



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA – UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS – CCSA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

**PARTICIPAÇÃO FAMILIAR: UM ESTUDO REALIZADO NO CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS (CAPS ad) EM CAMPINA
GRANDE/PB**

Viviane Guedes Gonçalves de Moura

(ARTIGO)

Campina Grande - PB

2012

VIVIANE GUEDES GONÇALVES DE MOURA

**PARTICIPAÇÃO FAMILIAR: UM ESTUDO REALIZADO NO CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS (CAPS ad) EM CAMPINA
GRANDE/PB**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito para obtenção do título de bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Dr. Cleomar Campos da Fonseca

Campina Grande - PB

2011

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial Luiza Erundina – Serviço Social – UEPB

M929p Moura, Viviane Guedes Gonçalves de.
Participação familiar [manuscrito] : um estudo realizado no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) Campina Grande-PB / Viviane Guedes Gonçalves de Moura– 2012.
39 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2012.

“Orientação: Profa. Dra. Cleomar Campos da Fonseca, Departamento de Serviço Social”.

1. Saúde Mental. 2. Dependência Química. 3. Serviço Social. I. Título.

21. ed. CDD 362.2

VIVIANE GUEDES GONÇALVES DE MOURA

PARTICIPAÇÃO FAMILIAR: UM ESTUDO REALIZADO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS (CAPS AD) EM CAMPINA GRANDE/PB

Aprovado em: 13 / 07 / 2012

Nota: 8,5

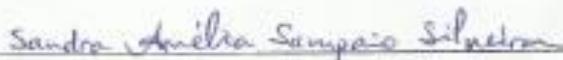
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Cleomar Campos da Fonseca
Orientadora



Prof. Ms. Maria do Socorro Pontes Souza
Examinadora



Prof. Ms. Sandra Amélia Sampaio Silveira
Examinadora

Campina Grande - PB

2012

Dedico este trabalho a Deus por ter estado comigo durante essa jornada e por sua luz, protetora me envolver a cada dia.

A minha mãe Evelice de Jesus Guedes Moura, meu pai Evilázic Gonçalves de Moura e meu irmão Raimundo Barbosa de Moura Neto pelo apoio, pelo incentivo, pela luta do dia-a-dia, especialmente, por acreditarem em mim.

As minhas amigas Elizângela Samara e Alliny Raianny e a Rômulo por todos os momentos e pela ajuda nos momentos difíceis na universidade. Dedico a todos vocês pela contribuição durante essa jornada.

AGRADECIMENTOS

Mais que grata! Não só por esta conquista, mas sim, por todos os dias de minha vida terem sido marcados de confiança, apoio, incentivos, bons exemplos, acima de tudo com muito amor. Sinto-me honrada!

É com muita emoção e um sentimento inexplicável que retribuo em palavras todos os anos que vocês lutaram comigo. Cito com muito privilégio minha vizinha Teresa, meus tios: Efrem, Eudes, Évora, Joseudes, Jocimary, Teresa Maria, Tio Joarez e demais tios, e em especial meu Tio Érico (in memoriam), que Deus o tenha em sua morada, pois foi mais um dos que investiu e acreditou em mim; meus primos (Joarez Filho, Cecília, Helânio, Hilário, Benedito Neto, Maria Lara, Maria Lis e demais).

A minha amiga Ana Celi e filhos que me acolheu (acolhe) em sua casa como se fosse uma filha, no ano em que foi decisivo para que estivesse aqui, além dela ter chorado comigo quando soube que tinha sido aprovada no vestibular... Meu irmão Raimundo Neto, meu pai Evilázic e minha mãe Evelice me deixam com os olhos embaçados, pois dizer e mensurar o que sinto devido as suas práticas, as suas lutas, trabalho, os seus desempenhos para comigo. Agradeço pelo meu sustento, pela dedicação, pelo amor, pela vontade de me ver crescer. Parabéns a vocês pela persistência e pela luta do dia-a-dia. Mãe, pai e Beto vocês são uma força para mim.

Reconheço todas as formas que todos da minha família, amigos da velha infância (Jéssica, Isabella, Ana Paula e Ramira), amigos de pensionato (Neinha – Dulcinéia), minhas companheiras de apartamento (Rossana e Marina) pela boa convivência, e duas em especial (Samara e Alliny) pelas horas de estudos, pelos trabalhos publicados, por todos os momentos especiais; Rômulo que me ajudou de inúmeras maneiras, e que me acompanhou sempre que precisei, agradeço pelo carinho e atenção. Aos meus vizinhos próximos (Francisco Muniz – Tiquinho), enfim, a todos que de alguma forma contribuíram para que eu pudesse dar continuidade àquilo que é do meu interesse.

Dedico minha conquista a vocês! E, finalmente citar o nome Daquele que me deu a vida, que escolheu uma família maravilhosa para que eu fizesse parte. O Senhor Deus que me

projete a cada dia e permitiu que chegasse onde estou, caso contrário, não estaria relatando a vocês! Entrego tudo em Tuas mãos... Muito obrigada!

Grata a todos...

“Tudo tem o seu tempo determinado, e há tempo para todo o propósito debaixo do céu. Há tempo de nascer, e tempo de morrer; tempo de plantar, e tempo de arrancar o que se plantou” (Ec. 3:1 - 2).

PARTICIPAÇÃO FAMILIAR: um estudo realizado no Centro de Atenção Psicossocial
Álcool e Drogas (CAPS AD) em Campina Grande – PB

Viviane Guedes Gonçalves de Moura¹

RESUMO

O presente estudo resulta de uma pesquisa realizada junto ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) da cidade de Campina Grande-PB. O objetivo do referido estudo foi o de compreender o papel da família no processo de tratamento dos dependentes químicos, usuários dos serviços do citado CAPS ad. A abordagem quantiquantitativa permitiu que, mediante o estudo bibliográfico e a realização da pesquisa de campo, através de vinte e duas entrevistas semiestruturadas, com usuários vinculados ao CAPS ad, a participação familiar no problema da dependência química fosse tematizada. Os dados revelaram que essa participação é bastante relevante, podendo contribuir com a qualidade do tratamento dos dependentes. Contrariamente, a ausência da família nesse processo pode comprometer a recuperação dos usuários, aprofundando sua dependência, das drogas lícitas e ilícitas, na medida em que reforça a solidão, o isolamento e, conseqüentemente, o preconceito historicamente alimentado pela sociedade. Nesse sentido, se a participação familiar no tratamento da dependência química é importante, o desafio é efetivá-la permanentemente e aí, situa-se uma das contribuições do CAPS ad.

Palavras-chave: Saúde. Saúde Mental. Dependência Química. Família.

ABSTRACT

The present study results from a research conducted along with the Center for Alcohol and Drugs Psychosocial Care (CAPS ad) in the city of Campina Grande-PB. The aim of this study was to comprehend the role of the family in the process of addicts treatment, users of the services given by CAPS ad. The quantiquantitative approach allowed that (through bibliographical study, and field research; performed with the aid of semi structured interviews carried with twenty-two users linked to CAPS ad) family involvement in the chemical dependency problem could be analyzed. The data reveals that family involvement in the addicts treatment is very relevant and can contribute with the quality of the treatment. On the other hand, the absence of family in this process may compromise users recovery; deepening the dependence of licit or illicit drugs, in the sense that it reinforces loneliness, isolation, and, consequentially, the prejudice historically fueled by society to the drug users. Accordingly, if family participation in drug treatment is important; the challenge is to actualize this participation permanently, and there lays one of the CAPS ad main contributions.

Key-words: Health. Mental health. Chemical Dependency. Family.

¹ Discente do curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba.

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo originou-se de uma pesquisa realizada a partir da experiência do estágio supervisionado em Serviço Social junto ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad), na cidade de Campina Grande-PB. O objetivo geral da citada pesquisa foi o de compreender o significado da participação familiar no tratamento dos usuários do álcool e outras drogas. Quanto aos objetivos específicos destacamos: traçar o perfil socioeconômico do usuário; analisar a efetividade da participação familiar no tratamento do usuário; esclarecer o papel da família no tratamento; constatar os procedimentos profissionais direcionados à família do usuário e levantar possíveis consequências no tratamento do usuário a partir da ausência familiar.

