

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

Eduarda Carolina Altenhofer

Implicações na saúde mental da mulher cuidadora do usuário de álcool e outras drogas

Porto Alegre

2023

Nome	Luiza Bohnen Souza	Eduarda Carolina Altenhofer
Formação	Mestre em Enfermagem pela UFRGS	Psicóloga
Vinculação	37427 - Enfermeira Serviço de Enfermagem em Psiquiatria Infantil e Adições Pesquisador responsável	79463 - Aluno especialização HCPA Assistente de pesquisa
Funções que desempenha no projeto	Analisar dados coletados; Assinar documentos encaminhados ao CEP; Cadastrar e atualizar projeto; Gerenciar estudo; Realizar comunicação CEP; Realizar consultas de pesquisa.	Analisar dados coletados; Aplicar instrumentos de coletas de dados; Assinar documentos encaminhados ao CEP; Cadastrar e atualizar projeto; Conduzir processo de consentimento; Organizar material de estudo; Realizar consultas de pesquisa; Realizar entrevistas de pesquisa.

EDUARDA CAROLINA ALTENHOFER

Implicações na saúde mental da mulher cuidadora do usuário de álcool e outras drogas

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em atenção integral ao usuário de drogas.

Orientadora: Ms. Luiza Bohnen Souza

Porto Alegre

2023

CIP - Catalogação na Publicação

Altenhofer, Eduarda Carolina
Implicações na saúde mental da mulher cuidadora do
usuário de álcool e outras drogas / Eduarda Carolina
Altenhofer. -- 2023.
38 f.
Orientador: Luiza Bohnen Souza.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de
Clínicas de Porto Alegre, Programa de Residência
Integrada Multiprofissional em Saúde, Porto Alegre,
BR-RS, 2023.

1. uso de substâncias. 2. família. 3. saúde da
mulher. 4. saúde mental. I. Souza, Luiza Bohnen,
orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	05
1.1 APRESENTAÇÃO DO TEMA.....	05
1.2 JUSTIFICATIVA.....	07
1.3 QUESTÃO NORTEADORA.....	09
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	10
2.1 USO DE DROGAS.....	10
2.2 A FAMÍLIA NO CUIDADO COM O USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....	11
2.3 A MULHER NO CUIDADO.....	13
3 OBJETIVOS.....	16
3.1 OBJETIVO GERAL.....	16
4 METODOLOGIA.....	17
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	17
4.2 LOCAL.....	17
4.3 PARTICIPANTES.....	17
4.4 COLETA DE DADOS.....	18
4.5 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS.....	19
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	19
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	21
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS.....	31
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	37

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO DO TEMA

No âmbito do SUS, na década de 1970 e parte de 1980, o movimento da Reforma Psiquiátrica fortaleceu o pensamento crítico à institucionalização da loucura. A partir disso, no final da década de 1980, surge a iniciativa para criação de serviços com práticas inovadoras em saúde mental. O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) foi criado em São Paulo e teve o objetivo de oferecer cuidado intensivo a usuários com quadro psiquiátrico grave sem necessitar de hospitalização, sendo vista como uma estratégia alternativa ou intermediária à internação hospitalar, assim como segue sendo até hoje (AMARANTE; OLIVEIRA, 2018).

Para a política de saúde mental no SUS, a Portaria/GM nº 336, de 19/02 de 2002 foi um marco onde se redefiniu os CAPS em relação à sua organização, porte e especificidade do público atendido. A partir desta Portaria, passaram a existir CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi (infantil ou infanto-juvenil) e CAPSad (álcool e outras drogas). No ano de 2011, foi instituída a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) a partir da Portaria GM/MS nº 3.088 de 23/12 de 2011. A RAPS torna possível um novo olhar ao conjunto das ações em saúde mental no SUS, sendo definidos como principais objetivos: a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população nos diferentes níveis de complexidade; a promoção do acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2002; BRASIL, 2011).

Pensando no tratamento para usuários de álcool e outras drogas no Brasil, o CAPS AD é o principal dispositivo previsto na RAPS para a articulação do cuidado desses usuários. Este dispositivo prevê, de acordo com a Portaria nº 336 de 2002: 1. atendimento individual, sendo este, medicamentoso, psicoterápico, de orientação, etc; 2. atendimento em grupos, sendo este, terapêutico, grupo operativo, atividades de suporte social, etc; 3. atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; 4. visitas e atendimentos domiciliares; 5. atendimento à família; 6. atividades comunitárias focando na integração do usuário na comunidade e sua inserção familiar e social e 7. atendimento de desintoxicação (BRASIL, 2002).

O tratamento para o usuário de álcool e outras drogas no âmbito do SUS prevê um cuidado integral do sujeito, prestado por equipes multiprofissionais. Este trabalho é voltado para uma linha de cuidado ampliado, que entende os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas como uma questão multifatorial, que se dá dentro de um contexto biopsicossocial complexo, e que por este motivo, demanda de um cuidado terapêutico singular articulado com os diversos serviços da RAPS (BRASIL, 2002).

Quando uma pessoa é atendida em um CAPS, ela tem acesso a vários recursos terapêuticos. Em relação ao atendimento familiar, é previsto: atendimento nuclear e a grupo de familiares; atendimento individualizado a familiares; visitas domiciliares; atividades de ensino e lazer com familiares. Além disso, entende-se a importância dos familiares estarem integrados com o serviço para um efetivo desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular do usuário (BRASIL, 2004).

Entre as modalidades de tratamento adotadas para tratamento do uso de álcool e outras drogas, as mais comumente utilizadas são as internações em comunidades terapêuticas (CT), clínicas de desintoxicação, atendimentos nos CAPS AD e a participação de grupos de apoio, também chamados de grupos de auto-ajuda. As CTs são modalidades de atenção à saúde surgidas na Grã-Bretanha na década de 1940, utilizadas para tratamento de pacientes psiquiátricos crônicos e posteriormente adaptadas à terapêutica de dependentes químicos. Constituem-se em espaços de tratamento de longo prazo para usuários, onde os mesmos, precisam permanecer um período, de geralmente, nove meses sem qualquer recaída para obterem alta. A partir de então, podem permanecer na instituição, trabalhando como monitores, se assim desejarem (DE LEON, 2003).

As clínicas de desintoxicação podem ser centros de tratamento específico, destinado a usuários, como também leitos demarcados em hospitais gerais públicos ou privados, consistindo de uma forma relativamente segura, que visa monitorar sintomas de abstinência. Para Laranjeira e Romano (2004) a desintoxicação é a primeira fase do tratamento, associada a altos índices de recaída. Nesta modalidade terapêutica, os índices de abstinência após a alta são relativamente maiores quando o paciente é acompanhado por cuidados ambulatoriais posteriores ou nos CAPS AD.

Como opção terapêutica destacam-se, ainda, os grupos de auto-ajuda, coordenados por ex-usuários ou algum familiar envolvido com uso de drogas. Destacam-se os AAs (Alcoólicos Anônimos) e os NAs (Narcóticos Anônimos), reconhecidos e atuantes nos cinco continentes desde 1935, tendo sua origem nos Estados Unidos e posteriormente, difundido ao redor do mundo (FILZOLA, *et al.*, 2009).

Pesquisas na área dos transtornos por uso de substâncias têm mostrado a importância da proximidade da família no tratamento, sendo um fator de proteção e prevenção a recaída (PAZ; COLOSSI, 2013). A inclusão da família no tratamento oportuniza a mudança nos padrões familiares, contribuindo para uma dinâmica familiar funcional (SCHENKER; MINAYO, 2003), pois de acordo com Payá (2011) a família com um membro usuário de substâncias, pode ser considerada como uma rede de inter-relações, na qual seus valores, crenças, emoções e comportamentos, influenciam os membros da família e são, por ela, influenciados.

A família implicada no cuidado do usuário de substâncias também pode vir a manifestar sofrimento por meio de sintomas físicos e/ou psicológicos. Por isso, a família do usuário de drogas torna-se uma população vulnerável que necessita de atenção e apoio (BRAUN; DELLAZZANA-ZANON; HALPERN, 2014). Neste papel de família cuidadora, destaca-se a presença da mulher como principal referência de cuidado do usuário de substâncias em tratamento (ELOIA, *et al.*, 2018).

