para qualificar o suporte emocional e institucional às famílias e suas demandas, como também dá longitudinalidade às ações de cuidado, princípio esse, consonante com as premissas da Reforma Psiquiátrica.

O paradigma da Reforma Psiquiátrica tem deixado mais visível suas inovações, concomitantemente à reconstrução dos conceitos. Tem como proposta a construção de uma rede de novos serviços: espaços de sociabilidade, de trocas, em que se enfatiza a produção de

¹ O termo Comunidade Terapêutica, no Brasil, muitas vezes é usado para designar os serviços de atenção à população com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (ANVISA nº 29/11), caracterizando-se como instituições privadas e de cunho religioso.

saúde como produção de subjetividades. Por outro lado, têm-se operado transformações tanto na concepção dos novos dispositivos, quanto na sua forma de organização e gestão. Por fim, também têm sido intensamente discutidas as questões ligadas ao conceito de território, que norteia os serviços (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

No contexto da reforma psiquiátrica, onde o foco de atuação dos serviços e da prática dos trabalhadores é o território, não apenas os serviços devem estar integrados entre si mesmos, mas devem ampliar as intervenções para além deles e de outros equipamentos de saúde. Em outras palavras, a reinserção social deve incluir outros recursos e outras redes, porque as demandas de saúde mental são complexas e inerentes às funções sociais em um dado contexto (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011). Portanto, considera-se essencial ao cotidiano dos serviços de saúde mental a idéia de que o cuidado seja produzido para além das fronteiras do serviço e que inclua, no cardápio de ações, o trabalho articulado com outros recursos e outras redes (YASUI, 2010).

Com isso, devemos pensar na possibilidade de priorizar as intervenções nas relações sociais dos sujeitos, sobretudo considerando os reflexos psicossociais que permeiam a questão das drogas no contexto afetivo e familiar do indivíduo. Além disso, é preciso pensar que esse sujeito vive em um território, influenciado pela problemática. As intervenções devem não apenas considerar esse indivíduo, mas também, os contextos por onde ele circula (SOUZA et al., 2011). No caso do usuário de drogas e seus familiares, o mais importante é compreender que nossa realidade está impregnada de revelações sociais sobre a problemática, o que exige dos serviços maior capacidade de articulação e integração com a vida no território.

Entre minhas experiências e vivências no campo e as discussões travadas sobre o cuidado em saúde mental na graduação e na pós-graduação, vejo o quanto é necessário incluir a família no tratamento. Trata-se de um grande desafio aos trabalhadores e aos serviços de saúde mental, às vezes ainda concentrados no usuário e no seu problema, esquecendo que, por trás dele, existem outros recursos e atores fundamentais nesse processo de tratamento.

Nesse sentido, penso que a identificação da rede de apoio social de familiares de usuários de crack permite problematizar o cuidado em saúde mental, refletindo sobre questões mais amplas e complexas do que aquelas que se relacionam com a doença, a limitação ou o sofrimento. As redes de apoio fortalecem a família, ajudam na compreensão das relações que o usuário da droga estabelece com seu mundo, além de configurar-se como recurso estratégico de cuidado em saúde mental.

Logo, se excluirmos a família dessa discussão, podemos reforçar a tendência de afastamento do usuário do seu mundo e dos seus. Sabemos que o “território das drogas” traz

sérias consequências à vida do indivíduo e para o coletivo. No entanto, pensando num cuidado em liberdade, que requer flexibilização dos serviços e também exige maior capacidade de articulação em rede, entendo que é necessário não apenas discutir e problematizar o cotidiano da família dentro do serviço, mas principalmente fora dele. Nesse contexto, considero fundamental focalizar que o cuidado estabelecido fora das instituições exige novas capacidades de articulação dos serviços de saúde mental, porque envolve fluxos e relações, que não são estáticos, pois estão sempre em constante movimento.

Nessa perspectiva do cuidado no espaço onde as pessoas vivem, ou seja, no território, é preciso olhar para a complexidade dos sujeitos e de suas relações, o que vai ao encontro de uma atenção integral e diversificada (QUINTAS, 2007). Assim, entendo que os CAPS, como serviços estratégicos nesse processo, podem considerar que as redes não são apenas aquelas formalmente constituídas, entre os serviços, mas também aquelas que não possuem configurações pré-estabelecidas, como as relações emocionais, subjetivas e afetivas entre as pessoas.

Atualmente, o estudo das redes sociais no campo da saúde vem apresentando crescimento significativo, por agregar vários saberes e vários campos do conhecimento (MURAMOTO; MANGIA, 2011). Porém, o conceito de redes sociais é polissêmico, não havendo consenso na literatura sobre sua definição exata (MOLINA, 2005).

Dentro da concepção de rede social, encontra-se relacionado o conceito de rede de apoio social. Uma nomenclatura que, em si, já é diversa. Alguns autores como Ribeiro (1999), Seidl e Troccoli (2006) e Landim et al. (2004) utilizam em seus estudos, o termo “suporte social”, o qual é proveniente da tradução literal do termo da língua inglesa “*social support*”. Já autores como Sluzki (1997), Valla (1998), Hupcey (1998), Griep (2003) e Bullock (2004) utilizam o termo “apoio social”². No entanto, o que deve ficar claro, independente da nomenclatura, é que as redes de apoio social envolvem uma gama de fatores inter-relacionados, sendo formadas pelas relações íntimas entre os sujeitos, mas também por suas relações comunitárias estabelecidas (PIETRUKOWICZ, 2001).

Nesse sentido, as redes de apoio social se tornam mais ricas quando incorporam e associam a constituição dos vínculos interpessoais aos recursos acionados pelas pessoas no seu cotidiano, numa perspectiva de existência de fluxos entre eles. Assim, as redes de apoio social seriam formadas não apenas pelas pessoas e suas relações (estruturas informais), mas

² Neste estudo, optei por utilizar o termo “rede de apoio social”, como também utilizam Lavall, Olschowsky e Kantorski (2009) e Silveira (2011).

também pelos serviços ou recursos com os quais se relacionam (estruturas formais) (DUE et al., 1999; MELMAN, 2002; ROSA; BENÍCIO, 2009).

Não se deve esquecer que os vínculos interpessoais que se estabelecem no cotidiano dos serviços de saúde também passam a fazer parte dessa trama (MELMAN, 2002). Assim, ressalto que a estruturação da rede de relações formais, estabelecida por profissionais ou instituições de saúde, e a articulação com as redes informais, completadas pelas relações estabelecidas entre os sujeitos, constituem-se como elementos imprescindíveis que potencializam o cuidado às famílias, contribuindo favoravelmente no enfrentamento da problemática decorrente do uso de drogas.

Na realidade socioeconômica dos países em desenvolvimento, as redes de apoio social são, com frequência, a única possibilidade de ajuda com que as famílias podem contar, além de ser o único suporte para ajudar a aliviar as cargas da vida cotidiana (ANDRADE; VAITSMAN, 2002). Nesse sentido, o apoio funciona em forma de cooperativismo, onde há ajuda mútua e reciprocidade entre os membros de uma rede, além de possibilitar a formação de laços afetivos e novas redes de relações com os serviços e com outras pessoas (PINHO; HERNANDEZ; KANTORSKI, 2010a).

Conforme Avlund et al (2004), o mais importante nas relações de apoio não se resume a quantas vezes uma pessoa interage com a outra ou a quantidade de interações entre elas, mas sim, à qualidade dessas interações com os recursos disponíveis. Isto sugere que o grau de interação com os diferentes tipos de recursos da rede e a disponibilidade de recursos adequados é fundamental para resolução dos problemas ou enfrentamento de situações adversas pelos indivíduos.

Com isso, entendo que as redes de apoio podem auxiliar na otimização dos espaços de convivência positiva, que favoreçam a troca de experiências para a identificação de situações de risco pessoal e possíveis vulnerabilidades sociais. Nesse caso, como identificado por Duarte (2008), a ausência de informações adequadas sobre as drogas, a insatisfação com a sua qualidade de vida, a pouca integração com a família e a sociedade e a facilidade de acesso à substância podem ser considerados fatores de risco que prejudicam ou exigem das redes novas conformações.

Diante do exposto, tenho como **objeto de estudo** as redes de apoio social de familiares de usuários de crack. E como **pressuposto de estudo** de que é importante considerar que as famílias estabelecem redes de relações tanto com pessoas quanto com recursos do território, no sentido de buscar apoio para enfrentar a problemática do crack vivida no cotidiano. Olhar para essas redes, nesse sentido, pode favorecer o contato dos serviços de saúde mental com a

realidade mais próxima do mundo familiar, indo ao encontro das premissas do modo psicossocial e da reforma psiquiátrica de cuidado para além dos muros dos serviços.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Identificar as redes de apoio social de familiares de usuários de crack.

2.2 Objetivos específicos

- Conhecer os vínculos interpessoais e os recursos (de saúde, da comunidade, etc.) que a família mobiliza diante da problemática do uso de crack pelo seu familiar;
- Identificar pessoas e recursos do círculo de relações da família, envolvidas com o apoio emocional nas situações de envolvimento com o crack;
- Identificar a ajuda material recebida pela família nas situações que envolvem a problemática do crack pelo seu familiar;
- Descrever informações, aconselhamentos e sugestões recebidos ou oferecidos à família de usuário de crack.
- Conhecer as estratégias de interação social que a família utiliza para diminuir os encargos com os cuidados.

3 DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

3.1 O Modo de Atenção Psicossocial e as Políticas Públicas em Saúde Mental

O fenômeno da loucura foi, ao longo dos anos, visto de diferentes maneiras em nossa sociedade. Da mesma forma, o modo como o cuidado vem sendo realizado as pessoas com transtornos psíquicos também vem passando por diversas transformações conceituais, práticas e epistemológicas no âmbito da saúde mental.

A trajetória do louco sempre foi marcada pelo estigma social de periculosidade, inexistência do sentido de cidadania, segregamento da sociedade e da família e o uso de práticas tortuosas que degradavam ainda mais as condições físicas e psicológicas dos indivíduos submetidos ao confinamento. No entanto, ao final do século XVIII, surge o início de um movimento de reforma na tentativa de modificar antigas práticas, sendo protagonizado por alguns precursores da Psiquiatria, dentre eles: Pinel na França, Tuke na Inglaterra, Chiaruggi na Itália e Todd nos Estados Unidos (TUNDIS; COSTA, 2001).

A obra de Philippe Pinel representa o primeiro e mais importante passo histórico para a medicalização do Hospital, tornando-o uma instituição médica que se apodera da loucura no seu discurso e na sua prática. A partir desse momento, Pinel constitui um lugar específico para loucura e para o desenvolvimento do saber psiquiátrico, um saber que foi contraditório até mesmo no seu tempo, pois era louvado, mas também muito criticado por alguns (AMARANTE, 2001).

Ao caracterizar a doença mental como uma desordem moral, o psiquiatra justifica sua decisão em manter o alienado recluso em uma instituição de saúde e longe de sua família. Essa medida tinha por objetivo prover o tratamento necessário para a recuperação e cura da doença.

Nesse sentido, o isolamento implicaria na proteção da família contra o processo da loucura, relacionada com a indisciplina e a desordem moral. Se de uma forma a família era vista como vítima do processo, também poderia ser propiciadora do adoecimento, ratificando a necessidade de isolamento da pessoa doente (ROSA, 2003). Assim, pensando sob essa ótica de necessidade de separar o paciente do âmbito familiar, barreiras eram impostas para que estes mantivessem o mínimo de contato possível entre si (BIRMAN, 1978; MELMAN, 2002).

Nesse contexto, a responsabilidade pelo cuidado do portador de transtorno mental é atribuída à instituição manicomial, restando à família a difícil tarefa de identificar a desorganização, encaminhar o familiar, visitá-lo, bem como fornecer as informações

necessárias aos profissionais. A relação do doente com a própria família era mediada por agentes médicos e estatais, encarregados da cura, custódia e assistência (ROSA, 2003).

Percebia-se que a família, nessa época, era considerada como cúmplice resignada e grata pela internação do paciente. No mesmo sentido, a família era entendida como um sistema doente e fragilizado. Assim, no interior do cuidado psiquiátrico, havia uma ambivalência sobre a sua presença, o que a levava a ser deslocada para fora do contexto do tratamento. Pelas suas fragilidades em situar-se como copartícipe, a ausência da família também reforçava o discurso culpabilizatório e excludente da medicina mental (SARACENO, 2001; WETZEL et al., 2009; PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010a).

Após a segunda guerra mundial, junto com uma vontade coletiva de criar uma sociedade mais justa, igualitária e solidária, é que de fato se deu início dos primeiros movimentos de reforma das concepções clássicas sobre o louco e a loucura. Aliado à psicofarmacologia, que redimensionou o conhecimento médico-psiquiátrico, os movimentos de reforma ajudaram a repensar as formas de intervenção (DESVIAT, 1994).

Como exemplos de movimentos reformistas, originados nas décadas de 50 e 60, podem-se citar as Comunidades Terapêuticas e a Psicoterapia Institucional Francesa. No que concerne aos dispositivos extra-asilares, podem-se citar o movimento da Psiquiatria Comunitária de Gerald Caplan, e a Psiquiatria de Setor na França (BIRMAN; COSTA, 1994).

Mas é na Itália, em meados da década de 1970, que nasce o processo mais característico de ruptura com as tradicionais maneiras de pensar a loucura. Contrapondo-se ao modelo de desospitalização administrativa norte-americana e à proposta de setorização francesa, que não excluía o manicômio de sua rede de atendimento, o movimento de reforma na Itália conseguiu atingir uma importante diminuição dos leitos psiquiátricos a partir de uma ideologia técnica e política (MELMAN, 2002).

A ação transformadora de Basaglia, apesar de centrada num primeiro momento nos manicômios, não se restringia unicamente ao hospital psiquiátrico, pois para ele, a mudança da psiquiatria seria uma mudança da instituição e também de suas práticas, uma vez que, mudar a instituição e suas práticas é mudar o saber psiquiátrico. Nessa perspectiva, os passos iniciais da desinstitucionalização consistiam no desconstruir o paradigma problema-solução, onde este não é um problema puramente “tecnocientífico”, mas também normativo, social e ético (AMARANTE, 1996).

Nessa perspectiva basagliana, a família é percebida positivamente em suas possibilidades, potencialidades e recursos, como cerne das condições de reprodução social do

doente. Para ele, a família é parceira, pois pode ajudar na reconstrução das relações cotidianas do louco e na manutenção dos laços de sociabilidade de seus entes (ROSA, 2003).

Diante do sucesso das experiências italianas, diversos países foram diretamente contaminados pelas ideias reformistas. Dentre eles o Brasil. Apesar da aparelhagem manicomial ainda ser forte, as críticas iniciaram paralelas ao movimento da reforma sanitária, uma vez que o Brasil vivia um processo de redemocratização com a queda da ditadura militar.

O movimento de Reforma Psiquiátrica em nosso país é contemporâneo ao Movimento Sanitário, ocorrendo mais precisamente no fim da década de 1970. A Reforma Sanitária se colocava fundamentalmente como um processo político, implicando, pois, em produção intelectual crítica, em nascimento de novas práticas e alternativas que substituíssem o modelo médico-hegemônico. Através da militância cotidiana e da ocupação dos espaços institucionais, era preciso evidenciar a necessidade de articulações com outros setores da sociedade (inclusive a saúde). Assim, a Reforma Sanitária se constituiu tensionando criticamente a relação entre o Estado e a sociedade brasileira (YASUI, 2006).

No interior deste processo mais amplo, a saúde mental trilhava os mesmos caminhos. Ela nasceu de uma mobilização de trabalhadores de saúde, no cotidiano de suas práticas institucionais e nas universidades, ensejou a luta contra as instituições psiquiátricas; produziu reflexões críticas que provocaram uma ruptura epistemológica; criou experiências e estratégias de cuidado contra-hegemônicas; conquistou mudanças legislativas e produziu efeitos no campo sociocultural. Ao articular-se com outros movimentos sociais e com a luta pela redemocratização do país, criou o Movimento da Luta Antimanicomial, congregando diversos atores não só do campo da saúde mental (YASUI, 2006).

Nessa vertente, o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil pode ser entendido por estratégias de transformações da psiquiatria, as quais transcendem a busca de soluções puramente técnicas e administrativas, para remontar a questões teóricas, políticas, sociais e culturais. Assim, a reforma representa um momento de grande maturidade política e teórica para a sociedade (BIRMAN, 1992).

Para Hirdes (2001), dois pressupostos pautam a reforma psiquiátrica. O primeiro deles seria a necessidade do abandono da centralização do olhar diagnóstico da doença, para a construção de um novo olhar baseado na história de vida, singular de cada indivíduo. O segundo refere-se a um novo papel que deve ser dado aos profissionais de saúde mental e aos serviços, sendo os primeiros considerados “agentes terapêuticos” e os segundos entendidos para fora dos espaços do hospital.

Dentro desse contexto de Reforma, no ano de 2001 é promulgada a Lei de Saúde Mental nº 10.216/01, tornando-se assim, um marco crucial na história de luta pela reforma psiquiátrica brasileira. Ela “dispõe sobre a proteção das pessoas acometidas por transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, estabelecendo legalmente a construção de uma rede substitutiva de cuidados em saúde de mental no âmbito do território (BRASIL, 2001). Nesse sentido, entendo que a ideia de construção de redes e ações territoriais, estimulada pela Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, ajudou a potencializar as contribuições sobre a conformação das diferentes redes nos cenários de cuidado em saúde mental.

Em suma, essas transformações no contexto da assistência aos portadores de sofrimento psíquico ocorridas nos últimos anos têm trazido importantes contribuições para repensar o cuidado psiquiátrico no contexto brasileiro. Isso porque a proposição de novos dispositivos de tratamento articulados, substitutivos³ ao manicômio e inseridos na comunidade, onde vive o sujeito, reforça a necessidade do trabalho em rede (SANTOS, 2009).

Esses serviços desvelam-se como propostas inovadoras, transformadas, como alternativas viáveis para redefinir a atenção psiquiátrica hospitalocêntrica, procurando deslocar o foco na doença para o social e mudando a perspectiva de cuidado ao sujeito (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010b, p. 28).

Os serviços substitutivos, como o CAPS, surgem com o propósito de oferecer aos portadores de sofrimento psíquico um tratamento que articula o acompanhamento clínico e os cuidados de reinserção social por meio do acesso ao trabalho, ao lazer e pelo exercício dos direitos civis. Além disso, os CAPS devem atuar na construção ou reconstrução dos laços comunitários e familiares (BRASIL, 2004a), pois se tratam de um:

[...] Arranjo institucional que se faz, desfaz e refaz na tessitura de uma rede de ações de cuidado, em uma diversidade de estratégias executadas para além das fronteiras do serviço, integradas e em associação a outras instituições e serviços. Isto pressupõe um olhar para além da “doença”. Um olhar sobre as necessidades das pessoas que acorrem e demandam ao serviço. Entender a saúde como uma produção social e agir sobre estes determinantes significa romper limites assistenciais, ousar e ir além (YASUI, 2010, p. 4).

³ Esses novos dispositivos são chamados de serviços substitutivos, tendo o CAPS como serviço estratégico no processo de consolidação da reforma psiquiátrica no contexto brasileiro. Os CAPS são regulamentados pela Portaria GM/MS 336/02, a qual estabelece três modalidades de serviços de acordo com a complexidade e a abrangência populacional: CAPS I, II e III. Além deles, também estão regulamentados os CAPS AD, responsáveis pelo cuidado a indivíduos com transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas, e os CAPS i, para o público infante-juvenil. Segundo a portaria, tais serviços devem ser destinados ao atendimento de pessoas com transtornos mentais graves, severos e persistentes (BRASIL, 2002).

Tal conceito traz para a discussão os desafios do cuidar em liberdade, já que só seria possível quando se conseguisse estabelecer uma articulação social e intersetorial, extrapolando muitas vezes o próprio território onde o serviço se encontra.

No entanto, para que o CAPS seja semeador da ideia de cuidado em liberdade, é necessário também questionar o seu “saber/fazer”, incluindo a dimensão singular de cada família sem perder a dimensão ampla do contexto. Olhar para esses diferentes aspectos que permeiam a família pode ajudar as pessoas a ressignificarem suas histórias, protagonizarem e redefinirem seus projetos terapêuticos numa ampla rede social e solidária (SILVA; DALMOLIN, 2010).

Diante disso, compreendo o CAPS como um dispositivo dinâmico, tanto pela densidade de suas ações, quanto pela amplitude e multiplicidade de dimensões envolvidas em uma só rede de serviços, a qual ainda deve englobar aspectos de coesão e integração entre si. Além disso, o CAPS, atuando como regulador da rede, pode estabelecer não apenas parcerias com outros serviços disponíveis nesse território, mas também atuar na composição de outras redes, formadas por desejos, relações e vontades das pessoas.

Nessa perspectiva, Figueiredo e Campos (2008) salientam que a complexidade das demandas em Saúde Mental, vem provocando uma grande discussão sobre a necessidade de articular a assistência prestada nos CAPS com outros serviços de saúde. No entanto, essa assistência não se esgota nessa articulação, uma vez que é necessário potencializar a parceria com os equipamentos sociais e a rede social nos territórios, em busca da construção de uma diversidade de possibilidades de produção de saúde, desenvolvimento de autonomia e fortalecimento dos vínculos sociais. Assim, salienta-se a importância da abertura de espaços em que se possa agenciar uma rede, formada por serviços interligados e também voltada para as demandas singulares das pessoas que vivem nesse território.

Assim, visualizo que, a partir dos serviços substitutivos, é que se pode ter um olhar mais ampliado para as questões da rede, uma vez que os próprios serviços permitem a conformação dessas redes e são afetados pelas redes existentes. No entanto, as redes não devem ser formadas em volta ou centradas no CAPS. Nesse sentido, entendo que, apesar de estratégico e de ocupar o papel de organizador da rede⁴, o CAPS não deve ser o único recurso,

⁴ Para Brasil (2004a), o CAPS deve responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território e desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial. No entanto, ele não deve ser o único recurso de saúde dentro dessa proposta de rede, fazendo parte dela também os Serviços Residenciais Terapêuticos, Hospitais-Dia, Ambulatórios Especializados, Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família, Centros de Convivência, Redes Sociais e Comunitárias, Oficinas de Geração de Renda.

mas um dos vários dispositivos e espaços possíveis de cuidado em saúde mental a usuários de drogas e seus familiares, pois as redes podem ser compreendidas como:

[...] Uma comunicação de ações e serviços passíveis de transformação e reinvenções de papéis e territorialidades, fundamentais para a constituição e operação de diferentes formas de cuidado. Nesse sentido, a articulação em rede rompe com o conceito de centralidade de cuidados, oferecendo dinamismo e flexibilidade aos serviços, a fim de gerar melhores resultados da atenção (CHIAVAGATTI et al., 2012, p. 12).

Sob essa perspectiva do cuidado em rede, acredito que a articulação de diversos pontos que constituem a rede de atenção à saúde destinada a usuários de drogas, pode qualificar o cuidado prestado a esses indivíduos, uma vez que, a rede formada por familiares, profissionais e diferentes serviços, em constante interação, é capaz de criar efetivas alternativas de solidariedade e enfrentamento ao problema.

Nesse sentido, a construção do trabalho em rede se apresenta como uma tarefa complexa e que exige a implementação de tecnologias⁵ que qualifiquem os encontros entre diferentes serviços, especialidades e saberes. No entanto, é preciso garantir que a ampliação da cobertura em saúde seja acompanhada de uma ampliação da comunicação entre os serviços e as pessoas, resultando na integralidade da atenção. Com isso, os processos de interação entre os serviços e destes com outros movimentos e políticas sociais fazem com que as redes de atenção sejam sempre produtoras de saúde num dado território⁶ (BRASIL, 2009a).

A partir do território é que se dão as primeiras respostas à demanda dos problemas relacionados à saúde mental. Uma delas é a identificação e potencialização dos recursos das redes sociais, pois se constituem como redes de solidariedade e de apoio que fortalecem o autoconhecimento e a elevação da autoestima. Podem, também, auxiliar na promoção, prevenção e cuidados de saúde, através dos diversos dispositivos de apoio oferecidos pelos atores, estando eles inscritos no campo da saúde ou não (OLIVEIRA; SANTOS, 2010).

É no território que se processa a vida social e nele tudo possui interdependência, acarretando no seu âmbito a fusão entre o local e o global. Ele deve ser considerado em suas

⁵ Tecnologias compreendem um conjunto de saberes e instrumentos que podem, no processo de produção de serviços, expressar a rede de relações sociais. Representam uma oportunidade de recriação do trabalho, a partir de um saber operante que contempla dimensões políticas e técnicas no cotidiano dos serviços de saúde (GONÇALVES, 1994).

⁶ É no território que a vida acontece e os novos serviços atuam. O território é tido como um conceito central, norteador das ações a serem construídas pelo serviço, de modo que, não há como pensar a construção do cuidado em saúde mental, tecida como estratégia em rede, sem pensar no tempo e no lugar em que este cuidado se constitui. Pensar na produção de cuidado em saúde mental, na lógica do território, é estar atento para a diversidade histórica e cultural do local onde está inserido (YASUI, 2010).

divisões jurídicas e políticas, suas heranças históricas e seus aspectos econômicos e normativos (SHIMAZAKI, 2008). Portanto, entendo que é em meio a essa nova configuração que a família retoma sua participação no processo de cuidado ao indivíduo.

Refletindo essas questões de cuidado no território e da articulação em rede, entendo que a rede de apoio social pode ser considerada enquanto um dispositivo da rede de atenção aos usuários de drogas. Assim, a articulação de diferentes pontos dessa rede de apoio pode otimizar o cuidado aos usuários e de suas famílias, de modo que, ao expandir e solidificar essas redes, é possível construir novas alternativas de vínculos, acesso, tratamento e continuidade da assistência aos usuários.

Portanto, trata-se de um desafio às políticas públicas trabalharem com as redes de apoio social dos indivíduos e familiares, mas também com a articulação de redes de atenção aos usuários de drogas. Dentro dessa premissa, destaco novamente a importância dos Centros de Atenção Psicossocial nesse processo, como serviços estratégicos do processo de reforma, cabendo a eles estabelecer as pontes necessárias entre o serviço e o território, compreendendo os problemas sociais e, articulado a outros serviços e pessoas, intervir sobre as necessidades de saúde das mesmas.

Ressalto que essa discussão não está descolada das especificidades que os estudos sobre as drogas acrescentam ao campo da saúde mental. De acordo com as atuais orientações políticas, o cuidado ao usuário de drogas e sua família deve estar pautado na articulação em rede, na integralidade, no cuidado em liberdade, na autonomia da escolha e no território como cenário de intervenção. Se, de acordo com Brasil (2002), até o ano de 2002 a saúde pública brasileira não vinha se ocupando devidamente com o grave problema da prevenção e tratamento dos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas, atualmente as políticas têm-se preocupado com a temática em questão.

Com isso, a partir de 2003, o Ministério da Saúde formulou a Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, assumindo como propósito a prevenção, tratamento e reabilitação dos usuários. A partir dela, houve destaque à atenção básica, à garantia de atenção no âmbito da comunidade, às estratégias de educação em saúde, ao envolvimento das redes sociais, à formação de recursos humanos especializados e ao incentivo à pesquisa na área (BRASIL, 2004b).

Segundo ela, considera-se:

[...] A necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários; considera ainda

que a atenção psicossocial a pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas deve se basear em uma rede de dispositivos comunitários⁷, integrados ao meio cultural, e articulados à rede assistencial em saúde mental e aos princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2004b, p. 26).

No caso do usuário de crack, hoje acompanhamos intensos debates⁸ na mídia e controvérsias entre estudiosos e pensadores. No entanto, acredito e devemos investir no cuidado a esses usuários no contexto do SUS, valorizando os aspectos da rede, do acesso universal e da intersetorialidade. A complexidade do assunto também não se esgota no campo da saúde, e, por isso, o trabalho em rede vem sendo apontado como um dos relevantes caminhos para compor estratégias coletivas para complementar esforços, respeitar desejos e, efetivamente, cuidar (BRASIL, 2010a).

Solidarizado com essa realidade, o país vem investindo na construção de instrumentos legais que direcionem a assistência ao usuário de crack e seus familiares. Destacam-se a Portaria GM/MS 1.190/2009, que institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde (PEAD-SUS)⁹, o Decreto-Lei nº 7.179/2010¹⁰, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas e a Portaria 3.088/2011, que institui, no âmbito do SUS, a Rede de

⁷ Os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS AD) passaram a ser considerados como a principal estratégia de tratamento ao usuário com problemas decorrentes do consumo prejudicado de substâncias psicoativas (BRASIL, 2002; PINHO; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2012). Esse tipo de serviço oferece atendimento diário a pacientes que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva humanizada. As atividades desenvolvidas nesses serviços vão desde o atendimento individual até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares (SOUZA et al., 2006). Em nosso país, encontram-se credenciados 272 CAPS AD, sendo que no Estado do Rio Grande do Sul, estão disponíveis 26 CAPS AD, mantendo a segunda melhor posição em relação aos outros Estados da Federação, perdendo apenas para São Paulo, com 67 serviços credenciados (BRASIL, 2011).

⁸ Importantes estudos sobre o uso de drogas no país, realizados entre os anos de 1990 até 2001, já apontavam para a dimensão do crescimento do uso de drogas no contexto brasileiro e mundial, reforçando a tendência de um rápido aumento nos índices de consumo entre os jovens e adolescentes, especialmente entre aqueles com maior vulnerabilidade social, bem como, a tendência da rápida disseminação do crack pelas diversas regiões do Brasil (CARLINI, 2002; CRUZ; VARGENS; RAMÓIA, 2011). Dessa forma, visualizando a expansão do uso de drogas e suas repercussões negativas na sociedade, o Ministério da Saúde passou a desenvolver intervenções normativas, ampliando as ações destinadas aos usuários de drogas, a fim de contribuir para mudanças na configuração desse cenário.