O interesse pelo assunto surgiu da observação de que alguns dos usuários do CAPS ad demonstravam que com a participação dos seus familiares se sentiam mais motivados a dar continuidade ao tratamento. Por outro lado, aqueles que não eram acompanhados por suas famílias demonstravam maior dificuldade em evoluir no tratamento, bem como, retomar sua participação social e familiar.

A participação da família, sobretudo, no tratamento oferecido pelo CAPS ad, se coloca como uma das finalidades da instituição. Tal instituição ao tratar o usuário, busca promover sua integração à família e à sociedade, nesse sentido, visa incluir no atendimento ao usuário (tratamento) a participação familiar, com o objetivo de ajudar na sua recuperação e reinserção social. Entendendo o papel da família enquanto cuidadora e acolhedora do usuário restabelecendo os vínculos sociais e afetivos.

Creemos que esse estudo torna-se relevante na medida em que se propõe a discutir uma relação família/dependente químico permeada de conflitos e tensões, cujo desenvolvimento tanto pode confrontar a dependência química como pode alimentá-la. Nesse sentido, trata-se de uma temática de interesse daqueles profissionais que lidam com as expressões da “questão social”, dentre estes, os Assistentes Sociais, tendo em vista que a dependência das drogas é, também, um problema social.

Procuramos, então, realizar uma pesquisa envolvendo uma abordagem quantiqualitativa com o intuito de identificar a participação familiar no tratamento da dependência química, assim como, o alcance dos serviços oferecidos pelo CAPS ad as famílias dos usuários. Os dados foram coletados a partir da realização de entrevistas semiestruturadas e da observação dos usuários do CAPS ad de Campina Grande. O universo da pesquisa foi composto pelos

usuários que estão ligados à instituição, independentemente do sexo ou idade ou da dependência de alguma droga em específico. A pesquisa contou com uma amostragem aleatória. Dessa forma, entrevistamos vinte e dois (22) usuários que estão em tratamento no CAPS ad.

Os dados foram organizados e tabulados, tendo sua representação através de gráficos. Para a análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo, que conforme Bardin (1977) apresenta-se como um conjunto de técnicas que pretende obter sistematicamente a descrição do conteúdo que contém nas mensagens e indicadores sejam eles quantitativos ou não, além de pretender desvelar o conteúdo que há por trás de cada resposta.

O presente artigo encontra-se dividido em três momentos: no primeiro expomos um breve histórico acerca da loucura, em seguida, tecemos breves considerações em torno da hospitalização do transtorno mental até os indicadores de uma Reforma Psiquiátrica, depois passa a ser abordada na realidade brasileira, como consequente, o surgimento dos serviços alternativos no trato da saúde mental. No segundo momento, apresentamos o Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS ad) em Campina Grande relacionado à participação familiar no tratamento dos usuários da instituição. Por fim, apresentaremos as considerações finais, as referências que deram suporte teórico ao tratamento da temática e os apêndices.

2 BREVE HISTÓRICO ACERCA DA LOUCURA

A loucura talvez seja um dos fenômenos mais antigos da história da humanidade. Entendido e tratado de diferentes formas, o transtorno mental atravessa as sociedades antigas (primitivas), e chega à contemporaneidade assumindo significados variados em cada contexto sócio-histórico.

Em princípio, o entendimento dos povos primitivos acerca da loucura estava articulado às crenças e à cultura local. Nesse período, qualquer forma de explicação da questão era baseada em aspectos sobrenaturais, cujo tratamento envolvia além da realização de rituais de magia, com a evocação de deuses e castigos físicos (PEREIRA, 1984).

No período medieval, a loucura era vista, como algo relativo à feitiçaria, a partir da qual doentes e criminosos eram aprisionados junto àqueles que participavam de práticas exorcistas, com o objetivo de excluí-los do convívio social. Foucault (1972) destaca nesse

período, a existência da “Nau dos Loucos”, isto é, barcos que abrigavam nas suas dependências pessoas consideradas como tais. Estes diariamente eram tirados da cidade, no intuito de “preservar” a vida em sociedade e garantir a “segurança” dos cidadãos. Desta forma, aqueles considerados loucos, eram levados para bem longe, de forma a evitar que ficassem soltos pelas ruas.

A partir da Revolução Francesa² e os ideais iluministas que a alimentavam, a racionalidade humana assume prevalência frente às explicações místicas da realidade. Em consequência, a loucura passa a ser explicada como ausência de razão e o comportamento do “louco” considerado incoerente aos padrões da época, sendo, portanto, tido como perigoso tanto para si como para os que estavam à sua volta, daí a necessidade de sua reclusão, mantendo-o distante da família e da sociedade.

Este período é marcado pelo início da sociedade industrial, em que as cidades cresciam cada vez mais e, conseqüentemente, aumentava o número de pessoas consideradas “inadequadas” à nova ordem socioeconômica. Eram elas: mendigos, vagabundos, prostitutas, e dentre estes, os considerados “loucos”, indivíduos que ocupavam as ruas e “preocupavam” os setores dominantes que preferiam esconder o que destoava da ordem vigente.

Na medida em que eram vistos como indesejáveis à sociedade, eram colocados em locais como Hospitais Gerais e Santas Casas de Misericórdia, cujo objetivo estava voltado para “abrigar” todos os que eram considerados “marginais” e que “ameaçavam” a ordem social, oferecendo como tratamento o uso de medidas repressivas e de correção. Tais instituições, na maioria das vezes de cunho religioso, não se voltavam à cura dos internados, mas sim, à punição desses.

Ao final do século XVIII, esse tipo de instituição cede lugar aos chamados manicômios cuja finalidade era de “curar” os doentes mentais, isto é, eram instituições específicas que se destinavam à internação do “louco”. A loucura torna-se objeto médico e passa a ser considerada como doença e não mais vista como anormalidade a ser extirpada do convívio humano (SILVEIRA, 2008).

A partir dessa delimitação enquanto objeto de estudo e tratamento da medicina, reforçam-se as instituições psiquiátricas, incluindo os manicômios, encarregados de receber

² Acontecimento que se estende entre os anos de 1789 e 1799 e altera o quadro sociopolítico da França. Questionava o Antigo Regime e os privilégios do clero e da nobreza. Os ideais iluministas pautados no uso da razão humana para inserção dos indivíduos no mundo são considerados base para o desenvolvimento da Revolução Francesa. O povo foi às ruas objetivando tomar o poder e expulsar a monarquia comandada pelo rei Luís XVI. Os revolucionários invadiram a Bastilha, momento conhecido como a Queda da Bastilha em 14/07/1789, marcando os primeiros passos do processo revolucionário. Disponível em: <http://www.suapesquisa.com/francesa/>. Acesso em: 23/06/2012 às 22h48min.

aqueles que não serviam à sociedade, incluindo o doente mental. É o início da institucionalização da doença mental.

Nesse momento, surge Pinel “um dos maiores pensadores da razão e primeiro clínico da loucura”. Considerado polêmico para a época, nesse campo da medicina, foi quem promoveu a primeira reforma, “por desacorrentar os loucos dos grilhões da loucura” (SILVEIRA, 2008, p. 56). A partir das contribuições de Pinel, a loucura passa a ser analisada, classificada, diagnosticada e, finalmente, considerada como doença mental, e como objeto médico de tratamento.

A psiquiatria enquanto ramo da medicina preocupada com as questões que envolvem o sofrimento mental, apresenta a possibilidade do médico observar e dialogar com o paciente contribuindo para a distinção dos sintomas e dos mais variados tipos de transtornos psíquicos. Porém, não se pode considerar esse conhecimento mais detalhado, como um avanço no tratamento, pois os loucos continuavam encarcerados e tratados com repressão e violência (VIEIRA, 2007).

No início do século XIX, os manicômios se expandiram de maneira absurda, mantendo o mesmo tipo de tratamento repressor, do qual resultam o desamparo, os maus-tratos, as lamentáveis condições de higiene e de alimentação.

Ao final da II Guerra Mundial, a situação dos hospitais psiquiátricos era alvo de crítica dos profissionais, desencadeando as primeiras manifestações em torno da necessidade de uma Reforma Psiquiátrica.