Socialmente se designa a mulher a tarefa de cuidadora de seus familiares adoecidos, sejam eles homens ou mulheres (McGOLDRICK, 2011), por este fato, quando se pensa na família como apoio para o usuário de substâncias, não se pode desviar o olhar a respeito da perspectiva de gênero nesta história. A mulher, tendo o papel de principal rede de apoio deste usuário, passa a conviver com essa realidade do cuidado e pode, em algum momento, demonstrar certa sobrecarga e sofrimento por não saber como lidar com conflitos que podem advir deste. Neste sentido, o trabalho da equipe multidisciplinar com o usuário de álcool e outras drogas se mostra ainda mais necessário (ALVAREZ, *et al.*, 2012).

1.2 JUSTIFICATIVA

O consumo de drogas pode refletir de maneira negativa em nossa sociedade, tanto pelas questões de saúde quanto pelos problemas sociais que lhe acompanham. Além disso, podem ocorrer exposições a situações de risco, rompimento dos vínculos familiares, envolvimento em processos judiciais e o desencadeamento de outros transtornos mentais, como a depressão (BARROS; TUCCI, 2018).

Estudos que procuram compreender e conceituar problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2018; CARTER; McGOLDRICK, 2011), entendem este fenômeno como complexo, permeado por uma multifatoriedade de fatores biopsicossociais que podem vir a influenciar a vida do indivíduo.

A família é um dos sistemas que requerem maior atenção nesse processo, por se constituir em uma das principais fontes de fatores de risco e de proteção nos estágios de desenvolvimento psicológico do indivíduo (ORTH; MORÉ, 2017).

Na dinâmica familiar do usuário de drogas do sexo masculino, percebe-se que a figura materna mantém um comportamento superprotetor, permissivo com o usuário, e ainda, ocupando uma posição favorecida em relação aos outros filhos. As mães geralmente descrevem os filhos usuários como bem educados e afirmando que nunca deram trabalho (CARTER; McGOLDRICK, 2011). Há uma questão de gênero do aspecto do cuidar, ou seja, como em outras doenças, as mulheres são as mais envolvidas com o tratamento do usuário, tornando-se a principal referência de cuidado e afeto na família (ORTH; MORÉ, 2017).

Quando uma mulher engravida, alguns sentimentos estão enraizados em nossas representações sociais sobre a maternidade. Desde a descoberta da gravidez, as mulheres vivenciam uma espécie de cultura da culpa da mãe, pois, a partir do momento em que descobrem que estão gestantes, tem início um intenso processo de controle sobre as ações da mulher, o que pode comer ou beber, perguntas acerca da escolha do tipo do parto e a sua postura no pós-parto, e após tudo isso, perguntas referentes a educação da criança (LOPES, 2017).

O comportamento da mulher/mãe é frequentemente observado e julgado, sendo vista, em alguns momentos, com desconfiança pelas pessoas de seu convívio e pela sociedade, e ainda, não raro, por elas mesmas. Ainda hoje, a relação culpa e maternidade é presente na vida das mães, especialmente aquelas cujos filhos possuem algum transtorno mental, embora esse fenômeno possa se expressar de diferentes modos e com diversos porta-vozes (LOPES, 2017).

Badinter, uma referência na literatura acerca do papel da mulher na maternidade, discorre sobre a visão de que historicamente, quando tomaram o cuidado dos filhos para si, as mulheres passaram a ter um lugar de destaque na sociedade. Neste papel, podem existir duas visões distintas pois, na medida em que o papel da mulher se voltava para a maternidade, poderia prendê-la a este status, restringindo-a de outras possibilidades de atuação na sociedade (BADINTER, 1985).

Historicamente, ao desenhar a família, os homens são designados ao papel de chefes de família, sendo donos dos filhos e da esposa, enquanto as mulheres deveriam se ocupar do papel de cuidar dos filhos e da casa (BADINTER, 1985). Na família que possui um usuário de álcool e outras drogas, as relações familiares, frequentemente, estão fragilizadas. O suporte familiar e social que poderiam contribuir no cuidado do usuário, em geral, não se faz

muito presente, ou é inexistente, tendo um limite claro entre já ter ajudado e ajudar novamente, diante do fato da dificuldade em auxiliar no tratamento de usuários de substâncias. Diante desse suporte familiar fragilizado em decorrência do uso de substâncias, as mulheres que cuidam destes usuários acabam por se sentir sozinhas nos cuidados, experimentando sentimentos de solidão, culpa e esperança em poder ajudar o usuário (MENANDRO; GARCIA; ULIANA, 2019).

1.3 QUESTÃO NORTEADORA

Considerando o exposto anteriormente, o presente estudo busca responder a seguinte questão norteadora: Quais as implicações na saúde mental da mulher cuidadora de um usuário de álcool e outras drogas?

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 USO DE DROGAS

O uso de substâncias psicoativas acompanha o desenvolvimento de nossa sociedade, desenvolvendo-se também novas drogas e maneiras diferentes de serem utilizadas, interferindo de forma negativa e tornando-se um problema de saúde pública (SILVA, 2011). No Brasil, de acordo com a lei nº 11.343/2006, Art. 1º: “*consideram-se como drogas as substâncias ou os produtos capazes de causar dependência*” (BRASIL, 2006).

As drogas podem ser classificadas como lícitas ou ilícitas. A primeira se refere às drogas que possuem autorização para que sejam produzidas, consumidas e comercializadas, como o álcool e o tabaco. As drogas ilícitas não possuem legislação que permita sua produção, consumo e comercialização (SCHEIN; PRATI, 2014).

Ao fazer uso de drogas, o Sistema de Recompensa Cerebral é ativado. Esse sistema auxilia na busca repetitiva pelo prazer, que pode estar relacionado a diversas situações, como alimentação e exercícios físicos, por exemplo. Porém, ao alimentar-se, o sujeito realiza uma busca natural de prazer (MITSUHIRO, 2013).

As drogas são maneiras artificiais de adquirir prazer, agindo como estímulos mais intensos do que os naturais. Dessa forma, quando ocorre o uso abusivo de substâncias, o prazer natural passa a ocupar um papel secundário na vida do indivíduo, que buscará, em primeiro lugar, a sensação de prazer no uso de substâncias (MITSUHIRO, 2013).

As drogas podem ser naturais ou artificiais, atuando de formas diferentes no cérebro, proporcionando sensações de alívio do medo, frustrações e angústias, além de produzir alterações nas percepções e sensações (ESTEFENON; MOURA, 2002). Além disso, Estefenon e Moura (2002) referem que as drogas podem ser classificadas de acordo com seus efeitos no Sistema Nervoso Central (SNC): drogas depressoras (como álcool, ansiolíticos e opiáceos), drogas estimulantes (como ecstasy, cocaína e crack) e drogas perturbadoras (como *cannabis* e LSD).

De acordo com o DSM V (APA, 2014), o Transtorno por Uso de Substâncias inclui mudanças físicas e comportamentais, acompanhadas por tolerância, abstinência e fissuras. Além disso, esse transtorno apresenta como característica alterações nos circuitos cerebrais, que podem permanecer mesmo após cessar o uso. Essas alterações resultam na fissura, principalmente quando o sujeito se depara com situações que atuam como estímulos para o uso de substâncias.

O álcool, por ser uma substância aceita pela sociedade, prolonga a percepção do usuário a respeito do uso abusivo como um problema de saúde. Em geral, usuários de álcool quando chegam para tratamento, já estão em idade avançada, pois este uso é entendido como prejudicial apenas quando começa a gerar conflitos em suas relações interpessoais. Há uma diferença com outras drogas não legalizadas, em que o uso, causa um espanto maior nas pessoas próximas ao usuário, e que de imediato, buscam alguma ajuda (FILZOLA, *et al.*, 2009).