⁹ O PEAD-SUS tem por objetivo intensificar, ampliar e diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde e tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas, de modo a prover uma resposta adequada, sensível ao ambiente cultural, aos direitos humanos e às peculiaridades da complexa clínica no âmbito de Álcool e Drogas, associando-se, no plano intersetorial, às demais políticas geradoras de inclusão e cidadania (BRASIL, 2009b).

¹⁰ O decreto tem por objetivo desenvolver um conjunto integrado de ações federais de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas. Também procura enfrentar o tráfico em parceria com os Estados, o Distrito Federal, os municípios e a sociedade civil, tendo em vista a redução da criminalidade associada ao consumo dessas substâncias junto à população.

Atenção Psicossocial¹¹. Através dessas iniciativas, deu-se início a outros projetos que pudessem ampliar a rede, como os “Consultórios de Rua”¹² e uma ênfase maior à Redução de Danos¹³ como estratégia de cuidado, buscando trabalhar com usuários que não conseguem chegar aos serviços, na perspectiva de levar saúde *in loco* (BRASIL, 2009b).

Percebo, assim como Nicácio e Campos (2004), que essas experiências de cuidado em saúde mental, pautadas nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica, buscam dialogar com a pluralidade de necessidades que emergiram com a ruptura do modelo asilar e criar políticas públicas, novas instituições e ações. Orientados por perspectivas teóricas distintas, inseridos em diversos contextos e projetos político-institucionais, também são diversas as formas de compreensão dos CAPS e o lugar que ocupam nas redes territoriais, constituindo um rico panorama de possibilidades inovadoras.

É nesse cenário que aparece um grupo que sofre com a problemática do usuário, mas que também tem muito a acrescentar (PINHO; HERNANDEZ; KANTORSKI, 2010a). No entanto, entendo que a participação da família não se dá somente com a sua participação no serviço, mas também para fora dele, com a articulação de outros serviços e outras pessoas. Por isso, é preciso investir que os serviços não se concentrem sobre si mesmos, e que encontrem, no território, outros espaços e outras pessoas que possam ajudá-los nessa construção.

Para tanto, as políticas de saúde apresentam-se enquanto espaço de aprimoramento e articulação de ações através da integração de programas, serviços e projetos que tenham como base a família. Nesse sentido é necessário valorizar a rede de proteção à família fortalecendo seus vínculos de relações que são estendidas às diferentes esferas de suas vidas, potencializando seu sentido de pertencimento social (SCHWERZ, 2007).

¹¹ Essa portaria vem reforçando em suas diretrizes a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral e a organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantia da integralidade do cuidado a esse público.

¹² Os Consultórios de Rua constituem uma modalidade de atendimento extramuros dirigida aos usuários de drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços de saúde e intersetorial. São dispositivos que oferecem cuidados em saúde aos usuários em seus próprios contextos de vida, adaptados para as especificidades de dessa população. Promovem a acessibilidade a serviços da rede institucionalizada, a assistência integral e a promoção de laços sociais para os usuários em situação de exclusão social (BRASIL, 2010b).

¹³ A redução de danos, a qual também vem a ser um dos eixos norteadores da Política Nacional de Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas, traça estratégias que são voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa da vida do usuário. Tendo como princípio de tratamento o grau de liberdade e de corresponsabilidade daquele que está se tratando e implica também o estabelecimento de vínculo com os profissionais de saúde. A redução de danos defende, como *locus* das ações, os espaços onde circulam os usuários e os próprios serviços de saúde, desde que articulados com outros pontos da rede (educação, cultura, saúde, justiça, serviço social, etc.). Ela também está articulada com a constituição e a ampliação das redes de apoio dos usuários (BRASIL, 2004b).

Ao analisarmos as intervenções familiares realizadas no âmbito dos serviços substitutivos, em especial o CAPS, identifica-se a necessidade de repensarmos intervenções que estimulem os processos de subjetivação enquanto “criação-invenção” de possibilidades existenciais diversas aos familiares. Além do mais, é preciso promover a participação ativa da família na definição e na implementação de práticas em saúde mental (MELMAN, 2002).

Em suma, todas essas mudanças no âmbito da saúde mental, carregaram tanto aspectos positivos, como a constituição de novos recursos e estratégias para o acompanhamento do grupo familiar, como desafios à família. Esses desafios ficam mais evidentes quando ela enfrenta o uso de drogas, em especial o crack. É sobre a necessidade da identificação das redes de apoio social mobilizadas pela família, que a auxilia no enfrentamento da situação, que discorrerei a seguir.

3.2 A família no contexto das Redes de Apoio Social

O entendimento do papel da família e sua participação no cuidado à loucura em momentos anteriores à reforma psiquiátrica foram fundamentais para o surgimento de mudanças no modo como hoje vemos a família. O trabalho com as redes de apoio da família também devem servir como palco de intervenções dos profissionais de saúde mental.

Ao longo da história, como vimos anteriormente, a família ocupou diversos papéis no que diz respeito ao cuidado com o louco e a loucura. Na sociedade pré-capitalista, o cuidado com o doente era de competência da família, todavia, esse papel se modifica no século XVIII, com Pinel e o nascimento da psiquiatria. Para ele o isolamento do doente e inclusive o de sua família era parte do tratamento moral, por ele instituído. O isolamento justificava-se na proteção da família contra o processo da loucura. Por outro lado, a família também era vista como propiciadora do adoecimento, reforçando a necessidade de isolamento do doente (ROSA, 2003).

Contudo, a partir do processo de Reforma Psiquiátrica, da desinstitucionalização e da concepção de um novo modelo de atenção em saúde mental, há o retorno e a permanência da pessoa com transtorno mental no seu meio social, o qual engloba a família, o trabalho e a comunidade. A inclusão da família, nesse sentido, torna-se essencial para a efetivação das atuais propostas da Reforma Psiquiátrica, sendo, família e instituições, obrigadas a rediscutirem as bases de uma nova relação (MELO, 2005). Elas passaram a ser estimuladas a

voltar a assumirem a responsabilidade pelo cuidado aos seus membros doentes, como participantes ativas do processo terapêutico (MELMAN, 2002; LOBOSQUE, 2007).

A família pode potencializar a relação interpessoal do indivíduo com outras pessoas e, com isso, também possibilita o convívio em sociedade. Ela define as metas e auxilia na construção dos meios para o crescimento e desenvolvimento de seus membros e da sociedade (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004). A família exerce grande influência no comportamento dos filhos e na composição de suas redes de apoio, sendo notório que o microsistema familiar constitui-se como um importante agente socializador e indutor de novas realidades (BRITO; KOLLER, 1999).

No caso da saúde mental, compreendo a família como um conjunto articulado de pessoas que pode contribuir no processo de recuperação e reinserção social do indivíduo, especialmente, em situações emblemáticas, como o consumo de crack. Mesmo que afetada pelas mudanças causadas pelo uso da droga, a família constitui-se como um sistema fundamental na produção de novos vínculos e novas redes sociais.

No entanto, a mesma família que pode contribuir na formação da identidade do familiar, também sofre quando um de seus membros adoece. Isso é ressaltado em diferentes estudos (SCHRANK; OSCHOWSKY, 2008; MARTINS; GARLET; BELLINI, 2009; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012), quando abordam que o impacto do adoecimento psíquico na família faz com que ela vivencie alterações biológicas, no seu funcionamento e nas suas relações, gerando sobrecarga física e emocional.

Percebo o quanto determinadas situações de vulnerabilidade podem causar prejuízos e desestruturar os laços familiares, como o uso de crack. A família se vê obrigada a se readaptar, o que não é fácil. Qualquer processo de mudança nas rotinas e configurações da família traz uma sobrecarga, mas entendo que as redes que ela estabelece com pessoas, recursos e serviços poderá fortalecê-la. Da mesma forma, as redes que ela não estabelece podem apresentar-se como um desafio à prática e à rotina dos serviços de saúde mental, pois isso pode sobrecarregar a família.

É nesse sentido que visualizo os desafios do Modo Psicossocial e das políticas contemporâneas de saúde mental de situarem a família considerando suas redes de relações. Isso quer dizer que não basta apenas compreender a importância da família, mas da sua configuração no contexto onde ela se forma e vive. Famílias podem ser constituídas de diferentes formas, bem como podem exigir cuidados específicos de saúde e saúde mental. Portanto, cada família é uma família, se vê atravessada por distintas formas de sofrimento e se

articula para enfrentá-lo ou minimizá-lo de múltiplas maneiras. É essa linha de raciocínio que os serviços de saúde mental precisam articular e incorporar no cenário das práticas.

Nesse contexto, trabalhar na perspectiva da rede de apoio à família significa trabalhar para que os vínculos da família e de sua rede sejam reconectados, na construção da autonomia a partir do reconhecimento de sua rede de pertencimento, oportunizando o resgate ou a aproximação de laços e vínculos que possam fortalecê-la (SCHWERZ, 2007).

Assim, compreendo que a família pode ser vista também como unidade cuidadora e a ser cuidada, pois nesse momento de enfrentamento de um problema complexo, como o consumo prejudicado de crack, todos os olhares devem ser voltados para um tratamento com abordagem que envolva o usuário, sem desconectá-lo da família. Da mesma forma, é preciso compreender que as possibilidades de cuidado vão além dos laços de solidariedade, mas também perpassam os recursos e as relações que essa família constitui com o território.

No entanto, para falar de redes de apoio social da família, é importante destacar que existem semelhanças e diferenças entre os conceitos de redes sociais e redes de apoio social, apesar de não haver precisão sobre essas distinções na literatura da área. Mesmo assim, é possível considerar que a rede social faria parte do contexto mais amplo do apoio social e vem sendo muito utilizada nos estudos sobre apoio e saúde (HOUSE; KAHN 1985).

A relação entre laços sociais e saúde foi sugerida, na década de 1970, por Sidney Cobb (1976) e, de maneira independente, por John Cassel (1976), quando evidenciaram que a ruptura de laços sociais aumentava a suscetibilidade para doenças. Estudiosos notaram que portadores de diversas enfermidades como hipertensão arterial, depressão e tuberculose relatavam com maior frequência o fato de não estarem, ou não se sentirem, inseridos em uma rede de apoio mútuo, ou ainda de terem experimentado, em maior grau, perdas importantes de laços sociais (PILISUK; MINKLER, 1985).

Para alguns autores as redes sociais podem ser definidas como os vínculos entre os sujeitos, em um sentido de interação afetiva, solidariedade e trocas mútuas (SLUZKI, 1997; WONG UN, 2002). No entanto, outros referenciais (BRASIL, 2008; MARTELETTO, 2004) caracterizam as redes sociais como a união e o vínculo entre pessoas e outros serviços e recursos, estabelecendo ligações e trocas recíprocas, na busca de fortalecimento entre as diversas unidades da rede. É nessa última concepção de redes que este estudo se apoia.

Considera-se que a rede social seria uma estrutura sem fronteiras, um sistema formado por “elos”, ou seja, de laços. Seria um sistema de apoio, enfim, um conjunto de participantes autônomos que unem ideias e recursos em torno de valores e interesses compartilhados (MARTELETO, 2004). Nesse sentido, as redes sociais se formam a partir do intercâmbio de

associações entre amigos, relações de trabalho, de estudo, vínculos na comunidade, vínculos coletivos, sociais e políticos (TRONCOSO; ALVAREZ; SEPULVEDA, 1996; MELMAN, 2002).

Para Mance (2001) a ideia de rede social remete a:

[...] Uma articulação entre diversas unidades que, através de certas ligações, trocam elementos entre si, fortalecendo-se reciprocamente, e que podem se multiplicar em novas unidades, as quais, por sua vez, fortalecem todo o conjunto na medida em que são fortalecidas por ele, permitindo-lhe expandir-se em novas unidades ou manter-se em equilíbrio sustentável. Cada nóculo representa uma unidade e cada fio um canal por onde estas unidades se articulam através de diversos fluxos (MANCE, 2001, p. 24).

Para Wong Un (2002), a abordagem da rede social parte da imagem/metáfora da rede ou teia, onde as pessoas ou organizações seriam os pontos (os nós) do tecido, e os fios são as relações que acontecem entre estes elementos. No entanto, se reconhece que a rede apresenta propriedades e características próprias que não estão presentes em cada elemento isolado, existindo fluxos bidirecionais de informações, experiências, ideias, estabelecendo diálogos e processos de construção mútua.

O autor denomina as redes sociais de *redes interpessoais de relações sociais solidárias*, afirmando que elas se formam em contraponto à intolerância e perante a construção de mundos excludentes, onde as pessoas comuns, grupos e comunidades desenvolvem buscas e experiências solidárias. Sendo redes dinâmicas, temporárias, frágeis, mutáveis, ao mesmo tempo, são sistemas auto-organizados de onde surgem propostas, táticas e estratégias para enfrentamento coletivo dos problemas. Elas cumprem o objetivo de proporcionar segurança e bem-estar frente à determinada configuração cultural adversa.

Nesse sentido, visualizo que a organização das redes sociais contribui para o bem-estar das pessoas e pode fortalecer as estratégias para o enfrentamento de situações adversas, funcionando como uma espécie de cooperação entre os indivíduos. No entanto, essas redes não se constituem como algo estático e fixo, pelo contrário, são dinâmicas e permitem a criação de novas configurações, adaptando-se conforme determinada situação.

Posso dizer que a análise das redes sociais, assim como das redes de apoio como seu componente mais intrínseco, possui relevância para a compreensão dos distintos pontos da rede na prevenção e no enfrentamento da problemática do crack pelo grupo familiar. Em outras palavras, cada indivíduo ou serviço que constitui essa rede é importante para sua estruturação, manutenção e até mesmo sua ampliação em situações de grande vulnerabilidade. Entretanto,

isso só é possível na medida em que todos os seus membros cooperam e fortalecem seus vínculos e os laços de união.

Isso quer dizer que as redes sociais devem ser consideradas na elaboração e na realização das intervenções assistenciais e de reabilitação psicossocial desenvolvidas pelos serviços de saúde mental, de forma a tornar a intervenção sobre a rede social uma prioridade operativa (CASTELFRANCHI, 2003; TERZIAN; TOGNONI, 2004; MANGIA, 2006). Nessa perspectiva, contribuir para o desenvolvimento, o fortalecimento e a manutenção de redes sociais pode ser determinante para uma intervenção eficaz aos usuários e seus familiares.

Sendo assim, as redes sociais e as redes de apoio constituem um tema fundamental para compreender a complexidade da vida social. Elas aparecem como recurso decisivo para possibilitar avanços em programas que exigem envolvimento e participação ativa das populações locais, na medida em que possibilitam o entendimento da organização e dinâmica de vida individual e também coletiva (MARTINS, 2004).

Entendo que essas ideias de redes sociais e de redes de apoio vinculam-se à construção das redes de atenção aos usuários de crack, no sentido de conformação de correntes que possam fortalecer as práticas dos trabalhadores e o sentimento de enfrentamento da problemática por usuários e familiares.

Desse modo, o trabalho na perspectiva destas redes parece útil para o entendimento da produção de cuidados da saúde na família no contexto do modo psicossocial. Se na perspectiva da rede social está incluído o apoio social, como componente intrínseco desse processo, considero relevante discutir aspectos que o fundamentam.

Segundo Lacerda (2002), a discussão acerca do apoio social tem origem no pensamento acadêmico através de grupos progressistas norte-americanos e aponta para a possibilidade de enfrentamento dos problemas de saúde/doença via estabelecimento de relações solidárias entre os sujeitos. No entanto, essa discussão ganha espaço a partir da década de 1980, com uma diversidade de produções científicas sobre este tema.

Quando entendemos os relacionamentos como fluxos entre os atores envolvidos, as redes de apoio social se tornam mais complexas e vivas. Esses fluxos se dariam nas relações das pessoas com profissionais ou instituições (**relações formais**), ou naquelas tidas como de maior importância afetiva, como nas relações estabelecidas com outras famílias, amigos, vizinhos, colegas de trabalho e comunidade (**relações informais**) (MELMAN, 2002; ROSA; BENÍCIO, 2009).

Diante dessas afirmações, compreendo que as redes de apoio social, descobertas e acionadas pela equipe de saúde mental, constituem-se um recurso importante de cuidado aos

familiares de usuários de crack, potencializando a construção de práticas que valorizem o cuidado para fora dos muros dos serviços.

A influência de proteção das redes de apoio social na saúde é amplamente reconhecida na saúde pública e em pesquisas brasileiras, especialmente nas áreas da gerontologia e de doenças crônicas. Entre esses estudos, podemos citar os de Domingues (2000), Seidl e Troccoli (2006), Pinto et al. (2006), Nardi e Oliveira (2008), Mesquita et al. (2010), Sanchez et al. (2010), Silveira (2011) e Faquinello, Marcon e Waidmann (2011). No caso da saúde mental, alguns estudos se destacam, como os de Vieira Filho e Nobrega (2004), Costa e Ludermir (2005), Costa (2005), Lavall (2010) e Souza (2010). Estes estudos enfatizam os reflexos positivos trazidos pelo apoio social, mostrando que o apoio recebido pelos sujeitos em momentos de adversidade teve grande importância no cuidado e também na melhora das condições de saúde dos pesquisados. No entanto, estes estudos também evidenciaram algumas lacunas nas redes de apoio, apontando para a necessidade de estimular a ampliação e o fortalecimento dos vínculos entre pessoas e também com recursos comunitários.

Diante do exposto, percebo que o cuidado em liberdade deve ser problematizado não apenas no contexto do serviço, mas também com as famílias e seus vínculos, externos à instituição de saúde. Penso que este olhar sob a perspectiva da rede de apoio social da família poderá ser uma importante estratégia que tensione e potencialize as práticas dos trabalhadores, considerando os arranjos estabelecidos pela família, seu contexto de vida, suas necessidades de cuidado no território e suas interfaces.

É nesse sentido que as redes de apoio social incorporam-se nas discussões sobre o cuidado em saúde mental a usuários de crack e seus familiares. Isso porque contribuem para a definição das fronteiras do indivíduo e participam de suas relações com o meio, ajudando na recuperação da saúde das pessoas. Dessa reciprocidade surgem círculos virtuosos, nos quais a rede é mobilizada em uma contribuição positiva para a saúde, ou círculos viciosos, nos quais doenças e limitações crônicas produzem efeitos negativos, contribuindo para a desintegração da rede (SLUZKI, 1997).

Da mesma forma que as redes de apoio são importantes, sua interface com a prática produzida pelos trabalhadores dos serviços de saúde mental possibilita a continuidade do cuidado prestado para fora dos mesmos. Caso não haja essa integração, a rede se perde e se dispersa, o que poderá comprometer o cuidado ao usuário, à família e distanciar os serviços, da vida no território onde os problemas acontecem.

Reconhecemos, que “para atender a família é preciso entendê-la em suas relações internas e externas com esses mesmos serviços” (GUTIERREZ; MINAYO, 2008, p. 1), ou

seja, as redes de apoio social que permeiam essa família. Dessa forma, é preciso olhar como as pessoas vivem, quais os recursos que dispõem para atender suas necessidades e expectativas no cuidado à saúde. É nessa possibilidade de aproximação e elucidação da vida cotidiana na comunidade que se insere a importância do desvelamento das redes de apoio social (BUDÓ et al., 2010).

Diante disso, o entendimento dos significados e conceitos sobre rede de apoio social e rede social nos leva a compreendê-las enquanto recursos aplicáveis no cuidado à família. Isso porque seus objetivos visam a aprimorar a qualidade de vida destas pessoas, e, ainda, promover, fortalecer e manter seu bem-estar, utilizando recursos de aproximação que facilitem a compreensão das diferentes dimensões das famílias (PEDRO; ROCHA; NASCIMENTO, 2008).

Logo, considero importante ampliar o universo das redes no contexto do cuidado em saúde mental, levando-se em consideração os vínculos, os contextos, o conhecimento da realidade e as tarefas da vida cotidiana dos sujeitos. Trata-se de um desafio central no cotidiano olhar para as práticas dos trabalhadores, no intuito de ampliar a efetividade e a qualidade da atenção prestada aos usuários de drogas e seus familiares.

A partir dessas questões, destaco que este estudo utilizará a classificação proposta por Pernile Due e colaboradores (1999) para conhecer as redes de apoio social de familiares de usuários de crack. Esses pesquisadores têm origem dinamarquesa e vem despontando na realização de pesquisas na temática. A maioria de suas publicações está voltada para a investigação das redes de apoio na população idosa e possuem enfoque quantitativo (DUE et al., 1999; LUND et al., 2000; AVLUND et al., 2004), destacando principalmente as influências da rede de apoio e das relações sociais.

Para os autores, o apoio social é uma faceta funcional das relações interpessoais, juntamente com o senso de integração e as tensões sociais ou relações conflitantes. As redes de apoio, nesse contexto, seriam um ponto de vista sistêmico do apoio social, que utiliza a concepção de sistemas sociais, considerando de forma ampla os tipos de contexto, os atores envolvidos nas interações de apoio e as funções que assumem para os indivíduos (DUE et al., 1999).

Segundo os autores, as redes de apoio mostrariam uma visão mais abrangente dos diferentes aspectos de vida, diferenciando-se das velhas abordagens reducionistas e que “compartimentalizam” o sujeito. Em outras palavras, o apoio, no âmbito das redes sociais, estaria intimamente relacionado a quatro aspectos, tanto qualitativos como comportamentais das relações sociais. São eles:

1) **Apoio emocional** – envolve expressões de amor e afeição. Ele é fornecido por pessoas mais próximas ao convívio do sujeito com a família, amigos e vizinhos.

2) **Apoio instrumental ou material** – refere-se aos auxílios concretos recebidos pelas pessoas, como provimento de necessidades materiais em geral, ajuda para trabalhos práticos (limpeza de casa, preparação de refeição, provimento de transporte) e ajuda financeira.

3) **Apoio de informação**¹⁴ – compreende todas as informações recebidas pelas pessoas, que podem ser usadas para lidar com problemas e resolvê-los. Destacam-se, por exemplo, aconselhamentos, sugestões e orientações.

4) **Interação social positiva** – Diz respeito à disponibilidade das pessoas para atividades de lazer, relaxamento e diversão. Aborda a interação social e as atividades de convivência que podem ajudá-las a lidar com as dificuldades em torno da sobrecarga com os cuidados.

Diante do exposto, partiremos da compreensão destes quatro aspectos citados por Due et al. (1999). Com isso, esperamos que o referencial nos auxilie no alcance dos objetivos propostos nesse estudo com relação a uma melhor compreensão das redes de apoio social dos familiares de usuários de crack.

¹⁴ Alguns estudos internacionais, como os de Eriksson e Lauri (2000) e Cresci (2001), vêm demonstrando a importância do apoio informacional. O objetivo do primeiro estudo foi descobrir a perspectiva dos familiares acerca do apoio informativo e emocional que receberam dos profissionais de saúde antes e depois da morte do paciente com câncer. Os resultados apontaram para a insuficiência de apoio informacional recebido dos profissionais de saúde pelos familiares dos doentes, verificando-se um apoio maior após a morte dos pacientes. Esse estudo também atenta para a importância do profissional de saúde adquirir sensibilidade para avaliar as necessidades de apoio objetiva e subjetiva de cada familiar. O segundo estudo, realizado por Cresci (2001) em idosos no pós-operatório de quadril, refere que o apoio informacional fornece aos indivíduos conhecimentos e habilidades necessárias para resolver diversos problemas e situações estressantes. Os resultados indicaram a importância do apoio informacional como um fator protetor e relevante para a manutenção e recuperação da saúde na população pesquisada.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Caracterização geral do Estudo

Este estudo está vinculado à pesquisa “ViaREDE” – Avaliação qualitativa da rede de serviços de saúde mental para atendimento a usuários de crack. Esta pesquisa foi financiada pelo CNPq (Edital MCT/CNPq 041/2010) e foi desenvolvido pela UFRGS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas. Conta com a colaboração de alunos de graduação, pós-graduandos e docentes pesquisadores.

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, fundamentada nos pressupostos teórico-metodológicos da Avaliação de Quarta Geração. O objetivo da pesquisa foi avaliar qualitativamente a rede de serviços de saúde mental para atendimento a usuários de crack em Viamão/RS. Os grupos de interesse incluídos no estudo foram usuários, familiares, trabalhadores e gestores do sistema.

Neste estudo, propôs-se identificar as redes de apoio social de familiares de usuários de crack. Entendo que as redes de apoio social incorporam-se na perspectiva do cuidado em liberdade, fazendo parte da proposta de ampliação e fortalecimento da rede de atenção aos usuários de crack e seus familiares. Nesse sentido, acredito que, como estudo vinculado ao ViaREDE, possa problematizar o cuidado dentro e fora dos serviços, dando subsídios para avaliar e fortalecer a rede de saúde mental.

4.2 Tipo de Estudo

O presente estudo possui natureza qualitativa, do tipo estudo de caso. A pesquisa qualitativa procura explorar um conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema que se pretende investigar.

A abordagem qualitativa se propõe a descrever as particularidades e subjetividades de um fenômeno, e por isso pode ser considerada o tipo de investigação mais apropriado para a área das ciências humanas e sociais. Esse tipo de abordagem busca o desenvolvimento de uma nova forma de interpretação do mundo, considerando suas transformações, particularidades e a interação dos sujeitos com a sua própria natureza (TURATO, 2003).

O estudo de caso, segundo Yin (2005), é caracterizado como uma investigação empírica que estuda um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real, ou

seja, esse tipo de método é utilizado quando se quer lidar com questões contextuais que são pertinentes ao fenômeno que se pretende estudar, podendo incluir tanto um caso único quanto casos múltiplos.

4.3 Cenário do Estudo

O estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS AD) do município de Viamão/RS. O serviço trabalha dentro da perspectiva de porta-aberta aos usuários e familiares, orientado pelas premissas da Política Nacional de Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica.

Atualmente, o número de usuários atendidos neste serviço é 179, nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva. Entretanto, existem em torno de 2.000 prontuários abertos no serviço. Dentre estes, existem os que estão vinculados ao serviço de DST/AIDS e também aqueles que não aderiram a nenhum tratamento, mesmo que apresente esta comorbidade. Grande parte desses usuários reside em áreas de vulnerabilidade social no município de Viamão.

O serviço funciona durante a semana, nos turnos da manhã e da tarde, das 8:00 às 17:00 horas. Dispõe de várias atividades, incluindo acolhimento com “porta aberta”, atendimento individual aos usuários, atendimento em grupos, oficinas terapêuticas e atividades na comunidade. Entre elas, destaca-se o grupo de famílias.

O grupo de famílias trata-se de um grupo terapêutico, realizado semanalmente no CAPS AD. Ele é formado, em média, por dez participantes, e caracteriza-se por ser um grupo “aberto”, onde todos os familiares que estão em acompanhamento pelo serviço podem participar. Isso torna o grupo muito dinâmico, de modo que, a cada semana, novos familiares se inserem e o perfil do grupo vai sendo modificado. Desse modo, o grupo constitui-se como a principal estratégia de atendimento oferecida pelo CAPS AD às famílias de usuários de álcool e outras drogas.

4.4 Sujeitos do Estudo

O estudo foi constituído por três familiares de usuários de crack do CAPS AD de Viamão/RS. A seleção dos entrevistados foi feita a partir do grupo de interesse “família” do ViaREDE, ao qual este estudo está vinculado.

No processo de coleta de dados do ViaREDE, foram entrevistados 11 familiares, no período de janeiro a fevereiro de 2013, todos eles vinculados ao CAPS AD. Esses familiares foram escolhidos a partir de sua inclusão no grupo de famílias e também em função dos atendimentos individuais pela equipe. Tiveram oportunidade de transitar por diferentes recursos oferecidos pelo município, dentre eles: Hospital Geral, Unidade Básica de Saúde e CAPS, o que ampliou o potencial avaliativo do estudo.

Durante a coleta de dados do ViaREDE, foi possível observar diferentes demandas das famílias, como também os diferentes posicionamentos em relação ao desejo de fortalecimento e ampliação da rede de atenção em saúde mental do município de Viamão. Diante disso, entendo que, dentro do grupo de interesse do ViaREDE, existem muitos familiares com potencial para auxiliar no alcance dos objetivos propostos por este estudo.

A partir dos 11 participantes do ViaREDE, foram selecionados para este estudo três familiares que corresponderam aos seguintes critérios de inclusão, pré-estabelecidos:

- Fazer parte do grupo de interesse família do ViaREDE;
- Possuir condições psicológicas e cognitivas para responder às questões propostas;
- Possuir parente, usuário de crack, que estão ou estiveram vinculados ao CAPS AD;
- Dispor-se a participar da pesquisa;
- Permitir a divulgação dos resultados, ressalvadas as questões éticas que envolvem o sigilo e o anonimato.

As participantes do estudo acompanham ou acompanharam o tratamento de seus familiares no CAPS AD de Viamão. Todas as entrevistadas eram do sexo feminino. Com relação ao grau de parentesco com o familiar usuário de crack, duas das familiares eram mães e uma era irmã.

4.5 Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu no período de outubro a novembro de 2013 e deu-se por meio de entrevista, a partir de um roteiro específico (Cf. Apêndice A).

Segundo Gil (2008), entrevista é a técnica de coleta de dados em que o investigador se apresenta frente ao entrevistado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obter os dados que interessam a uma investigação.

A entrevista foi dividida em duas etapas: a primeira parte se refere à questão norteadora geral, que consistiu de duas perguntas destinadas a compreensão da família. Busquei explorar os membros da família, suas características pessoais, o relacionamento intrafamiliar e a dinâmica e funcionamento da rotina do familiar entrevistado.

A segunda parte da entrevista consistiu em seis perguntas. Nesta etapa da entrevista procurei explorar o contexto do crack na família (quando surgiu, como, de que maneira a família reagiu e reage hoje, quem auxilia a família com os cuidados, etc.), e quais os apoios mobilizados (através de pessoas, serviços de saúde e equipamentos sociais) pela família no enfrentamento da problemática do crack.

Todos os contatos foram realizados via telefone. As entrevistas com os participantes foram realizadas face a face, de forma individual.