O movimento da Reforma Psiquiátrica, em contexto mundial, foi inspirado no projeto de Franco Basaglia, Psiquiatra e sanitarista da Itália, que sugeriu a ruptura do modelo anterior, intencionando não só a retirada do doente dos hospitais psiquiátricos (desospitalização), como também o rompimento com práticas e valores do modelo manicomial (desinstitucionalização) (LOBOSQUE, 2006). Essa nova forma de encarar o sofrimento psíquico interferia nas relações de poder, pois objetivava a conquista da cidadania para o doente mental, questionando a estigmatização da loucura.

Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica proposta por Basaglia e base de referência para a formulação de propostas em outras realidades, tinha como princípios centrais: a construção de um novo modelo assistencial em saúde mental que contemplasse mudanças quanto à forma de pensar a pessoa em sofrimento psíquico; a emergência de novos espaços de atendimento com profissionais pautados em um trabalho interdisciplinar, e o fortalecimento de uma ética orientadora do reconhecimento das pessoas enquanto sujeitos, com suas singularidades e capacidade de pensar e decidir (DALMOLIN, 2000).

Vale destacar que surgiram outras propostas de reforma psiquiátrica, a exemplo do movimento das Comunidades Terapêuticas, que no início da década de 1950, surge na Inglaterra com Maxwel Jones, enquanto proposta de superação do Hospital Psiquiátrico. Outras experiências como a Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de Setor, ambas na França. Na década de 1960 desenvolveu-se nos Estados Unidos um movimento denominado de Psiquiatria Comunitária, constituindo uma aproximação da Psiquiatria com a Saúde Pública, que buscava a prevenção e promoção da saúde mental. Ainda na década de 1960, iniciou-se na Inglaterra um movimento denominado de AntiPsiquiatria, com Laing e Cooper. Entretanto, foi a proposta de Franco Basaglia na Itália, que serviu de referência para a Reforma Psiquiátrica brasileira (ALVES et al, 2009)

4 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E O SURGIMENTO DOS SERVIÇOS ALTERNATIVOS NO TRATO DA SAÚDE MENTAL

A busca por reformas no modelo de assistência à saúde mental no Brasil ganha força com a crise da ditadura militar sinalizada já no início da década de 1970. A luta dos diversos segmentos da sociedade civil pela redemocratização do país estimula todo um processo de reivindicações em diversas áreas das políticas sociais. É nesse contexto que o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) se gesta, denunciando o caráter repressivo e excludente presente no tratamento do transtorno mental e propondo a sua reformulação.

Dessa forma, a reforma psiquiátrica no Brasil pode ser entendida como:

[...] um processo que surge mais concreta e, principalmente, a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 70. Tem como fundamentos não apenas uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também - e principalmente - uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político-social que caracteriza a conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 1995, p.87).

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, acima referido, era um movimento diverso constituído por novos sujeitos políticos, grupos de família, sindicalistas, profissionais, além de usuários internados em instituições psiquiátricas. Suas conquistas envolveram a pressão sobre o Estado Brasileiro para a implantação de políticas públicas de

Saúde Mental, o que representou ganhos significativos para o movimento da luta antimanicomial (BRASIL, 2005), que ganha força no final da década de 1970, com o objetivo de substituir os hospitais psiquiátricos por outros serviços de assistência à saúde mental. O movimento de luta antimanicomial caracterizou-se pela luta em defesa dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico, contrariando a ideia de isolamento desses sujeitos e ressaltando o direito destes viverem em liberdade e como cidadãos (GRUNPETER, 2007).

Para que houvesse uma Reforma Psiquiátrica efetiva era preciso não somente tratar o indivíduo em sofrimento psíquico da forma mais adequada, mas acima de tudo construir seu espaço na sociedade. Dentro deste contexto, começa a desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos, conseqüentemente a implantação dos serviços substitutos de saúde mental.

A Reforma em questão objetivava que as pessoas em sofrimento psíquico vivessem com qualidade de vida, sendo reconhecidas na sociedade como cidadãos dotados de direitos. A doença passa, então, a ser vista de uma maneira diferenciada, deixa de ser considerada doença mental e passa a ser vista como questão de saúde mental. Nesse sentido, é que atualmente adota-se um atendimento com base na atenção comunitária, e um tratamento associado ao contexto familiar e a vida social.

O novo modelo que se gesta adquire maior politização e publicização com a apresentação do Projeto de Lei nº. 3.657/89, de autoria do Deputado Paulo Delgado, que propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a progressiva substituição dos manicômios no país. Aprovado, o projeto vira Lei – nº 10.216/01, conhecida como lei Paulo Delgado, que passa a representar um momento importante para a assistência à saúde mental no país. A referida Lei contribuiu com os novos rumos para a assistência na saúde mental, passou a fornecer tratamento com perspectivas da humanização, proteção e garantia dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico (BRASIL, 2005).

Na emersão dos serviços substitutivos a partir da legislação já mencionada, tem-se a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), enquanto um tipo de resposta à hospitalização do transtorno mental. Tais serviços têm o intuito de acolher e cuidar de pessoas em sofrimento psíquico considerando os vários tipos de sofrimento existente. Busca ainda, a rearticulação do indivíduo com o contexto social, com a vida cotidiana e familiar numa perspectiva de reconhecimento de sua cidadania.

Os CAPS são serviços que possuem um atendimento diário, são regulamentados pela Portaria nº336/MS de 19 de fevereiro de 2002, e se constituem parte integrante da rede do

Sistema Único de Saúde (SUS)³. Oferecem tratamento individual, isto é, cada usuário possui um projeto terapêutico específico, que deve considerar suas particularidades. Esse projeto varia de acordo com as especialidades de cada CAPS e é desenvolvido por uma equipe profissional interdisciplinar.

Ainda de acordo com a Portaria, consta em seu Art.1º que os Centros de Atenção Psicossocial devem ser estruturados a partir das seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPS ad definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. As três primeiras modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo⁴.

Com destaque ao CAPS i e ao CAPS ad, estes são serviços especializados. O CAPSi tem como objetivo e especialidade em acolher crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, incluindo os que têm autismo, neuroses graves, dentre outros. Enquanto que o CAPS ad caracteriza-se como um serviço diário especializado a atender usuários de álcool e outras drogas, além daqueles com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Da mesma maneira que as demais modalidades são serviço de atenção psicossocial diário e público.

5 O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – ÁLCOOL E DROGA (CAPS- AD) EM CAMPINA GRANDE/PB.

O consumo desenfreado de substâncias psicoativas “[...] passa a ser entendido como um problema de saúde pública” (MEDEIROS, 2003, p. 17), que atinge todas as camadas da sociedade, deixando de ser um problema localizado em um ou outro segmento social.

³ O Sistema Único de Saúde (SUS) está regulamentado, através das Leis Orgânicas N°8.080 e N°8.142, que versam sobre a garantia do acesso igualitário às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. O SUS é regido pelos princípios básicos da universalização, descentralização, integralidade, hierarquização e ampla participação da comunidade.

⁴ O tratamento intensivo consiste em um conjunto de atendimentos que será oferecido pelo CAPS a um usuário que, por causa de seu quadro clínico, necessita de um cuidado diário (até 25 dias do mês). Já cuidado semi-intensivo, considerando a condição clínica do usuário, necessita de uma atenção frequente (até 12 dias no mês). E o cuidado não-intensivo refere-se àquele conjunto de atendimentos prestados mensalmente ou quinzenalmente ao usuário que por seu quadro clínico e projeto terapêutico, necessita de um acompanhamento mais espaçado, ou mesmo mensal (até 3 dias no mês) (BRASIL, 2002).

Enquanto uma questão de saúde pública, a dependência química passa a exigir do Estado uma intervenção sistemática, no que se refere aos transtornos psíquicos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, dessa forma, encontra no CAPS ad um mecanismo de enfrentamento do problema.

Em Campina Grande/PB esse serviço foi inaugurado em setembro de 2004, e se encontra localizado na Rua Arnaldo de Albuquerque, nº 8, no Bairro Alto Branco. É administrado pela Secretaria Municipal de Saúde como parte de uma rede de política de atenção à saúde mental do Ministério da Saúde. Oferece atendimento a jovens e adultos de ambos os sexos, que em função do uso de substâncias psicoativas (o álcool e outras drogas) tenham desenvolvido algum transtorno mental ou comportamental.