O consumo de drogas é uma prática humana universal e histórica. Desde os primórdios, a humanidade utiliza de drogas em cerimônias religiosas, lazer, ou até mesmo com a finalidade curativa. Entretanto, no decorrer dos séculos, o uso de drogas na sociedade acentuou-se, levando a problemas de saúde relacionados ao abuso das substâncias e até, à impactos sociais. Nos dias de hoje, o uso de substâncias tem se tornado uma prática comum, levando a sociedade a debater o tema, em busca de estratégias de enfrentamento para esta problemática social e de saúde (SOCCOL, *et al.*, 2014).

2.2 A FAMÍLIA NO TRATAMENTO DO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Quando se pensa no significado de família, deve-se considerar que não se trata de um único modelo de configuração, mas sim de diversos modelos, que se organizam de diferentes formas, de acordo com as especificidades e características de cada membro. Podendo possuir diferentes tipos de vínculos, alguns com um elo sanguíneo e outros não, e todos sendo considerados família. Definir família não é uma tarefa fácil, pois existem diversas configurações e o que de fato a define, é quem o sujeito reconhece e considera como tal (SEADI; OLIVEIRA, 2009)

A literatura existente ressalta a importância da família no tratamento para problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas (SEADI; OLIVEIRA, 2009; BRASIL, 2004; BEATITE, 2017; MOREIRA, 2004). Fliglie, Bordin & Laranjeira (2010) apontam o acompanhamento familiar como modalidade terapêutica que contribui para a mudança do comportamento abusivo e qualidade de vida familiar. Com isso, do ponto de vista sistêmico, o problema com uso de álcool e outras drogas pode ser entendido como sintoma da família, em que o usuário não é apenas o paciente identificado, mas todo o sistema familiar. Assim, a família busca ajuda para o usuário sem, contudo, modificar suas relações. Com isso, o sujeito sintomático parece ficar refém de uma família que resiste a mudanças (PAYÁ, 2011).

O problema com adição está a serviço da manutenção da homeostase familiar, encobrindo conflitos arraigados à estrutura familiar. Assim, a melhora do usuário pode revelar conflitos que a família não sabe como lidar, desequilibrando o sistema. Deste modo, os benefícios da terapia familiar sistêmica nesses contextos são associados à reorganização do sistema familiar, estabelecendo assim, a possibilidade de novos arranjos familiares bem como a melhora dos padrões de comunicação, dos limites e das fronteiras entre os subsistemas (PAYÁ, 2011).

Os estudos de familiares de dependentes químicos trazem um conceito antigo e conhecido chamado codependência (MARINHO; SOUZA; TEIXEIRA, 2015). Entende-se que, quando dentro de um núcleo familiar algum membro desenvolve um problema com o uso de substâncias, esta família fragilizada emocionalmente diante da situação, tomada por sentimentos de desespero e impotência, pode passar a intervir de todas as formas possíveis para auxiliar na superação do sofrimento do membro (BEATTIE, 2017).

Codependentes são esses familiares, normalmente cônjuge ou companheiro(a), que vivem em função da pessoa problemática, fazendo deste cuidado obsessivo a grande razão de suas vidas, sentindo-se úteis e com objetivos apenas quando estão diante do dependente e de seus problemas (BEATTIE, 2017). O codependente torna-se uma pessoa com preocupações crônicas em demasia, incapaz de cuidar de si mesmo, pois perdeu a identidade em função dos cuidados com o outro. Na codependência, tanto o familiar, quanto o adicto estão doentes e precisam ser submetidos a tratamentos referentes a cada demanda apresentada (MARINHO; SOUZA; TEIXEIRA, 2015).

Podem ser fatores de risco para o uso de substâncias: problemas com uso de álcool de um dos pais, transmissão genética familiar, separação dos pais, estrutura e relação afetiva familiar, dificuldade de comunicação com os pais na adolescência (DE MICHELI; FORMIGONI, 2001), porém, ainda que essas condições possam ser consideradas, parecem tentativas lineares de compreensão do fenômeno. Situações familiares de maior risco e vulnerabilidade para o uso de álcool e outras drogas são apontados como os contextos de violência intrafamiliar e/ou o uso de substâncias por um dos progenitores. Ainda, a comunicação conflituosa, a presença de conflitos conjugais, geracionais ou a existência de alianças intergeracionais, e, por fim, os modelos repetitivos de perpetuação do uso de drogas em um ambiente familiar desfavorável ao afeto são aspectos que devem ser levados em consideração para um possível início de uso de substâncias nos filhos (HORTA; HORTA; PINHEIRO, 2006).

Considerando aspectos terapêuticos, Fligie, Bordin e Laranjeira (2010) referem a importância da família e rede social como fatores de motivação ao tratamento e à recuperação. Desta forma, o uso de álcool e outras drogas é concebido como sintoma, como forma de comunicação ou expressão da crise (MOREIRA, 2004). Fligie, *et al.*, (2004) referem o uso de drogas como uma incapacidade de entrar em contato com crises individuais e/ou sociais, numa tentativa de resolução de processos existenciais frente às angústias e características da modernidade.

Nesse sentido, compreender a dinâmica da família do usuário possibilita não apenas o entendimento que o sintoma exerce sobre seus membros, como pode ser capaz de apontar possibilidades de intervenção para as equipes de saúde. Após a identificação da dinâmica familiar pode-se pensar em recuperação, não apenas do usuário, mas do sistema familiar em que está inserido. Assim, ao ampliar a compreensão do fenômeno para o usuário e seu contexto familiar, identificando aspectos que favorecem e perpetuam a sintomatologia, parece ser possível construir novas possibilidades de intervenção, de modo a minimizar o sofrimento e restaurar relações afetivas e individualidades prejudicadas pelo contexto de uso e/ou abuso de substâncias. A intervenção na família torna possível a transformação do contexto do qual o usuário faz parte, tocando e sendo tocado por ele (CLAUS, *et al.*, 2018).

2.3 A MULHER NO CUIDADO

O cuidado às pessoas que têm problemas com o uso de álcool e outras drogas tende a ocasionar impacto no cotidiano familiar, o que pode vir a causar algum sofrimento advindo deste (CAMPOS; RAMALHO; ZANELLO, 2017). Em virtude destas situações, acredita-se que os cuidadores necessitam ser considerados e assistidos a partir das estratégias de cuidado dos profissionais de saúde. A atenção ao cuidador deste usuário necessita que estes profissionais tenham um envolvimento baseado na relação de ajuda e de compreensão, buscando desenvolver habilidades como o afeto, respeito e a escuta sensível (DIAS; SILVA, 2010).

Pesquisas no campo dos serviços de saúde mental (GOMES; SILVA; BATISTA, 2018; BATISTA, *et al.*, 2013), discorrem acerca do fenômeno da sobrecarga relatado por cuidadores. Este conceito envolve duas dimensões: objetiva e subjetiva. A primeira refere-se às consequências negativas geradas pelo papel de cuidador, como alterações na rotina, diminuição da vida social e profissional, perdas financeiras, entre outros; a segunda se trata

do aspecto subjetivo da sobrecarga que remete às percepções, preocupações, sentimentos negativos e incômodos gerados por se tornar cuidador (KEBBE, *et. al.*, 2014).

Os aspectos objetivos e subjetivos da vivência de sobrecarga pelo familiar são diretamente influenciados pelos valores e representações acerca da doença mental que cada indivíduo possui, e que são resultado de sua história de vida, seu contexto cultural, social, etc. Em situações de estresse, esses valores e crenças influenciam tanto a vivência emocional quanto a maneira de lidar com situações concretas (BATISTA, *et. al.*, 2013). Portanto, é preciso também pensar na questão da sobrecarga, considerando o contexto do familiar cuidador em sofrimento.

O contexto no qual o cuidador está inserido, pode incluir preconceito e estigmatização relacionado à doença mental, sobretudo quando comparados aos outros cuidadores. Consequentemente, é possível dizer que os cuidadores em saúde mental são mais propensos ao desenvolvimento de sobrecargas, principalmente os que estão mais próximos ao familiar em tratamento (ALBUQUERQUE; CINTRA; BANDEIRA, 2010). Acredita-se na necessidade de aperfeiçoamento e intensificação de ações desenvolvidas pelos serviços de saúde mental no apoio e orientação aos familiares. Pois compreende-se que a sobrecarga dos cuidadores deve ser tratada como parte do processo de reabilitação psicossocial por equipe multiprofissional (BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007). Muitos são os fatores preditores de sobrecarga advinda do cuidado contínuo do familiar em sofrimento mental, como os sintomas, as perdas ocupacionais e financeiras e a perda de suporte social decorrentes da doença. Portanto, a dificuldade do cuidador de encontrar tempo para o próprio cuidado, em razão da dedicação exclusiva ao familiar, o torna, também, alvo de atenção dos serviços de saúde mental (CARDOSO, *et. al.*, 2012).