Optou-se por realizar as entrevistas conforme horário e local desejado pelos participantes, sendo que a primeira entrevista foi realizada no domicílio da familiar, a segunda no ambiente de trabalho e a última nas dependências do CAPS AD de Viamão.

No transcorrer da entrevista, como previsto, utilizou-se gravador e foram realizados registros das principais informações relatadas pelos familiares. Cada entrevista teve duração de cerca de três horas. Ressalto, que tive a cautela, de evitar o possível desconforto gerado por tantas horas de entrevista. Para isso, procurei realizar um momento de convivência com a familiar para que a entrevista não se tornasse tão exaustiva.

Durante as entrevistas foram construídos Genogramas¹⁵, para que se pudesse visualizar melhor a caracterização de cada rede familiar.

¹⁵ O Genograma é um diagrama da família que permite a identificação dos indivíduos da estrutura familiar interna, propiciando o levantamento de dados sobre os relacionamentos familiares de pelo menos três gerações. Ele possibilita a percepção de toda a família, delineando sua natureza, as interfaces e pontos de intermediação, pontes a construir e recursos a serem buscados e mobilizados para atuar nos conflitos (WRIGHT, LEAHEY; 2009). Para a construção dos genogramas foi utilizado o programa GenoPro 2011 (versão 2.5.4.1).

4.6 Análise de Dados

Após a realização das entrevistas, os depoimentos foram transcritos na íntegra e submetidos a uma leitura flutuante, com o intuito de uma familiarização com o material empírico.

Após esta etapa, os dados foram organizados de acordo com a classificação proposta por Due et al. (1999), a partir das quatro dimensões que envolvem o apoio social: apoio emocional, apoio material, apoio de informação e interação social positiva. Posteriormente, estes resultados foram descritos e confrontados com a literatura da área e sua adequação aos objetivos do estudo.

Os dados foram apresentados através do estudo de caso de cada participante, onde se pode conhecer o contexto familiar de cada participante: a composição da família, suas relações internas e externas, funcionamento, e os papéis que cada membro ocupa dentro do ambiente familiar.

4.7 Aspectos Éticos

O ViaREDE, ao qual este estudo está vinculado, foi aprovado pelo CEP/UFRGS e CONEP (Cf. Anexos A, B e C). No entanto, serão respeitados os aspectos éticos e legais pautados na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012) que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos.

Foi feito contato com a instituição através de um documento apresentado ao coordenador do CAPS AD (Cf. Apêndice B), informando sobre o estudo em questão e solicitando autorização. Cada familiar selecionado para participar da pesquisa foi contatado verbalmente e convidado. Foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos familiares que concordaram em participar, disponível no Apêndice C.

O TCLE dispõe sobre a garantia de sigilo e anonimato, o direito de desistir de sua participação em qualquer momento da pesquisa se que houvesse prejuízo para o mesmo. Também informou que as entrevistas seriam gravadas. Ressalto, no entanto, que ele foi exhaustivamente explicado aos familiares, com vistas ao esclarecimento de quaisquer dúvidas que pudessem surgir antes da formalização da participação do investigado.

A fim de preservar o sigilo e identidade dos participantes deste estudo, optou-se por utilizar nomes fictícios para representação dos familiares (Ex.: Maria, Sônia, Eliane, etc).

5 ESTUDOS DE CASO

5.1 Conhecendo a família de Maria

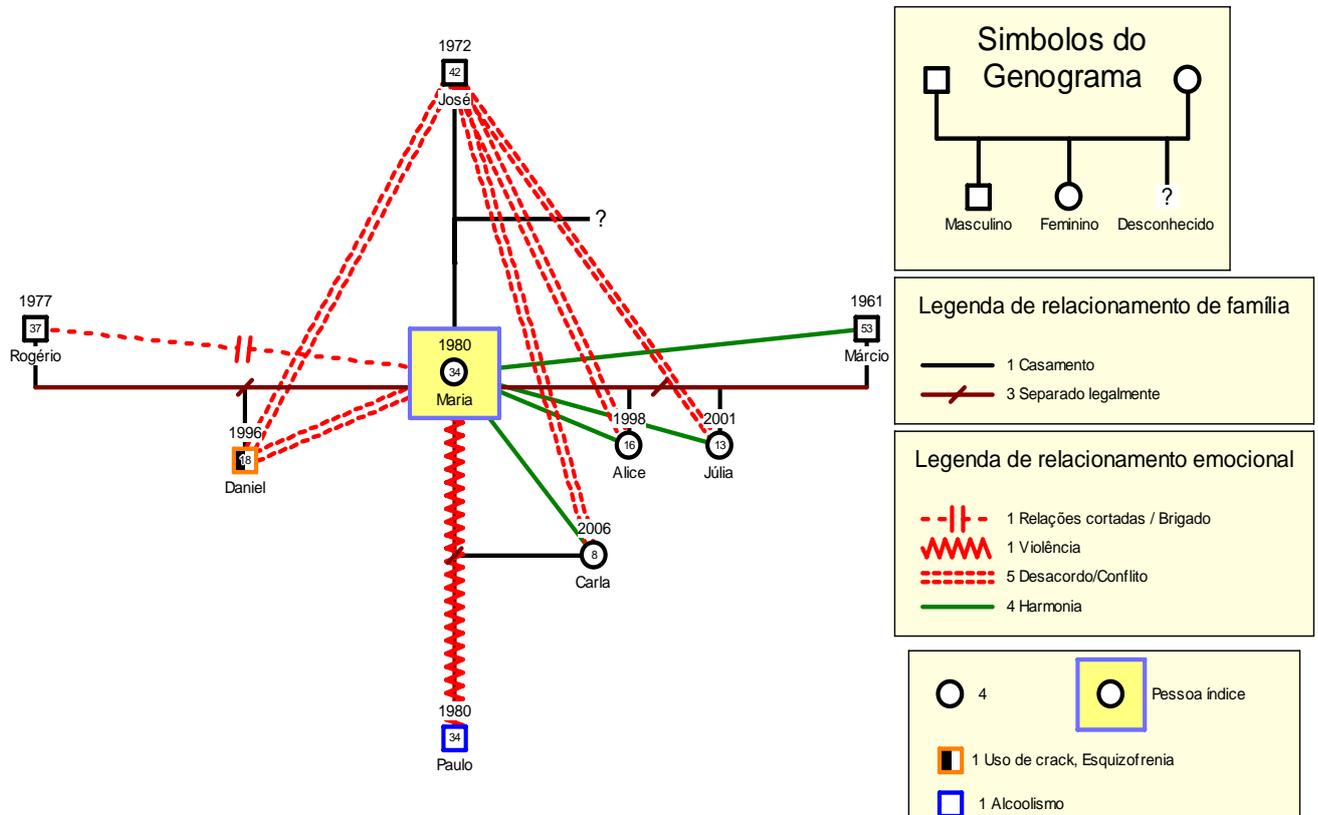
5.1.1 Composição da família nuclear

Maria, 34 anos, é natural de Porto Alegre e possui ensino médio completo. Reside em um bairro da periferia de Porto Alegre com seus quatro filhos (um menino e três meninas) e seu atual companheiro, José, de 42 anos. Atualmente, ela trabalha como vigilante e seu companheiro é chefe de exumação de um cemitério da cidade de Porto Alegre. Juntos, mantêm financeiramente a família.

Os filhos que vivem com Maria são frutos de diferentes relacionamentos. O primeiro filho é Daniel, de 18 anos, o qual nasceu de seu primeiro envolvimento amoroso, aos 14 anos, com Rogério, hoje com 37 anos. Após o nascimento de Daniel, vieram as filhas Alice, de 16 anos e Júlia, de 13 anos, fruto de um segundo relacionamento, desta vez com Márcio, atualmente com 52 anos. A caçula Carla, de oito anos, nasceu após o terceiro envolvimento afetivo, com Paulo, de 34 anos. No momento, encontra-se em seu quarto relacionamento, do qual está grávida de cinco meses.

A seguir, apresento o **genograma da família nuclear** (1)¹⁶, para facilitar a visualização de sua estrutura e composição:

¹⁶ Família nuclear: A família nuclear é considerada aquela constituída pelo tripé pai-mãe-filhos (OSÓRIO, 2002).



Genograma 1 - Família nuclear (1)

Fonte: Dados da pesquisa.

O primeiro filho de Maria, Daniel, tem histórico de envolvimento com drogas desde os 14 anos de idade. Além disso, foi diagnosticado com esquizofrenia aos 17 anos. Enfrentou problemas de aprendizagem tanto na infância quanto na adolescência, o que o levou a não completar o ensino fundamental. Maria destaca esse contexto no seguinte depoimento:

“Ele demorou pra tudo né... Ele demorou pra falar, demorou pra caminhar, demorou pra tudo, pra largar as fraldas... O desenvolvimento escolar foi muito difícil, ele tinha dificuldade pra falar, tinha dificuldade pra aprender, vivia no SOE [Serviço de Orientação Educacional], vivia as professoras encaminhando ele pra fonoaudióloga, pra psicóloga, sempre foi muito difícil.” (Maria)

Durante a adolescência, ele trabalhou com seu padrasto, atuando como auxiliar de construção e em limpeza de pátios. Atualmente não trabalha, ocupando boa parte de seu tempo em casa, com participação pequena nas atividades cotidianas do lar. Costuma aproveitar a maior parte de seu tempo livre assistindo televisão ou dormindo. Recebe benefício social concedido pelo INSS em função do diagnóstico de esquizofrenia. No que diz respeito à interação com sua família, Maria destaca que Daniel tende a ser mais isolado.

Alice, a segunda filha, tem 16 anos. Não possui emprego fixo, mas durante a semana ajuda nas tarefas relacionadas ao cuidado dos sobrinhos. Cursa o segundo ano do ensino médio durante a noite.

A terceira filha, Júlia, tem 13 anos. É uma menina que convive bem com a família, mesmo possuindo, segundo sua mãe, uma “personalidade muito forte”. Quando está em casa, Júlia costuma ajudar sua mãe nas tarefas cotidianas, como organizar a casa, cuidar dos animais domésticos e preparar refeições. Cursa o quinto ano do ensino fundamental. Segundo Maria, é boa aluna, com excelente desempenho nos estudos.

A filha caçula, Carla, tem oito anos. É uma criança muito afetiva e gosta de estar em família. Auxilia nas tarefas domésticas e no cuidado com o irmão, mas aproveita seu tempo livre com os amigos, participando de brincadeiras e jogos de computador. Atualmente, cursa o 2º ano do ensino fundamental. Ela possui algumas dificuldades de aprendizado na escola, mas, para a mãe, nada que possa comprometer seu desempenho nos estudos.

Ao analisar a dinâmica familiar, parece haver laços de afeto e solidariedade entre os membros do grupo familiar, principalmente no que se refere às tarefas cotidianas da casa. Os vínculos entre as filhas e Maria parecem fortes, pois há diálogo e respeito.

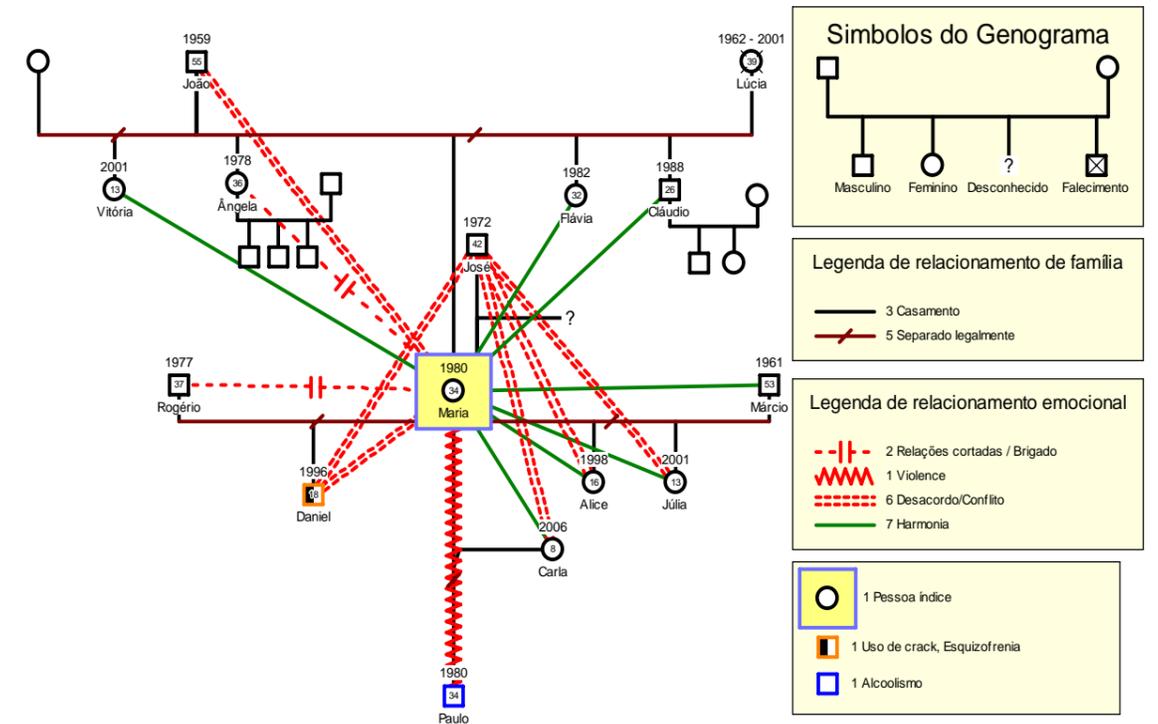
Já a relação estabelecida entre Maria e o filho Daniel parece mais frágil. Apesar de a familiar ser a principal cuidadora do filho, há poucos momentos de troca de diálogo e expressão de afeto. Contudo, é bastante evidente a atenção e preocupação que Maria dispensa a Daniel.

Também se observou o esforço dela em manter o bem-estar da família, demonstrando preocupação com todos os seus integrantes. A escuta e o diálogo são elementos utilizados por Maria no cotidiano das relações familiares, favorecendo a união dentro do âmbito familiar e a resolução de situações conflituosas.

5.1.2 Estrutura da família ampliada

Maria é filha de João, senhor de 55 anos e de sua mãe Lúcia, falecida há 12 anos. Seus pais foram casados durante 20 anos e tiveram quatro filhos. Maria é a segunda filha dentre os quatro irmãos desta relação. A seguir, apresento o genograma da **família ampliada (2)**¹⁷:

¹⁷ A Família Extensa ou Ampliada pode ser considerada como aquela que se estende para além da unidade pais e filhos ou da unidade do casal, formada por parentes próximos com os quais a criança ou adolescente convive e mantém vínculos de afinidade e afetividade (Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990).



Genograma 2 - Família ampliada (2)

Fonte: Dados da pesquisa.

Os pais de Maria se separaram quando ela tinha 14 anos. O pai era funcionário público estadual e a mãe trabalhava como dona de casa. Seus pais, segundo ela, eram participativos e afetuosos. No entanto, comentou que sua mãe era bastante rígida na educação, enquanto que o pai estava mais envolvido com as atividades de lazer e divertimento, exercendo outro papel na educação dos filhos:

“Minha mãe foi muito rígida, ela era uma mãe muito rígida com nós assim, nossa educação foi ali né...” “E ele [João] era presente tipo assim a gente fazia bandeirantes e ele era o chefe dos bandeirantes, a gente tinha coisa no colégio lá ia o pai... Então eu não tenho queixa dele assim... Ele foi um pai muito presente, nunca nos bateu.” (Maria)

A separação dos pais foi um momento difícil e conturbado para Maria e seus irmãos. Após seu pai sair de casa, as dificuldades financeiras da família obrigaram sua mãe a trabalhar fora. Além disso, para ajudar nas despesas, Maria também começou a trabalhar aos 14 anos. Como era difícil conciliar estudo e trabalho, optou por continuar trabalhando e abandonou os estudos:

“[...] A gente passou trabalho, passamos fome né... eu me lembro que eu comecei a trabalhar numa escolinha, cuidava de criança, aí eu ajudava muito em casa, as minhas irmãs também...” (Maria)

Nesta mesma época, Maria conheceu seu primeiro namorado, Rogério. Seu relacionamento não era aprovado pelos pais, gerando muitos conflitos na família. Por conta dessa reprovação, tentou suicídio, ingerindo medicamentos. Foi nesta tentativa de suicídio que ela descobriu que estava grávida deste primeiro relacionamento:

“Tava grávida, eu tentei me suicidar, fiquei internada muito tempo na psiquiatria da PUC... depois que eu saí aí eu fui descobrir que eu tava grávida.” (Maria)

Ela ficou internada por cerca de um ano em uma clínica psiquiátrica, onde teve seu primeiro filho. Após o parto, ainda permaneceu internada, realizando visitas à família apenas quando era liberada para o período de socialização.

Quando estava com 17 anos, perdeu sua mãe devido a um Acidente Vascular Cerebral. Desde então, vem mantendo encontros esporádicos com seu pai, justificando isso em função da falta de interesse dele em procurá-la e aos netos:

“Às vezes a gente briga... Agora tô meio brigada com ele, mas depois ele volta, fica ligando. Porque eu acho errado assim, ele não é muito presente com os netos sabe, ele é muito bom pros outros, mas pros netos não.” (Maria)

Sua irmã mais velha se chama Ângela. Tem 36 anos, é separada e tem três filhos. Reside na cidade de Viamão e trabalha com serviços gerais em uma empresa da cidade. Na adolescência, por ser a irmã mais velha, se responsabilizava pelo cuidado dos irmãos mais novos. Atualmente, Maria afirma ter pouco contato com Ângela, em função de alguns conflitos familiares.

A terceira filha da família é Flávia. Tem 32 anos, é solteira e não possui filhos. Reside em Canoas, onde trabalha como corretora de imóveis. O falecimento de sua mãe fez com que ela e Maria ficassem muito próximas:

“Ah, a gente ficou muito unidas com a morte da mãe... agora a gente é tri amigas, ela me apoia pra caramba, tá sempre aqui...” (Maria)

O irmão caçula, Cláudio, tem 26 anos. É casado, possui dois filhos e reside na cidade de Viamão. Trabalha como vigilante. Ele foi praticamente criado por Maria, a partir da morte

da mãe. Atualmente, a familiar conta que sua relação com ele é muito boa, oferecendo apoio e segurança quando necessário.

Tempo depois, na separação de sua esposa, João casou-se novamente, tendo mais uma filha, Vitória, de 13 anos. Com esta irmã, Maria refere ter um bom relacionamento, apesar de não se encontrarem com frequência.

5.1.3 Dinâmica e Relacionamento Familiar

Maria teve vários envolvimento amorosos. Com o primeiro companheiro Rogério, pai de Daniel, esteve aproximadamente dois anos, com o qual não mantém contato atualmente.

Com seu segundo companheiro, Márcio, de 52 anos e pai das duas filhas, viveu por cerca de sete anos. Terminou a relação por haver descoberto a homossexualidade de seu parceiro. Mesmo assim, eles ainda conversam e mantém contato. Ela considera que ele é um pai presente na vida das filhas e inclusive na vida de Daniel, sempre procurando participar da educação deles:

“... Ele procura, é bem amigo meu assim, ele vem passa o dia sai com elas, dá o que elas precisar né... ele ajuda o [Daniel - filho] se eu ligar pra ele e dizer: [Márcio – ex marido], ‘o [Daniel - filho] quer tal e tal coisa’, ele ajuda...e se precisar que ele fique com as crianças e até com o [Daniel- filho] ele fica...” (Maria)

O terceiro relacionamento de Maria foi com Paulo, de 34 anos, pai de sua filha caçula. Essa relação durou cerca de sete anos. Apesar de ser um pai presente na educação da filha, o relacionamento dos dois foi marcado pelo consumo diário de álcool pelo companheiro, inclusive com episódios de agressão física.

O envolvimento de seu último companheiro com álcool não foi a primeira experiência da família com o uso de drogas. A familiar relata que um primo tem envolvimento importante com crack e álcool. Ele inclusive já foi detido e esteve em situação de rua. Segundo ela, seu primo já teve várias oportunidades, no entanto, em função do crack, hoje está sem emprego fixo e vive em situação de rua, na cidade de Porto Alegre.

Maria e sua família residem em um bairro da periferia de Porto Alegre, cuja população parece apresentar baixo poder aquisitivo. A residência da família é simples, feita de madeira, possuindo quatro cômodos. A estrutura física da casa é pequena para comportar todos os membros da família, uma vez que dividem o domicílio ela, o marido e os quatro filhos. Como

estão em processo de adaptação à nova residência, ainda conhecem pouco os vizinhos e a região.

A relação da familiar com as filhas é boa. Ela conta que sempre busca estabelecer um diálogo com as filhas e dificilmente usa da violência física para discipliná-las. A maior dificuldade é em relação a Daniel, pela distância emocional que o filho possui com o restante da família.

No relacionamento entre Maria e o atual companheiro existem algumas divergências, mas que são consideradas, por ela, normais dentro do ambiente familiar. As discussões geralmente são motivadas pela falta de interesse do companheiro em melhorar a atual condição de vida da família:

“Ah eu brigo muito. Ele não tem aquela coisa de crescer sabe, trabalha, trabalha, trabalha não quer comprar um carro, ah ele é muito descansado.” (Maria)

O relacionamento do companheiro com as filhas de Maria é um pouco conturbado, marcado por constantes discussões, geralmente provocadas pelas enteadas:

“Quem briga mais com ele é as gurias... Elas têm o gênio muito difícil...” (Maria)

Em relação a Daniel, o atual companheiro de Maria não aceitava que ele fizesse uso de crack devido ao preconceito, o que acabava motivando as brigas entre os dois. No entanto, os dois parecem estar estabelecendo uma relação melhor, uma vez que o padrasto começou a perceber que a conduta de Daniel se tratava de uma patologia e, desta forma, passou a apoiar a companheira nos momentos de dificuldade com o filho:

“Hoje ele entende... se precisar eu ligo traz o chinelo do [Daniel - filho] traz uma escova de dente, uma pasta de dente ele leva né, hoje ele entende.” (Maria)

Com relação às atividades cotidianas da família, Maria trabalha em horários flexíveis, em geral no turno da tarde. Durante a manhã, usa o tempo para preparar as refeições da família e organizar o lar.

As filhas vão à escola no período da manhã e o marido também sai cedo para trabalhar. À tarde elas aproveitam o tempo livre em casa, brincando, olhando televisão ou fazendo as tarefas domésticas.

Já Daniel passa a maioria do tempo em casa, se ocupando com atividades, como assistir televisão, auxiliar a mãe em tarefas domésticas ou dormir. Algumas vezes por semana ele também costuma frequentar grupos de Narcóticos Anônimos do bairro onde mora. Ele também frequentava duas vezes na semana o CAPS AD na cidade de Viamão, onde fazia tratamento para o uso do crack, porém abandonou o tratamento e não tem frequentado mais o serviço, ficando a maioria do tempo ocioso.

5.1.4 O surgimento do crack na família e suas repercussões

A familiar conta que desde pequeno seu filho apresentava problemas de conduta, pois tinha muitos históricos de fuga, nas quais costumava procurar abrigo na casa de parentes ou até mesmo perambulando pelas ruas durante dias.

O uso de drogas por Daniel iniciou quando ele tinha aproximadamente 14 anos. A primeira droga de uso foi a cocaína e depois o crack. A família começou a perceber que havia algo diferente no comportamento de Daniel quando ele passou a sair de casa e voltar de madrugada com muita frequência, despertando a preocupação da mãe e também dos familiares.

Antes do envolvimento com as drogas, Daniel tinha um círculo de amizades considerado pela mãe como bom, pois eram amigos que não faziam uso de drogas. Porém, com o tempo, ela comenta que ele passou a trocar as amizades “boas” pelas “ruins”, que faziam uso de drogas e incentivavam seu filho a usá-las.

Ao descobrir o envolvimento do filho com as drogas, Maria disse que ficou surpresa e não tinha conhecimento de como agir diante da situação. Em um primeiro momento, ela e os familiares pareciam não acreditar no envolvimento de Daniel com as drogas. Mas, logo depois, Maria enfrentou a situação e procurou ajuda através dos familiares mais próximos, pois tinha receio em compartilhar a situação com outras pessoas.

A primeira internação do filho em razão do uso de crack foi aos 15 anos de idade, em uma Clínica de Reabilitação Psiquiátrica. Ao longo de três anos ele passou por sete internações.

Um aspecto interessante sobre os laços familiares, apontado pela entrevistada, diz respeito ao fato de que, apesar das dificuldades dentro do ambiente familiar, acarretadas pela situação do uso de drogas pelo filho, os membros da família estão sempre unidos e presentes,

especialmente seus irmãos, filhas e o marido, os quais estão em todas as circunstâncias ao seu lado, dando suporte e prestando auxílio a ela quando necessário, como ela revela nestas falas:

“Primeiro pra contar eu converso com as gurias. Eu falo com elas: o que vocês tão achando, o que tu tá sentindo, aí elas ‘não mãe não tá bem’, ‘o [Daniel- filho] tá louco’, aí elas me falam.” (Maria)

“... Em relação a família eu sempre procuro meus irmãos né, eu sempre tenho base neles, esses meus dois irmãos são mais próximos... no momento que eu chamo eles vem ou a gente vai lá né.” (Maria)

Aos finais de semana a família costumava sair e ter momentos de lazer antes do descobrimento da patologia de Daniel e de seu envolvimento com as drogas. No entanto, estes momentos têm acontecido atualmente com pouca frequência. Algumas situações referentes às demandas de cuidado com o filho acabam interferindo nos momentos de interação da família com as outras pessoas:

“É agora a gente parou... Lá no shopping levo o [Daniel - filho] ele incomoda muito. Tudo ele quer comer, tudo ele quer e se não é do jeito dele ele fica brabo, ele vai embora sozinho e já acaba a diversão.” (Maria)

“Não vamos mais [casa de amigos], nos íamos muito. Paramos também.” (Maria)

Devido a estas demandas com o cuidado do filho, a mãe costuma levá-lo apenas em ambientes mais familiares ou em locais mais restritos, uma vez que as atitudes de Daniel nem sempre são compreendidas pelas pessoas, como observamos no relato a seguir:

“Dá uma função, porque tudo tá ruim pra ele. A nossa saída mesmo é na casa do meu irmão, na minha irmã e lá na casa de religião que a gente participa muito... Então são lugares que a gente sabe que se ele quiser ligar o DVD alto quiser começar a gritar, dançar ele pode.” (Maria)

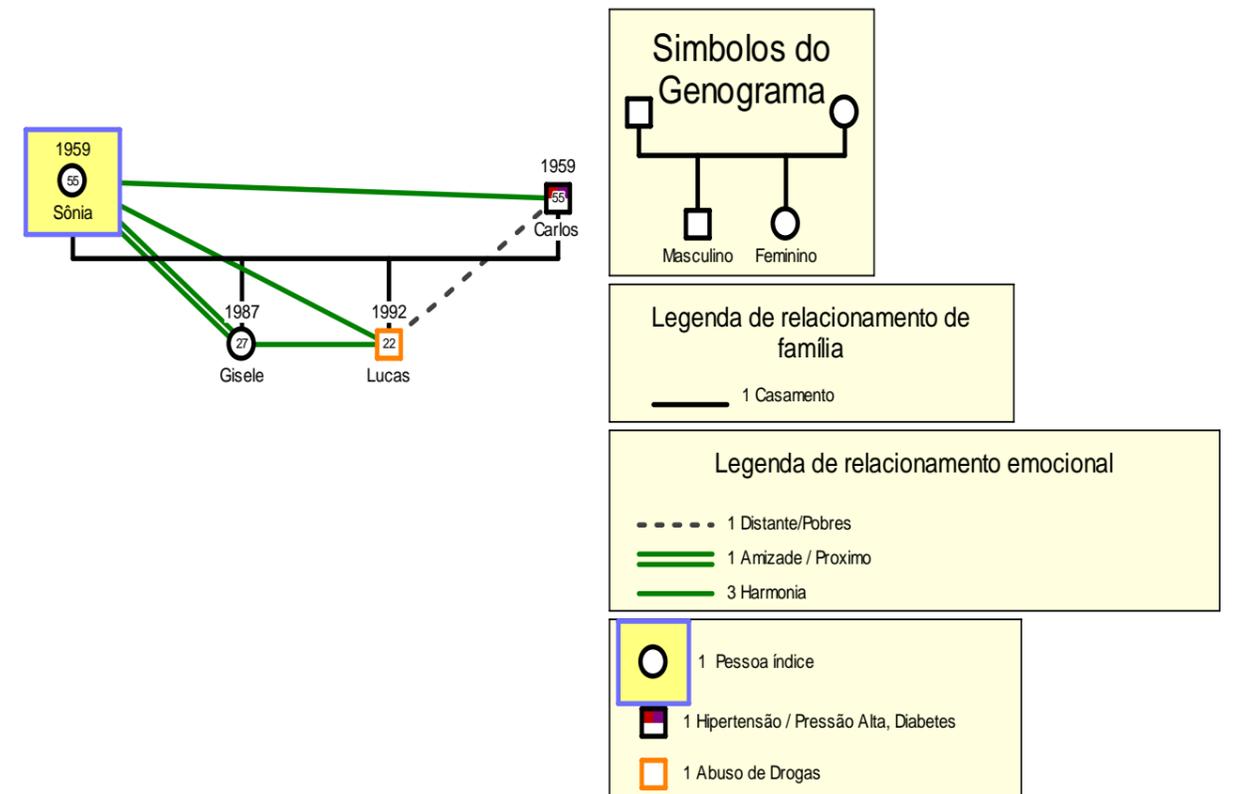
O envolvimento de Daniel com as drogas, bem como a esquizofrenia, repercutiram no ambiente familiar, exigindo novas configurações na dinâmica e nos papéis familiares. Esta mesma realidade foi observada nos demais estudos de caso, que apresento a seguir.

5.2 Conhecendo a família de Sônia

5.2.1 Composição da família nuclear

Sônia tem 53 anos, casada há 32 anos. Possui ensino médio incompleto e trabalha como merendeira em uma escola municipal de Viamão/RS. Ela reside com o marido Carlos, que tem 53 anos, possui ensino médio completo e trabalha como cobrador de ônibus em Porto Alegre. O casal possui dois filhos que atualmente não moram na mesma residência. A primeira filha é Gisele, que tem 27 anos, e o segundo filho é Lucas, de 22 anos.