A equipe técnica que atua no referido CAPS está designada para atender a 25 (vinte e cinco) usuários por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) usuários/dia. Esse atendimento envolve atividade como: acolhimento, palestras, oficinas recreativas, reuniões entre usuários com a coordenação da instituição, reuniões com a família e visitas domiciliares. Tais atividades são realizadas por uma equipe interdisciplinar que compõe o corpo técnico do CAPS ad e atua a partir de uma proposta terapêutica comum direcionada para o tratamento e reaproximação do usuário com a família e a sociedade.

O usuário tem através do acolhimento, o seu primeiro contato com a instituição CAPS ad. Esse procedimento ocorre mediante entrevista na qual o profissional adquire informações acerca da vida do usuário (família, estado de saúde, etc.). Diante desse conjunto de informações, é que a equipe define de forma abrangente o projeto terapêutico⁵ do usuário levando em consideração sua necessidade e disponibilidade. Esse usuário é desligado do serviço quando não quer mais fazer uso do mesmo ou é transferido para outro município ou ainda quando chega a óbito.

O CAPS ad trabalha também com a proposta de redução de danos que consiste numa estratégia de prevenção aos danos decorrentes do uso de álcool ou outras drogas. Em tal estratégia é permitido o uso moderado do álcool e a distribuição de seringas descartáveis para o controle do consumo de entorpecentes. Na redução de danos há o aconselhamento para que seja substituída uma droga considerada forte por uma mais fraca como estratégia para se livrar da dependência paulatinamente (MEDEIROS, 2003).

⁵ Os projetos terapêuticos dos CAPS são singulares, respeitando as diferenças regionais, contribuições técnicas dos integrantes da equipe, iniciativas locais de familiares e usuários e articulações intersetoriais que potencializem suas ações. Outro fator está relacionado ao quadro clínico do usuário e o tipo de acompanhamento necessário (Intensivo, Semi-intensivo e Não-intensivo) (BRASIL, 2002).

A discussão das drogas tem adquirido uma visibilidade cada vez maior na sociedade, seja pelo que ela represente para quem usa, seja pelos danos que ela pode causar à saúde; seja ainda, pelo valor de troca que ela assume numa sociedade cujas relações sociais são mediadas pela mercadoria.

A dependência química do álcool e/ou de outras drogas é reconhecida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1981), como uma doença que provoca uma alteração na estrutura e no funcionamento normal tanto do corpo como da mente de um indivíduo. Ela pode ser tanto psicológica, como física. A dependência psicológica configura-se como o desejo de chegar à sensação máxima que a droga pode oferecer. Já, dependência física é aquela em o organismo já está adaptado ao uso recorrente da substância, sua ausência configura a chamada síndrome de abstinência, que corresponde a um conjunto de sintomas que envolvem corpo e mente provocando, novamente no dependente, o consumo da droga (COTRIM, 1997).

De acordo com Medeiros (2003), as drogas são vistas como um refúgio para os mais complexos problemas que envolvem as condições objetivas e subjetivas de vida, tais como a pobreza, o desemprego, a falta de qualquer perspectiva de uma vida melhor, a ansiedade, a excitação, a solidão, etc. Ou seja, os indivíduos tentam enfrentar os problemas fazendo uso de substâncias psicoativas, sem muitas vezes, terem clareza das consequências que tais substâncias poderão causar quer no seu organismo, quer nas relações que estabelecem com outros indivíduos.

Trata-se, pois de um problema social que deve ser enfrentado pelo Estado e pela sociedade não como uma questão normal, mas, sobretudo, como mais uma das expressões de uma sociedade que em razão da sua desigualdade, deriva modos e estilos de vida que depõem contra a própria condição humana.

6 A PARTICIPAÇÃO FAMILIAR NO TRATAMENTO DO USUÁRIO DEPENDENTE QUÍMICO

Antes de discorrermos acerca da questão relacionada à participação familiar no tratamento do usuário de álcool e outras drogas, se faz necessário uma breve abordagem sobre a unidade “família”.

Existem inúmeras definições sobre essa instituição que historicamente vem se constituindo e se modificando de acordo com as mudanças socioculturais. Definições são

encontradas no campo da sociologia, antropologia, psicologia, dentre outros. Cabe dizer, que somente um conceito não pode ser considerado como o verdadeiro ou o mais completo, sendo assim, as definições existentes acabam se interligando umas as outras e dando complemento a esse tema que é bastante complexo.

À unidade família são atribuídas algumas funções básicas, constituindo essa unidade o espaço onde se inicia o processo de socialização do indivíduo, além, desta ser responsável pela formação educacional e pela construção da personalidade do indivíduo. Na família perpassam valores, costumes, princípios, formas de comportamento que influenciam no desenvolvimento de cada um. A família representa

uma unidade dinâmica, uma organização complexa segundo relações de parentesco, inserida num contexto social mais amplo e em constante interação com ele, lugar das relações mais íntimas e constitutivas da identidade pessoal, grupo capaz de manter gerações diferentes numa convivência diuturna, com habilidade e competência para dar forma e significado às interações entre seus membros, que tem uma história e cria uma história, vista frequentemente, como célula inicial e principal da sociedade (BIASOLI-ALVES,1999, p. 65)

Na medida em que a família dá início ao processo de socialização do indivíduo, ela passa a influenciar e trazer certas contribuições ou danos ao longo da vida deste. Conforme Medeiros (2003), se o ambiente familiar for negativo poderá repercutir em problemas durante a construção da vida dos filhos, podendo ser um dos fatores que levam estes a procurarem as drogas como refúgio, muito embora, o contato com elas não significa total ausência ou omissão da família, mesmo assim, esta última deverá estar atenta para a prevenção quanto ao uso de drogas, além de dar suporte no momento em que já existe o seu uso (BRASIL, 2010a).

A participação da família apresenta-se como um dos fatores que compõe o tratamento da dependência química, podendo contribuir na recuperação e na reinserção social dos usuários de drogas, na medida em que pode evitar que estes tenham recaídas e retomem o uso da droga interrompendo o tratamento.

O espaço familiar é formado por vínculos afetivos e pela convivência que envolve contratempos, conflitos, desentendimentos. Será justamente a forma de encarar essas dificuldades que pode ocasionar danos ou poderá trazer benefícios ao tratamento de um dependente químico. O posicionamento da família é quem vai conduzir à recuperação deste, além da sua própria postura diante do fato, indicando, pois a contribuição de ambas as partes na obtenção de resultados favoráveis à saúde. Neste caso, o tratamento da dependência química implica em um processo de orientação ao dependente e sua família, que inclui a

discussão sobre os preconceitos existentes, os danos à saúde, como também as possibilidades de recaídas. Nesse processo, a família deve participar de maneira ativa no tratamento e ao longo da jornada de recuperação do dependente, se colocar como núcleo de suporte fundamental do indivíduo. Vale ressaltar que essa participação não deve excluir a responsabilidade do Estado – através das políticas sociais, de oferecer condições dignas de vida a esses sujeitos e suas famílias. Ou seja, o papel determinante nesse processo permanece sendo do poder público, responsável pela garantia dos direitos de cidadania.

De acordo com Figlie (2011) existem quatro estágios enfrentados pela família quando se tem alguém que é dependente químico. Os referidos estágios ocorrem de forma gradativa e depende da maneira como o usuário se porta a partir do uso de substâncias psicoativas.

A negação apresenta-se como o estágio inicial desse processo. A família diante da notícia da existência de um dependente químico em seu contexto reage negando o problema. É nessa fase que surgem os desentendimentos, os conflitos e, geralmente, não existe diálogo entre as partes envolvidas, tornando o ambiente muito mais tenso.

Em um segundo momento, a preocupação dos familiares se intensifica na busca pelo controle da situação, de forma a evitar danos à saúde, à vida social e profissional do dependente e demais membros da família, além do que passa a ser um assunto sigiloso no ambiente familiar tendo em vista evitar maiores problemas.

Na fase seguinte, a família já está totalmente desorganizada, todos passam a se comprometer e a se envolver, de maneira mais intensa e com maior responsabilidade, na situação vivenciada. Quanto ao dependente químico, este perde a noção dos efeitos que o uso da droga pode causar em sua vida e na daqueles com quem convive.