Em relação ao perfil do cuidador, a revisão da literatura mostra que, frequentemente, o desempenho das tarefas de cuidado com o usuário é de atribuição feminina (CAMPOS; RAMALHO; ZANELLO, 2017). De maneira geral, a delegação do cuidado segue os costumes históricos, que depositam no homem o papel do sustento material da família e a autoridade moral e na mulher o papel da organização da vida familiar, do cuidado dos parentes e de tudo que se relacione à vida doméstica. Percebe-se que essa realidade é vivenciada também pelas mulheres que atuam profissionalmente fora de casa, devido à pressão social e familiar, ocasionando possíveis conflitos familiares e sentimento de culpa (ELOIA, 2018).

As interfaces entre gênero e saúde mental ainda possuem pouca discussão. Esta invisibilidade causa impactos, especialmente às pessoas que têm algum sofrimento psíquico,

além de que, não são consideradas as experiências e os significados que o sofrimento psíquico e/ou o transtorno mental tem para aquelas e aqueles que os vivenciam (GOMES, 2021). Percebe-se a necessidade de atenção sobre o excesso de concepções de gênero estereotipadas presentes em discursos e práticas sobre a saúde mental de homens e mulheres. Um exemplo é a afirmação: “depressão é coisa de mulher”, onde pode se entender que mulheres são naturalmente mais frágeis e por isso, mais propensas (física ou psicologicamente) à enfermidade (ALVES, 2018).

Percebe-se a importância de analisar a estrutura global das condições femininas e masculinas através de uma perspectiva de gênero em vez de ver os sintomas como somente individuais e ligados a fenômenos biológicos ou psicológicos. Assim, priorizamos o gênero enquanto marcador sociocultural que se relaciona com a saúde mental (ALVES, 2018).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Compreender qual a visão da mulher cuidadora do usuário de álcool e outras drogas sobre as repercussões deste cuidado na sua saúde mental.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

A presente pesquisa trata-se de um estudo qualitativo de delineamento descritivo exploratório transversal, na qual objetivou-se compreender a percepção da mulher que exerce o papel de cuidadora do usuário de álcool e outras drogas acerca das repercussões deste cuidado em sua saúde mental. A pesquisa de abordagem qualitativa “trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes” (MINAYO, 2002, p. 21), sendo assim caracterizada por ocupar-se da profundidade dos fenômenos, não perpassando pela quantificação dos resultados. Já os estudos exploratórios buscam se familiarizar com o fenômeno a ser investigado, obtendo maiores informações sobre a temática e com o objetivo de deixá-los explícitos (GIL, 2017).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Internação da Psiquiatria de Adições e no Ambulatório de Adições do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). O HCPA é uma instituição pública e de alta complexidade, sendo vinculada academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e integrante, como hospital universitário, do Ministério da Educação (MEC). A internação é somente masculina e oferece 10 leitos SUS, e no ambulatório atende usuários de ambos os sexos a partir de 18 anos. O trabalho com os pacientes é conduzido por uma equipe multiprofissional constituída dos seguintes profissionais: médicos(as) psiquiatras, enfermeira, técnico(a) de enfermagem, psicóloga, assistente social, nutricionista, terapeuta ocupacional e profissional de educação física, assim como profissionais residentes de todas as áreas. As principais atividades realizadas nestes contextos são: atendimentos individuais, grupos e atendimentos de família.

4.3 PARTICIPANTES

Na pesquisa qualitativa recomenda-se um número de entrevistas, que geralmente flutua entre 15 e 25 entrevistas (GASKELL, 2007). Este estudo tinha como previsão atingir esta meta, porém pode-se prever que o número de participantes na pesquisa qualitativa varia

conforme as necessidades identificadas no decorrer, e de acordo com os resultados obtidos ao longo da mesma (FLICK, 2009).

As participantes do estudo foram 6 mulheres que são a principal rede de apoio no tratamento dos usuários acompanhados pela equipe, sendo 5 vinculadas ao ambulatório e 1 à internação. Como critérios de inclusão, determinou-se: 1. mulheres que possuem algum vínculo próximo cujo usuário está em tratamento na unidade de internação ou no ambulatório da adição; 2. que seja a mulher mais envolvida com o tratamento do usuário, indicada pela equipe do Serviço de Adição e que aceite participar da pesquisa. Como critérios de exclusão, foram considerados: 1. mulheres que não tiverem condições de participar da pesquisa presencial (locomoção, acesso à transporte) ou à distância (acesso a internet ou telefone).

As participantes foram selecionadas de diferentes formas: conforme indicação das equipes do Ambulatório e da Internação em reuniões de equipe, a partir do convite feito no grupo multifamiliar que ocorre no Ambulatório, e no grupo pré-visita de família que ocorre na Internação. A partir destas indicações, convites e do interesse da mulher em participar, a pesquisadora entrou em contato por telefone com as interessadas para formalizar a participação e então agendar a entrevista, que poderia ocorrer por chamada de vídeo ou presencialmente.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados da presente pesquisa se deu por meio de uma entrevista semi estruturada, com questões elaboradas pela pesquisadora (APÊNDICE A), além de um questionário sociodemográfico que era realizado no início da entrevista com o objetivo de caracterizar as participantes. O instrumento de coleta foi construído com o intuito de proporcionar a cada mulher a expressão de suas percepções a respeito de sua saúde mental frente ao cuidado do seu familiar usuário de drogas.

Esse instrumento é caracterizado por ter um roteiro previamente estruturado, apoiado em aspectos teóricos associados à temática em questão, em que se possa responder os objetivos da pesquisa, assim como a possibilidade de trazer novos dados para a temática. Assim, a entrevista semi estruturada utiliza os pontos de interesse do pesquisador como guia, ao mesmo tempo que permite a expressão do entrevistado (GIL, 2017).

Após a aprovação da pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, foi realizado o comunicado às equipes para que eles pudessem indicar participantes, assim como, o convite no grupo multifamiliar do ambulatório, e na pré-visita da internação. Após os

comunicados e convites, a pesquisadora entrou em contato com as mulheres que demonstraram interesse em participar para que então pudesse se ter de fato o aceite em participar da pesquisa, e assim, agendar os horários para a entrevista.

Para a maioria das participantes, foi possível a realização da entrevista de modo online. Apenas duas optaram pelo formato presencial. Todas foram agendadas com antecedência, e realizadas em sala privada, sem que houvesse comprometimento da assistência e do sigilo. Inicialmente, explicou-se sobre a pesquisa, foi realizada a apresentação e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Durante a realização das entrevistas, notou-se a necessidade de adaptação do texto do questionário, que falava a respeito do esgotamento diante da sobrecarga do cuidado, buscando a melhor compreensão da pergunta por parte das participantes do estudo, visto que era um assunto em comum para todas. As entrevistas tiveram seus áudios gravados, e após transcritos para a análise de dados. O processo de coleta de dados aconteceu de forma tranquila e sem empecilhos.

4.5 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

Para realizar a análise dos dados obtidos no estudo, utilizou-se o método de análise de dados de Bardin. Nesta análise, não existem aspectos prontos, apenas algumas normas norteadoras, que variam conforme as diferentes formas de comunicação (BARDIN, 2011). A análise de conteúdo ocorre por meio de três etapas, sendo elas: a pré-análise, que é a fase do desenvolvimento de um plano de análise, no qual é feita a sistematização das ideias, tornando a análise operacional; em seguida, ocorre a exploração do material, que é composta por um longo processo de codificação dos dados brutos para agregá-los em unidades; e, por fim, realiza-se o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação, que caracteriza-se por dar significados aos dados brutos coletados (BARDIN, 2011).