A seguir, apresento o **genograma da família nuclear** (3), para facilitar a visualização de sua estrutura e composição:



Genograma 3 - Família nuclear (3)

Fonte: Dados da pesquisa.

Gisele, a filha mais velha, é graduada em contabilidade e cursa a faculdade de administração. Reside na cidade de Viamão juntamente com Mario, seu esposo, de 28 anos.

Mario trabalha na parte administrativa de uma faculdade e também cursa administração. Os dois têm uma filha, Júlia, de quatro anos, que frequenta a creche.

O outro filho de Sônia e Carlos chama-se Lucas. Ele possui ensino médio incompleto, trabalha como frentista em um posto de combustível e atualmente mantém um relacionamento com Kelly, 23 anos, que trabalha em uma financeira. Os dois têm uma filha que se chama Luana, de três anos. O relacionamento de Lucas e Kelly já teve alguns rompimentos. Restabeleceram a relação há cerca de cinco meses.

Sônia conta que Lucas sempre foi um menino tranquilo, porém, desde a infância, demonstrava pouco afeto no convívio familiar e ficava irritado ao ser contrariado pelos pais. Ela conta que, em virtude do comportamento introspectivo do filho, a criação de Lucas sempre exigiu maior preocupação e cuidado dos pais, dado que sua filha Gisele sempre era mais centrada e madura, em comparação ao filho mais novo. Em relação ao desenvolvimento escolar, Lucas tirava boas notas e mantinha um bom relacionamento com os colegas de classe com os professores.

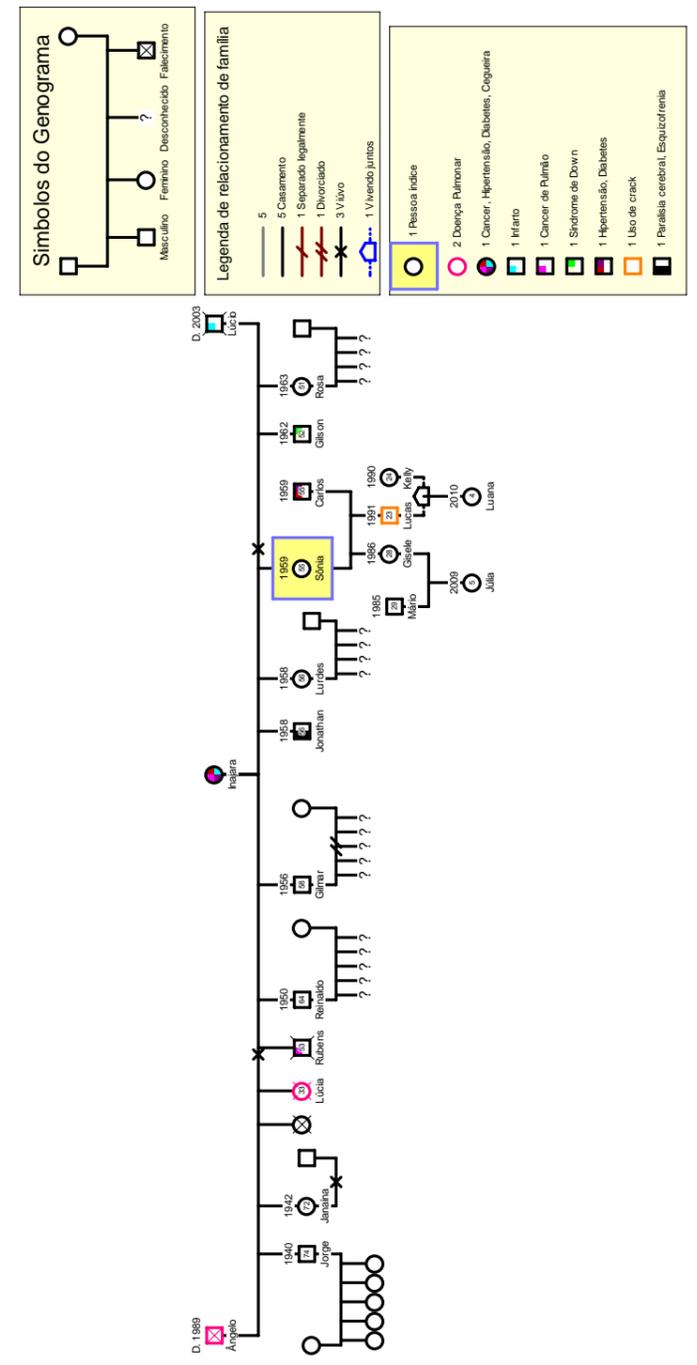
Lucas tem envolvimento com drogas desde os 17 anos de idade. Iniciou com o uso de maconha, até chegar ao crack. Passou por um rápido acompanhamento no CAPS AD de Viamão, todavia, há mais de oito meses não frequenta o serviço. Atualmente busca manter-se abstinente sem ajuda de nenhum serviço de saúde, contando apenas com o apoio da família. Sua mãe refere que Lucas abandonou o crack, mas ainda faz uso de álcool e maconha.

Sônia considera que a educação dada por ela era rígida, com disciplina, enquanto Carlos, apesar de ser um pai presente, não costumava se envolver ativamente com relação à criação dos filhos.

5.2.2 Estrutura da família ampliada

A mãe de Sônia, Dona Inajara, foi casada pela primeira vez com Ângelo, com quem teve sete filhos. O primeiro filho é Jorge, de 74 anos, casado, pai de cinco filhas. A segunda filha é Janaína, que tem 72 anos e é viúva. A terceira filha do casal faleceu ainda criança, de uma doença congênita. Lúcia, a quarta filha, faleceu aos 33 anos devido a complicações pulmonares. O quinto filho é Rubens, falecido devido a um câncer de pulmão. Reinaldo é o sexto filho, 63 anos, casado, pai de cinco filhos. O filho caçula deste primeiro casamento de Dona Inajara é Gilmar, de 58 anos, divorciado, pai de cinco filhos.

Após a morte de seu primeiro marido, Dona Inajara casou-se pela segunda vez, com Lúcio. Com ele Dona Inajara teve cinco filhos: o primeiro é Jonathan, de 56 anos, solteiro, possui paralisia cerebral e esquizofrenia. A segunda filha é Lurdes, 55 anos, casada, quatro filhos. Sônia é a terceira filha, 53 anos, casada, dois filhos. O quarto irmão é Gilson, de 52 anos, solteiro, possui Síndrome de Down. A última filha deste segundo casamento é Rosa, 50 anos, casada, quatro filhos. A seguir, apresento o **genograma da família ampliada** (4):



Genograma 4 - Família ampliada (4)
 Fonte: Dados da pesquisa.

A mãe de Sônia possui deficiência visual devido a um glaucoma agudo ocorrido há nove anos. Também tem diabetes e hipertensão, e já passou por um infarto. Atualmente Sônia e os irmãos são responsáveis pelos cuidados da mãe e de outros dois irmãos que possuem necessidades especiais. A relação entre Sônia e seus outros irmãos, apesar da distância geográfica, parece boa. Sempre que possível se reúnem e procuram dividir a carga do cuidado da mãe entre todos.

5.2.3 Dinâmica e Relacionamento Familiar

Sônia e o marido residem em um bairro de Viamão. A moradia é própria, e habitam neste mesmo endereço há mais de trinta anos. Em anexo à casa do casal há outra residência, onde atualmente moram Lucas e sua família. Já Gisele, sua irmã, reside com a família em outro bairro da cidade.

O relacionamento entre os membros da família de Sônia parece ser harmonioso, com a presença de muita união e afeto:

“A gente se abraça, beija, procura estar sempre juntos.” (Sônia)

A relação de Sônia com o marido é tranquila, com presença de diálogo, respeito e união. Apesar do bom relacionamento entre o casal, Carlos possui diabetes e hipertensão, exigindo assim cuidados e preocupação por parte da esposa:

“Tem altos e baixos, mas a gente se dá super bem... A gente procura estar sempre conversando... a gente se conhece, respeita o espaço um do outro e o momento de cada um.” (Sônia)

O relacionamento de Sônia com a filha Gisele é marcado pela cumplicidade e expressões de carinho, de modo que ambas se apoiam através da escuta e diálogo. Já em relação ao filho Lucas parece não haver tantas expressões de afeto com a mãe, apenas com a filha Luana.

O relacionamento entre Lucas e a irmã parece harmonioso, com boa interação entre ambos. No que diz respeito ao relacionamento de Sônia com os irmãos, a relação também parece boa e equilibrada, marcada pela ajuda mútua entre os membros quando ocorre uma situação de adoecimento.

Atualmente, a relação entre Carlos e o filho Lucas parece boa. Apesar de não haver muita demonstração de afeto através de gestos de carinho, o pai mostra-se preocupado, procurando sempre aconselhá-lo e manter um bom diálogo com o filho:

“Ele [Lucas - filho] não tem muito aquela coisa de toque, abraço sabe, de demonstração de afeto, mas eles se dão bem, conversam... Hoje ele está conseguindo ter mais afeto com o filho...” (Sônia)

No cotidiano, Sônia desempenha algumas tarefas relacionadas ao cuidado das netas, como levar e buscar na creche. Ela também se responsabiliza junto com o marido pelos cuidados da sogra e de sua mãe Inajara.

A renda familiar é provida essencialmente por Sônia e o marido. Segundo ela, todas as necessidades básicas da família conseguem ser supridas, mesmo que com algumas dificuldades financeiras.

5.2.4 O surgimento do crack na família e suas repercussões

Na adolescência, Lucas não mantinha muitas amizades e não gostava de sair para festas à noite. Seu contato social geralmente se restringia a casa de amigos mais íntimos. Este comportamento era visto como normal pela mãe. Ela refere que a adolescência dele transcorreu de forma tranquila até os 18 anos de idade.

Ainda quando adolescente, Lucas iniciou seu envolvimento com as drogas, aos 17 anos de idade. Seu primeiro contato foi com a maconha, seguida pelo álcool e cocaína, até chegar ao crack. Segundo Sônia o filho começou o contato com o crack através dos amigos:

“... Ele ia ficar na casa de amigos... Só que a gente não sabia que o pai era usuário, que os tios eram usuários, que o filho era usuário...” (Sônia)

“E aí ‘pô, vou ficar tranquila, pelo menos não tá na rua, não tá em festa, não tá bebendo...’ Ali ele já tava começando com outras drogas né.” (Sônia)

Para Sônia, o envolvimento de Lucas com as drogas se deve apenas ao seu contato com amizades “ruins”, uma vez que, durante a infância e adolescência, o filho sempre teve orientações quanto aos malefícios da droga e também sobre questões relacionadas ao sexo seguro:

“... Eu vivia dentro da escola, a gente teve muito trabalho em relação às drogas né, sempre teve muito presente... Então a gente sempre conversou com ele...” (Sônia)

O uso de drogas foi descoberto pela família aos 18 anos. Sônia encontrou substâncias psicoativas nos pertences do filho. Diante disso, Lucas tomou a iniciativa de revelar aos pais sobre seu envolvimento com as drogas. A notícia foi recebida pelos pais com surpresa. No entanto, ofereceram ajuda ao filho, que, contudo, se recusou a iniciar um tratamento para o uso de crack. Assim, Sônia decidiu não interferir sob a escolha do filho:

“... Eu descobri, porque eu achei [droga]... Aí ele veio falar comigo... Ele mesmo me contou, aí eu disse ‘filho, vamos procurar auxílio’ e ele disse ‘não mãe, eu vou parar’.” (Sônia)

Sônia revela que, antes de descobrir que o filho era usuário de drogas, não tinha qualquer desconfiança, pois Lucas não demonstrava alteração de comportamento. Ao descobrir, a mãe se sentiu impotente diante da situação, o que a fez questionar-se sobre sua conduta com o filho durante seu desenvolvimento. Já Carlos ficou revoltado e magoado com a situação:

“Até hoje eu me pergunto assim não sei como escapou essa situação, sabe. Às vezes eu fico pensando... não sei aonde foi que eu não percebi que ele estava se envolvendo nas drogas... Aí ele [Carlos - marido] ficou muito revoltado, ficou muito magoado...” (Sônia)

Segundo Sônia, Lucas começou a usar o crack ainda quando morava com a namorada Kelly e a filha Luana. Conseguia manter o uso do crack através de sua renda, de modo que, até aquele momento, o uso da droga não trazia grandes prejuízos ao seu convívio familiar:

“... Como ele tava trabalhando... ele tinha dinheiro pra suprir a maconha... Dos 18 até os 20 mais ou menos ele tava com a [Kelly - nora]... enquanto ele tava com a esposa ele tava tranquilo né.” (Sônia)

Com a separação entre Lucas e Kelly, ele iniciou um novo relacionamento amoroso, passageiro. Para Sônia, a separação de Lucas da esposa e o rompimento com a nova namorada acabaram fazendo com que ele usasse cada vez mais drogas, como ela conta a seguir:

“... Quando eles se separaram, ele se envolveu com uma outra menina... Ai ele criou muita expectativa, ele tava se esforçando, trabalhando... Aí ela simplesmente arrumou outra pessoa e não quis mais saber dele... Foi quando ele caiu, largou o

serviço, perdeu o contato com a filha, largou tudo! E se dedicou a bebida e droga, desencadeou todos os vícios... bebida, drogas... cocaína e o crack...” (Sônia)

Aos 21 anos Lucas já não morava mais com a família. Estava vivendo na rua. Nessa época, Lucas ia até a casa dos pais esporadicamente para pedir comida ou para dormir, pois Sônia e o marido se negavam a ter o filho morando novamente em casa devido à sua recusa em relação ao tratamento:

“... Ele saiu de casa... Ele abandonou serviço, abandonou filha, abandonou casa... Nesse meio tempo que ele tava assim, andando pela rua, ai ele ia lá pedir comida...” (Sônia)

Já sem emprego, sem moradia e em situação de vulnerabilidade, Lucas começou a se envolver com traficantes, vender os próprios pertences e a realizar roubos dentro da casa dos pais para continuar usando crack:

“... Então pra suprir essas drogas foi quando ele começou a roubar as coisas de casa, no momento que tu te distraía ele ia lá e pegava alguma coisa pra roubar. Ele vendeu todas as roupas dele, ficou completamente sem nada pra vestir, andava descalço, sujo...” (Sônia)

Neste período Sônia e Carlos se sentiam ameaçados pelas atitudes inconsequentes do filho, e procuraram um meio de defesa, passando a colocar grades em toda a casa, evitando que Lucas tivesse acesso à residência. Mesmo com medo do comportamento do filho, ao vê-lo nesta difícil situação, Sônia procurava conversar com Lucas e incentivá-lo a procurar um tratamento. Sem muito sucesso:

“Eu dizia ‘filho, vamos conversar, vamos pedir ajuda’ e ele dizia ‘não quero!’... Aí ele não queria, mas como ele ia lá pedir um banho, uma comida, eu cedia né, porque eu queria que ele fosse pra eu ter um contato com ele e pra mim conseguir, né.” (Sônia)

Após cerca de quatro meses, Lucas pediu ajuda aos pais. Sônia aproveitou esta ocasião e permitiu que o filho voltasse para casa, em um galpão atrás de sua residência. Ela dava ao filho medicações para mantê-lo sonolento, evitando, assim, que ele procurasse novamente a droga.

Apesar de ter recebido ajuda dos pais e estar em casa novamente, Lucas continuava envolvido com o crack. Ele começou fugir à noite para fazer uso do crack. Com isso, Sônia

tomou uma atitude mais radical: resolveu trancar Lucas dentro de casa para que ele não pudesse mais sair para procurar a droga:

“... Aí ele começou fugir umas duas noites... daí eu comecei a deixar ele trancado dentro de casa. Aí ele mesmo veio me pedir ‘mãe, eu posso dormir aqui dentro do quarto?’ ... Aí eu disse ‘pode meu filho’... Aí ele começou a aceitar...” (Sônia)

A partir deste momento, Sônia e o marido passaram a procurar tratamento para o filho. Acionaram serviços de saúde dentro e fora do município de Viamão, dentre eles o CAPS AD e o Pronto-Atendimento Psiquiátrico. Também se fundamentaram em conhecimentos da internet para encontrar informações sobre serviços de saúde que pudessem atender Lucas. Sônia ainda lançou mão de recursos interpessoais, contando com o apoio de familiares, amigos e colegas de trabalho.

Lucas frequentou o CAPS AD por apenas um mês. Conforme Sonia, havia um leque de atividades que foram propostas pelos profissionais do serviço, mas quando percebeu que Lucas apenas assistia televisão ou ficava ocioso, apoiou sua decisão de se desvincular do CAPS. Hoje, Lucas procura se manter abstinente somente com a ajuda da família.

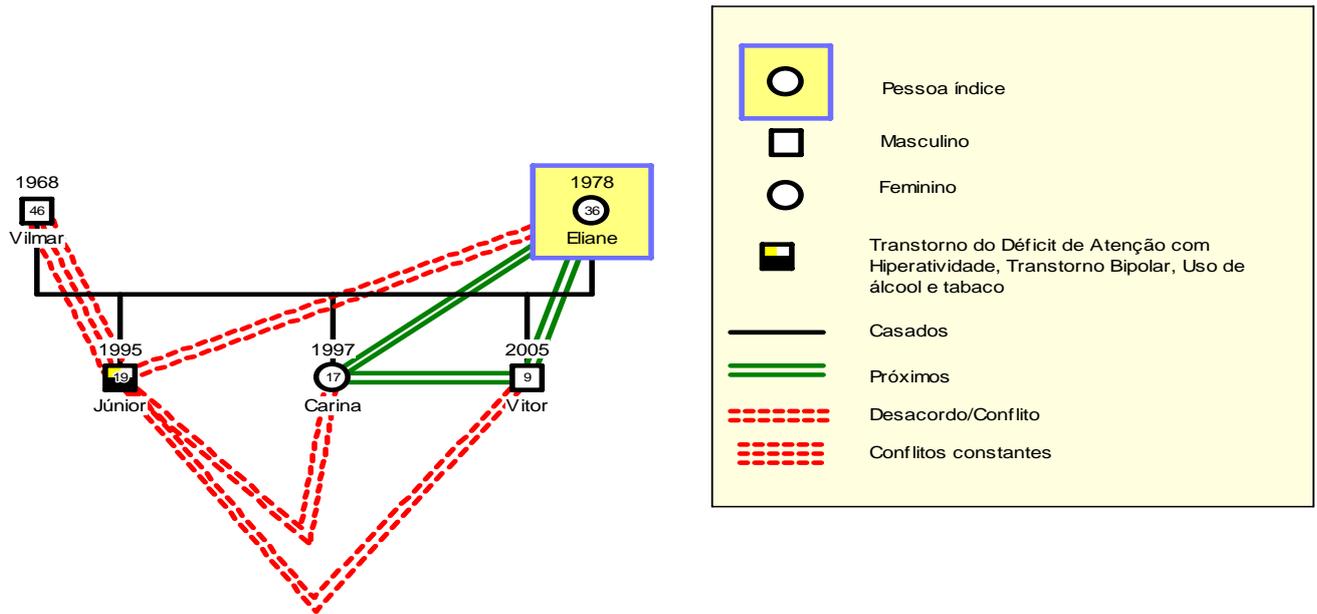
5.3 Conhecendo a família de Eliane

5.3.1 Composição da família nuclear

Eliane tem 36 anos. É natural da cidade de Canguçu, possui ensino fundamental completo e atualmente não trabalha. É casada há 21 anos com Vilmar, que tem 46 anos, trabalha como funcionário público e possui ensino fundamental completo. O casal tem três filhos (uma menina e dois meninos). O filho primogênito é Junior, de 19 anos, a segunda filha é Carina, que tem 17 anos, e o caçula chama-se Vitor, de nove anos.

Eliane e Vilmar residem na cidade de Viamão, junto com os filhos Júnior e Vitor. Em sua residência, também moram um de seus irmãos, Fernando, e sua mãe, Lúcia.

A seguir, apresento o **genograma da família nuclear** (5), para facilitar a visualização de sua estrutura e composição:



Genograma 5 - Família nuclear (5)

Fonte: Dados da pesquisa

Júnior, o primeiro filho de Eliane e Vilmar, foi diagnosticado com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) aos cinco anos de idade. Segundo a mãe, desde a infância ele apresentava desvios de conduta, era agitado, impaciente e impulsivo. Na escola, desde pequeno, teve dificuldades de aprendizado.

Desde a infância ele faz acompanhamento clínico com profissionais de saúde para tratamento do TDAH. Além do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, na adolescência Júnior também foi diagnosticado com Transtorno Bipolar, em função da grande labilidade emotiva e irritabilidade.

Aos 18 anos, Júnior teve envolvimento com o uso de maconha. Utilizava diariamente a substância, influenciado pelos colegas de trabalho. Nesta época, seguia com manifestações de agitação e agressividade. Também se apresentava emagrecido, o que despertou a preocupação dos pais. Segundo Eliane, ele não tem feito uso da droga. Porém, costuma beber e fumar na companhia de amigos:

“A gente via, ele era agressivo com todo mundo dentro de casa, era todos os dias... Hoje a gente percebe que ele não se droga mais porque ele está mais calmo, pegou peso, estava muito judiado.” (Eliane)

Atualmente, aos 19 anos, cursa o oitavo ano do ensino médio. Entretanto, de acordo com sua mãe ele não persiste nos estudos e acaba sempre desistindo antes de concluir o ano letivo. Na escola, Júnior tem o hábito de se reunir com os amigos para usar álcool e tabaco, de modo que suas atitudes parecem bastante influenciadas pelas amizades que possui. Ele trabalha em uma rede de supermercados e toda a renda obtida através do trabalho é investida em bens materiais, como roupas e calçados.

Carina é a segunda filha de Eliane e o marido. Tem 17 anos, possui ensino médio completo, trabalha como secretária em uma empresa. É casada com Leonardo, 20 anos, montador. Eles residem na cidade de Viamão, próximo à casa da mãe de Carina. Eliane conta que a filha é uma pessoa sincera, responsável e de personalidade forte. Na infância e adolescência nunca apresentou qualquer problema, seja na escola ou no convívio com outras pessoas. Foi uma adolescente tranquila, tinha poucos amigos e sempre foi muito independente dos pais.

O filho caçula é Vitor, tem nove anos e estuda no terceiro ano do ensino fundamental. Vitor é uma criança muito ativa, com bom relacionamento familiar e costuma ajudar nas tarefas domésticas. Na escola enfrenta algumas dificuldades no aprendizado.

5.3.2 Composição da família ampliada

Os pais de Eliane, Alcindo, que é falecido, e Lídia, de 63 anos, tiveram quatro filhos. A primeira filha desse relacionamento é Eliane, 38 anos. O segundo filho do casal é Cristiane, 36 anos, frentista, casada, possui duas filhas. O terceiro filho é Fernando, 30 anos, solteiro, possui um filho. A irmã caçula é Priscila, 26 anos, casada, possui dois filhos, um biológico e outro adotado.

Eliane possui outro irmão apenas por parte de mãe. Ele se chama Vilmar, tem 44 anos e é fruto de um relacionamento passageiro de Lídia com outro homem, com o qual a família não mantém nenhum contato. A seguir, apresento o **genograma da família ampliada (6)**:

Na infância, Eliane morava no interior da cidade de Canguçu, e sua família vivia da agricultura. Nesta época ela conta que chegou a passar algumas necessidades básicas devido à dificuldade financeira da família. Diante dessa difícil situação, a mãe de Eliane era quem mais se implicava para prover as necessidades dos filhos:

“... Alimento, muitas vezes não tinha... A mãe foi quem sempre se virou... lá fora a gente plantava pra comprar comida para nós, porque ele [Alcindo] saía, ia pra cidade pra casa da mãe dele e a gente ficava em casa sem comida.” (Eliane)

Eliane conta que sua infância e adolescência foram marcadas pela permissividade dos pais e pelo escasso diálogo familiar. Desentendimentos ocorriam, às vezes com presença de agressões físicas. Aos 15 anos ela mudou-se com a família para Viamão e lá começou a relação amorosa com seu atual marido.

Lídia, sua mãe, é alcoolista e obesa. Faz uso diário de álcool e já chegou a ser internada algumas vezes para tratar o alcoolismo. Atualmente, Eliane queixa-se de ter pouco tempo disponível para suas atividades, em razão das demandas com a mãe.

Fernando, o terceiro irmão de Eliane, é usuário de crack. Iniciou o uso de drogas aos oito anos de idade. Atualmente segue tratamento em uma Comunidade Terapêutica para abandonar a droga.

Após o falecimento de seu pai, Alcindo, há cerca de dois anos, Fernando e Lídia foram morar na residência de Eliane. Assim, a principal responsável pelo cuidado dos dois familiares é ela. Os outros irmãos de Eliane moram em cidades diferentes e não costumam visitá-la com frequência.

5.3.3 Dinâmica e Relacionamento Familiar

Segundo Eliane, a criação dos filhos é rígida, principalmente por parte do marido, pois ele costuma controlar os horários e amizades deles.

A relação entre Eliane e os filhos Carine e Vitor é harmoniosa, há laços de afetividade e a presença de união e cooperatividade entre ambos. Já o relacionamento de Eliane e o marido com o filho Júnior parece um pouco conflituosa:

“... Com o [Júnior] eu não tenho paciência! Tem horas que a gente acaba explodindo de tanto que tu fala, tu fala daí já esta fazendo tudo errado.” (Eliane)

A relação de Lúdia com Eliane, Vilmar e Fernando é conturbada, havendo discussões constantes e conflitos entre ambos.

O convívio de Fernando com os outros membros da família também é conflituoso, principalmente com a irmã Eliane. A familiar admite que, na maioria das vezes, os desentendimentos são provocados pela sua falta de paciência com as atitudes do irmão:

“Não é bom [se referindo ao relacionamento]... Ele até tenta ser uma pessoa legal para mudar, mas eu não tenho mais paciência... Ele não deixa ninguém sossegado, o que atrapalha ele é a ansiedade...” (Eliane)

É visível o quanto os cuidados com Fernando e Lúdia têm sobrecarregado Eliane, afetando sua saúde mental e física. Ela também conta que apesar de seu esforço em cuidar dos familiares ela sente a necessidade de compartilhar esta responsabilidade entre os outros membros da família, como ela revela nesta fala:

“... Porque vocês não vão morar com a [Cristiane - irmã]... Eu não tenho mais condições de ficar com eles dois... O que eu mais queria que ele [Fernando - irmão] morasse um pouco lá. Dividir esse peso, essa carga... Já tô no meu limite... Eu preciso desse tempo...” (Eliane)

5.3.4 O surgimento do crack na família e suas repercussões

Eliane relata que o ambiente familiar sempre foi permissivo e que durante a infância Fernando passava muito tempo fora de casa e não frequentava as aulas. Na adolescência, sempre foi uma pessoa reservada e de poucos amigos:

“... Ele chegava na escola, pulava o muro e ficava na rua. Ele não frequentava as aulas... Ele nunca teve amigos, sempre foi uma pessoa muito sozinha...” (Eliane)

Assim, ele iniciou o uso das drogas aos oito anos de idade. A primeira droga de uso foi a maconha, e depois o “loló”. A família descobriu que Fernando estava usando drogas ao perceber o envolvimento do filho com um vizinho, que também era usuário.

Para ela, a falta de orientação dos pais e a influência de pessoas conhecidas fizeram com que o irmão entrasse para o mundo das drogas. A casa onde a família de Eliane residia ficava perto de pontos de tráfico, como ela relata neste fragmento:

“... Foi falta de orientação. O [Fernando] ficou largado, foi ‘fica aí, pega e te vira’. Então eu acho que um pouco foi a influência, sabe? Uma que ele não teve orientação, outra que pegaram e influenciaram e deram pra ele.” (Eliane)

Após Fernando iniciar o uso de drogas seus hábitos de ficar fora de casa e não ir à escola se intensificaram. Eliane conta que a família não demonstrou qualquer preocupação ao descobrirem o envolvimento de Fernando com as drogas. A falta de proatividade dos pais é criticada por Eliane, como se evidencia nestas falas:

“Ela nunca se preocupou [se referindo à Lídia]... Fechavam os olhos pra situação! Acho que se eles tivessem tomado atitude antes, no começo, talvez ele teria mudado...” (Eliane)

Na adolescência, aos 15 anos de idade, além da maconha e loló, passou a usar crack, incentivado pelas pessoas com quem na época mantinha contato. Eliane conta que sob o efeito das substâncias, em especial o loló, Fernando ficava extremamente agitado e agressivo dentro do ambiente familiar. Para manter o uso da droga, Fernando chegou a atuar como traficante e também participava de roubos, mesmo dentro da própria casa.

Com o passar do tempo ele tornou-se agressivo com a família. Assim, os familiares resolveram procurar ajuda para tratamento de Fernando, aos 20 anos de idade. Diante desta situação, Eliane resolveu mobilizar recursos para ajudar no tratamento do irmão. Dentre os recursos procurados pela familiar estão a Brigada Militar, SAMU, Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico e Comunidade Terapêutica. Ela também contou com apoio de diferentes pessoas, como familiares, amigos, vizinhos, pessoas ligadas à igreja e profissionais de saúde.

Eliane conta que apesar do CAPS AD oferecer um bom suporte aos familiares, a assistência ao irmão não ocorreu da maneira esperada. Ela afirma que o serviço precisa controlar melhor o acesso de entrada e saída dos usuários:

“... É muito liberado aquilo ali. Claro, como a [nome da psicóloga] diz, aquilo ali não é um presídio, claro, concordo com ela, mas eles têm que ter consciência, ou eles querem se tratar ou não querem. Também eu vejo esse lado aí, entendeu, só que se é mais rigoroso, ou eles ficam ou eles não ficam. Porque só vai ficar lá quem quer se tratar.” (Eliane)

Há cerca de oito anos Fernando vem fazendo acompanhamento com o CAPS AD de Viamão. Atualmente, depois de cerca de dez anos tendo recaídas e recorrendo a constantes internações para tratamento do uso de crack, Fernando encontra-se há quatro meses em uma Comunidade Terapêutica, fora da cidade de Viamão. Eliane diz que o tratamento nesta

instituição é baseado na disciplina e no exercício da religiosidade. Também conta que há agressão física e verbal entre os próprios internos, o que representa certo risco à integridade do irmão.