No último estágio, o cansaço emocional passar a envolver o ambiente familiar, podendo até mesmo adoecer outros membros da família. O contexto torna-se incontrolável e cada vez mais desgastante para todos.

É importante destacar, que nem todas as famílias passam por todas as fases supracitadas. Muitas vezes, a família se esquece de desvendar o que levou aquele indivíduo à dependência química, dificultando uma possível ação de enfrentamento, que pode levar a maiores consequências. Ao não buscar as razões da dependência, abre-se espaço para posturas discriminatórias que enquadram os dependentes em “comportamentos estereotipados”. Assim,

a família, geralmente, não leva em conta as razões que motivam o consumo de droga, deixando de lado o indivíduo, com seus anseios, questionamentos e conflitos, dificultando a real compreensão do problema (NERY; TORRES, 2002 p.145).

A discriminação dos dependentes agrava o conflito intrafamiliar e dificulta o tratamento quer do usuário, quer do(s) familiar(es) mais diretamente envolvido(s) na situação. Tal agravamento funciona como um estímulo para o dependente fazer uso de mais drogas, ocasionando recaída que rompem com o processo de abstinência.

Diante dessa problemática, o papel da família no tratamento do dependente químico é de suma importância. É mediante a sua participação nesse processo que poderá ter acesso a informações relevantes acerca da dependência, entendendo assim, certos comportamentos do usuário. Dessa forma, os vínculos familiares poderão ser restituídos, incidindo no processo de recuperação do dependente.

Nesse sentido, é que o CAPS ad exerce um papel fundamental junto à família no tratamento do usuário de substância psicoativa, que é justamente o de esclarecer e orientar essa família no acompanhamento ativo do tratamento dos seus parentes dependentes. Se a família é importante no tratamento, importante também é o seu acompanhamento por parte dos serviços oferecidos pelo CAPS ad, pois em razão da complexidade do problema, esta por vir a adoecer junto com o usuário e pode desistir de acompanhá-lo, já que as aflições são vivenciadas por ambas as partes (FIGLIE, 2011). Então, o apoio da família e à família, constitui uma necessidade de um mesmo processo de tratamento à dependência química, enquanto um problema social, que apresenta particularidades relacionadas a questões psíquicas e biológicas dos indivíduos.

Em relação aos dados identitários dos dependentes químicos - sujeitos da pesquisa, buscou-se referenciá-los quanto ao sexo, à faixa etária, escolaridade, estado civil, renda, tipo de habitação, quantidade de pessoas residentes no mesmo domicílio que o usuário, o tipo de vínculo empregatício que este último possui.

Quanto ao sexo constata-se que 95,5% são homens e apenas 4,5% são mulheres. Esse dado revela uma realidade particular de CAPS ad de Campina Grande, demarcada pela predominância da dependência química entre os homens. Porém, essa realidade deixa de ser apreendida em sua relativização, ou seja, o envolvimento das mulheres com o universo das drogas existe e é tão preocupante quanto o é para os homens. De acordo com CASTRO; SOUZA (2012, s/p) há “um aumento de transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas entre as mulheres a partir da segunda metade do século XX”, aumento esse relacionado a uma maior vulnerabilidade das mulheres às consequências da dependência, e o mais grave é que elas não são comumente acompanhadas por um tratamento.

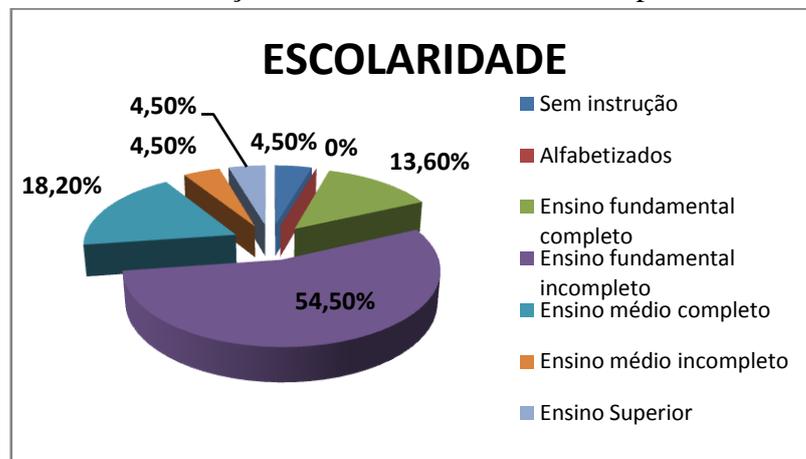
Quanto à faixa etária dos entrevistados foi constatada uma maior concentração de dependentes químicos na escala entre 21 e 40 anos, o equivalente a 45,5%; 40,9% se encontram entre 40 a 60 anos e 13,6% estão com 60 anos ou mais.

Segundo estudos relativos ao tema, as experiências iniciais com o uso de drogas se dão, com frequência, na fase da adolescência. Conforme Broecker; Jou (2012) existem estudos que afirmam que tais experiências se iniciam precocemente, por volta dos 10 ou 19 anos, porém é na fase adulta que ocorre de fato, a dependência química, que é um pouco o que se revela conforme os dados acima citados. Observa-se que cada vez mais o mundo das drogas é “frequentado” pelos jovens e “povoado” por pessoas na fase adulta.

Em relação ao estado civil dos entrevistados constatamos que 50% destes são solteiros; 22,7% são casados e 27,3% se encontram divorciados(as) ou em relação estável.

Em se tratando do número de filhos que possuem, 58,7 % os têm, sendo que desse total 18,2% tem um filho; 22,7% têm dois; 4,5% têm três; 18,2% têm quatro; 4,5 têm cinco e 4,5% tem dez. Apenas 27,3% afirmam não terem filhos.

Gráfico 1: Distribuição dos usuários entrevistados por Escolaridade



Fonte: Pesquisa de Campo Realizada no CAPS ad, 2011/2012

Quanto ao grau de escolaridade dos usuários entrevistados no período da pesquisa (2011/2012), é possível identificar um baixo nível de escolaridade expresso no percentual de 54,5% relacionado àqueles que não conseguiram sequer terminar o ensino fundamental; apenas 13,6% concluíram esse nível de ensino; 18,2% concluíram o ensino médio e 4,5% possuem o ensino médio incompleto. Apresenta-se ainda o percentual de 4,5% de entrevistados sem nenhuma instrução formal. O mesmo percentual se repete entre os que possuem o ensino superior.

Embora os dados da pesquisa indiquem uma realidade de baixa renda (ver gráfico 3) e baixo nível de escolaridade entre os entrevistados, não se pode restringir a dependência química apenas as pessoas que se encontram nessas condições. Atualmente, a questão das drogas atinge todas as classes sociais e assume uma dimensão globalizante (BUCHER *apud* MEDEIROS, 2003).

Com referência à localidade em que os usuários residem observa-se que, 95,4% residem na cidade de Campina Grande e residem nos variados bairros dessa cidade, além das cidades circunvizinhas.

Com relação à inserção no mundo do trabalho, podemos observar que predomina entre os usuários dos CAPS ad, a condição de trabalhador precarizado, sem carteira de trabalho assinada - o equivalente a 52% dos entrevistados. O percentual de 8% se repete entre os que são pensionistas, aposentados e trabalhadores formais. Os demais – 24% exercem outros tipos de ocupação.

Gráfico 2: ocupação dos usuarios entrevistados

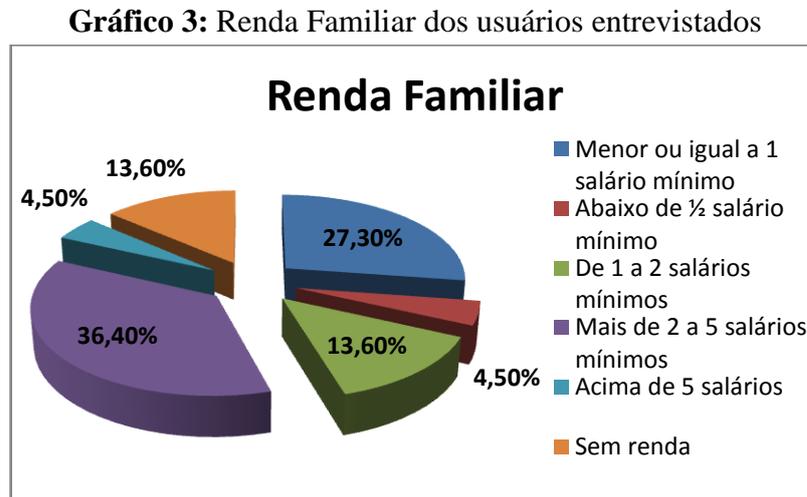


Fonte: Pesquisa de Campo Realizada no CAPS ad, 2011/2012

Essa realidade é expressão da precarização das relações de trabalho que se agrava com a reestruturação produtiva sob hegemonia do capital e com a sua expressão política, neoliberalismo. Nesse contexto, os trabalhadores são submetidos a relações trabalhistas instáveis, temporários e sem garantia dos direitos de trabalho (ANTUNES, 1995).