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo obedeceu aos princípios éticos previstos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, pela Lei Geral de Proteção de Dados (Lei No 13.709, de 14 de agosto de 2018) e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Os participantes, quando convidados pela pesquisadora, receberam uma explicação a respeito da pesquisa a ser realizada. A partir da concordância em participar,

e com a certeza da disponibilidade para participar da pesquisa presencialmente, foi acordado um horário em sala privativa para leitura, preenchimento e entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, para que a pesquisadora e o participante tivessem acesso ao termo. Na preferência da participante em realizar a entrevista de forma online, foi enviado pela plataforma de preferência da participante o modelo de TCLE online. Após isso, era realizada a entrevista. Foi resguardado aos participantes a voluntariedade, o anonimato e o direito a desistência em qualquer momento da pesquisa, assim como haverá a devolutiva aos participantes dos resultados encontrados no estudo. A maneira como esta devolutiva irá acontecer será combinada com as participantes posteriormente.

Os riscos associados ao estudo estão relacionados a possíveis desconfortos emocionais durante as entrevistas com o pesquisador, pois os participantes falam sobre aspectos de sua vida relacionados ao tratamento do seu familiar usuário de drogas. Dessa maneira, ressalta-se que foi assegurado ao participante a possibilidade de interrupção da entrevista. Caso houvessem desconfortos, as equipes de saúde da internação ou do ambulatório seriam comunicadas para a realização de atendimentos específicos. Não foi necessário a utilização deste recurso em nenhum momento em qualquer das entrevistas.

A participação neste estudo não previa benefício direto ao participante, porém prevê a contribuição para o aumento dos conhecimentos sobre o assunto estudado e os resultados poderão auxiliar a realização de estudos futuros, auxiliando na consolidação de políticas públicas na área. Os resultados do estudo poderão ser utilizados futuramente para fins acadêmicos e científicos, como apresentações em congressos, eventos ou publicações. E como compromisso e responsabilidade da pesquisadora, os resultados dessa pesquisa serão devolvidos aos sujeitos de pesquisa e às equipes de trabalho em saúde envolvidas, a fim de proporcionar a reflexão e servir como potencializador de construções de cuidado em saúde.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na Tabela 1, serão apresentados os dados de caracterização a fim de traçar o perfil das participantes.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes

Participantes	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Idade	72	34	59	61	59	71
Escolaridade	Ensino fund. incompleto	Ensino médio completo	Cursando ensino médio	Ensino superior completo	Ensino superior completo	Ensino superior completo
Profissão	Aposentada	Autônoma	Auxiliar de serviços gerais	Desempregada	Autônoma	Aposentada
Grau de relacionamento com o usuário	Mãe	Mãe	Esposa	Esposa	Esposa	Mãe
Local de tratamento do usuário	Internação	Ambulatório	Ambulatório	Ambulatório	Ambulatório	Ambulatório
Substância de preferência do usuário	Cocaína	Cocaína	Álcool	Cocaína	Álcool	Metilfenidato

Fonte: elaborado pela pesquisadora (2023).

Já os resultados encontrados na coleta, foram apresentados conforme categorias e subcategorias da Tabela 2. As categorias apresentadas a seguir foram elaboradas considerando o material da coleta de dados, resultante das entrevistas realizadas. Dessa forma, cada categoria será discutida conforme as especificidades de cada participante, por meio dos relatos trazidos e o embasamento teórico.

Tabela 2 - Estrutura de categorias e subcategorias resultantes do processo de análise

Categorias	Subcategorias
5.1 Aspectos psicológicos	5.1.1 Percepção sobre saúde mental da mulher cuidadora 5.1.2 O processo de cuidado da mulher cuidadora
5.2 Aspectos sociais	5.2.1 O papel do cuidado na família 5.2.2 Relações com a comunidade
5.3 A mudança a partir do cuidado	5.3.1 A evolução no tratamento do familiar

Fonte: elaborado pela pesquisadora (2023).

De acordo com a tabela acima, foram encontradas três categorias, sendo elas: aspectos psicológicos, aspectos sociais e a mudança a partir do cuidado. Essas três categorias abrangem ainda seis subcategorias no total. Em seguida, apresentamos as categorias e subcategorias, assim como a articulação dos resultados com a fundamentação teórica deste estudo.

5.1 ASPECTOS PSICOLÓGICOS

A categoria *Aspectos Psicológicos* abrange a percepção das mulheres sobre o significado de saúde mental, e o quanto o cuidado ao usuário de álcool e outras drogas pode trazer sofrimento para a mulher cuidadora. Além disso, discorre que a partir deste cuidado ao usuário, tiveram necessidade de buscar auxílio em saúde mental. Por este motivo, se divide em duas subcategorias, são elas: *Percepção sobre saúde mental da mulher cuidadora* e o *Processo de cuidado da mulher cuidadora*.

Na primeira subcategoria, identificou-se qual o significado de saúde mental para as mulheres, entendendo que o significado deste conceito se dá de forma ampla e que segundo a Organização Mundial da Saúde (2022) caracteriza-se por ser um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar seus próprios recursos emocionais, recuperar-se do estresse diário, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade. P3 refere que saúde mental significa:

Que eu entendo saúde mental é estarmos com uma saúde boa, não ter problemas, claro que problemas acontecem durante a nossa vida, mas estar em paz consigo mesmo, estar bem na tua vida financeira, no teu trabalho, tudo junto, uma coisa vai ligando a outra... mas acho que saúde mental é isso... estar de bem consigo mesmo... (P3)

Bah, que pergunta complexa... eu acho que é algo que envolve diversos fatores... desde saúde física, porque eu acredito que precisamos estar bem consigo mesmo... e eu acho que envolve, não apenas maturidade... não basta tu ser inteligente para ter saúde mental... tu pode ser super inteligente e ser super problemática... eu acho que isso é muito ligado ao teu emocional, no sentido de poder fazer o melhor com o que tu tem... no sentido de tu aceitar os teus problemas, enfrentar da maneira mais equilibrada possível.... não é que não tem problema, tu tem, mas tu não te apavora com aquilo... tenta trabalhar com equilíbrio... eu acho que tu tem que estar em equilíbrio consigo mesmo e com quem está em volta de ti... (P5)

A fala das participantes remete à lógica de que saúde mental vai muito além da ausência de transtornos mentais. Além disso, percebe-se o entendimento das mulheres de que saúde mental vai além do emocional, e sim, um compilado de aspectos da vida que interferem

ou não no bem-estar de cada um (RENNÓ *et. al.*, 2005). Culturalmente, as mulheres são maioria nos serviços de saúde, quando olhamos para o recorte de saúde mental, esses números são ainda maiores. Observa-se que as mulheres são mais abertas ao cuidado, ao ato de cuidar e de se permitir ser cuidada, entendendo o sofrimento dessa população como único e permeado pela interface de gênero e saúde mental (CAMPOS, 2017; GOMES; NASCIMENTO e ARAÚJO, 2007).