A irmã relata que após tantos anos passando por diversas oportunidades para o enfrentamento do crack, agora Fernando está mais consciente e parece disposto a se ajudar no tratamento.

Evidencia-se que as demandas de cuidado com Fernando fazem com que a rotina da família se altere, trazendo repercussões negativas principalmente para Eliane, que é a principal cuidadora. Ela precisa abdicar de suas necessidades e do autocuidado para dedicar-se ao irmão usuário de crack e à mãe alcoolista:

“Tem que ficar presa em casa, não pode sair por causa dele, por causa da mãe... Então a gente privou, e os nossos filhos também, de sair, de ter um lazer, por causa da mãe e do [Fernando] né... Eu acho que eu ando muito cansada... porque eu só me dediquei ao resto das pessoas... Eu não tinha gosto de me cuidar...” (Eliane)

5.4 Conhecendo a Rede de Apoio Social das familiares

5.4.1 Apoio emocional

O apoio emocional envolve expressões de amor e afeição, sendo geralmente fornecido por pessoas mais próximas ao convívio do sujeito (DUE et al., 1999). Ele também é caracterizado como “apoio afetivo”, referindo-se ao processo de ajuda recebido pela pessoa que a faz sentir-se acolhida, respeitada e valorizada, gerando uma atitude emocional positiva e reforçando a autoestima e a confiança dos sujeitos (WILLS, 1985; PEDRO; ROCHA, 2008; VALENCIA, 2009). Ele pode auxiliar os familiares a se sentirem mais seguros, confortados e confiantes em relação ao cuidado de seu familiar (PAULA; NASCIMENTO; ROCHA, 2008).

Vale lembrar que a concepção de apoio emocional também está imbricada à construção de vínculos entre pessoas e trabalhadores de instituições. Estes vínculos constituem-se em relações de confiança que dão sentido ao compromisso e responsabilidade pelo cuidado com o outro.

Com o descobrimento do uso de crack, os familiares buscam assimilar a realidade, para, depois, tentar reorganizar as tarefas cotidianas. Nesse sentido, uma das primeiras ações

dentro da rede de apoio social dos familiares é justamente o apoio emocional, para que eles possam enfrentar a situação.

Neste contexto, destacam-se alguns recursos da rede de apoio mobilizados pelas famílias. Em primeiro lugar, as pessoas mais acionadas são aquelas restritas à família nuclear e extensa, principalmente relacionado à parceria do cônjuge, dos filhos, irmãos e mães. Os recursos interpessoais formados pelos amigos, vizinhos e colegas de trabalho, em segundo plano, também foram apontados como importantes fontes de apoio emocional.

Em geral, os familiares de usuários de crack conseguem contar com o apoio imediato do núcleo familiar (cônjuge, pais, filhos e irmãos). O apoio emocional oferecido basicamente vem através de manifestações de afeto e escuta:

“Aí ele [Carlos - marido] vamos dar jeito nisso, vamos procurar auxílio, pesquisar clínicas, vamos buscar. Foi ali presente sempre, dando apoio ajudando no tratamento do [Lucas - filho].” (Sônia)

“... Nos momentos de dificuldade quem sempre dá apoio é a minha mãe...” (Sônia)

“Eu não sei o que seria de mim sem ela [Carina - filha], ela é muito importante pra mim... uma pessoa que se eu precisar eu posso contar mesmo, é a minha filha... na hora que eu tô triste, na hora que eu tô alegre, se eu tô precisando de alguma coisa ela vai me ajudar. É muito importante... A ajuda da [Carina - filha] é psicológica... ela me apoia bastante, ela me dá um apoio muito grande...” (Eliane)

“Ligo e conto as coisas para ela [Cristiane - irmã]... Eu ligo para desabafar e não esperando uma ajuda.” (Eliane)

“... Em relação à família eu sempre procuro meus irmãos né... No momento que eu chamo eles vêm... Eu sempre tenho base neles [Flávia e Claudio - irmãos], eu me identifico muito com eles... Com minha irmã [Flávia - irmã] eu converso muito também...” (Maria)

Diante da conformação da rede de apoio social das entrevistadas, percebe-se que a família nuclear e ampliada constitui-se como uma importante fonte de suporte. Neste sentido, compreende-se que os familiares desempenham um papel importante na provisão de cuidado para seus membros, estando geralmente no centro das funções de cuidado. Ou seja, é possível considerá-la como o primeiro nível de atenção à saúde dos indivíduos (MOIMAZ *et al*, 2011).

Os depoimentos indicam que o apoio emocional é um reflexo dos vínculos duradouros entre determinados membros do grupo familiar. Esses vínculos se manifestam não apenas nas questões que envolvem o afeto e a escuta sensível aos problemas, mas também através dos gestos de carinho, preocupação e solidariedade entre os indivíduos. É como relata Eliane, quando comenta que Carina, sua filha, ajuda psicologicamente, e também Sônia, quando afirma que seu marido se propõe a encontrar clínicas ou auxílios semelhantes.

A família, em geral, compreende a principal rede de apoio, de modo que não é a quantidade de pessoas que faz essa rede fortalecida, mas a qualidade destas relações, ressaltando que o mais importante modo de enfrentamento é interno à família, e o apoio social externo constitui-se em um complemento (JACKSON et al., 2009).

Os familiares são de suma relevância no enfrentamento de dificuldades, constituindo-se como a principal fonte de apoio, por servirem de auxílio em momentos críticos e possibilitarem compartilhar o sofrimento em situações de adoecimento (DI PRIMO et al., 2010), podendo fornecer diferentes tipos de apoio.

Pensando o apoio emocional como parte da rede de apoio social das pessoas, entendo que este se constitui, em sua maioria, a partir da família. No entanto, é necessário refletir que estas relações estão, também, conectadas a outras pessoas de seu círculo de relações sociais. Dentre essas relações, a ajuda de amigos, vizinhos e colegas de trabalho revelou-se como outra importante fonte de apoio emocional:

“Eu tenho uma vizinha muito querida... Ela apoiou bastante... Ela fala muito de Deus, diz ‘tenha fé em Deus que tu vai conseguir, tudo vai dar certo’... Então ela dizia ‘Deus não te dá um fardo maior que tu não consiga carregar’... Procurei muito ela pra esses negócios do [Fernando - irmão], dizia ‘eu não aguento mais, não sei o que fazer’ e ela dizia ‘tudo vai se resolver, tudo vai se encaminhar’...” (Eliane)

“... Amigos pra isso a gente tem bastante. Pra apoio, a gente tem bastante...” (Eliane)

“... Eu converso muito também com as minhas colegas aqui, como eu te falei né... mas assim, o desabafo né. Claro que a gente sempre ouve uma palavra que dá um equilíbrio emocional...” (Sônia)

“... Ela [colega de trabalho] via que eu não tava bem, apesar de que eu sempre consegui separar, mas tinha momentos que eu não tava bem, então eu tinha que conversar com ela também, pra explicar o porquê que precisava me afastar né.” (Sônia)

“... Uma colega minha que é da igreja, eu busquei muito apoio com ela... Ela deu assim, o emocional sabe, a palavra sabe, as orações...” (Sônia)

“Eles sabem que o [Daniel - filho] tem problema, eles procuram ouvir ele quando ele vai lá... mas é isso, eles prestam atenção, são solidário ‘ah se precisar de alguma coisa’...” (Maria)

“Não solicito (apoio), tem alguns - professores ‘tu tá bem, tu tá com uma carinha, como é que tá teu menino? Se precisar de alguma coisa’... eles me abraçam né”. (Maria)

Nestes relatos, podemos perceber que no círculo de relações das familiares entrevistadas, os amigos, vizinhos e colegas de trabalho são recursos que estão diretamente implicados com o apoio emocional nas situações de envolvimento com o crack por um ente da

família. É nesse sentido que, de acordo com Di Primio et al. (2010), apesar de na maioria dos casos os familiares constituírem a principal rede de apoio das famílias, o apoio recebido de amigos, vizinhos e colegas de trabalho também deve ser enfatizado como indispensável para superar as dificuldades com os encargos da situação de sofrimento emocional (DI PRIMO et al., 2010).

Diante disso, considero que a relação cotidiana da família com pessoas fora do núcleo familiar, mas que permanecem dentro de seu círculo de relações, é importante para a construção de vínculos e ampliação de suas redes de apoio. Por isso, considero relevante poder conhecer o cotidiano das relações de cada familiar para poder identificar os recursos ou as pessoas que ajudem a aliviar a ansiedade e a proporcionar novas condições de minimização dos desgastes sofridos pelos encargos gerados pelo uso do crack.

Outro ponto importante dentro da conformação de redes de apoio social de familiares está na possibilidade de interface entre as pessoas e os recursos sociais existentes no território. Dentro das redes formais, destacam-se a escola, o conselho tutelar, os grupos terapêuticos (principalmente aqueles de grupos sociais) e a ajuda espiritual vinda de instituições religiosas. A família parece acessá-los como uma possibilidade de encontrar esperança e respostas a perguntas bastante complexas.

A escola foi outra instituição citada como fonte de apoio emocional, sendo mencionada por uma das familiares. Para ela, a escola é um dos primeiros contatos com as redes formais, principalmente pelo fato de que o usuário de crack começa a apresentar um desempenho inferior ou comportamentos diferenciados:

“Na escola eles me ajudaram muito, assim, em relação ao [Daniel - filho]. Eles me ligavam, ‘ó teve um surto, ó o [Daniel - filho] não veio, ou o [Daniel - filho] quer sair mais cedo’. A escola me ajudou muito, tudo eles me falavam sobre ele, me ligavam ‘ó tem como vir buscaram ele?’. Já sabiam mais ou menos né, nessa parte eu não posso reclamar do colégio.” (Maria)

Outras instituições inseridas no território das familiares participantes deste estudo também foram citadas. Destaca-se o envolvimento do Conselho Tutelar, considerado um apoio importante para o enfrentamento das situações do uso de drogas, conforme relato de umas das entrevistadas:

“... Foi um conselheiro tutelar de Viamão que se interessou pelo caso do [Daniel - filho], ele viu o [Daniel - filho] no corredor do hospital... O conselheiro nos apoiou, ‘vocês querem alta eu me responsabilizo’. Aí assinamos a alta...” (Maria)

Além disso, os Narcóticos Anônimos desempenham um papel fundamental no apoio emocional de familiares de usuários de crack. Dentro dos grupos realizados pelos Narcóticos Anônimos, os participantes têm a oportunidade de desabafar e falar sobre questões relacionadas à situação do uso de drogas no contexto familiar:

“Frequentei muito com ele [Daniel - filho] o grupo de Narcóticos, tinha o grupo de familiares... Eles ajudavam, assim tipo... Ele sentava ali ele contava a situação dele e a gente contava a nossa né... ‘ah como é que a mãezinha’ ... era muito emocional né, cada um contava suas histórias, eles davam força...” (Maria)

Dentro da realidade das redes existentes no território das pessoas, a escola constitui-se um dos primeiros recursos a detectar o problema das drogas e a conversar com as famílias. Nesses casos, o apoio, direta ou indiretamente, oferecido por meio de programas de educação familiar ou até mesmo pela detecção precoce de alterações comportamentais do estudante podem facilitar a busca de novos recursos responsáveis pelo atendimento do usuário (DESSEN; PEREIRA-SILVA, 2004). Isso porque os fatores de estresse gerados pela droga, a ansiedade e o rendimento diminuído do estudante são percebidos pela própria escola, dando-lhe um lugar de destaque nas sociedades contemporâneas e na conformação dessas redes de apoio social (DESSEN; POLONIA, 2007).

Diante disso, penso que a importância da escola perpassa a questão da educação e formação do aluno, haja vista que ela também possui uma função social que extrapola o próprio sistema escolar, podendo implicar diretamente nas questões que envolvem o contexto familiar. Assim, ressalta-se a relevância do estabelecimento dos vínculos entre escola e família, de modo que esta integração deve ser repensada e fomentada em razão do compromisso e da responsabilidade social com a formação de um indivíduo capaz de problematizar sua realidade.

Além disso, quando já está instalada a problemática da droga no cotidiano da família, o papel do Conselho Tutelar é fundamental. A oferta de um espaço de acolhimento e escuta do sofrimento da comunidade pode fazer do Conselho Tutelar, de fato, uma instituição de proteção social. Desta forma compreende-se que é necessário um conselheiro com boa formação humana e capaz de compreender as diferentes demandas sociais (SOUZA NETO, 2006).

Logo, compreende-se que o acolhimento se constitui como uma ferramenta prioritária para o estabelecimento de ações participativas na atenção psicossocial, sendo de maneira a receber os usuários e familiares e responder as suas demandas. Tal ferramenta oportuniza que

estes sujeitos sejam ouvidos, propiciando dar voz ao seu sofrimento, promovendo assim, uma atenção integral e um espaço de interação (MIELKE et al., 2010).

O Conselho Tutelar poderia ser considerado como uma das primeiras “portas de entrada” da família nas redes formais/técnicas de atendimento do usuário, uma vez que se trata de uma instituição social para atender situações de vulnerabilidade. No caso de Maria, por exemplo, o acolhimento do conselheiro demonstrou não apenas uma fonte de ajuda emocional, mas também o compromisso de corresponder às demandas da família em uma realidade tão complexa e vulnerável como é o uso do crack. Considero, portanto, que a atuação de instâncias de proteção social pode fortalecer as parcerias intersetoriais (quando falamos especificamente dos serviços envolvidos nas redes formais), além dos vínculos estabelecidos entre as pessoas dessas redes, formando-se um rico e extenso suporte às famílias para ajudá-las na tessitura de trajetórias assistenciais capazes de lidar com a complexidade trazida pelo crack ao cotidiano familiar.

Uma vez dentro das redes formais, os recursos sociais do território continuam essenciais dentro de um processo de compreensão do problema e também de ajuda em relação ao tratamento. A importância dos grupos terapêuticos, como aqueles existentes nos Narcóticos Anônimos, convêm como forma de encorajamento, pois, na maioria das vezes, os familiares não sabem como administrar os encargos relacionados ao sofrimento. Desta forma, a interação através dos grupos propicia a escuta, a valorização dos sentimentos e, conseqüentemente, pode fortalecer emocionalmente os familiares, potencializando não somente sua compreensão do problema, mas também sua capacidade de buscar novos recursos para enriquecer a rede.

Outra fonte de apoio emocional refere-se à ajuda espiritual¹⁸, sendo este um elemento citado por todas as entrevistadas. Para elas, este recurso foi importante, pois favoreceu o enfrentamento de situações adversas, ajudando a superar momentos de dificuldade e sobrecarga com o cuidado dos familiares usuários de crack:

“Eu creio em Deus né, a oração, que a força da oração é muito importante. Fazia oração em casa, no lar... Me fortalece muito!” (Sônia)

“... A bíblia é uma só, então assim, se tu te apoiar naquilo dali, tudo aquilo dali acontece na tua vida! Se tu tem fé em Deus, se tu tem fé na palavra, porque, esses negócios tudo que aconteceram com o [Fernando - irmão], eu venci, claro, com a

¹⁸ O conceito de espiritualidade permite olhar para esta variável como um domínio fora da prática de religiões, partilhando a ideia da importância da espiritualidade através da qual as pessoas podem encontrar um sentido para a vida, ter esperança e estar em paz no meio dos acontecimentos mais graves (GREENSTREED, 2006), bem como manter a autoestima, providenciar apoio emocional e esperança (LAUBMEIER, 2004).

ajuda das pessoas, mas também venci na palavra, na bíblia. Eu não tinha mais o que eu fazer, eu só abria a bíblia e chorava, chorava, lia chorando e pedia pra Deus me ajudar! Sempre tem uma solução, sempre me deu solução... Se não tivesse Deus, eu penso assim, o que seria de mim sem Deus?" (Eliane)

"... Tem festa e eles fazem questão dele [Daniel - filho] participar pra ele se sentir no meio das pessoas, fazem questão de dar um abraço nele, de perguntar como é que ele tá. Quer escutar música eles colocam um DVD, fazem questão dele se sentir em casa... Mais emocional assim né... Sabem tudo que acontece... O [Daniel - filho] já teve fugas apareceu lá, eles ligaram." (Maria)

Diversas pesquisas sinalizam a importância da espiritualidade, atribuindo à fé um significado importante, servindo como fonte de apoio aos cuidadores, no enfrentamento das situações adversas e na manutenção da saúde. Desse modo, a espiritualidade pode contribuir para a melhora do estado de saúde, na medida em que traz esperança, viabilizando a escolha das melhores estratégias para lidar com os problemas (NOBREGA et al., 2010; VASCONCELOS, 2004; MARQUES et al., 2011; SAAD; MEDEIROS, 2008).

O apoio emocional através da espiritualidade geralmente se origina na rede informal dos indivíduos composta pela família, amigos e vizinhos, e consiste em ânimo, esperança (CACANTE; VALENCIA, 2009). Além disso, a igreja, os grupos de oração e outros mais de que o familiar venha porventura a participar passam a funcionar como fonte de apoio emocional, ajudando a administrar as tensões e sofrimentos (MARQUES et al., 2011).

Ressalto que o entendimento da dimensão espiritual, tratado neste estudo, remete ao sentido da vida e seus significados, não se limitando a crenças específicas ou práticas religiosas. Dentro desta perspectiva, evidencia-se que a espiritualidade pode ser utilizada como um importante recurso de apoio emocional aos familiares de usuários de crack, uma vez que pode contribuir para o alívio dos encargos e o fortalecimento das famílias que sofrem com esta problemática, trazendo esperança, fé, e o desejo de buscar um alento, uma resposta.

Desta forma, considero que a espiritualidade está diretamente implicada na relação de cuidado aos indivíduos, e necessita ser inserida nas práticas em saúde mental, uma vez que, a compreensão e valorização da espiritualidade dos sujeitos podem facilitar as intervenções e aprimorar a relação entre profissional e familiar. Logo, compreende-se a importância de reconhecer e valorizar a espiritualidade dos familiares por parte dos profissionais de saúde, fomentando-a como um recurso que favorece o enfrentamento do crack.

Outra fonte de apoio emocional citado pelas entrevistadas se refere aos serviços de saúde, destacando-se, entre eles, o CAPS AD. Em geral, o apoio emocional é compartilhado por determinados profissionais, como o psicólogo e o técnico de enfermagem. São eles, segundo os familiares, os mais disponíveis e motivados para dividir as angústias da família:

“... Eu citei bem o CAPS porque eu não posso reclamar deles, eles sempre me apoiaram... Sempre gostei, sempre nos trataram bem. No momento que eu chego lá, eles reservam uma sala, conversam com a gente... A psicóloga dele [Daniel - filho] pra mim era tudo né, ela me apoiou muito, com esses problemas dele...” (Maria)

“Eu sou acolhida todo o momento... Ligo, e sempre me atendem... Sempre é com muita clareza... Eram [psicóloga e técnico de enfermagem] os que mais conheciam sobre o [Fernando - irmão]... Eu procurava e sempre me escutavam, nunca viraram as costas pra mim... Sempre tinha um pra me escutar... Então eles eram referência pra tudo... A [nome da psicóloga], ela dizia sempre pra mim ‘não desiste nunca! Força!’, isso foi muito importante.” (Eliane)

Dentro do CAPS AD, também se destacam os grupos terapêuticos, como fontes de apoio emocional, sendo um momento em que os familiares se sentem valorizados e podem compartilhar suas angústias com pessoas que vivem os mesmos problemas:

“Cheguei a participar do grupo no CAPS... Eu acho que tu chega numa conclusão de que não é só tu que tá passando por aquilo... Mas é muito importante, é muito bom! Eu acho que eles dão muito valor pro que tu fala sabe...” (Eliane)

“Eu ia na reunião de pais lá no CAPS... A gente ouviu casos de relatos muito piores que os nossos. Pessoas em uma situação muito pior. Então a gente viu que podíamos continuar lutando né, que não era o pior dos casos.” (Sônia)

Nos depoimentos das entrevistadas fica evidente a importância de espaços que possam acolher suas angústias e sentimentos. Desse modo, entendo que estas práticas impactam nas ações em saúde mental, trazendo um novo olhar para os processos de trabalho dos serviços, focado no usuário, nas tecnologias leves, nas suas demandas e nos sentimentos que estes expressam.

Em se tratando do CAPS AD, como um serviço estratégico dentro da rede de saúde, estamos falando também de uma nova capacidade técnica para atender às demandas da família, ou seja, de acolhê-las em razão de um problema ou de uma dificuldade de enfrentamento. Nesse caso, despontam tecnologias leves que podem proporcionar ajuda emocional às famílias, mas também novos meios e processos de trabalho que compreendam demandas tão singulares dentro dos serviços.

As tecnologias leves se referem a tecnologias existentes no trabalho em saúde, caracterizadas pelas relações estabelecidas entre o trabalhador e o usuário. Essas relações produzem vínculos, autonomização e novos modos de operar com o trabalho nos serviços (MERHY, 2002). No caso do CAPS, ser acolhido a todo momento, como relatou Eliane, ou de apenas compreender que a situação pode ser resolvida ou minimizada, como trouxe Sônia,

reforça a tendência a valorizar e potencializar a família, bem como as necessidades apontadas por elas.

O acolhimento desponta como tecnologia de cuidado em saúde mental, pois traz o sujeito como elemento essencial no contexto das práticas em saúde. Acolher o outro representa um diferencial através da soma de esforços, em torno de um projeto único, que reoriente a prática e possa potencializar o serviço de saúde como um espaço produtor/indutor de trocas, de experiências, de perspectivas e, principalmente, de pessoas (MATUMOTO, 2008; PINHO; HERNANDÉZ; KANTORSKI, 2009).

Acolher bem pode revitalizar os vínculos entre as redes formais e informais de cuidado, pois entendo que o vínculo abre espaço para a singularização da situação vivida por cada sujeito. É esse vínculo que ressignifica os laços de proximidade das famílias, enriquecendo suas redes de apoio.

Assim, compreende-se que a produção de relações envolvidas no encontro trabalhador-usuário mediante a escuta, o interesse, a construção de vínculos, de confiança, possibilita captar a singularidade, o contexto, os modos de viver de cada usuário, enriquecendo e ampliando os processos de trabalho (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

O desenvolvimento destas estratégias de abordagem junto à família oferece contribuições para o fortalecimento das ações no campo psicossocial e impacta positivamente na relação profissional-familiar. No entanto, a utilização destas ferramentas exige dos profissionais disponibilidade e interesse na sua execução e, sobretudo, demandam a reflexão sobre suas práticas, de modo a buscar a qualificação do cuidado aos usuários e familiares. Ao contrário, sem a presença da escuta, vínculo e interesse, não há produção de cuidado.

É o que podemos perceber nos relatos a seguir, quando os familiares destacam a ausência de apoio emocional em momentos quando mais precisam dele. Maria revelou, por exemplo, que as intervenções realizadas pela equipe de enfermagem de uma Clínica Psiquiátrica eram direcionadas apenas ao filho usuário de drogas, de modo que ela não recebia qualquer tipo de apoio durante a internação do filho, como podemos acompanhar nesta fala:

“Os enfermeiros mais eram pra cuidar dele né, achavam legal que eu era uma mãe que tava sempre lá, levava as coisas do [Daniel - filho]. Que geralmente a família abandona.” (Maria)

Outra entrevistada refere que o atendimento prestado pelo Hospital Geral ao usuário de crack e à própria família foi de baixa qualidade, pois em todos os atendimentos a familiar

não obteve qualquer apoio emocional frente à situação que estava enfrentando com seu ente, como podemos verificar em seu depoimento:

“Foi precário o atendimento... Eu passava por humilhação, além do [Fernando - irmão] cuspidando e virando maca, cuspidando na minha cara, aquilo ali já era uma humilhação, sabe? Então, as enfermeiras diziam pra mim ‘manda esse guri calar a boca, isso aqui não é lugar pra ele!’ e eu dizia ‘mas eu tenho culpa?’ Sempre foram assim, diziam que lá não era lugar pra ele...” (Eliane)

Analisando esta situação, entendo que é preciso direcionar nossas intervenções sob a perspectiva do acolhimento e empatia, de modo que a interação, a troca e o diálogo devem constituir-se como norte para qualquer terapêutica relacionada a usuários e familiares. Nesse sentido, penso que prescinde a necessidade de ampliar nosso olhar às necessidades não só de saúde, mas sob todos os aspectos que permeiam a vida dos familiares, sobretudo, procurando compreender o sofrimento e as consequências trazidas por uma situação de doença. Ouvir atentamente as demandas da família pode ajudar a aliviar seu sofrimento, proporcionando uma nova racionalidade sobre o problema, alternativas de tratamento e redes possíveis.

Nesta perspectiva, acredito que os profissionais de saúde possuem um papel crucial na consolidação das redes de apoio social, pois, além de constituírem-se como fontes de apoio emocional, também podem fomentar o seu fortalecimento e sua ampliação, com vistas a minimizar o estresse sofrido pelos familiares e a sobrecarga com os cuidados do familiar usuário de drogas.

As famílias apontam para a importância do vínculo e da escuta, oferecido tanto pelos parentes e pessoas mais próximas ao convívio das entrevistadas como pelos serviços de saúde e os equipamentos sociais do território. Considero que estas são ferramentas que fazem parte de uma dimensão muito singular do cuidado humano e, no terreno das práticas em saúde, são tecnologias reveladoras de processos de trabalho centrados no sujeito, nas suas necessidades e nos seus desejos.

5.4.2 Apoio material

De acordo com Due et al. (1999), o apoio material refere-se a auxílios concretos recebidos pelas pessoas, como provimento de necessidades materiais em geral e ajuda financeira. Este tipo de apoio também é chamado de apoio instrumental, o qual, segundo

Araújo et al. (2011), envolve a oferta de recursos materiais e operacionais, como alimento e dinheiro, auxiliando no suprimento de situações de necessidade.

O apoio material recebido pelos familiares, mais frequentemente vem da família nuclear (cônjuge, pais, filhos e irmãos), caracterizado pela ajuda com as atividades mais íntimas do cotidiano familiar, como organização do lar, alimentação, suporte financeiro e logístico, além da procura por serviços de saúde e suporte com a medicação. Já com relação à família estendida, o apoio material mais característico é representado pelo provimento de transporte e custeio de clínicas para tratamento:

“... A [Carla – filha caçula] cuida muito dele, remédio esse tipo de coisa, se tiver que dar, ela cuida muito... Aí, se ele sair elas controlam o horário, ‘ó ele saiu com tal e tal roupa’...”(Maria)

“... A gente meio que se divide na cozinha, as gurias também... Aí a gente se divide... então a minha guria de 16 e meu esposo eles vão se dividindo na cozinha... a comida eu deixo pro meu marido, ele também já tá entendendo, já lava a louça.” (Maria)

“... É sempre eu e o meu marido, ah vamos ter que levar ele [Daniel - filho] vamos ter que pegar um carro, um taxi e eu sempre tinha um dinheirinho guardado... Ou era do irmão dele ou era taxi mesmo.” (Maria)

“Aí ele [Carlos - marido] viu vamos dar jeito nisso, vamos procurar auxílio, pesquisar clinicas do nosso padrão de vida, do nosso poder aquisitivo... quem ajudava nesse momento era meu marido, porque a gente ia de carro... A [Kelly - nora] tá envolvida com ele, tá ali, aí gente pode respirar um pouco mais... então esse foi um suporte muito bom.” (Sônia)

“... Geralmente, a mãe sempre me dá um apoio financeiro quando eu preciso, e a gente, claro, quando dá um aperto, a gente consegue pegar e ir pra um ‘especial’ [banco] assim, sabe.” (Sônia)

“... Principalmente a minha filha né... ela tava junto, entendeu... Quantas vezes ela foi no CAPS junto, foi também... Quando eu fui viajar ano passado, ela ficou, ela fez tudo! Fazia comida, botava minha roupa pra lavar, fazia tudo... entreguei a casa na mão dela.” (Eliane)

“... Pra dar entrada na comunidade eles me pediram 600 reais de cara, e eu não tinha um real, o que foi um desespero, eu não tinha... Aí meu genro me emprestou esse dinheiro que eu precisei...” (Eliane)

Através das falas, podemos perceber que o apoio material é provido pela família nuclear e extensa, tendo envolvimento maior dos filhos e cônjuges. Maria, por exemplo, recebe ajuda das filhas e do marido para realizar as tarefas do dia-a-dia, como preparar as refeições, organizar a casa e dividirem-se nos cuidados com o filho. Sônia refere poder contar com o marido e com a mãe quando passa por necessidades financeiras e de transporte; já a nora Kelly auxilia principalmente nos cuidados com o filho de Sônia. Para Eliane, a filha, o

genro e o marido constituem-se como as principais fontes de apoio material, auxiliando nos cuidados com o familiar usuário de crack e suprindo necessidades financeiras e de transporte.

Frente à conformação da rede de apoio social das entrevistadas, percebe-se que a família, mais uma vez, se constitui como a principal fonte de suporte, desempenhando um importante papel na provisão de recursos materiais. Nesse sentido, a reorganização das atividades cotidianas diminui os encargos do familiar. O apoio oferecido por meio de auxílio financeiro, logístico e para as tarefas cotidianas são fontes de cuidado, demonstrando a riqueza das redes de apoio social.

No estudo de Seidl e Troccoli (2006), com portadores de HIV/AIDS, destacou-se que as fontes de apoio instrumental/material mais frequentes foram os membros da família nuclear (cônjuge, companheiro ou namorado), seguido da família estendida, tanto aqueles que moram com o doente quanto com aqueles que não residem com ele. Em geral, o apoio recebido pelos sujeitos está relacionado à divisão das tarefas domésticas, além daquelas relacionadas com o tratamento, como alimentação e medicação. Essa organização familiar é facilitada pela proximidade espacial, diminuindo possível sobrecarga dos cuidadores.