A informalidade do trabalho que predomina entre os entrevistados, revela ainda o tempo em que estes se encontram fora do mercado formal de trabalho: 14% estão há um ano na informalidade; 27% entre um e quatro anos; 23% entre quatro a dez anos, 4% há mais de 10 anos e 32% não souberam responder.

Com relação à renda familiar 23,7% possui uma renda menor ou igual a um salário mínimo; 4,5% apresenta uma renda abaixo de meio salário mínimo; 13,6% tem renda de um a dois salários mínimos; 36,4% dispõem de renda acima de dois salários mínimos; 4,5% tem renda acima de cinco salários mínimos e 13,6% não possui renda.



Fonte: Pesquisa de Campo Realizada no CAPS ad, 2011/2012

Questionados sobre se a renda familiar atende as necessidades da família 72,7% dos entrevistados responderam afirmativamente; 27,3% afirmaram que ela não atende tais necessidades. Nesse sentido, é possível observar que o poder de consumo destas famílias é extremamente baixo, podendo indicar que, na maioria das vezes, o seu rendimento se destina somente para as necessidades básicas, comprometendo o nível de qualidade de vida que não se restringe à alimentação, mas à moradia digna, a emprego, saúde, educação, etc. Tal comprometimento pode se relacionar com a dependência química, na medida em que o contexto sócio político e econômico atual não dá sinais de reversão desse quadro, mas sim, do seu aprofundamento.

Em se tratando do apoio familiar no processo de tratamento de dependentes químicos, a realidade dos usuários dos serviços oferecidos pelo CAPS ad em Campina Grande, demonstra que os seus familiares costumam participar das atividades desenvolvidas pela citada instituição. Nesse sentido, em termos percentuais, a pesquisa indica que 54,5% dos entrevistados confirmam essa participação, enquanto que, 45,4% afirma que ela não existe. Com uma diferença tão pequena entre participantes e não participantes se destacam entres os fatores dificultadores da não participação questões relacionadas ao estado de saúde e por o familiar constar “certa idade”, dentre outras questões daqueles que acompanha o usuário. Vejamos:

Não porque eu tenho uma irmã que tá de idade e não pode sair de casa não [...] (Entrevista nº6).

[...] meus filhos não têm condições de vir, eles trabalham no horário comercial e é muito puxado [...] (Entrevista nº6).

No começo minha mãe tava vindo porque ela teve uns problemas de saúde aí ela não pode vir mais (Entrevista nº 18).

A respeito do papel da família no tratamento dos usuários entrevistados, observa-se a presença de questões indicadoras de um tensionamento existente na relação entre familiares e dependentes químicos. Os trechos a seguir demonstram essa afirmação:

O papel da família é se pudesse muito importante no tratamento da gente. Se tivesse no caso um irmão seria bom pra vim pra assistir pra saber como é que eu tô no dia -a- dia, porque no caso eu tô fazendo o tratamento, mas eles num sabe se eu tô vindo se num tô vindo, mas [...] eu tô na minha consciente que eu tô vindo [...] (Entrevista 15).

É difícil porque eles me apoiam, mas a participação deles são mínima só com palavras de apoio mesmo (Entrevista 04).

Não pra mim é muito boa meus filhos me jogou de lado, só ela (mulher) foi que me apoia... (Entrevista 08).

A tensão permeia os depoimentos: se a presença da família é reconhecida como importante no tratamento do usuário, por outro lado, é claramente destacada a sua solidão e o seu isolamento na busca pela sua saúde, o que evidencia abandono e preconceito e o quanto esse quadro pode comprometer o início de um tratamento ou sua continuidade.

Quando indagamos acerca da compreensão dos usuários sobre a contribuição que as atividades desenvolvidas pela instituição exercem na sua recuperação, constatamos que 95,% afirmam que as atividades desenvolvidas pelos profissionais do CAPS ad tem certa relevância no seu tratamento, uma vez que, é no momento das atividades direcionadas à família que esses profissionais esclarecerem determinadas dúvidas existentes, além de nortear a família quanto à maneira de lidar com o usuário, e principalmente, esclarecer que não se trata simplesmente do domínio da vontade própria para deixar as drogas, na verdade, se trata de dependência química. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a Síndrome de Dependência Química – álcool e outras drogas – é uma doença incurável, porém “passível de recuperação” (BISPO, 2011). Essa dependência vem acompanhada de recaídas, o que exige um constante apoio da família.

Nesse sentido, é a partir da participação dos familiares nas atividades do CAPS ad, que serão desvendadas questões que ainda não são entendidas pela maioria das famílias que tem um dependente químico em seu meio e que não acompanham seu tratamento. Esse acompanhamento possibilitará uma recuperação mais favorável, além de evitar maiores transtornos no âmbito familiar, como danos à saúde, pois outros membros poderão adoecer em razão do quadro de dependência. Dessa forma,

[...] uma vez instalada a dependência, o lar se movimenta na base de desempenhos neuróticos e excêntricos, onde o dependente vive reagindo ao agente químico, e os familiares, por sua vez, reagem ao dependente – desenvolvendo papéis de ajustamento ou repulsividade ao sistema em crise. Essa família poderá vir a desenvolver (ou já apresentar) uma doença tão grave quanto à do dependente, a codependência (FERREIRA *apud* MEDEIROS, 2003, p. 162).

Quando nos reportamos ao usuário a respeito de como ele considera as orientações e os esclarecimentos dos profissionais do CAPS ad sobre o papel da família no seu tratamento, observamos que 95% são indicativas de que a equipe interdisciplinar da instituição consegue repassar a sua proposta de trabalho, que consiste em explicar a dependência química, seus danos, seu tratamento, além de trabalhar questões referentes ao preconceito tanto dos usuários como dos familiares, numa perspectiva de superação da estigmatização e do envolvimento do usuário com as questões da sua vida em sociedade. Contrariamente, 4,5% dos entrevistados respondeu que os profissionais não conseguem esclarecer e orientar a família no seu tratamento. Duas das falas são bem marcantes como podemos observar abaixo:

Consegue porque apesar de minha família não ter feito parte desse período do meu tratamento eu vejo nos outros usuário a participação da equipe e a evolução do usuário diante da abstinência... e que a família , o pai, a mãe, o irmão, a tia vem participar da reunião...está presente no dia-a-dia daquele usuário ele se recupera com mais rapidez, entendeu?! Ele vai se conscientizando cada vez mais que é impotente perante o álcool outra droga... então é importantíssimo a presença da família (Entrevista 03).

Eu acho assim quando eu chego em casa ela não debate pra mim o assunto da reunião família ..ai eu acho se ela escutou aqui o assunto família e não debateu pra mim eu acho que ela pensa que eu não to num tratamento legal, [...] se ela não tá entendendo as informação que escutou aqui....se a equipe explica de um forma pra família não entender eu acho que tem alguma forma...eu acho que ele não tá ajudando ela a repassar pra mim...eu que tô caçando a saída da droga [...] (Entrevista 16).

Uma das falas indica os rebatimentos positivos do trabalho dos profissionais do CAPS ad no processo de orientação das famílias, enquanto que na outra, apresenta questionamento, sobre esses rebatimentos. Em que medida as reuniões com os familiares, que acontecem duas vezes por mês, está concretamente cumprindo o seu papel de espaço de socialização de informações? Até que ponto os familiares estão comprometidos com o tratamento do usuário?