Ainda na subcategoria *Percepção sobre saúde mental da mulher cuidadora*, quando questionadas a respeito das dificuldades enfrentadas, sentimentos despertados e sintomas físicos persistentes no cuidado ao familiar usuário de álcool e outras drogas, as participantes referiram:

...meu coração tá sempre abafado... se desse pra furar com uma agulha, eu furava... (P1)

meu filho eu nunca desisto... de chegar no meu limite e dizer que não aguenta mais, claro que acontece, mas desistir da saúde dele nunca... quando a gente tá lidando com um filho adicto, a gente tem um pânico, dos riscos na busca... na busca da droga, o comprometimento com o traficante, todos esses riscos, além do uso, a violência... e eu tinha muito pânico disso, porque eu ficava imaginando onde ele poderia estar... porque o medo de perder ele, era maior que o cansaço de lutar pelo tratamento... (P2)

...já chegou um tempo de eu me sentir tão abalada com tudo que estava acontecendo, que estava tão ruim, que pensei em largar tudo, desistir... (P3)

...o fato de eu não querer me arrumar, não sentir vontade de me arrumar... mas sempre tento pensar que essa não sou eu, porque eu gosto de me arrumar... ai comecei a cuidar mais de mim... mas já tiveram várias situações que me senti muito deprimida, muito angustiada, muito triste... (P3)

Preocupação intensa, medo da recaída e desesperança com o tratamento podem mobilizar o familiar de forma a sentirem-se desamparados e sozinhos na busca pela melhora do ente querido. O medo da recaída culmina no constante medo do futuro, do amanhã. O esgotamento pelas tentativas pode trazer a sensação de estar sem saber para onde buscar ajuda. O surgimento desses sintomas indica a necessidade de cuidado específico do próprio cuidador, em consequência do seu estado de saúde (AHNERTH, 2020). O fato de conviver com um membro da família em sofrimento mental faz com que esses cuidadores sintam-se apreensivos, ansiosos e preocupados, prejudicando inclusive o seu autocuidado, levando à baixa autoestima. Assim, a equipe de saúde deve estar atenta durante a assistência, observando de forma clara e objetiva os sinais e sintomas manifestos nos membros da família, sobretudo no cuidador principal (LARANJEIRA; NAKAMURA, 2023). As participantes referiram principalmente insônia, palpitações e falta de ar:

Muita ansiedade e muita falta de sono... tem noites que eu não durmo... (P1)

Muitas vezes, palpitações, falta de sono, angústia... Até hoje não durmo direito... Eu ainda tenho aquela coisa de sonho, de medo... (P2)

...ele estava alcoolizado, e isso me causava uma tensão muito grande... eu tinha a impressão, de que eu ia chegar em casa e não ia conseguir me desgrudar... e eu ficava com muita dor de cabeça... e isso demorava um tempo pra passar... (P4)

Um estudo realizado em 2010 com cuidadores familiares, no Programa de Assistência Domiciliar de três hospitais de Fortaleza (CE) mostrou dados semelhantes a estes relatados pelas participantes, no que diz respeito às condições físicas e mentais dos cuidadores: 62,29% de seus cuidadores referiram ter alguma doença; 63,9% relataram dormir mal e 70,5% disseram sentir dor no corpo. O estudo em questão refere que os cuidadores têm maior risco de desenvolver diversos problemas de saúde como ansiedade, queixas físicas e elevados níveis de depressão (MAYOR; RIBEIRO; PAUL, 2010).

Na subcategoria *O processo de cuidado da mulher cuidadora*, as participantes relataram sobre como buscaram auxílio em saúde mental com a persistência das dificuldades advindas do cuidado. As participantes referiram:

Fiz tratamento psiquiátrico, cheguei a tomar medicação e depois fui largando gradualmente porque iniciei terapia de família... (P2)

Sim, tive que buscar ajuda... quando iniciei meu tratamento pro tabagismo, eu pedi um acompanhamento também... e nesses espaços foi que eu consegui ir elaborando essas coisas, desabafar... foi muito importante pra mim, eu precisava bastante e ainda preciso... e agora to em tratamento no caps... (P3)

...depois disso, ele foi internado no HCPA, e daí como a família acompanha, a gente não tá internado mas a gente acompanha né... vai lá, conversa com os médicos... daí eu comecei a melhorar em mim, comecei a entender a dependência química como uma doença... eu não posso enlouquecer junto... (P5)

Percebe-se o quanto as participantes valorizam ao longo do tratamento do familiar, estes espaços de escuta oferecidos por equipe multiprofissional. O desmistificar das fantasias sobre a doença faz com que o familiar consiga desempenhar o cuidado de forma mais clara e leve (KEBBE, *et. al.*, 2014). É preciso estar atento às expressões evidenciadas nas falas das cuidadoras, sejam elas exteriorizadas de forma negativa, sejam nas falas que indicam positividade, pois suas lamentações diante das circunstâncias vividas refletem suas dificuldades. Essas informações revelam a necessidade de construção de estratégias mais eficientes de suporte ou apoio à família (LARANGEIRA; NAKAMURA, 2023), sobretudo

ao cuidador principal, que, por vezes, poderá adoecer em decorrência dessa função (MENDONÇA, *et. al.*, 2008).

5.2 ASPECTOS SOCIAIS

A categoria *Aspectos Sociais* diz respeito à influência do cuidado na vida social e dinâmica familiar da mulher. Para isso, se divide em duas subcategorias: *O papel do cuidado na família* e *Relações com a comunidade*.

Na subcategoria *O papel do cuidado na família* as participantes trouxeram como se deu o processo de tornar-se cuidadora e sobre a dimensão deste cuidado na vida delas. As participantes relataram as seguintes percepções:

Porque eu sou a mãe né, eu sou a frente de tudo... Faço tudo pra ele... (P1)

Olha, pra mim é um papel importante, não só como esposa, como companheira, de estar ali pra tudo que ele precisar, se ele precisar de ajuda, se ele tá bem, eu to bem, se ele ta mal, eu to mal... pra mim é isso, é uma junção, é um casamento, onde um precisa ajudar o outro, uma pessoa só não anda sozinha, precisa ser os dois juntos... eu vejo que se eu não estivesse do lado dele, não teria como ele se tratar, como seguir em frente, ter aquela positividade de procurar uma ajuda... (P3)

...as vezes eu espero uma atitude dos familiares dele que também estão em tratamento... que eles se prontificasse a ajudar meu marido, ou dizer se precisar me liga... alguma reação nesse sentido... mas não acontece... então eu fico triste... porque me sinto sozinha... e a minha família não entende muito essa dependência... ah é um bêbado, é um sem vergonha, e por aí vai... e a minha família adora ele, sem saber a realidade, e depois de 30 anos de história juntos, eu não quero desmanchar pra minha família a imagem que eles tem dele... então a minha rede de apoio fica muito restrita... (P4)

Muitas vezes eu me sentia bem esgotada... e daí pensava: eu não posso chorar, porque eu preciso ser forte.. porque mesmo quando casada sempre eu que assumi muito as coisas da família, quando separei, isso ficou ainda mais presente com o meu filho... (P6)

A atribuição do cuidado realizado pela mulher é culturalmente esperada pela sociedade. Por serem pessoas comuns que se deparam subitamente com a situação de cuidar de alguém que lhes é próximo, as suas capacidades funcionais estão constantemente em risco. De forma geral, a delegação do cuidado segue as convenções culturais, que depositam no homem o papel do sustento material da família e a autoridade moral e na mulher o papel da organização da vida familiar, do cuidado dos parentes e de tudo o que se relaciona à casa. Percebe-se que essa realidade é vivenciada também por mulheres que atuam profissionalmente fora de casa, devido à pressão social e familiar, acarretando acréscimo de conflitos e sentimento de culpa (MACIEL, *et. al.*, 2018).

Barroso, Bandeira e Nascimento (2007) evidenciou em um dos seus estudos que 80% de sua amostra era de mulheres cuidadoras. Gonçalves e Galera (2010), que investigaram o impacto do abuso de álcool na família, revelou a maior presença de mulheres como principais cuidadoras, entre elas as esposas. Resultados semelhantes também foram encontrados no estudo de Yamashita, Amendola, Alvarenga e Oliveira (2010), no qual os cuidadores familiares de pacientes dependentes de produtos químicos em tratamento eram, em sua maioria, mulheres (92,5%), com idade média de 54 anos. Desse modo, os resultados do presente estudo corroboram com os achados da literatura e refletem a tradição do cuidar, delegando às mulheres a responsabilidade pelo cuidado do familiar adoentado. Vale ressaltar que Nolasco, Bandeira, Oliveira e Vidal (2014) referem que os familiares do sexo feminino acabam por acumular muitas tarefas domésticas, além do cuidado com o parente, aumentando, assim, sua sobrecarga.

Na subcategoria *Relações com a comunidade* foi trazido elementos sobre possíveis privações e a dimensão social do cuidado na vida de cada mulher participante.