O apoio material oferecido pelos familiares através do compartilhamento das responsabilidades com o cuidado do usuário minimiza a sobrecarga do principal cuidador. Essa é uma tendência nas famílias modernas, posto que em situações de adoecimento é comum recorrer aos familiares mais próximos para dividir a responsabilidade entre os membros. Dessa maneira, é possível perceber que o cuidado destaca-se como um compromisso familiar, retirando do cuidador principal uma responsabilidade que não deve ser solitária (SILVEIRA, 2011).

Os colegas de trabalho também foram lembrados como importantes recursos na prestação de apoio material. O apoio era oferecido principalmente através das trocas de plantões e flexibilidade quanto aos horários e às faltas ao serviço, como destacado a seguir:

“Na minha empresa como eu falei eles sempre souberam do problema dele tanto é que esse negócio de falta né quando ele sumiu eu tinha que procurar ele nos lugar eu contava ‘ó meu filho sumiu não tenho condições de ir agora, não tenho condições de pegar atestado, não tenho como justificar minhas faltas, eu tô procurando ele nos hospitais’. Eles ‘fica o tempo que tu precisar’, até pegaram um cartaz pra ajudar né, fica o tempo que tu precisar depois a gente vê, vai pagando quando puder, quando tiver extra tu faz né.” (Maria)

Através do relato de Maria, é possível observar a importância dos contextos de trabalho como elementos das redes sociais dos indivíduos, pois os colegas de trabalho

parecem mostrar-se solidários e compreensivos quanto às situações que muitas vezes as levam a faltar ou ter atrasos no serviço. Em momentos de dificuldade com o filho de Maria, por exemplo, quando necessário, os colegas de trabalho cobriam seu horário para que ela pudesse se dedicar às questões familiares.

Ao encontro disso, o estudo de Di Primio et al. (2010), realizado com famílias de crianças com câncer, aponta que a principal rede de apoio das famílias são mesmo os familiares, mas que o apoio logístico recebido de amigos, vizinhos e colegas de trabalho também foi enfatizado como indispensável para superar as dificuldades com o adoecimento (DI PRIMIO et al., 2010).

Uma das familiares relata ter obtido apoio material referente aos cuidados do filho usuário de crack por meio alguns profissionais e serviços de saúde. Os principais recursos mobilizados foram o Pronto-Atendimento Psiquiátrico e o Agente Comunitário de Saúde:

“Pegamos eu e a minha irmã e levamos ele lá pro Postão, daí nos deram a referência, deram o encaminhamento, aí fomos lá pro Postão e ele foi internado.” (Maria)

“... Até tinha uma senhora que... é do posto de saúde da família. Ela ia lá em casa conversava com o [Daniel - filho], ela correu bastante pra ver esse CAPS... Elas iam, perguntavam se tava precisando de médico, de dentista, falava das reuniões de adolescente, marcava consulta...” (Maria)

Pelo depoimento de Maria, podemos observar que o apoio material foi fornecido através de suporte operacional, por meio do encaminhamento do usuário para a internação. Assim, visualizo a importância da integração entre os serviços, através da qual diferentes recursos podem ser acionados para dar conta das demandas dos usuários e construir, efetivamente, uma rede comprometida e genuína de cuidado.

Visualiza-se que as intervenções realizadas por meio do Agente Comunitário de Saúde (ACS) serviram como apoio material em diferentes situações ligadas à saúde e qualidade de vida de Maria e sua família. O ACS é uma figura fundamental na saúde da família, pois possibilita que as necessidades da população cheguem à equipe de profissionais de saúde. Logo, o conhecimento do cotidiano dos agentes nos territórios certamente poderá contribuir na elaboração de estratégias que visem à melhoria da qualidade do trabalho desenvolvido junto à família. O agente comunitário, ao identificar a realidade da família, seus problemas, necessidades e anseios, poderá tornar-se um potente recurso à comunidade e também à equipe de saúde que irá intervir junto à comunidade (COSTA et al., 2013).

Desta forma, o agente comunitário parece cumprir um papel importante no território, como agente protagonista de novos processos de trabalho em saúde, fazendo parte da composição de redes das famílias. Nesta perspectiva, as intervenções direcionadas à família, pautadas no conhecimento da sua dinâmica, funcionamento e no compromisso com o cuidado, podem fortalecê-la, também, enquanto cuidadora do familiar usuário de crack, mostrando que ela não está sozinha nesse processo.

Outro elemento que aparece nos discursos se refere aos recursos financeiros providos pelos próprios familiares e, também, os benefícios concedidos pelo governo:

“O [Fernando – filho] ganha um salário do INSS. O dele [se referindo ao benefício que o irmão recebe] vai pra lá [comunidade terapêutica] e pras coisas da casa. O da mãe aí vai pra alimentação e o resto vai pra medicação, coisas pra ela, roupa, agasalho...” (Eliane)

“... Quando a gente tava na clínica tinha que pegar um taxi ou pagar uma gasolina pra alguém levar ele eu sempre procurei guardar... Eu sempre guardo dinheiro pra ter um táxi, pra pagar um táxi.” (Maria)

Muitas famílias vivem em situação econômica desfavorável, o que em parte as torna mais vulneráveis. Quando se trata da família que coexiste com o sofrimento mental, essa vulnerabilidade é intensificada e a dificuldade financeira agravada, pois a família vivencia um processo complexo, que exige uma nova estrutura nas relações de trabalho, nas inter-relações e no orçamento familiar (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008).

A família do portador de sofrimento psíquico custeia os gastos relacionados à doença e suas consequências. O sustento da casa, a compra de medicamentos, as despesas com viagens, internações, médicos, precisam ser financiados com os recursos que outrora serviam para suprir as necessidades financeiras da família (KOGA, 1997).

Neste contexto, os recursos financeiros recebidos através de benefícios concedidos pelo governo constituem-se fontes de apoio para as famílias com algum membro em condição crônica. As contribuições financeiras e materiais fornecidas pelos profissionais de saúde e por outras instituições reforçam o orçamento familiar e ajudam a prover necessidades da família. Desse modo, esses suportes são de fundamental importância para famílias de baixo poder aquisitivo, visto que os gastos com o tratamento de seus familiares demandam muitos recursos (COLLET et al., 2006).

Assim, percebe-se que o recurso financeiro, provido por instituições ou pelo próprio familiar, torna-se fundamental para a sobrevivência e a manutenção das necessidades cotidianas dos familiares de usuários de crack, haja vista que, através dele, é possível obter

medicações e acessar outros recursos para o tratamento do usuário, bem como a cobertura de outras necessidades, como vestuário e alimentação.

Uma das entrevistadas citou a falta de apoio material com relação às necessidades de transporte envolvendo o filho usuário de drogas. Nesta situação, o recurso acionado foi o Conselho Tutelar, o qual, apesar de contar com bons e acolhedores conselheiros, capazes de oferecer bom suporte emocional – como discutido no capítulo anterior –, parece ter uma atuação limitada quando há necessidade de oferecer apoio material:

“... A gente foi no conselho tutelar, conversamos com o cara do conselho pra ver se ele conseguia uma ambulância, uma viatura... o cara do conselho falou ‘ah que eu acho melhor tu pegar e ir’... não ajudaram em nada, não disponibilizaram nada.”
(Maria)

Na fala de Maria, evidencia-se a ausência do Conselho Tutelar na composição de redes de apoio material. Segundo ela, não houve ajuda material em relação à ambulância, para levar o usuário até um atendimento de urgência. Nesse sentido, apesar de ter uma importância notável enquanto órgão comunitário, entendo que o conselheiro poderia ter orientado a familiar ou até mesmo acionado serviços da rede que pudessem dar conta daquela demanda. Talvez o desafio aí seja justamente considerar que o Conselho Tutelar pode (e deve) contar com a parceria de outros recursos e pessoas, não sendo responsável isolado pelo cuidado aos familiares de usuários de crack.

Para Frizzo e Sarriera (2005), o Conselho Tutelar:

[...] Cumpre um papel paradigmático [...] cabe a ele tomar as devidas providências para que os direitos sejam atendidos, para que as necessidades de todas as crianças e adolescentes sejam satisfeitas e zelar pelas suas condições de vida. Para isso, deve lançar mão de suas atividades, articulando os recursos disponíveis e provocando a criação de novos recursos, quando não são satisfatórios em alguma área, participando da formulação de políticas públicas, informando os órgãos responsáveis pelos problemas existentes na comunidade (por exemplo, a falta de creche num lugar, a necessidade de assistência médica em outro, a inexistência de um programa de atendimento a vítimas de violência ou dependentes químicos) e promovendo a difusão dos direitos através de campanhas educativas na comunidade. Seu lugar dentro da rede social é junto ao sistema de ajuda formal, mas com o papel de articular todos os recursos formais e informais [...] (FRIZZO; SARRIERA, 2005, p. 189-190).

Analisando o papel do Conselho Tutelar dentro do território, entendo que este possui um papel importante para as famílias, podendo ser articulador de outros recursos que venham a auxiliá-las em suas diferentes dimensões, seja na área da saúde, educação, dentre outras. Por

meio desta prática articuladora, o Conselho pode tornar-se um potente elemento para acolher e atender as necessidades das famílias através da interface com outros dispositivos da rede.

Em outra situação, a mesma familiar acionou diferentes recursos para obter transporte para levar o filho até uma Clínica. Na ocasião, ela acionou a Brigada Militar, o Serviço de Atendimento Médico de Urgência – SAMU e novamente o Conselho Tutelar. Sua trajetória de “idas e vindas” sinaliza a insuficiência da rede na hora de ofertar suporte logístico e operacional:

“... Liguei pra brigada não fizeram nada, liguei pra SAMU nada, então vou ali no conselho, vou ver se ela [conselheira] me consegue uma Kombi, alguma coisa... Daí a conselheira não tava e uma outra me atendeu e disse que eles não disponibilizavam Kombi... eles [Brigada Militar] me passaram que se eu quisesse alguma coisa tinha que ser com ordem judicial. Eu teria que ir lá no fórum, pedir uma ordem que eles mandariam uma ambulância pra buscar ele... ou se ele tivesse em casa agredindo todo mundo, quebrando a casa, depois que matou toda a família aí vai.” (Maria)

A rede de apoio deve predispor de recursos que proporcionem algum tipo de reforço às estratégias de enfrentamento das situações de vida das pessoas. Além dos recursos informais, a rede precisa se organizar para oferecer suporte material para o cuidado, uma vez que o apoio emocional não se torna suficiente diante da complexidade e, muitas vezes, da necessidade de atendimento imediato do usuário de crack.

É possível perceber um paradoxo dentro da conformação das redes de apoio social dos familiares. Em geral, o apoio material é sustentado pela presença das redes informais, ou seja, da própria família, enquanto que os serviços de saúde – que possuem mais condições técnicas e infraestrutura logística –, não parecem apresentar essa mesma organização. Dessa forma, se os recursos não se constituem, dentro da rede, como equipamentos articulados e que dividam os encargos desse cuidado, a responsabilidade recai sob a família, podendo gerar sobrecarga físico-emocional.

Uma das familiares também relatou ter buscado apoio material com uma amiga, que também era trabalhadora de saúde. Contudo, ela não obteve o suporte que necessitava, o que acabou decepcionando a familiar naquele momento:

“Eu tenho uma amiga minha... ela trabalha em um CAPS de Porto Alegre e ela trabalha com a acolhida de morador de rua, drogado, prostituta, ta... Aí eu entrei em contato com ela ta, foi a pessoa que seria assim, mais condições de me dar suporte porque ela ta dentro dessa situação... Queria um suporte de informação, material, emocional, tudo, e até mesmo de ajuda... até mesmo o veículo, ela tem acesso ao veículo que faz o resgate. Ela trabalha dentro do CAPS, aí eu entrei em contato com ela e ela dizia ‘tamo junto nessa amiga! Tamo junto nessa!’ Aí eu comecei, eu ligava

pra ela pra marcar e conseguir resposta. Aí me decepcionei e muito nisso aí...”
(Sônia)

É possível perceber que, como trabalhadora do CAPS, a amiga de Sônia contribuiu para aumentar a insegurança da família. Como trabalhadora da saúde e amiga, certamente, poderia ter fornecido suporte às demandas da familiar por estar dentro dessa rede formal, considerada com maiores condições técnicas de dar não somente orientação, mas também os caminhos materiais para ajudar no cuidado do usuário.

Nesta perspectiva, entendo que a noção de vínculo nos faz refletir sobre a responsabilidade e o compromisso do trabalhador em suas práticas. Deste modo, havendo a co-responsabilização pelo cuidado, as famílias terão maior oportunidade e capacidade de resolver os problemas e demandas relacionado ao familiar usuário de crack.

Outra familiar conta que já solicitou apoio material à irmã, desejando que ela dividisse um pouco a carga dos cuidados do irmão e da mãe, o que não foi correspondido:

“... Por saber que ela [Cristiane - irmã] gosta de mim, por isso que eu queria ela por perto quando eu precisasse... Eu ligo para desabafar e não esperando uma ajuda, porque nunca tive. Eu sempre me virei sozinha... Eu digo [Cristiane - irmã] se tu viesse ficar comigo... e eu precisei dessa ajuda e eu não tive ajuda dela.” (Eliane)

Neste contexto o cuidado a um familiar é percebido como um compromisso de toda a família. Esta maneira de perceber o cuidado permite que, ao estabelecer-se uma condição de doença na família, todos os integrantes sejam envolvidos, mesmo aqueles que residem em outros locais são acionados, havendo uma união de esforços na tentativa de resolver a situação. Assim, a maneira como o cuidado é percebido na comunidade pode diminuir a sobrecarga dos cuidadores, pois não se assume o cuidado de forma isolada, compartilha-o com toda a família (SILVEIRA, 2011).

Apesar das entrevistadas referirem receber suporte material em caso de necessidade, duas familiares contam que preferem assumir os encargos do cuidado sozinhas, sem acionar familiares ou conhecidos:

“Eu nem peço... O meu irmão já ofereceu: ‘ó se tu precisar de alguma coisa... se quiser dinheiro pro táxi eu tenho, tenho dinheiro pro lanche, tenho dinheiro pra dar pro [Daniel - filho]’...” (Maria)

“Eu não peço pra vizinho, pra parente, pra ninguém. Eu procuro sempre guardar um reservado caso aconteça alguma coisa com ele.” (Maria)

“... Não [em relação ao apoio material] porque ela [Gisele - filha] tinha o serviço dela, a faculdade dela, a filhinha dela, entendeu? Então não quis envolver... Ela tem o casamento dela, tem a vida dela pra resolver... Quanto menos eu levar problema pra ela ou usar ela pra me ajudar a resolver, melhor. E outra também porque eles não têm muita maturidade pra isso, né... Mas eu teria o apoio da minha filha, com certeza!” (Sônia)

As familiares trazem à discussão de que o apoio material, mesmo sendo oferecido, muitas vezes não é acionado. Elas optam por resolver sozinhas as dificuldades com o cuidado do usuário, evitando ao máximo envolver outras pessoas ou recursos nesse circuito.

O apoio pode ser oferecido, mas não recebido, se o receptor decidir não aceitá-lo. Isso acontece porque, embora as relações familiares carreguem consigo fortes prescrições sociais sobre o provimento do apoio, o familiar pode recusar-se a receber essa ajuda em função das obrigações que venham como consequência. Além disso, pode haver também um desejo de manter certa independência de outros membros da família ou de pessoas mais próximas (SILVA; COUTINHO, 2005).

Na comunidade, sempre que se estabelece uma aproximação, estabelece-se também uma relação de apoio, onde as pessoas amparam-se umas nas outras como uma maneira de compartilhar alegrias, notícias, bens materiais e também cuidado (SILVEIRA, 2011). No caso em que a família decide não dividir ou compartilhar responsabilidades com outros parentes e pessoas mais próximas, podem-se desencadear tensões e conflitos no mundo familiar (JACKSON et al., 2009).

Nesse sentido, penso que a decisão pelo “cuidado solitário” também pode afetar o familiar do usuário de crack, pois o não compartilhamento das responsabilidades entre a família ou com pessoas mais próximas exige do familiar um esforço maior para a efetivação do cuidado, gerando maiores encargos ao principal cuidador.

É possível analisar que o apoio material, mais concreto, operacional, torna-se invisível diante da trajetória das pessoas em busca de alternativas para compreender ou resolver os reflexos do uso do crack no mundo familiar. Uma boa oferta de recursos materiais ou de apoio logístico na hora de encontrar respostas para perguntas tão complexas completam a rede de apoio dos familiares, devendo ser objeto de preocupação dos profissionais dos serviços de saúde mental.

5.4.3 Apoio de informação

O apoio de informação compreende as informações recebidas pelas pessoas, que podem ser usadas para lidar com problemas e resolvê-los, sendo fornecidas através de aconselhamentos, sugestões e orientações (DUE et al., 1999).

Assim como no apoio emocional, as famílias nuclear e extensa também se mostraram importantes fontes de apoio de informação às familiares entrevistadas. Em geral, quando a família se envolve com a problemática do crack, surgem sugestões, conselhos e informações sobre possíveis serviços de saúde a procurar:

“Me abro com ela [Carina - filha] e ela diz assim ‘mãe, tu tem que fazer assim, tu tem que fazer assado’... ‘mãe, tu tem que cuidar de ti também’...” (Eliane)

“Uma pessoa que me orientou bastante foi minha irmã... Ela me passou várias informações sobre isso [uso de drogas] baseado no que ela sabia...” (Sônia)

“É ela [madrasta] me deu muito apoio... Me dava muita força quando eu passei pelos problemas de droga do [Daniel - filho], ela me ligava ela via endereço, ela indicava lugares, CAPS...” (Maria)

“O [Daniel - filho] gosta muito desse grupo. Ajuda muito ele... Nos deram uma referência, foi até o tio da [Carla - filha caçula] que deu uma indicação dos grupos né.” (Maria)

Além da família, outras pessoas com vínculos próximos às entrevistadas forneceram apoio de informação, como amigos, vizinhos e colegas de trabalho:

“Eu tenho uma vizinha muito querida... Ela, sempre apoiou o [Fernando - irmão]. Inclusive no dia que nós levamos o [Fernando - irmão] pra instituição e ela tava lá no portão, dando um monte de conselho né... Ela é muito querida! Ela apoiou bastante também, eu posso dizer.” (Eliane)

“... Eu tinha uma vizinha... que o filho dela passou pelo mesmo problema... Ela me orientou procurar essa fazenda que o [Daniel - filho] ficou... Ali os vizinhos todos sabiam do problema dele né. Tipo situação... vi ele em tal lugar, ah o [Daniel - filho] tava assim, tava assado, eles vinham contar né.” (Maria)

“... Foi a minha coordenadora que conseguiu essa clínica pra mim, conseguiu a indicação... Que era uma clínica que nós pudéssemos pagar né... Então nós somos uma família que se dá super bem, sempre se apoiando...” (Sônia)

Nos relatos de Maria e Sônia, por exemplo, é possível notar que os principais conselhos eram em relação a serviços de saúde especializados no tratamento do uso do crack. Em geral, essas informações chegavam a partir da divulgação de algum serviço ou da própria

vivência de pessoas com seus familiares. Isso demonstra que a família não está sozinha na busca de alternativas capazes de diminuir a “via sacra” por serviços especializados e o desgaste físico-emocional ocasionado pela droga.

As informações recebidas demonstram o compromisso em ajudar na busca de soluções possíveis para um problema que exige a participação de todos. Em geral, as pessoas opinam sobre as alternativas de tratamento a partir de recursos que vivenciaram, ouviram falar sobre ou conheceram pessoalmente. O recebimento de informação, nesse sentido, reduz a tensão e a ansiedade desencadeadas pela alteração do cotidiano familiar, compreendendo também um sentimento de que a família pode (e deve) fazer parte desse cuidado (FERREIRA *et al*, 2010).

Os serviços de saúde também participam da tessitura dessa rede de apoio. Em relação à informação prestada pelos profissionais, destacaram-se o técnico de enfermagem, o psicólogo, o médico, a assistente social e o agente comunitário de saúde:

“As dúvidas que eu tinha eu sempre ia e falava com uma psicóloga, um médico, um assistente social [do CAPS AD]... As dúvidas que eu tinha eu sempre conseguia as respostas sabe... Sempre que eu precisei tirei minhas dúvidas... Tudo que é coisa assim, de informação, tudo o que é dúvida, eles tem a resposta pra gente... Eles explicam como é que a família tem que ser... Eles sabem como falar, como te apoiar, como responder né, eles respondem as tuas perguntas do jeito que tu quer que esclareça mesmo sabe. Ligo, e sempre me atendem... Sempre é com muita clareza.” (Eliane)

“... Até tinha uma senhora que... é do posto de saúde da família. Ela era agente da família, ia nas casas... Ela dizia: tem CAPS, e a gente dizia: o que é CAPS? Eu comecei a conhecer os CAPS a partir daí, Eu comecei a conhecer os capes a partir daí, comecei a ver pra que servia o CAPS, o que era... Ela que conseguia essas referências dos CAPS...” (Maria)

“Tinha a assistente social, ela me falou se eu quisesse colocar o [Daniel - filho] numa fazenda, me orientou ir no Ministério Público, mas eu nunca peregrinei nessa situação né. Ela encaminhou ele pro CAPS, ela me falou dos CAPS também.” (Maria)

A informação constitui-se em uma fonte importante de apoio, pois permite aos familiares fazerem escolhas e tomarem decisões conscientes em relação aos recursos, ao tratamento e às possibilidades de cuidado (PAULA; NASCIMENTO; ROCHA, 2008). Nesse sentido, o apoio de informação oferecido pelas redes formais se destaca pela clareza, pela veracidade e pela oportunidade de informação sobre o processo de enfermidade. Isso contribui para diminuir as incertezas e ansiedades dos familiares, bem como auxiliá-los a encontrar uma coerência para a própria vida, além de um significado para o papel que desempenha na família (CACANTE; VALENCIA, 2009; MARQUES *et al.*, 2011).

Para tanto, o profissional precisa ter disponibilidade e tempo para escutar as histórias de vida de cada sujeito e para dar-lhes as informações que tanto necessitam. Ser acolhido e compreendido faz com que o familiar sinta confiança no serviço ou no trabalhador para expor suas intimidades e para poder falar sobre suas dúvidas (VALLA; LACERDA; 2003).

Ao encontro disso, reforça-se a necessidade do profissional de saúde conhecer as famílias e a cultura na qual elas estão inseridas, para que a relação com cada família seja única. É importante que ele se faça presente também no cotidiano das famílias, ou seja, interagindo com ela além das situações de doença (MARCON, 2002). Da mesma forma, percebe-se que, quando os profissionais de saúde estão comprometidos com o atendimento aos usuários, ampliam-se as possibilidades de sucesso, com reflexos no atendimento prestado às pessoas (SILVEIRA et al., 2009).

Nesse sentido, observo que o círculo de relações da família, constituída por suas redes informais, na maioria das vezes, oferece informações gerais sobre serviços (que serviço buscar, quando, como). É o caso de Maria, por exemplo, quando foi orientada por uma vizinha a buscar uma fazenda terapêutica.

Já as redes formais parecem oferecer uma informação mais técnica e precisa, depurada, contextualizando o problema, como atuar e o que fazer com ele. É o caso de Eliane, quando fala sobre a clareza das informações que recebeu dos profissionais do CAPS AD.

Nesse sentido, é possível perceber a importância das redes formais e informais nessa construção. Primeiro, é inegável que essas redes ajudem os familiares a diminuir o potencial de sofrimento e ansiedade. No entanto, as redes informais parecem atuar mais ajudando o familiar a acessar o sistema de saúde, enquanto que as redes formais atuam na manutenção dele nesse sistema.

O grupo de familiares foi citado como um importante recurso de apoio de informação, sendo apontado por todas as entrevistadas. O apoio era fornecido através do compartilhamento de informações com os membros do grupo e a troca de experiências:

“A gente ia lá tinha grupo de familiares conversava sobre os problemas dele [filho] né, sobre quando a gente tava bem ou mal... Eu gostava do grupo porque tu contava a tua situação, o teu problema e tu tinha aquela resposta, eu gostava disso, a gente procura um resposta né.” (Maria)

“É importante! Com certeza isso é importante... Mais de conhecimento né, de experiência, é muito valido... Porque assim, é trocando experiências que a gente vai conseguir.” (Sônia)

“O pouco que eu fui [se referindo ao grupo de familiares] eu achei importante, porque tu pergunta as coisas pros profissionais né, e tu dá tua opinião, como é que tu

acha que deveria ser, o que deveria mudar pra melhorar, entendeu... Eu acho que tu chega numa conclusão de que não é só tu que tá passando por aquilo...” (Eliane)

Os grupos podem funcionar como um espaço de acolhimento das experiências de vida de cada familiar. Espaço esse de construção de saberes mútuos, onde todos aprendem e todos ensinam. Há interação e cooperação entre profissionais e cuidadores, que sabem que podem contar com o apoio, não só profissional, mas também emocional, obtido através de conversas e trocas de experiências (SÁ et al., 2006). É justamente essa troca que tem se revelado uma importante ferramenta para ampliar a capacidade dos familiares de lidarem com os problemas, assim como tem permitido que seus participantes possam se abrir para o discurso do seu companheiro (MELMAN, 2008).

Frente aos relatos, compreendo que a interação e os vínculos interpessoais que vão sendo construídas pelo grupo, fortalecem seus membros, propiciando uma relação de cuidado entre as pessoas, despertando a solidariedade através do interesse em ajudar o outro e compartilhar suas dúvidas e angústias, algo que estreita ainda mais os vínculos entre os que passam e sofrem pelo mesmo problema.

A igreja foi uma instituição citada no relato de uma das familiares como fonte de informação, através de orientações e sugestões para o enfrentamento das situações adversas relacionadas ao uso de crack no contexto familiar:

“... Vou na igreja e pergunto se eu tenho alguma dúvida... A mesma coisa que eu faço no CAPS, se eu tenho alguma dúvida eu pergunto pro pastor... A gente pergunta assim pros obreiros que tem, qualquer dúvida que a gente tem a gente pergunta né.” (Eliane)

Eliane cita sua relação de confiança na igreja, o que a torna livre para poder discutir sobre seus problemas, suas angústias e necessidades. Nesse sentido, concordo com Silveira et al. (2009) e Hamilton et al. (2010) quando afirmam que o apoio oferecido pelas explicações religiosas a respeito da saúde e da doença, bem como as informações dos membros das congregações religiosas, tem amplo papel na formação de redes de apoio solidárias e consistentes.

Um interessante recurso de apoio de informação citado foi a internet. Sônia destaca que consultou muitas informações sobre serviços de saúde que pudessem atender o seu filho, paralelamente às informações já recebidas por familiares:

“... A gente começou a pesquisar na internet né... Aí a gente foi lá na Cruzeiro, que tem internação lá né... porque eu sabia que em qualquer outro lugar seria difícil.”
(Sônia)

Como pudemos perceber, a busca de informação em saúde na internet é uma forma de comunicação interativa em saúde. Este tipo de interação, conforme Eng e Gustafson (1999), auxilia o familiar na tomada de decisão, permite a troca de experiências e apoio mútuo, com pessoas que vivenciam os mesmos problemas, além de ajudar na promoção do autocuidado. Assim, os autores comentam que a comunicação interativa em saúde pode trazer uma série de benefícios para os usuários, através da disponibilidade de informações conforme as necessidades específicas dos indivíduos.

Mesmo percebendo a disponibilidade da maioria dos serviços e profissionais de saúde com relação ao apoio de informação, outro relato nos mostra uma lacuna no oferecimento desse tipo de apoio por parte de alguns profissionais, como vemos no depoimento de Sônia:

“... Eu queria orientação, queria mais conversa... como conversar em casa com ele, sabe?... A maneira como eu tô fazendo, deixando ele trancado dentro de casa, é o correto? Se eu teria que dar um pouco mais de liberdade pra ele? Ou se ele podia pegar... por exemplo assim ó, usuário, será que ele poderia pegar vinagre, coisas que contém álcool também tem que evitar, alimentação... Eu tive mais informações pela minha irmã do que pelo CAPS.” (Sônia)

Nos processos de adoecimento, familiares que recebem informações deficientes ou conflituosas de profissionais ficam perdidos sobre os possíveis caminhos a trilhar na busca de alternativas de enfrentamento do problema. Profissionais de saúde que dão poucas oportunidades para o diálogo ou não ofertam informações suficientes acabam valorizando menos as experiências das famílias, algo necessário num processo de interface do saber empírico com o conhecimento técnico-profissional (PAULA; NASCIMENTO; ROCHA, 2008).

A lacuna no apoio de informação prestada pelos profissionais de saúde pode comprometer o cuidado em saúde mental, uma vez que a falta de conhecimento e o entendimento incorreto de questões relacionadas ao crack são elementos que dificultam o cuidado, além de aumentar o sentimento de angústia e de desamparo por parte da família. Nesse sentido, penso que é preciso investir na sensibilidade e na empatia para compreender a família em suas dificuldades e incertezas relacionadas ao enfrentamento de uma problemática multidimensional, como a do crack.

Sob esta perspectiva, entende-se que incluir a família nas ações de saúde é partilhar o conhecimento e as decisões, para que um espaço onde possam verbalizar sentimentos e

identificar dificuldades possa ser criado, e assim, mobilizar fontes de apoio informacional na busca por soluções às questões trazidas pela família (RODRIGUES; FERREIRA; CARILI, 2013).

Diante disso, percebo que qualquer informação que evidencie uma saída para suportar o desgaste gerado pelo uso do crack é importante para aliviar a angústia e a ansiedade da família. Logo, as redes formais e informais podem (e devem) continuar investindo nos possíveis aconselhamentos e informações às famílias de usuários de crack, não apenas para reforçar a unidade familiar, mas também para melhor instrumentalizá-los em relação aos cuidados diários do usuário.