Com relação à avaliação dos usuários no tocante aos serviços prestados pelo CAPS ad, as respostas foram unânimes, em afirmar a qualidade desses serviços, destacando neles o acolhimento e o tratamento dos profissionais. Já quando solicitados a dar alguma sugestão para a melhoria dos serviços, 50% dos entrevistados indicaram alguns pontos para essa melhoria. Vejamos:

Olha o que precisa ser feito para que seja dado um atendimento melhor é ter um maior espaço, por exemplo, uma casa maior mais bem estrutura porque a cada aumento do número de usuário, a cada dia chega usuário novato, a cada dia os jovens tão entrando nas drogas e isso vai se tornando maior o número de dependentes [...] as propagandas sobre a dependência química, sobre o efeito de álcool, sobre o efeito das drogas na vida das pessoas tanto jovens como adultos aquilo vai aumentando o número de interesse por parte dos familiares que tem problema dentro de casa a trazer seus filhos para o tratamento. Ai precisa-se de que pra melhorar? Mais espaços, mais profissionais, apesar do que já temos são excelentes, tá precisando de mais profissionais, aumentar o número de profissionais para que possa cobrir o número necessário de usuário que vão entrando para o tratamento (Entrevista 03).

A sugestão [é] abrir um CAPS que tem os doentes com aqueles que estão muito prejudicados principalmente com a droga com o crack, na cocaína que ela como ela falou pra ter um internamento de manha de tarde e noite, 24 h e ter café, almoço e janta né?! Pra aqueles que tá usando o crack, a droga pesada ficar um mês dois meses, seis meses, um anos enquanto se recupera porque veja se o cara pega e usa droga ai vem pra aqui de manha ou de tarde sai... a intenção dele é pegar e usar de novo, mas se ele ou ela e diz eu vou querer parar...eu to dizendo que sai ai esse negocio de planejamento de 24 h que é muito bom (Entrevista 11).

Podemos observar que entre aqueles que deram sugestão, a maior parte foi quanto à estrutura física do prédio, que seria necessário um espaço maior para que houvesse a implantação do CAPS ad 24h. Entretanto, é notório o não entendimento de alguns dos entrevistados no que diz respeito à proposta do CAPS ad 24 h que seria em casos em que o dependente estivesse em crise, isto é, em casos de urgência. A internação que o CASP ad 24h propõe tem objetivos distintos de um leito de atenção integral em hospital geral, assim, a internação somente será em casos de redução de danos, prevenir em casos de recaídas,

tratamento de abstinências leves, em condições de riscos sociais e de vulnerabilidade, dentre outros (BRASIL, 2010b).

Dessa forma, percebemos a partir da fala da entrevista (11) que desconhece a proposta da Reforma Psiquiátrica que seria retirar o doente dos hospitais psiquiátricos rompendo com práticas manicomialistas, então, quando ele sugere a internação do dependente por uns seis (6) meses, um ano demonstra que não conhece o processo de formação dos CAPS, sua finalidade, e isso, remete à atuação da equipe, que deve expor de forma clara a história e o processo de formação dos CAPS, deixando os usuários a par do contexto do qual fazem parte, talvez isso beneficiasse o tratamento destes, pois saberiam que a intenção dos CAPS é a de reinserção social e da recuperação dos vínculos familiares.

O fortalecimento do trabalho das oficinas pode ser um importante mecanismo de contribuição ao tratamento dos usuários do CAPS ad, pois é nesse espaço que usuários e familiares entendem, retiram dúvidas e conhecem mais acerca da dependência química e dos possíveis transtornos mentais e comportamentais que esta pode causar. Tais oficinas podem estimular ainda mais a busca pelo tratamento, uma vez que, a falta de informação pode impedir que o usuário evolua no tratamento podendo até ter recaídas e distanciar-se da pretendida reinserção social.

Para finalizar, os entrevistados se colocaram em relação à compreensão que têm em torno da evolução do seu tratamento a partir da participação das suas famílias. Constatamos que, 86,3% afirmaram que com a participação de seus familiares houve uma melhora em seu tratamento; 9,0% disseram que se houvesse o acompanhamento da família teriam um tratamento e recuperação bem melhor e 4,5% responderam que por não terem família investe em sua força de vontade, fator relevante para o tratamento. Sobre isso destacas as seguintes falas:

Apesar de ter sido pouco a participação da minha família, eu percebo que eles me ajudaram. Mesmo ausentes, [...] conseguiram me ajudar, e eu com minha força de vontade cheguei ao estado que estou hoje [...] (Entrevista 03).

Bom essa eu não posso dizer porque minha família não vem não, eu estou bem com a minha força de vontade, realmente se minha família viesse aqui seria bem melhor (Entrevista 04).

Os depoimentos no geral demonstram que a participação familiar no tratamento da dependência química é extremamente relevante, contudo, não se constitui como elemento preponderante para alguns, pois consideram que o desempenho do tratamento vem da força de

vontade do dependente; enquanto que outros atribuem esse desempenho à presença da família e também à força de vontade. A participação da família ajuda a reduzir o consumo da droga, a manter a abstinência ou a começar ou dar continuidade ao tratamento. Por outro lado, a ausência dos familiares, quase sempre, se constitui num fator limitador do processo de recuperação do dependente. Além de questões referentes às condições socioeconômicas tanto do usuário como da família.

Nesse sentido, cabe investir em atividades que aproximem o usuário e família, afim de que ambos se conheçam, compreendam as dificuldades que passam ao enfrentar o problema.

Portanto, podemos afirmar que a família representa um complemento no tratamento da dependência química. A sua participação ativa nesse processo qualifica o tratamento, muito embora, ela não deva ser considerada a única responsável pelo sucesso ou insucesso desse processo, haja vista o que foi afirmado anteriormente: o papel determinante nesse processo é do Estado, enquanto responsável pelo respeito e garantia dos direitos de cidadania.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dependência química está associada a diversos fatores que envolvem questões econômicas e sociais, dentre estas encontra-se a família e o contexto em que ela se desenvolve. A estrutura familiar tanto pode contribuir para que se chegue a um quadro de dependência química, quanto pode influenciar na melhoria do seu tratamento.

Nesse sentido, o papel da família é relevante nesse processo, pois na medida em que ela se envolve há um resgate e fortalecimento dos vínculos afetivos e sociais. Nessa perspectiva torna-se parceira da equipe de saúde no que diz respeito aos cuidados com o usuário dependente químico, transmitindo-lhes segurança e apoio (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2007).

A dependência química provoca efeitos drásticos, principalmente no contexto familiar. Nesse sentido, é que os CAPS passam a incluir a família no tratamento, que se constitui como base fundamental no processo de reinserção da pessoa em sofrimento psíquico e com dependência química tanto na sociedade como no próprio ambiente familiar.

O enfrentamento da dependência química é algo complexo e requer vínculos familiares firmes que estimulem o tratamento do usuário. Entendê-lo e ajudá-lo, ajudando a si própria, posto que o problema atinge a ambos - família e dependente.

Na realidade dos usuários do CAPS ad de Campina Grande/PB, o significado atribuído por estes ao papel da família no processo de tratamento da dependência química reforça a importância da participação dos familiares nesse processo, principalmente em relação aos resultados positivos do tratamento.

A família por ser, muitas vezes, o único e principal vínculo que o usuário possui, torna-se um dos principais focos de atenção do trabalho do CAPS ad. O familiar torna-se “facilitador nas ações de promoção da saúde mental e de inserção do indivíduo em seu meio” (SCHRANK; OLSCHOWSKY 2007). Nesse sentido, não se pode esquecer o papel do Estado no que diz respeito à garantia de direitos, uma vez que a dependência química consistiu um problema social e demanda uma intervenção sistemática a partir das políticas sociais públicas.

Portanto, entendemos que a atuação da família é fundamental ao longo da jornada de recuperação do dependente químico. Os resultados mais satisfatórios são identificados entre os que enfrentam a dependência junto com a família. Dessa forma, a retomada da vida social e profissional se coloca como uma perspectiva mais próxima da realidade.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. F. et al. Uma breve história da Reforma Psiquiátrica. In: **Neurobiologia**, 72 (1): Recife, 2009. p. 85 – 96.

AMARANTE, P. **Loucos pela Vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho? : Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho**. São Paulo: Cortez, 1995.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 70° Ed. Lisboa: Persona; 1997.