Tu sabe que isso eu nem penso... Se eu deixei de fazer alguma coisa por mim... eu nem questiono isso... Eu só conseguia pensar em meu filho sair disso, claro que a gente nesse momento, sempre tem alguma privação... Mas o que eu quero te dizer é que existem as privações, porque tu tá sempre em alerta, sempre cuidando, mas nunca me senti privada... mas elas existem... tu acaba deixando de fazer coisas, tu pode não se sentir privada, mas tu acaba deixando, de fazer determinadas coisas, em função disso... (P2)

Uma dificuldade que eu sempre tive é de sair, de ir nos lugares que eu gosto, junto com ele, por medo de passar vergonha, de não querer sair, de ficar só em casa... (P3)

...além de sentir medo, eu sentia vergonha de estar com as outras pessoas... porque a pessoa tá sempre enrolando a língua, tá tonta, então além do medo, tu tem o constrangimento com os outros, porque todo mundo percebe que a situação tá fora do controle, que tá ficando uma coisa desagradável... então ali eu já comecei a ter uma relação maternal... menos mulher e mais mãe... daí além do medo, e do constrangimento, a irritação começou também... porque eu comecei a pensar assim, será que a gente não é suficiente pra ele? nós não somos um estímulo suficiente para ele parar de usar? (P5)

...eu sempre tive que bancar... condomínio, conta de luz, porque ele gastava muito dinheiro em droga... (P6)

Percebe-se que a falta de suporte social, o não reconhecimento dos familiares por ter assumido esse papel, e a falta de apoio nos cuidados ao familiar, além do distanciamento dos amigos, têm implicações negativas na vida do cuidador, uma vez que o isolamento e a ruptura dos vínculos sociais aumentam a vulnerabilidade dos sujeitos ao adoecimento e ao sofrimento (MORAES, et. al., 2009). Nesse sentido, estar em estado de alerta para o cuidado 24 horas

por dia com o familiar e não ter tempo disponível para atividades individuais pode ser um agravante para a saúde da cuidadora; no caso do uso de substâncias, que pode vir a se tornar um problema crônico, o alerta é ainda mais intensificado (MARINHO; SOUZA; TEIXEIRA, 2015).

Nesse contexto, o cuidado ao familiar pode acabar desorganizando a rotina da família, acarretando fatores de estresse com os quais os cuidadores acabam precisando aprender a lidar de forma abrupta. Quando o usuário tem companheira e filhos, o sentimento de impotência pode vir a colocar em risco o casamento, levando os membros a entender que a droga seria mais importante do que os vínculos familiares, acarretando em desesperança frente ao cuidado (AHNERTH, 2020).

Diante disto, destaca-se a necessidade das famílias passarem por um processo de psicoeducação acerca do uso de substâncias e suas dificuldades. Percebe-se que o auxílio cotidiano, a frequência de supervisão dos comportamentos, e a influência na vida social e profissional dos familiares, além dos custos financeiros gerados especificamente pelo ato de cuidar, causam importante sobrecarga (SOCCOL, *et. al.*, 2014).

5.3 A MUDANÇA A PARTIR DO CUIDADO

A categoria *A mudança a partir do cuidado* abrange a percepção das mulheres se houve benefícios na trajetória do cuidado ao familiar. Para este fim, pensou-se na subcategoria *A evolução no tratamento do familiar*.

Eu identifico vários benefícios... um deles é a empatia, é olhar não só no nosso núcleo familiar, mas olhar por todos... esse olhar de julgamento a gente deixa de ter... acho que toda minha família se tornou melhor... isso muito graças a vocês... e acho que ali no grupo, o exercício de olhar pra dentro não é fácil, mas é necessário e isso tem sido muito bom... eu acho que toda essa caminhada do meu filho, de tratamento, nos ensinou muito,... e o meu filho ele mudou muito, ele reconhece coisas nele... (P2)

...eu vejo os grupos como muito importantes pra ele também... porque eu acredito que ele se sinta muito sozinho... (P4)

...agora tá muito melhor né, eu acho que o fato de ele ter se percebido e depois de tudo isso ter se disposto a levar as coisas a sério... acho que depois de todo esse período, a gente permanecer junto, isso tem a ver com a qualidade do nosso relacionamento hoje... mas o meu problema nunca foi o relacionamento e sim o uso... mas a nossa relação hoje é muito íntima e acho que tem a ver com a intensidade de tudo que vivemos... revemos os nossos contratos de confiança... (P5)

...este espaço que vocês dão oportunidade para a família, está sendo muito importante para nós... e pra mim também... e vocês puxam bastante ele, e isso tá fazendo muito bem pra ele... (P6)

Conforme evidenciado através das falas acima, as familiares identificam melhora nas relações familiares, na sua saúde mental e do usuário, a partir do cuidado recebido pela equipe de saúde. Considerando a natureza e os fatores relacionados ao uso de substâncias, a construção de um projeto terapêutico singular requer uma avaliação individual, uma vez que não existe um modelo que seja adequado para todos os usuários. Atualmente, diversos tipos de tratamento estão sendo implantados para o trabalho com uso de substâncias, como por exemplo, o tratamento médico, psicoterápico, comportamental, psiquiátrico ou o da ajuda mútua. Esses tipos de tratamentos implicam em intervenções terapêuticas específicas, como por exemplo: desintoxicação (considerado apenas o primeiro passo), farmacoterapia, psicoterapias (individual, em grupo e com os familiares), terapias (ocupacional e cognitivo comportamental), além dos grupos de ajuda mútua (SILVA; SILVA, 2023).

No tratamento para uso de substâncias, uma abordagem multidisciplinar é fundamental. Essa colaboração entre profissionais permite uma compreensão mais ampla do problema e dos fatores que o sustentam, levando a uma intervenção mais eficaz (SILVA; SILVA, 2023). O papel da família é fundamental no processo de tratamento do usuário, seja incentivando ou participando ativamente no tratamento, por meio dos atendimentos, grupos, etc. Para que a família desempenhe papel efetivo no tratamento de seu familiar, torna-se imprescindível a consciência de que o uso prejudicial ou abuso de álcool e outras drogas caracterizam-se como doença crônica e que requer tratamento (FERREIRA, *et. al.*, 2015). O vínculo terapêutico com o serviço de saúde favorece a adesão e a continuidade no tratamento. Desde o acolhimento inicial, sem preconceito e com o início da construção de um vínculo entre profissional e paciente. Sem este vínculo, o paciente e a família teriam muito mais dificuldade para conseguir lidar com a complexidade que é o uso de substâncias psicoativas (FARINA, *et. al.*, 2013).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou inúmeras reflexões quanto às percepções sobre saúde mental das mulheres acerca do cuidado que desempenham ao seu familiar usuário de álcool e outras drogas. Compreendeu-se que as mulheres percebem o quanto é sofrido para elas desempenharem o cuidado e que isso afeta sua saúde mental. Seja por sentimentos desesperadores, sintomas físicos, baixa auto estima, ou pela tristeza de ver seu familiar em uma situação muito complicada em função do uso. Houve concordância também sobre a influência do cuidado nos âmbitos sociais de suas vidas, como perda de dinheiro, isolamento social, vergonha de sair em público e etc, e que isso traz sentimentos de solidão frente à jornada do cuidado.

Destaca-se que a sobreposição de papéis afeta a saúde mental das mulheres de forma acentuada. Ressalta-se a importância de pessoas de referência no tratamento à pessoa que tem problemas com o uso de álcool e outras drogas, pois percebe-se que os pacientes que têm este acompanhamento conseguem ter mais sucesso no tratamento. Por este motivo, este estudo se faz de extrema necessidade, se é importante que o paciente tenha acompanhamento familiar, é necessário que as equipes de saúde possam estar atentas aos indícios de sofrimento por parte dos familiares.

Sugere-se que este estudo possa servir de disparador para possíveis intervenções em serviços de saúde mental. E que cuidadores tenham um olhar especial das equipes de saúde onde circulam. Também se mostrou necessária um olhar para a criação de políticas públicas que contemplem este público, assim como, ações de prevenção, visto que os serviços de saúde mental tem grande demanda, e com a prevenção conseguimos evitar a piora deste processo.

Por meio da pesquisa, foi possível perceber a importância destas que prestam o cuidado ao usuário terem espaços de escuta e reflexão acerca do seu papel. Refletir sobre esta prática é fundamental para que possam ter crítica e entendimento sobre o seu fazer, permitindo que não venha a se tornar uma sobrecarga adoecedora. No entanto, estes espaços ainda são limitados, tendo em vista a realidade da saúde pública e que nem todos os serviços de saúde mental para álcool e outras drogas disponibilizam estes espaços.