5.4.4 Interação social positiva

Como comentado anteriormente, situações de adoecimento ou vulnerabilidade geram impacto na vida dos cuidadores, obrigando-os a readaptar rotinas e modos de viver. Muitas vezes, familiares sob essas condições sentem-se sobrecarregados física e emocionalmente, impedindo-os de participar da vida social. Com isso, o familiar desperta sua prioridade para a diminuição das atividades de lazer, do contato com amigos, vizinhos e grupos na comunidade, trazendo consequências negativas para a conformação de suas redes sociais (NARDI; OLIVEIRA, 2008; SILVEIRA et al., 2009; ANDRADE, 2001).

No campo da saúde mental, a sobrecarga dos familiares tem sido evidenciada e aponta para a necessidade de ser trabalhada no contexto dos serviços. Em forma de doença física e emocional, a sobrecarga é constatada pela alteração da dinâmica familiar, pelo aumento das demandas oriundas desta nova situação e pela falta de recursos de enfrentamento (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008).

É nesse sentido que é importante conhecer os momentos de interação social dos cuidadores familiares. Para Due et al. (1999), a interação social positiva diz respeito à disponibilidade das pessoas para atividades de lazer, relaxamento e diversão. Segundo os autores, são elas que podem ajudar os familiares a lidarem com as dificuldades em torno da sobrecarga com os cuidados.

A terminologia Interação Social Positiva se dá pelo fato das interações sociais serem capazes de proporcionar tanto impacto positivo como negativo na vida das pessoas, sendo influenciado pela percepção de seu reconhecimento (RODRIGUES; FERREIRA; CALIRI, 2013).

As entrevistadas relatam ter momentos de lazer e relaxamento geralmente com pessoas próximas à sua rede de relações familiares:

“... Como eu te disse, nós dois [Sônia e Carlos - marido] vamos passear no shopping, nós dois vamos passar o final de semana na praia... A gente procura estar sempre conversando, procura ter momentos só para nós dois, sair, ter um lazer...” (Sônia)

“Sábado agora eu fui para casa deles [Lucas e Gisele - filhos]. A gente procura estar sempre unidos sabe, ter um fim de semana gostoso entre família... Pegar um cinema, ou até mesmo em casa, porque assim ó, muitas vezes a gente fica sentado no sofá de mãos dadas, assistindo um bom filme, se curtindo, sabe?” (Sônia)

“Isso de lazer é importante né. Até a família fica mais unida... Até pra tirar os problemas que nos sobrecarregam em casa né. Chega em casa vem tudo na cabeça. Até pra isso.” (Maria)

“... Hoje eu vejo a vida de uma outra maneira, a gente não podia sair, de não poder nem ir na mãe do meu marido, entendeu!? A gente não saía mais de casa. Agora não, domingo, a gente foi pro parque, entendeu? A gente vai na mãe dele.... Tipo, daí agora a gente já programou janeiro de ir viajar pra lá, entendeu, então hoje eu posso sair e deixar minha casa tranquila entendeu... porque o [Fernando - irmão] tá longe... Um lazer, coisa que há muito tempo não fazia, há muito tempo, hoje eu consigo.” (Eliane)

As familiares referem que conseguem se organizar para participarem de atividades que sejam prazerosas e gerem menos estresse. Na maioria das vezes, essas atividades se destacam por meio de passeios, viagens e confraternizações, que as tornam, por instantes, livres das preocupações e desgastes relacionados ao cuidado de seu parente, usuário de crack. Considero que esses momentos devam ser conhecidos e investidos pelas equipes, pois podem fortalecer vínculos entre os membros da família, trazendo conforto e bem-estar ao cuidador.

A rede de apoio formada por relações próximas da família, como os amigos, também foram apontados como elementos de apoio de interação social:

“... Tem também os amigos que a gente gosta, tem mais afinidade. O que a gente faz mais é lá em casa nos aniversários que daí a gente reúne os amigos dele [Carlos - marido], né, faz um churrasquinho...” (Sônia)

Pode-se dizer que os amigos, ao lado dos familiares, são, possivelmente, as figuras mais importantes das redes sociais. Ter amigos traz benefícios inquestionáveis em quesito de habilidades sociais, saúde, qualidade de vida e longevidade (CERQUEIRA et al., 2011).

No campo da saúde mental, as amizades na vida do familiar também são fontes importantes de apoio de interação social positiva, em que os laços de proximidade e papel entre o familiar e os amigos mudam com o enfrentamento do crack no cotidiano da família. A presença da droga, devido aos reflexos que traz na vida dos familiares, exige um esforço

maior de cooperação e apoio dos amigos, prescindindo de novas configurações a esta rede de relações. Nesse sentido, compreendo que as relações de amizade contribuem para a qualidade de vida dos familiares, pois estimulam a sociabilidade e o alívio do stress gerado pelos encargos com o cuidado do usuário.

No discurso de uma das familiares, mais uma vez, a instituição religiosa foi apontada como recurso que gera interação social positiva, principalmente através dos passeios e do contato com a natureza:

“A gente procura a religião, eles vão pra praia em janeiro, agora tem a gente vai pras cachoeiras... Aí agora é mais com eles assim contato. As festinhas que tem eles, fazem questão que a gente vá. Às vezes eu tô até com preguiça e digo ah não vou, mas eles querem que a gente vá...” (Maria)

A instituição religiosa, citada por Maria, ofereceu oportunidade de apoio de interação social através de passeios e confraternizações que envolvem não só a familiar, mas todos os membros de sua família. Aumentando os espaços/cenários de convivência, formam-se novas redes de relações.

As possibilidades de se obter interação social positiva são diversas, e, nesse sentido, as práticas religiosas acrescentam valor às redes sociais de usuários e familiares. Ter a crença na proteção de um ser superior pode fortalecer a família, dar melhores chances para buscar conforto emocional ou informações mais precisas, empoderando-a (RODRIGUES; FERREIRA; CALIRI, 2013).

Potencializar momentos de interação, estimular o lazer e o divertimento faz parte de um conjunto de estratégias que ajudam os familiares a conservar sua saúde mental, além de descobrir novos caminhos para superar o desgaste e as dificuldades. Nos depoimentos de Eliane e Sônia, a seguir, essa tendência aparece:

“Eu me sinto bem psicologicamente assim, hoje mesmo eu vinha vindo [da academia], eu venho todos os dias por ali né, é uma coisa que, só de eu vir de casa pedalando já é uma coisa que, é um outro ar, tu já muda, já...” (Eliane)

“... É bom porque tu desopila né? Tu desopila! No momento em que tu sai fora da tua rotina, sai da tua casa, vai para um passeio, nem que seja passar o dia no jardim botânico, caminhando ao ar livre, isso aí já é uma coisa que revigora né! Pra mim revigora. Eu adoro esse tipo de lazer.” (Sônia)

“Vir pedalando” da academia até a casa como mostrou Eliane, ou apenas “sair da rotina”, como citou Sônia, parecem ser estratégias potentes para promover saúde mental. Ir

para a rua, revisitar a natureza, ver pessoas, enfim, circular pela cidade, parece ser tão pequeno perto do fardo de enfrentar a problemática da vida cotidiana e os encargos gerados pelo crack na família. No entanto, essa simples mudança de hábito já pode ser capaz de favorecer ao familiar uma nova qualidade de vida, na qual o seu próprio cuidado é tão importante quanto o cuidado do outro. Algo que, nessa composição de redes, também pode ser estimulado e conhecido pelas equipes.

As atividades relacionadas ao lazer se constituem numa importante linha de investigação na área da saúde, como uma atividade sociocultural que tem importante papel na proteção da saúde mental das pessoas, e sua ausência pode ser considerada empobrecedora da qualidade de vida (PONDÉ; CAROSO, 2003).

É nessa perspectiva que o investimento nas redes de apoio, conhecendo as trocas realizadas pelas pessoas e suas interações, também favorece o indivíduo a receber informação sobre a vida cotidiana, seus dilemas e desafios. Mas também ressaltar o envolvimento comunitário através dessa interação pode aumentar a confiança pessoal, a satisfação com a vida e o poder de enfrentamento de determinados problemas (COSTA; LUDERMIR, 2005).

Vale ressaltar que o desejo de fazer novos contatos e de estabelecer uma nova rotina é fundamental para que o familiar cuidador encontre possibilidades de criar novas interações em seu cotidiano, o que enriquece suas redes de apoio.

Assim, compreendo que é importante debater, planejar e incentivar com os familiares as possíveis atividades que valorizem a sociabilidade, a interação e a convivência. Dentro dos projetos terapêuticos dos serviços, esse investimento pode ampliar o funcionamento das redes de apoio social, considerando que o cuidado se dá dentro, mas, principalmente, fora dos serviços de saúde da rede formalmente constituída.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diversas vivências em minha trajetória acadêmica e como pesquisadora exerceram influência sobre a proposta apresentada neste estudo. Meu interesse pela saúde mental e a temática relacionada às drogas e à família surgiram ainda na graduação. Nesta época, a experiência obtida em um serviço de saúde destinado ao tratamento de usuários de droga me provocou questionamentos sobre a interação entre a rede de serviços, as intervenções junto à família e com outros recursos importantes para promover cuidado no cotidiano de vida do usuário.

Logo, a proposta apresentada nesta dissertação de Mestrado reflete as inquietações por mim vivenciadas e meu processo de construção do conhecimento durante a trajetória acadêmica. As reflexões suscitadas a partir destas vivências é que me fizeram visualizar as nuances do cuidado aos familiares de usuários de crack e, dentro deste contexto, de suas redes de apoio. Para isso, utilizei os elementos de análise pautados na classificação de apoio social feita por Pernille Due e colaboradores, no sentido de conhecer as dimensões envolvidas na formação dessas redes, sendo elas: o apoio emocional, o apoio material, o apoio de informação e a interação social positiva.

Partindo desta perspectiva, observou-se que a presença do crack no contexto familiar alterou significativamente a rotina de seus membros, gerando diferentes repercussões a cada um deles. Diante disso, a família se mobiliza para manter seu funcionamento e se reestruturar, para adaptar-se à realidade que vivencia. Para tanto, seus membros precisam encontrar estratégias que ajudem no enfrentamento desta situação.

Frente a isso, constatou-se que as familiares buscam as primeiras respostas ou possíveis soluções com pessoas mais próximas de seu círculo de relações, como a família, vizinhos, amigos e colegas de trabalho. Cada um deles atua na conformação dessas redes de apoio de maneiras distintas, mas complementares, podendo constituir-se em uma importante estratégia para minimizar os encargos físicos e emocionais do familiar cuidador. Nas redes informais, os familiares conseguem se sentir amparados e fortalecidos para exercer seu papel diante de uma problemática tão complexa como a do uso do crack.

Com relação ao apoio prestado pela família nuclear e extensa, observou-se que a união entre seus membros em situações de dificuldade, pode ser uma importante estratégia para potencializar o cuidado e minimizar os encargos ao familiar cuidador. Além disso, independentemente do tipo de apoio prestado, a família ocupa um papel essencial no contexto

do cuidado, que, se pode diluir as responsabilidades, diminui os encargos dos familiar cuidador.

Através dos resultados, constatou-se que os amigos, vizinhos e colegas de trabalho também estão implicados nas relações de apoio, fornecendo suporte emocional, informacional e material as familiares, em diversos momentos. Dessa forma, considera-se que o círculo de relações da família com pessoas fora do núcleo familiar, é relevante para a construção de vínculos e ampliação de suas redes de apoio.

Contudo, foi possível perceber que o apoio material disponibilizado pelos amigos e familiares é pouco acionado pelas entrevistadas. Logo, esta decisão de realizar o cuidado de maneira “solitária” pode acabar acarretando sobrecarga ao principal cuidador.

Além das redes informais, há também o papel das redes formais nessa costura das redes de apoio de familiares. Os profissionais de saúde também aparecem neste estudo, como recursos mobilizados pelas familiares, frente à problemática do crack. Observou-se que estes elementos da rede, constituem-se fontes de apoio emocional, material e de informação.

O ACS foi um elemento da rede de apoio presente em diferentes situações. Foi citado como fonte de apoio material através de suporte operacional e, também, informacional. Os equipamentos sociais, como o conselho tutelar, a escola, os narcóticos anônimos também se revelaram recursos de apoio de informação, material e emocional.

A espiritualidade também foi citada um recurso de apoio às familiares entrevistadas, ajudando-as a superar difíceis situações vivenciadas pela presença do crack no ambiente familiar. A instituição religiosa mostrou-se como um recurso dinâmico dentro da rede das familiares, servindo como fonte de apoio emocional, informacional e de interação social positiva.

Os grupos terapêuticos apareceram como recursos para a obtenção do apoio emocional e de informação, caracterizando-se como um importante espaço de acolhimento, troca de experiências e informações.

Como explicitado anteriormente, as familiares deste estudo apontaram diversas mudanças na rotina e funcionamento da família, dentre elas, a diminuição das atividades de lazer e interações sociais, o que por vezes acaba interferindo de forma negativa em suas redes de apoio.

Diante disso, se reconhece que a disponibilidade de pessoas para momentos de lazer e diversão é uma dimensão importante da rede de apoio social das famílias. Neste estudo a interação social positiva mostrou-se de grande relevância nas relações e na vida das familiares entrevistadas, pois os momentos de lazer junto das pessoas que gostam faz com que o stress da rotina diária seja minimizado e conseqüentemente fortalece as familiares no enfrentamento das adversidades.

Por fim, verificou-se que a conformação das redes de apoio social formada por pessoas, serviços de saúde e equipamentos sociais, contribui para que a família possa se reorganizar e se fortalecer para o cuidado e o enfrentamento das adversidades. Além disso, também foi possível identificar que a prática do apoio social é permeada por expressões de afeto, união, diálogo, escuta, informação, solidariedade e cooperação. Apenas desta forma, é possível construir e manter vínculos de proximidade que propiciem o fortalecimento das relações de apoio.

Frente aos resultados obtidos e diante de tantos reflexos no cotidiano de vida das famílias, destaco a importância do acompanhamento sistemático do trabalhador dos serviços de saúde mental, pois, ao compreender o modo de vida e a relação que essas famílias estabelecem com suas redes de apoio, é possível ajudá-las no fortalecimento e manutenção destas redes, potencializando o cuidado para fora dos serviços de saúde.

Acredita-se que este estudo pode contribuir para a construção do conhecimento no âmbito da saúde mental, no que se refere à possibilidade de visualizar um campo fértil para novas práticas e novos saberes na área. Isso porque o trabalho em saúde, na perspectiva da construção de redes de apoio, dialoga com as prerrogativas da reforma psiquiátrica e do campo psicossocial, trazendo novos desafios às equipes, aos processos de trabalho e à organização dos serviços de saúde mental.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. D. C. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

_____. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

ANDRADE, C. R. **Associação entre apoio social e frequência relatada de auto-exame das mamas no Estudo Pró-Saúde**. Rio de Janeiro, 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio Social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002.

ARAÚJO, S. S. C. et al. Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no BRASIL. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 203-216, 2006.

ARAÚJO, Y. B. et al. Rede e apoio social de famílias de crianças com doença crônica: revisão integrativa. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 4, p. 853-860, out./dez. 2011. Disponível em:

<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18332/pdf>. Acesso em: 06 dez 2013.

AVLUND, K. et al. The impact of structural and functional characteristics of social relations as determinants of functional decline. **The Journal of Gerontology**, Oxford, v. 59, no. 1, p. 44-51, 2004.

BERENSTEIN, I. **Família e doença mental**. São Paulo: Escuta, 1988.

BIRMAN, J. A cidadania tresloucada. In: BEZERRA JÚNIOR, B.; AMARANTE, P. (Orgs.). **Psiquiatria sem hospício**: Contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1992.

_____. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

_____; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. p. 41-72.

BORBA, Letícia de Oliveira; SCHWARTZ, Eda; KANTORSKI, Luciane Prado. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 588-594, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2013.

BOWLING, A. Measuring social networks and social support. In: _____. (Org.). **Measuring health**: A review of quality of life measurement scales. 2nd ed. Philadelphia: Open University Press, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CNS 466/12**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

Disponível em:

<http://www.udesc.br/arquivos/id_submenu/677/resolucao_466_12_cns_ms.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **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. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 10 jul. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM 336**, de 19 de fevereiro de 2002. [Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II]. Brasília, 2002. Disponível em:

<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>>. Acesso em: 27 jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para atenção a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de gestão 2003-2006**: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**: relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Rede de produção de saúde**. Humaniza SUS. Brasília, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Brasília, 2009b. Disponível em: <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html>. Acesso em: 15 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Abordagens terapêuticas a usuários de cocaína/crack no sistema único de saúde**. Brasília, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. **Consultório de rua do SUS**. Brasília, 2010b. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/consult_rua17_1_11.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Informativo em Saúde Mental**. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentalemdados2011.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **ANVISA/DC nº 29, de 30/06/2011**. Dispõe sobre os registros de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Brasília: ANVISA, 2011.

BRITO, R.; KOLLER, S. H. Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. In: CARVALHO, A. M. (Org.). **O mundo social da criança: natureza e cultura em ação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 115-129.

BUDÓ, M. L. D. et al. Redes sociais e participação em uma comunidade referenciada a uma unidade de saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 753-760, 2010.

CACANTE, J. V. C.; VALENCIA, M. M. A. Tocar los corazones en busca de apoyo: el caso de las familias de los niños con câncer. **Investigación y Educación en Enfermería**, Antioquia, v. 27, n. 2, p. 170-180, set. 2009.

CASSEL, J. The contribution of the social environment to host resistance. **American Journal of Epidemiology**, Baltimore, v. 104, no. 2, p. 107-123, 1976.

CASTELFRANCHI, C. La produzione interpersonale e istituzionale della gravità. In: ATTENASIO, L. (Org.). **(a cura di) Dialogo con la follia: un approccio collettivo al trattamento del paziente grave**. Roma: Armando Editore, 2003.

CHIAVAGATTI, F. G. et al. Articulação entre Centros de Atenção Psicossocial e Serviços de Atenção Básica de Saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 11-17, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n1/v25n1a03.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2013.

COLVERO, L. A.; IDE, C. A. C.; ROLIM, M. A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista da Escola de Enfermagem da US**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 197-205, 2004.

COSTA, A. G.; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 73-79, 2005.

COSTA, R. On a new community concept: social networks, personal communities, collective intelligence. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 235-248, 2005.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, A. C.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Arquivos de Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

COSTA, S. M. et al. Agente comunitário de saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2147-2156, jul. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700030&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 nov. 2013.

CRESCI, M. K. The relationship between informational support and post-injury functional status in older women recovering from a hip fracture. **Educational Gerontology**, Baltimore, v. 27, no. 3/4, p. 297-306, Apr. 2001.

CRUZ, M. S.; VARGENS, R. W.; RAMÔA, M. L. **Crack, uma abordagem multidisciplinar**. 2011. Disponível em: <http://www.uems.br/eventos/enfrentamento/arquivos/20_2012-01-31_14-06-50.pdf>. Acesso em: 27 set. 2012.

DESLANDES, S. F.; MENDONÇA, E. A. **As redes sociais e as representações de risco para usuários de drogas injetáveis**. 2001. Disponível em: <www.aids.gov.br/final/biblioteca/avaliacao6/ajude_71.htm>. Acesso em: 10 jun. 2012.

DESSEN, M. A.; POLONIA, A. C. A Família e a Escola como contextos de desenvolvimento humano. **Paidéia**. Ribeirão Preto, v. 17, n. 36, p. 21-32, 2007.

DESSEN, M. A.; PEREIRA-SILVA, N. L. A família e os programas de intervenção: Tendências atuais. In: MENDES, E. G. Mendes; ALMEIDA, M. A.; WILLIANS, L. C. A. (Orgs.). **Temas em educação especial: avanços recentes**. São Carlos: EDUFSCAR, 2004. p. 179-187.

DESVIAT, M. **La reforma psiquiátrica**. Madrid: Dor, 1994.

DI PRIMIO, A. O. et al. Rede social e vínculos apoiadores das famílias de crianças com câncer. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 334-342, jun. 2010.

DOMINGUES, M. A. R. C. **Mapa mínimo de relações**: adaptação de um instrumento gráfico, para a configuração da rede de suporte social do idoso. São Paulo, 2000. Tese (Doutorado em Saúde Pública)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

DUARTE, P. C. A. V. "Redes sociais". In: **Prevenção ao uso indevido de drogas: curso de capacitação para conselheiros municipais**. Brasília, 2008.

DUE, P. et al. Social relations: network, support and relational strain. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 48, no. 5, p. 661-673, 1999.

ELSEN, I. Desafios na enfermagem no cuidado de famílias. In: BUB, L. I. R. (Org.). **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Ed da UFSC, 1994. P. 61-77.

ENG, T. R.; GUSTAFSON, D. Wired for health and well-being: the emergence of interactive health communication. In: THE SCIENCE PANEL ON INTERACTIVE COMMUNICATION AND HEALTH, 1999, Washington, 1999. **Annals...** Washington: US Department of Health and Human Services, 1999.

ERIKSSON, E.; LAURI, S. Informational and emotional support for cancer patients relatives. **European Journal of Cancer Care**, Edinburgh, v. 9, no. 1, p. 8-15, 2000.

FAQUINELLO, P.; MARCON, S. S.; WAIDMANN, M. A. P. A rede social como estratégia de apoio à saúde do hipertenso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 849-856, set./out. 2011.

FERREIRA, A. B. de H. **Novo Aurélio**: O dicionário da Língua Portuguesa séc. XXI. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA N. M. L. A. et al. Câncer e família: compreendendo os significados simbólicos. **Ciência, Cuidado & Saúde**, Maringá, v. 9, p. 269-277, 2010. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8749/6076>. Acesso em 21 out. 2013.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 80, p. 143-149, jan./dez. 2008.

FRIZZO, K. R.; SARRIERA, J. C. Práticas Sociais com Crianças e Adolescentes: O Impacto dos Conselhos Tutelares. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 198-209, 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GODOY, R. F. Benefícios do exercício físico sobre a área emocional. **Movimento**, Porto Alegre, v. 8, n. 2, p. 7-16, maio/ago. 2002.

GREENSTREED W. From spirituality to coping strategy: making sense of chronic illness. **British Journal of Nursing**, London, v. 15, no. 17, p. 938-942, 2006.

GRIEP, R. H. **Confiabilidade e validade de instrumentos de medida de rede social e de apoio social utilizados no estudo pró-saúde**. Rio de Janeiro, 2003. Tese (Doutorado em Ciências. Saúde Pública)-Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.

GUIMARAES, H. P.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, p. 88-94, 2007.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. S. Família, redes sociais e saúde: o **imbricamento necessário**. In: FAZENDO GÊNERO: CORPO, VIOLÊNCIA E PODER, 8., 2008, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 2008.

HAMILTON, J. B. Perceptions of support among older african american cancer survivors. **Oncology and Nursing Forum**, Pittsburgh, v. 37, no. 4, p. 484-493, jul. 2010.

HINDE, R. **Relationships**: a dialectical perspective. Hove: Psychology Press, 1997.

HIRDES, A. **Reabilitação psicossocial: dimensões teórico práticas do processo**. Erechim: EDIFAPES, 2001.

HOUSE, J. S.; KAHN, R. L. Measures and concepts of social support. In: CONHEN, S.; SYMES, S. L. (Org.). **Social support and health**. London: Academic Press, 1985. p. 83-105.

HUPCEY, J. E. Clarifying the social support theory research linkage. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 27, no. 6, p. 1231-1241, 1998.

JACKSON, A. C. et al. The role of social support in families coping with childhood brain tumor. **Journal of Psycho-Oncology**, Philadelphia, v. 27, no. 1, p. 1-24, jan. 2009.

KOGA, M. **Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar**. Ribeirão Preto, 1997. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

LAVALL, E. **Família e o cuidado de saúde mental no domicílio: estudo avaliativo**. Porto Alegre, 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

LACERDA, A. **Apoio social e a concepção do sujeito na sua integração entre corporemente: uma articulação de conceitos no campo da saúde pública**. Rio de Janeiro, 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

LACERDA, A. et al. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://www.homeopatiaonline.com/teses/integralidade.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2013.

LANDIM, F. L. P. et al. Redes sociais informais no cotidiano de uma comunidade da periferia de Fortaleza. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 1, p. 16-23, 2006.

LAUBMEIER, K.K.; ZAKOWSKI, S.G.; BAIR J. P. The role of spirituality in the psychological adjustment to cancer: a test of the transactional model of stress e coping. **International Journal of Behavioral Medicine**, London, v. 11, no. 1, p. 48-55, 2004.

LOBOSQUE, A. M. CAPS: laços sociais. **Mental**, Barbacena, v. 5, n. 8, p. 53-60, 2007.

LUND, R. et al. Stability and change in structural social relations as predictor of mortality among elderly women and men. **European Journal of Epidemiology**, Dordrecht, v. 16, no. 12, p. 1087-1097, 2000.

MANCE, E. A. **A revolução das redes: a colaboração solidária como alternativa pós-capitalista**. Petrópolis: Vozes, 2001.

MANGIA, E. F. **Notas metodológicas para a pesquisa de campo e análise de entrevistas**. São Paulo: Lab. Conexões/FMUSP, 2006.

MARCON, S. S. Criando os filhos e construindo maneiras de cuidar. In: ELSEN, I., MARCON, S. S.; SILVA M. R. D. (Orgs.). **O viver em família e sua interface com a saúde e doença**. Maringá: Eduem; 2002. P. 121-40.

MARQUES, A. K. M. C. et al. Apoio social na experiência do familiar cuidador. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 945-955, 2011.

MARTELETO, R. M. Análise de redes sociais – aplicação nos estudos de transferência da informação. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 71-81, 2004.

MARTINS, I. M. M.; GARLET, M.; BELLINI, M. I. B. Família cuidadora: a (re)organização familiar frente ao adoecimento. In: SALÃO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA PUCRS, 10., Porto Alegre, 2009. **Anais...** Porto Alegre: PUCRS, 2009.

MARTINS, P. H. As redes sociais, o sistema da dádiva e o paradoxo sociológico. In: _____; FONTES, B. (Orgs.). **Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas**. Recife: Editora Universitária UFPE, 2004. p. 21-48.

MATUMOTO, Silvia. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção de um uma unidade da rede básica de serviços de saúde**. Ribeirão Preto, 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

MELLO, R. A construção do cuidado à família e a consolidação da reforma psiquiátrica. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 390-395, 2005.

MELMAN, J. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. 3. ed. São Paulo: Escrituras, 2008.

MENDES GONÇALVES, R. B. Tecnologia e Organização das Práticas de Saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. Aracaju: Editora da UFS, 2009.

MESQUITA, R. B. et al. Rede de apoio social e saúde de idosos pneumopatas crônicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1125-1133, 2010.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

MIOTO, R. C. T. Família e Serviço Social: contribuições para o debate. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano XVIII, n. 55, p. 114-130, nov. 1997.

MOIMAZ, S. A. S. et al . Saúde da Família: o desafio de uma atenção coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 965-972, 2011.

MOLINA, J. L. El estudio de las redes personales: contribuciones, métodos y perspectivas. **Redes – Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales**. 2005. Disponível em: <http://revista-redes.rediris.es/recerca/jlm/public_archivos/redes_personales.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2012.

MURAMOTO, M. T.; MANGIA, E. F. A sustentabilidade da vida cotidiana: um estudo das redes sociais de usuários de serviço de saúde mental no município de Santo André (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p.2165-2177, 2011.

NASCIMENTO, E. P. L.; CORREA C. R. S. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1304-1313, 2008.

NARDI, E. F. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 47-53, 2008.

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. S. A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 71-81, 2004.

NÓBREGA, V. M. et al. Rede e apoio social das famílias de crianças em condição crônica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n 3, p. 431-440, 2010.

OLIVEIRA, E. M.; SANTOS, N. T. V. A rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas: em busca da integralidade. In: SANTOS, L. M. B. (Org.). **Outras palavras sobre o cuidado as pessoas que usam drogas**. Porto Alegre: Ideograf/Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010.

PAULA, E. S.; NASCIMENTO, L. C.; ROCHA, S. M. M. A influência do apoio social para o fortalecimento de famílias com crianças com insuficiência renal crônica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, ago. 2008.

PEDRO, I. C. S.; ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO, L. C. Apoio e rede social em enfermagem familiar: Revendo Conceitos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, 2008.

PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA JÚNIOR, A. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 92-100, 2003.

PIETRUKOWICZ, M. C. L. C. **Apoio social e religião**: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde. Rio de Janeiro, 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-undação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

PILISUK, M.; MINKLER, M. Supportiveties: A political economy perspective. **Health Education Quarterly**, Thousand Oaks, v. 12, no.1, p. 93-106, 1985.

PINHO, L. B.; HERNÁNDEZ, A. M. B.; KANTORSKI, L. O discurso sobre o acolhimento e a acessibilidade nos serviços comunitários de saúde mental. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 4, p. 612-609, 2010.

_____; _____. Reforma psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a “parceria” da família: o discurso do distanciamento. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 32, p. 103-113, 2010a.

_____; _____. Serviços substitutivos de saúde mental e inclusão no território: contradições e potencialidades. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 28-35, 2010b.

PINHO, P. H.; OLIVEIRA, M. A.; ALMEIDA, M. M. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, supl. 1, p. 82-88, 2012.

PINTO, J. L. et al. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 753-764, 2006.

PONDÉ, M. P.; CAROSO, C. Lazer como fator de proteção da saúde mental. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 12, n. 2, p. 163-172, 2012.

QUINTAS, R. M. **A ação territorial do centro de atenção psicossocial (CAPS) enquanto indicativo de sua natureza substitutiva**. Rio de Janeiro, 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2007.

RIBEIRO, J. L. P. Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). **Análise Psicológica**. Lisboa, v. 3, n. 17, p. 547-558, 1999.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. R. **O tratamento de usuários de crack**. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2012.

RODRIGUES, J. S. M.; FERREIRA, N. M. L. A.; CALIRI, M. H. L. Caracterização do apoio social percebido pela família do doente adulto com câncer. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 46, n. 3, p. 289-296, set. 2013.