BIASOLI-ALVES, Z. Relações Familiares. In: **Texto e Contexto**. V.8. N°2. Florianópolis: UFSC, 1999.

BISPO, P. **Quando o dependente químico é um colaborador, o que fazer?** Disponível em: <http://www.rh.com.br/Portal/Qualidade_de_Vida/Entrevista/7371/quando-o-ependente-quimico-e-um-colaborador-o-que-fazer.htm>. Acesso em: 23 Jun. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle dos Problemas Relacionados com o Consumo de Alcool (PRONAL)**. Brasília: Ministério da Saúde/Disan, 1981.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portarias 336/02**: CAPS – Nova sistemática de cadastramento, funcionamento e registro de dados epidemiológicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. In: **Documento apresentado á Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 Anos depois de Caracas**. Secretária de Atenção á Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Brasília: OPAS, 2005.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Fé na Prevenção**: conversando sobre drogas com pais e responsáveis. Brasília: 2010a.

BRASIL, Ministério da Saúde . Abordagens Terapêuticas a Usuários de Cocaína/Crack no Sistema Único de Saúde, 2010b.

BROECKER, C. Z; JOU, G. I. **Práticas educativas parentais**: a percepção de adolescente com e sem dependência química. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-82712007000200015&script=sci_arttext. Acesso em: 08 Mai.2012.

CASTRO, P; SOUZA, C. M. **Uso de Drogas entre adolescentes e jovens mulheres**: uma revisão da literatura. Disponível em: <<http://www.movpelavida.com.br/Movpelavida%20-%20Arquivos%20em%20PDF/Usode%20Drogas%20entre%20Adolescentes.pdf>>. Acesso em: 08 Mai. 2012.

COTRIM, B. C. **DROGAS**: Mitos e Verdades. São Paulo, Ática, 1997.

DALMOLIN. B. M. A trajetória da saúde mental no Brasil: da exclusão a um novo modelo. In: **O mundo da saúde**. N° 01. São Paulo, 2000. p. 51-58.

FIGLIE, N. B. **O Tratamento da Família na Dependência Química**. Disponível em: <http://adroga.casadia.org/codependencia/codependencia_tratamento_familia_dependencia.htm>. Acesso em: 21 Jun. 2011.

FOUCAULT, M. **A História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1997.

GRUNPETER, P. V; COSTA, T. C. R; MUSTAFÁ, M. A. M. O Movimento da luta Antimanicomial no Brasil e os Direitos Humanos dos Portadores de Transtornos Mentais. Florianópolis, 2007. P. 511-520.

MEDEIROS, C.; MEDEIROS, V. **Dependência química e codependência**: uma abordagem sociocultural. João Pessoa: CEFET-PB, 2003.

LOBOSQUE, A. M. (org.) et al. **Saúde em casa**. Atenção em Saúde Mental. Belo Horizonte: Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais, 2006.

NERY FILHO, A. T.; TORRES, I. M. A. P. **Drogas**: Isso lhe interessa?. Salvador: Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas, 2002.

PEREIRA, J. F. **O que é a loucura**. 3º ed. São Paulo: Brasiliense, 1984.

SILVEIRA, L. **Para além de anjos, loucos ou demônios**: um estudo sobre modos de subjetivação da loucura, a partir das experiências religiosas de usuários de um CAPS, nas igrejas pentecostais, em um município no interior da Bahia. 2008. 251f. Dissertação (Mestrado em saúde coletiva). Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2008.

SCHRANK, G; OLSCHOWSKY, A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. In: **Esc. Enferm.** Rio de Janeiro: USP, 2008.

VIEIRA, P. P. Reflexões sobre A História da Loucura de Michel Foucault. In: **Aulas**. N° 3. São Paulo, 2006. p. 1-21.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Roteiro de Entrevista Semiestruturada



Universidade Estadual da Paraíba

Comitê de Ética em Pesquisa

Projeto de Pesquisa: PARTICIPAÇÃO FAMILIAR: um estudo realizado no CAPS AD em Campina Grande/Pb

Pesquisadora: Viviane Guedes Gonçalves de Moura

Orientadora: Alecsonia Pereira Araújo

ROTEIRO DE ENTREVISTA (USUÁRIOS)

ENTREVISTA N.º. _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

◆ Dados do usuário

1) Sexo: Feminino () Masculino ()

2) Idade: _____

3) Estado Civil: Solteiro (a) () Casado (a) () Outros ()

4) Filhos: Sim () Não () Quantos _____

5) Nível de Escolaridade:

6) Bairro onde reside _____

7) Reside com quantas pessoas?

8) Tipo de moradia:

Própria () Alugada () Compartilhada () Outras () _____

9) Inserção no mundo do trabalho:

Trab. Formal () Desempregado () Pensionista () Do lar () Aposentado ()

Estudante () Trab. Informal () Bicos () outros () _____

► Caso esteja trabalhando:

9.1) Qual a atividade de trabalho?

9.2) Local de trabalho?

9.3) Caso esteja desempregado, há quanto tempo?

10) Quantas pessoas trabalham na família?

11) Renda familiar (Mensal):

Sem renda () Abaixo de $\frac{1}{2}$ S M () 1 S M () De 1 a 2 S M ()

De 2 a 5 S M () Acima de 5 S M ()

12) A renda atende as necessidades de sua família?

Sim () Não ()

QUESTÕES REFERENTES AO OBJETO DE ESTUDO

1) Os seus familiares costumam participar das atividades da instituição CAPS AD que são direcionadas à família?

2) Como você define o papel da sua família no seu tratamento?

3) Você considera que as atividades desenvolvidas pelos profissionais que são direcionadas à família contribuem de alguma forma no tratamento do usuário?

4) Você considera que a participação da família nas atividades traz algum tipo de influência ao tratamento do usuário?

5) Você conhece o seu papel no tratamento do seu familiar/usuário?

6) Você considera que a instituição, por parte dos profissionais consegue orientar e esclarecer o papel da família no tratamento do usuário?

7) Como você avalia a qualidade dos serviços prestados pelo CAPS AD?

8) O que fazer para melhorar a qualidade dos serviços no CAPS AD?

9) Você percebe mudanças/melhora no seu tratamento com a participação de sua família nas atividades do CAPS AD?

ANEXOS

ANEXO A – Formulário de Parecer do CEP - UEPB



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB

PROJETO: CAAE N: 0422.0.133.000-11

PARECER

APROVADO

NÃO APROVADO

PENDENTE

TÍTULO: PARTICIPAÇÃO FAMILIAR: um estudo realizado no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) em Campina Grande/Pb

PESQUISADOR: ALECSÔNIA PEREIRA ARAUJO

DESCRIÇÃO: Considerando que o projeto de pesquisa atende as exigências listadas no check-list do CEP/UEPB, somos de parecer favorável ao desenvolvimento da pesquisa pelo cumprimento das considerações éticas necessárias.

Campina Grande, 27/09/2011

Relator: 08

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Profª Dra. Domilúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO B – Comprovante de aprovação

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA-UEPB
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA- PRPGP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
COMPROVANTE SISNEP

Andamento do projeto - CAAE - 0422.0.133.000-11

Título do Projeto de Pesquisa				
PARTICIPAÇÃO FAMILIAR: um estudo realizado no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) em Campina Grande/Pb				
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	23/08/2011 12:30:52	27/09/2011 13:47:18		

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	26/07/2011 11:17:41	Folha de Rosto	FR448774	Pesquisador
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	23/08/2011 12:30:52	Folha de Rosto	0422.0.133.000-11	CEP
3 - Protocolo Aprovado no CEP	27/09/2011 13:47:18	Folha de Rosto	0422.0.133.000-11	CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA/
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA


Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE



Universidade Estadual da Paraíba
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “**PARTICIPAÇÃO FAMILIAR**: um estudo realizado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS AD) em Campina Grande/PB”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **PARTICIPAÇÃO FAMILIAR**: um estudo realizado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS AD) em Campina Grande/P, que tem como objetivo geral analisar a participação da família nos resultados do tratamento dos usuários atendidos no CAPS AD.

Ao voluntário só caberá a autorização para realizar a entrevista, do tipo semi-estrutura e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 87728450 com Viviane Guedes Gonçalves de Moura.

- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante

Assinatura Dactiloscópica
Participante da pesquisa