ROSA, L. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROSA, T. E. C.; BENICIO, M. H. D. As redes sociais e de apoio: o conviver e a sua influência sobre a saúde. **BIS - Boletim do Instituto de Saúde**. São Paulo, n. 47, p. 80-83, 2009.

SÁ, S. P. C. et al. Oficinas terapêuticas para cuidadores de idosos com demência: atuação da enfermagem no programa interdisciplinar de geriatria e gerontologia da UFF. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 101-104, 2006.

SAAD, M.; MEDEIROS, R. Espiritualidade e saúde. **Einstein: Educação Continuada em Saúde**, São Paulo, v. 6, n. 3, p. 135-136, 2008.

SANCHEZ, K. O. L. et al. Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 290-299, 2010.

SANTOS, A. C. C. F. Referencial de cuidar em enfermagem psiquiátrica: um processo de reflexão de um grupo de enfermeiras. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 51-55, 2009.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Belo Horizonte/Rio de Janeiro. Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia, 2001.

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

SCHWERZ, C. I. **A família como rede de apoio ao dependente químico: desafios e possibilidades no âmbito da saúde pública**. Porto Alegre, 2007. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)- Faculdade de Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

SEIDL, E. M. F.; TRÓCCOLI, B. T. Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/Aids. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 22, n. 3, p. 317-326, 2006.

SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 243-253, 2012.

SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M. Rede e intersetorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 31, n. 3, p. 640-655, 2011.

SHIMAZAKI, M. E. **Oficinas para organização da rede de saúde mental do município de Uberlândia**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2008.

SILVA, C. S.; DALMOLIN, B. O cotidiano familiar de quem vivencia o transtorno mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 86, p. 549-558, 2010.

SILVA, K. S.; COUTINHO, E. S. F. Escala de apoio social aplicada a uma população de gestantes: confiabilidade teste-reteste e estrutura de concordância dos itens. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, jun. 2005.

SILVEIRA, C. L. Apoio social como possibilidade de sobrevivência: percepção de cuidadores familiares em uma comunidade remanescente de quilombos. **Ciência, Cuidado & Saúde**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 585-592, jul./set. 2011.

_____. **Rede de apoio social dos cuidadores de familiares com doença crônica de uma comunidade remanescente de quilombos**. Santa Maria, 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, 2011.

_____. et al. Rede social das cuidadoras de familiares com doença crônica incapacitante no domicílio: implicações para a enfermagem. **Ciência, Cuidado & Saúde**, Maringá, v. 8, n. 4, p. 667-674, 2009.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SOUZA, J. **Percepção de apoio social e caracterização da rede de dependentes e não dependentes de substâncias psicoativas**. Ribeirão Preto, 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

SOUZA, J. et al. Rede social de usuários de álcool, sob tratamento, em um serviço de saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 140-147, 2011.

SOUZA, J.; MIELKE, F. B. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. **SMAD: Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, p. 1-17, 2006.

SOUZA NETO, J. C. Apontamentos para reflexão sobre concepções das práticas de atendimento à criança e ao Adolescente. In: _____; NASCIMENTO, M. L. B. P. (Org.). **Infância: violência, instituições e políticas públicas**. São Paulo: Expressão e Arte, 2006.

TERZIAN, E.; TOGNONI, G. **Studio randomizzato di intervento sulla rete sociale (SIRS) nei servizi psichiatrici territoriali (SPT)**. Protocollo, Laboratorio Farmacologia Clinica, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri. Milano, 2004.

TRONCOSO, M.; ALVAREZ, C.; SEPULVEDA, R. Redes Sociales, Salud Mental y Esquizofrenia: una revisión del tema. **Revista de Psiquiatria**, Santiago do Chile, v. 12, n. 2, p. 67-73, 1996.

TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 2001.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórica-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

VALLA, V. Apoio social e saúde: buscando compreender a fala das classes populares In: COSTA, M. V. (Org.). **Educação popular hoje**. São Paulo: Loyola, 1998. P. 151-180.

VIEIRA FILHO, N. G.; NOBREGA, S. M. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 9, n. 2, p. 373-379, 2004.

WETZEL, C. et al. A inserção da família no cuidado de um centro de atenção psicossocial. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 8, p. 40-46, 2009.

WILLS, T. A. Supportive functions of interpersonal relationships. In: COHEN S., SYME S. L. (Orgs.). **Social support and health**. London: Academic Press; 1985.

WONG UN, J. A. **Visões de comunidade na saúde**: comunalidade, interexistência e experiência poética. Rio de Janeiro, 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

YASUI, S. A produção do cuidado no território: “há tanta vida lá fora”. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL INTERSETORIAL, 4., 2010, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Rupturas e encontros**: desafio da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro, 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

_____; COSTA-ROSA, A. A Estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37, 2008.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

Apêndice A – Roteiro para Entrevista

1) Questão norteadora geral (para compreender a família)

1.1 Fale-me sobre quem faz parte da sua família.

(explorar quais pessoas, idade de todos, escolaridade, doenças prévias ou que levaram à morte de parentes, histórico de problemas sociais, como é o relacionamento da família, etc)

1.2 O que você costuma fazer no seu dia-a-dia?

2) Questões norteadoras específicas (para o problema de pesquisa)

2.1 Fale-me como foi o envolvimento de seu familiar com o crack

(explorar o contexto em que a família descobriu o uso da droga, como era a interação da família antes desse envolvimento e depois, como a família reagiu e reage hoje, quais sentimentos são mobilizados quando o familiar está sob efeito da substância e quando não está, quem auxilia a família com os cuidados, etc).

2.2 Nessa situação, com quem você pode contar quando está feliz? E quando está triste? Por quê?

2.3 Quando você tem algum problema por causa do uso do crack pelo seu familiar e que lhe impeça de fazer suas atividades, a quem você recorre? Que tipo de ajuda você solicita? Que tipo de ajuda você recebe?

2.4 Quando você tem algum problema relacionado ao seu familiar, usuário de crack, quais serviços ou recursos na comunidade que você procura para pedir ajuda? Que tipo de ajuda você pede? Que tipo de ajuda você recebe ou recebeu?

2.5 Você participa de algum tipo de atividade na comunidade ou nos serviços que procura para ajudá-lo a enfrentar o problema de seu parente usuário de crack? Por que você frequenta essas atividades?

(explorar grupos na comunidade, associações de bairro, grupo na escola, atividades no CAPS, hospital, Unidades de Saúde, etc)

2.6 Como é o relacionamento da família (CAPS, igreja, escola, centros comunitários, vizinhos)?

**Apêndice B - Carta para a coordenação do CAPS AD – Nova Vida
Autorização para coleta de dados**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA E ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL**

Para Sr (a). _____
MD Coordenador (a) da Unidade de Saúde _____

Senhor (a) Coordenador (a)

Cumprimentando-a cordialmente, viemos por meio deste solicitar autorização para coleta de dados no que coordena. O projeto de pesquisa intitulado “**REDE DE APOIO SOCIAL DE FAMILIARES DE USUÁRIOS DE CRACK**” será desenvolvido pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo que tem por objetivo geral identificar as redes de apoio social de familiares de usuários de crack de um CAPS AD.

Este estudo está vinculado a um projeto de pesquisa maior intitulado: “**ViaREDE**” - **AVALIAÇÃO QUALITATIVA DA REDE DE SERVIÇOS EM SAÚDE MENTAL PARA ATENDIMENTO A USUÁRIOS DE CRACK**, aprovado pelo comitê de ética sob o número....Salienta-se o projeto ViaREDE encontra-se em desenvolvimento no CAPS AD Nova Vida desde 2011.

Esperamos que a pesquisa contribua para a identificação das redes de apoio social de familiares de usuários de crack, ao mesmo tempo que, também possibilitem construir e potencializar uma prática articulada com as premissas do modo psicossocial, valorizando o cuidado dentro e fora dos serviços. A pesquisa será realizada por meio de uma entrevista com familiares de usuários de crack, de acordo com critérios pré-estabelecidos pelo estudo.

Teremos o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos no trabalho, assim como a instituição e o município.

Na certeza de contar com seu apoio, desde já agradecemos pela oportunidade ao mesmo tempo em nos colocamos à disposição para outros esclarecimentos.

Atenciosamente

Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho
Escola de Enfermagem
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Débora Schlotefeldt Siniak
Escola de Enfermagem
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Telefone para Contato: 51-33085431/822101 Telefone para Contato: 51-33085431/96500709

E-mail: Lbpinho@ufrgs.br

E-mail: debynha33@hotmail.com

**Apêndice C - Consentimento Livre e Informado para participação na pesquisa
(Resolução 196/96 do Ministério da Saúde)**

Estamos apresentando ao senhor a presente pesquisa, intitulada "**REDE DE APOIO SOCIAL DE FAMILIARES DE USUÁRIOS DE CRACK**", que será desenvolvida pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo que tem por objetivo identificar as redes de apoio social de familiares de usuários de crack de um CAPS AD.

Esperamos que a pesquisa contribua para o avanço do conhecimento científico no campo da saúde mental, favorecendo a aproximação dos familiares e usuários com os serviços de saúde mental e demais recursos de sua rede de apoio.

Realizaremos uma entrevista conforme roteiro previamente estabelecido, a ser aplicada em dia e horário acordado com você e no local de sua preferência. Como a entrevista precisará do uso de gravador, pedimos sua colaboração nesse sentido. No entanto, não se preocupe, pois todas as informações coletadas e transcritas serão mantidas em sigilo. Garantimos também que em nenhum momento da pesquisa você será identificado e que você terá acesso livre aos dados coletados por nós. Você tem total liberdade para retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, e nós teremos o dever de destruí-las no momento em que isso acontecer. Caso isso ocorra, manifestamos nossa solidariedade e nosso respeito, bem como a garantia de que não haverá nenhuma retaliação.

A entrevista deverá durar em torno de 45 minutos. Estaremos atentos para minimizar quaisquer riscos morais ou emocionais que possam ocorrer com a entrevista. No entanto, caso ela esteja se tornando desconfortável para você, pedimos a gentileza de interrompê-la imediatamente. Poderemos retomá-la em outro momento ou deixamos livre a sua decisão em continuar participando ou não da pesquisa.

Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar como sujeito deste estudo, por favor, autorize e assine o consentimento abaixo. Uma cópia ficará conosco e será arquivada; a outra, ficará com você:

Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo e autorizo o uso do gravador nos momentos em que se fizer necessário.

Fui igualmente informado(a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos, do livre acesso aos dados e resultados, da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo, do sigilo e anonimato.

Enfim, foi garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

LOCAL/DATA: _____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE: _____

ASSINATURA DO COORDENADOR DA PESQUISA: _____

OBS: Qualquer dúvida em relação à pesquisa entre em contato com:
Escola de Enfermagem – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Pesquisadora Principal

Mestranda Débora Schlotefeldt Siniak

Rua São Manoel, 963 – Bairro Rio Branco

CEP: 90620-110 – Porto Alegre/RS

Telefones: 51-33085431 ou 51- 96500709.

E mail: debynha33@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa – UFRGS:

Pesquisador Responsável

Prof. Leandro Barbosa de Pinho

Rua São Manoel, 963 – Bairro Rio Branco

CEP: 90620-110 – Porto Alegre/RS

Telefones: 51-33085431 ou 51- 82210103.

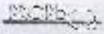
E mail: Lbpinho@ufrgs.br

Comitê de Ética em Pesquisa – UFRGS:

Tel: 51-33083629

Anexo A – Carta de Aprovação CEP


UFRGS PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
 LINHA DE PESQUISA 0010 GENÉTICA
 Centro de Estudos em Pesquisa de Ufrgs



CARTA DE APROVAÇÃO

Comitê de Ética em Pesquisa de Ufrgs aprova em nome do proponente:

Número: 73157
Título: Avaliação e avaliação de rede de serviços em saúde mental de a saúde mental
 05.000.00.0000

Proponentes:
Equipe UFRGS:

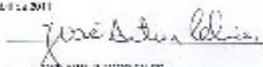
LEANDRO BARBOSA DE MENEZES - coordenador desde 12/12/2010
 GREGG CUSCHOWSKY - pesquisador desde 22/11/2010
 CLEBERTE ATTÍLI - pesquisador desde 25/12/2010
 SILVANA GAI - HNTM/CIET - pesquisador desde 20/12/2010
 JACO FERNANDO SCHNEIDER - pesquisador desde 14/12/2010
 Bruna B. Pinheiro Mendes - pesquisador desde 22/11/2010
 MARIANA TAVES GUTIERRES DIAS - pesquisador desde 22/12/2010
 EGLE REJANE CUNHA GALVÃO - Aluno de Iniciação - desde 12/12/2010
 RODRIGO DA SILVEIRA - Aluno de Conclusão desde 22/12/2010
 Ana Carolina Brando Falcão M. Aluno de Mestrado desde 22/12/2010

Equipe Colaboradora:

Valério César de Oliveira - pesquisador desde 22/12/2010
 Fábio Prado Kozłowski - pesquisador desde 22/12/2010

Comitê de Ética em Pesquisa de UFRGS aprova o mesmo, em reunião realizada em 07/04/2011 - São de reuniões do Conselho de Ufrgs - R-11 - under do prédio da Reitoria, por este adequado ético e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. O mesmo somente poderá iniciar sua execução após a aprovação do CONEP/MS - Conselho Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde.

Realizado em Porto Alegre, 12 de Abril de 2011.


 JOSÉ ANTÔNIO DE OLIVEIRA
 Presidente do CEP

Anexo B – Parecer CONPEP



CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER Nº. 337/2012

Registro CONEP 16740 (Este nº deve ser citado nas correspondências referentes a este projeto)

Folha de Rosto – 412247

Processo nº 25000.203777/2011-18

Projeto de Pesquisa: "Avaliação Qualitativa Da Rede De Serviços Em Saúde Mental Para Atendimento A Usuários De Crack". Folha de rosto; Currículo Lattes; Cronograma de execução da pesquisa; Orçamento financeiro; Projeto de pesquisa (23/07/2012); Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (23/07/2012).

Pesquisador Responsável: Leandro Barbosa de Pinho

Instituição: Prefeitura Municipal de Viamão (Secretaria Municipal de Saúde) (CENTRO ÚNICO)

CEP de origem: UFRGS

Área Temática Especial: A Critério do CEP.

Patrocinador: Recursos próprios do pesquisador.

Sumário geral do protocolo

Introdução: Atualmente, o crack vem sendo um assunto com ampla repercussão social, tamanho os efeitos devastadores causados no indivíduo, na família e no seu círculo de relações. A dependência de crack é uma das mais sérias dentre todos os quadros de consumo problemático de drogas, por causa de seus efeitos quase imediatos. O Brasil vem se sensibilizando para a necessidade de estabelecer diálogos e incentivos para a investigação sobre os fenômenos relacionados à dependência de crack. A Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Alcool e Drogas, o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso a Tratamento em Alcool e outras Drogas no SUS e o Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras drogas, podem-se destacar o desenvolvimento de atividades de promoção, prevenção, tratamento e educação para o uso abusivo de álcool e outras drogas, considerando-os como um grave problema de saúde pública. Trata-se de um grande desafio à oferta de serviços e ações de saúde, em todos os níveis de atenção.

Tendo como referência esse contexto, o projeto prevê uma avaliação qualitativa participativa da rede de serviços em saúde mental para atendimento a usuários de crack no município de Viamão. Pretende-se que os resultados da pesquisa contribuam no avanço do conhecimento científico no campo da saúde mental, em especial às demandas relacionadas ao consumo de crack na região investigada. Espera-se também o projeto possa dar subsídios para avaliar e rediscutir os avanços e desafios das políticas públicas de saúde mental, além de problematizar a cobertura e oferta dos cuidados oferecidos em rede a usuários de crack, em consonância com os princípios da reforma psiquiátrica e das políticas de saúde mental vigentes no Brasil.

Objetivos: Avaliar qualitativamente a rede de serviços de saúde mental para atendimento a usuários de crack em Viamão/RS.

Desenho do estudo: Trata-se de uma pesquisa avaliativa, fundamentada nos pressupostos teórico-metodológicos da Avaliação de Quarta Geração. Será utilizado,

Cont. Parecer CONEP nº. 337/2012

como dispositivo metodológico, o círculo hermenêutico-dialético adaptado à realidade da saúde mental por Wetzel, a partir da identificação de grupos de interesse da rede do município.

Métodos: Entrevistas individuais com usuários, familiares, trabalhadores e gestores do sistema de atendimento psicossocial, somando cerca de quarenta entrevistas em horário e local de preferência do entrevistado. Esse procedimento será seguido de dinâmicas de interação, onde os entrevistados divididos em grupos organizarão materiais a partir dos conteúdos das entrevistas realizadas, os apresentando em reencontro com os outros agrupamentos com o fim de subsidiar avaliação participativa da Rede de Serviços, procedimento denominado Técnica Grupal (p.37).

Critérios de Inclusão/exclusão: a seleção dos entrevistados será feita a partir da definição dos grupos de interesse incluídos no estudo: usuários, familiares, trabalhadores e gestores do sistema. O projeto trabalha com o número de sujeitos de pesquisa indefinido.

Riscos/Benefícios: Os conhecimentos gerados pela pesquisa podem vir a contribuir para a consolidação do debate técnico-político em torno do cuidado prestado pela rede de serviços em saúde mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Local de realização

Trata-se de um projeto nacional e unicêntrico a ser realizado no município de Viamão / RS.

Apresentação do protocolo

Os seguintes documentos foram apresentados no CD-ROM do protocolo em tela: Ofício do CEP de origem, Folha de rosto (arquivo "folha de rosto"), Parecer do CEP de origem (arquivos "parecer CEP", "aprovação CEP", "parecer consubstanciado 1" e "parecer consubstanciado 2"), Currículo Lattes (arquivo "Currículo Lattes Leandro (Nov-2011)", Cronograma de execução da pesquisa (arquivo "Cronograma"), Orçamento financeiro (arquivo "orçamento detalhado e aprovado"), Projeto de pesquisa (arquivo "projeto CNPq – crack"), Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (arquivo "TCLE").

Juntamente com as respostas ao Parecer CONEP Nº. 037/2012, os seguintes documentos foram apresentados: Ofício-resposta às solicitações do CONEP; Folha de rosto; Parecer do CEP de origem; Parecer consubstanciado do recurso; Currículo Lattes; Cronograma de execução da pesquisa; Orçamento financeiro; Projeto de pesquisa (23/07/2012); Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (23/07/2012).

Considerações sobre a análise das respostas ao Parecer CONEP Nº. 37/2012, relativo ao projeto de pesquisa em questão:

1) "As normas da Resolução CNS 196/96, especialmente as exigências contidas nos itens III.3."g", "h", "r", "s", "t"; IV.1."g", "h"; V; V.1; V.5; VI.3."a", "b", "c", "d", "e", "f", "g", "h", não estão contempladas no projeto."

Itens III.3

Resposta: Letra "g": O projeto consta de TCLE, que foi reformulado conforme sugestões. Foi acrescentado Termo de Consentimento específico, para o caso de ser necessário colher assinatura de representante legal de usuários (Apêndice B).

Análise: Pendência atendida.

Resposta: Letra "h": O projeto está sendo financiado com recursos do CNPq e do Ministério da Saúde (Edital MCT/CNPq 041/2010). As informações sobre o recurso liberado

Cont. Parecer CONEP nº. 072012

já foram disponibilizadas junto com a documentação enviada anteriormente para análise (arquivo "Orçamento detalhado e aprovado"). O orçamento "detalhado" corresponde ao valor inicial solicitado quando da submissão da proposta, e o "aprovado" foi o valor aprovado após análise do projeto pelo Comitê Assessor do CNPq. A importância de R\$ 66.000,00 já foi liberada. Com relação aos recursos humanos, a equipe de pesquisadores está descrita detalhadamente no projeto e serão apresentados aos sujeitos quando da coleta de dados em campo.

Análise: Pendência atendida.

Resposta: Letra "f": Não há conflitos de interesses entre os participantes da pesquisa, os participantes do projeto e o patrocinador. Os pesquisadores comprometem-se a evitar quaisquer conflitos de interesse que possam surgir e explicar todos os procedimentos, de maneira exaustiva, aos sujeitos investigados. Quanto ao patrocinador, trata-se de projeto financiado por agência de fomento nacional.

Análise: Pendência atendida.

Resposta: Letra "g": a colaboração do pesquisador estrangeiro está devidamente descrita no item "9" do projeto ("Indicação de colaborações ou parcerias já estabelecidas com outros centros de pesquisa na área"). O pesquisador participará apenas da etapa da análise dos dados empíricos, pela experiência em outros projetos de pesquisa desenvolvidos em parceria e pela longa trajetória no campo da análise de discurso de sujeitos que trabalham no campo da saúde. Nesse item, também destacam-se as possíveis contribuições dele à pesquisa e à instituição.

Vale ressaltar que o pesquisador internacional assinou termo de anuência para participar da pesquisa, exigência para ser apreciado junto ao CEP/UFRRGS. Não há financiamento exterior, apenas nacional.

Análise: Pendência atendida.

Resposta: Letra "h": Os dados serão utilizados apenas para divulgação na comunidade científica e retorno ao município, com os resultados do processo de avaliação. Não haverá identificação dos sujeitos sob qualquer natureza, como destacado no item "considerações éticas".

Análise: Pendência atendida.

Item IV.1

Resposta: Letra "i": Todos os dados serão mantidos sob o mais absoluto sigilo pela equipe de pesquisa. Sobre a etapa de negociação, salienta-se que ela faz parte do processo de aplicação do círculo hermenêutico-dialético, não podendo ser descartada. No entanto, qualquer dado apresentado para validação não contém nenhuma informação pessoal ou de identificação dos entrevistados. Nessa etapa, conforme a metodologia, como já há etapas analíticas do material – e que estão devidamente descritas no projeto –, as informações não são mais individuais, mas coletivas, pois são representações dos depoimentos de todos os entrevistados.

Análise: Pendência atendida.

Resposta: Salienta-se ainda que apenas a equipe de pesquisa conhecerá a identificação dos entrevistados (usuários, familiares, trabalhadores e gestores). Nenhuma informação pessoal será compartilhada com grupos de interesse ou entre os grupos, que poderiam ser potencialmente beneficiários ou vítimas nesse processo.

Análise: Pendência atendida.

Cont. Parecer CONEP nº. 33729/12

Resposta: Letra "h": O projeto prevê que a participação do sujeito seja voluntária, e não haverá ressarcimento ou pagamento de quaisquer despesas envolvidas com a participação do indivíduo, pois as entrevistas serão realizadas preferencialmente no serviço onde trabalham ou são atendidos. O TCLE garante que essa participação é voluntária, mas foi acrescentada nova redação, informando que não haverá pagamento de despesas pela participação na pesquisa.

Análise: Pendência atendida.

Itens V, V.1 e V.5

Resposta: A pesquisa será realizada com aplicação de entrevistas aos sujeitos. Os riscos previstos são de ordem moral e emocional. Nesse caso, o TCLE foi adaptado com a inclusão da redação "... se isso acontecer, será disponibilizado o auxílio necessário para ajudar a enfrentar a situação...".

Análise: Pendência atendida.

Item VI.3, "a", "b", "c", "d", "e", "f", "g", "h"

Resposta: Essa exigência está descrita ao longo do campo "aspectos operacionais do processo avaliativo", disponível no projeto original. Foram realizadas algumas inclusões no texto, descrevendo melhor critérios de exclusão ou inclusão de sujeitos e o delineamento amostral.

A pesquisa descreve quais técnicas serão utilizadas (observação prévia e entrevista). Foi acrescentado um parágrafo afirmando sobre como será o tratamento dos dados brutos da pesquisa (página 29, antes dos objetivos).

Em outras pesquisas com o uso da mesma metodologia, vem sendo convencional entrevistar, após a etapa de observação, em torno de 10 (dez) usuários e 10 (dez) familiares. Sobre trabalhadores e gestores, estima-se que sejam em torno de 30 pessoas. Isso foi adaptado ao longo da metodologia (página 36), assim como critérios de inclusão de cada grupo de interesse.

Os sujeitos são escolhidos após a etapa da etnografia prévia, quando os pesquisadores fazem a incursão no campo e começam a identificar os potenciais respondentes do processo avaliativo. Por isso, não há como delinear o perfil desses indivíduos e outras características sociais a priori, pois apenas a imersão no campo, com a aplicação da etnografia prévia, mostrará aos pesquisadores a real situação desses respondentes, onde e como vivem.

Os usuários e familiares se enquadram nos grupos vulneráveis, mas no decorrer do projeto os pesquisadores procuraram tomar cuidado para destacar a relevância da pesquisa para investigar a problemática no contexto brasileiro. Também se comprometem com os rigores éticos e a detalhar para os sujeitos todos os passos que incluem sua participação. Lembrando que se trata de um projeto que recebeu financiamento específico de agência federal e do próprio Ministério da Saúde.

Análise: Pendência atendida.

2) "No TCLE apresentado não consta a possibilidade de haver um representante legal, o que poderá ocorrer, considerando que o sujeito de pesquisa é usuário de crack. Como não existe critério de inclusão/exclusão, não se sabe se deverá haver Termo de Assentimento ou TCLE assinado por representante legal, em face de menoridade (Resolução CNS 196/96, Item III.3."g")."

Resposta: A pesquisa prevê a utilização de TCLE. Conforme descrito anteriormente, foi acrescentado Termo de Consentimento específico, para o caso de ser necessário colher assinatura de representante legal de usuários. O referido termo encontra-se no apêndice B.

Cont. Parecer CONEP nº. 33709/12

Análise: Pendência atendida.

3) "O projeto coloca ImproPRIAMENTE que o estudo cumpre os preceitos ético-legais que regem as pesquisas com seres humanos, como é preconizado pelo Ministério da Saúde (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde), o que é absolutamente Impróprio, pois a norma citada apenas contempla os preceitos de ordem ética que envolvem a pesquisa em seres humanos."

Resposta: O campo "considerações ético-legais" do projeto foi substituído pelo termo "Considerações Éticas".

Análise: Pendência atendida.

4) "O projeto será todo desenvolvido no-município de Viamão, no Rio Grande do Sul, mas o título - "VIAREDE AVALIAÇÃO QUALITATIVA DA REDE DE SERVIÇOS EM SAÚDE MENTAL PARA ATENDIMENTO A USUÁRIOS DE CRACK" - pode dar a errônea impressão de que o estudo engloba todo o serviço de saúde mental do país."

Resposta: O título do projeto será adaptado para "VIAREDE- Avaliação qualitativa da rede de serviços em saúde mental de Viamão para atendimento a usuários de crack". Acrescentaremos essa modificação aos relatórios (Ministério da Saúde, CNPq, CONEP e CEP/UFRRGS), justificando que o título foi adaptado por orientação do CONEP.

Análise: Pendência atendida.

5) "Consta do estudo apresentado que a totalidade das informações obtidas será disponibilizada ao grupo, o que fere a garantia do sigilo. Além disso, tal possibilidade não consta no TCLE (Resolução CNS 196/96, Item VI.3."9")."

Resposta: Como descrito anteriormente, no item correspondente (Item III.3."g"), todos os dados serão mantidos sob o mais absoluto sigilo pela equipe de pesquisa. Sobre a etapa de negociação, salienta-se que ela faz parte do processo de aplicação do círculo hermenêutico-dialético, não podendo ser descartada. No entanto, qualquer dado apresentado para validação não contém nenhuma informação pessoal ou de identificação dos entrevistados. Nessa etapa, conforme a metodologia, como já há etapas analíticas do material – e que estão devidamente descritas no projeto –, as informações não são mais individuais, mas coletivas, pois são representações dos depoimentos de todos os entrevistados.

Análise: Pendência atendida.

6) "O cronograma do projeto sugere que a pesquisa já foi iniciada"

Resposta: O cronograma foi adaptado para o real início das atividades. Salienta-se que o arquivo previamente enviado continha as informações submetidas ao Edital do CNPq e do MS, no final de 2010. Salienta-se que o projeto iniciará após a aprovação do CONEP, e contamos com a colaboração deste órgão no sentido de não atrasarmos o calendário das atividades.

Análise: Pendência atendida.

7) "Não foi apresentado documento dos CAPS ou de eventual patrocinador estrangeiro corroborando os dados do orçamento e o investimento concedido ao projeto."

Resposta: Há anuência da secretaria de saúde do município de Viamão para o desenvolvimento das atividades de pesquisa. A coordenação municipal de saúde mental assinou a folha de rosto do projeto, autorizando a coleta no campo. Além disso, também acrescentamos, ao final do projeto (apêndice F), cópia da autorização, assinada pela Secretária de Saúde do Município de Viamão.

Sobre o investimento estrangeiro, informa-se que não se aplica ao caso.

Cont. Parecer CONEP nº. 337/2012

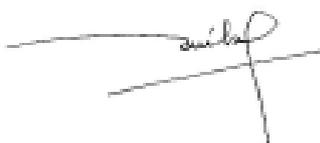
Sobre a necessidade de confirmação do orçamento por parte do município, o investimento recebido pelo CNPq e pelo Ministério da Saúde não será revertido para consumo pelo município. Trata-se de investimento público gerido pelo grupo de pesquisadores e para consumo da pesquisa. O município manifestou-se favorável a esse quesito, disponível no apêndice F.

Análise: Pendência atendida.

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 188/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

Brasília, 27 de novembro de 2012.



Anibal Gil Lopes
Coordenador Adjunto da CONEP/CNS/MS

Anexo C - Autotização do uso do banco de dados da pesquisa ViaREDE



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM

AUTORIZAÇÃO

Declaro que a mestranda **Débora Schlotefeldt Siniak** é pesquisadora do projeto ViaREDE - “Avaliação qualitativa da rede de serviços de saúde mental para atendimento a usuários de crack”, financiado pelo CNPq e Ministério da Saúde, através do Edital MCT/CNPq 041/2010.

Autorizo também a utilização geral e irrestrita do banco de dados da pesquisa pela mestranda, para fins de construção de sua dissertação.

Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho
Escola de Enfermagem - UFRGS
Coordenador da pesquisa