No campo científico, incentiva-se novas pesquisas sobre os temas decorrentes do impacto na saúde mental de cuidadoras. Sabemos que mulheres são a maioria, mas se faz necessário que possam existir outros recortes de gênero pesquisados com esta temática, a fim de entender o processo de cuidado como um todo, afinal, homens também sofrem. Quanto às

limitações deste estudo, entende-se que não ter tido mais participantes da internação, restringiu a pesquisa, porém o vínculo com o serviço na internação é pontual, o que poderia explicar este fator de não ter tantas participantes desta modalidade. Percebeu-se que as participantes vinculadas ao ambulatório tiveram maior disponibilidade em participar da coleta. Acredita-se que o fato de estarem em acompanhamento sistemático e consequentemente mais vinculados à equipe, influenciou na participação da pesquisa.

Um debate que se faz necessário, por diversas instâncias, é a redistribuição dos papéis sociais, principalmente a responsabilidade familiar entre o homem e a mulher. Problematisa-se que o desempenho de múltiplos papéis como mulher/mãe/cuidadora potencializa os obstáculos na sua vida. Acredita-se que seja interessante discutir com a família e a comunidade a representação dos papéis socialmente determinados, a fim de se desenvolver a emancipação da mulher, frente aos diversos estereótipos impregnados cultural e historicamente na sociedade.

REFERÊNCIAS

AHNERTH, Neli Machado de Souza et al. "A Gente Fica Doente Também": Percepção do Cuidador Familiar sobre o seu Adoecimento. *Geraios, Rev. Interinst. Psicol.*, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 1-20, jan. 2020.

ALBUQUERQUE, Ellen Pinheiro Tenório de.; CINTRA, Ana Maria de Oliveira; BANDEIRA, Marina. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: comparação entre diferentes tipos de cuidadores. *Jornal Brasileiro De Psiquiatria*, 59 (4), 308–316. 2010.

ALVES, Tahiana Meneses. Interfaces entre gênero e saúde mental abordadas por estudos qualitativos das ciências sociais e humanas: foco nas experiências subjetivas. *Revista Gênero*, 18(2), 155-177, 2018.

ALVAREZ, Simone Q et al. Grupo de apoio/suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, [s.l.], v. 33, n. 2, p.102-108, jun. 2012.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 23, n. 6, pp. 2067-2074, 2018.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BADINTER, E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. 7 ed. São Paulo: Almedina Brasil, 2016.

BARROS, N. A.; TUCCI, A. M. Percepções dos usuários de crack sobre as suas relações familiares na infância e adolescência. *Psicologia: teoria e pesquisa*, v. 34, 2018.

BARROSO, S. M.; BANDEIRA, M.; NASCIMENTO, E. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. *Rev. Psiq. Clín*, 34(6), 270-7. 2007.

BEATTIE, Melody. *Codependência nunca mais* [recurso eletrônico] / Melody Beattie; tradução Marília Braga. - 1. ed. Rio de Janeiro: Best Seller. recurso digital. Tradução de: *Codependent no more*. Formato: epub. 2017.

BRASIL, V. R. A recuperação da pessoa do dependente químico: O impacto no seu processo de mudança na família. *Família e Comunidade*, 1(1), 93-104, 2004.

BRASIL. Lei no 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Lei no 13.709, de 14 de agosto de 2018. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais

e altera a Lei no 12.965, de 23 de abril de 2014.

BRASIL. Lei no 9.294, de 15 de julho de 1996. Dispões sobre restrições ao uso e à venda, propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos.

BRASIL. Portaria no 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Diário Oficial da União, Brasília, 2011.

BRASIL. Portaria no 336, de 19 de fevereiro de 2002. Diário Oficial da União, Brasília, 2002.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto no 9.926, de 19 de Julho de 2019. Diário Oficial da União. Brasília, 2019.

BRASIL. Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União, Brasília, 2012.

BRASIL. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Cadernos Ministério da Saúde, Brasília, 2004.

BRAUN, Lori Maria; DELLAZZANA-ZANON, Letícia Lovato; HALPERN, Silvia C. A família do usuário de drogas no CAPS: um relato de experiência. Rev. SPAGESP, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 122-144, dez. 2014.

CAMPOS, Ioneide de Oliveira; RAMALHO, Walter Massa; ZANELLO, Valeska. Saúde mental e gênero: O perfil sociodemográfico de pacientes em um centro de atenção psicossocial. Estud. psicol. (Natal), Natal, v. 22, n. 1, p. 68-77, mar. 2017.

CLAUS, Maria Izabel Sartori et al. The family strengths in the context of psychoactive substance dependence. Escola Anna Nery [online], v. 22, n. 4, 2018.

CARDOSO, L.; VIEIRA, M. V.; RICCI, M. A. M.; MAZZA, R. S. Perspectivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental. Revista Da Escola De Enfermagem Da USP, 46(2), 513–517. 2012.

DE LEON, G. A comunidade terapêutica: Teoria, modelo e método (2a ed.). São Paulo: Loyola. 2003.

DE MICHELI, D.; FORMIGONI, M. L. As razões para o primeiro uso de drogas e as circunstâncias familiares prevêm os padrões de uso futuro? Jornal Brasileiro de Dependência Química, 2(1), 20-30, 2001.

DIAS, Andrea Basilio; SILVA, Mara Regina Santos da. Processos familiares no contexto do transtorno mental: um estudo sobre as forças da família. Ciênc Cuid Saúde [Internet]. Out/Dez, 2010.

ELOIA, Sara Cordeiro et al. Sobrecarga de cuidadores familiares de pessoas com transtornos mentais: análise dos serviços de saúde. Ciência & Saúde Coletiva [online], v. 23, n. 9, pp. 3001-3011, 2018.

ESTEFENON, S. G. B.; MOURA, M. V. Q. Uso de substâncias psicoativas (SPAs): aspectos psicossociais, clínicos e terapêuticos. In: COSTA, M. C. O.; SOUZA, R. P. (Org.). Adolescência: aspectos clínicos e psicossociais. Porto Alegre: Artmed, 2002.

FARINA, Marianne; BULCÃO, Terroso Lauren; FERNANDES, Regina Maria Lopes; LIMA, de Argimon Irani I. Importância da psicoeducação em grupos de dependentes químicos: relato de experiência. Aletheia [en linea]. (42), 175-185, 2013.

FERREIRA, Aline Cristina Zerwes; BORBA, Letícia de Oliveira; CAPISTRANO, Fernanda Carolina; CZARNOBAY, Juliana; MAFTUM, Mariluci Alves. FATORES QUE INTERFEREM NA ADESÃO AO TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE. REME - Rev Min Enferm. 19(2): 150-156, abr/jun 2015.

FILZOLA, Carmen Lúcia Alves et al. Alcoolismo e família: a vivência de mulheres participantes do grupo de autoajuda Al-Anon. Jornal Brasileiro de Psiquiatria [online], v. 58, n. 3, pp. 181-186. 2009.

FLICK, Uwe. Desenho da pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FLIGLIE, N.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. Aconselhamento em dependência química (2a ed.). São Paulo: Roca. 2010.

FLIGLIE, N.; FONTES, A.; MORAES, E.; PAYÀ, R. Filhos de dependentes químicos com fatores de risco biopsicossociais necessitam de um olhar especial? Revista de Psiquiatria Clínica, 31(2), 53-62. 2004.

GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George (Orgs). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som : um manual prático. 6aed. Petrópolis : Vozes, 2007. 516 p.

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GOMES, Rafaela et al . Violência doméstica e sofrimento ético-político: redes de cuidados informais de usuárias do centro de atenção psicossocial e do centro de referência em assistência social no contexto brasileiro. Av. Psicol. Latinoam, Bogotá , v. 39, n. 3, e207, Dez. 2021.

GOMES, R., NASCIMENTO, E. F., ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cadernos de Saúde Pública, 23(3), 565-574. 2007.

GOMES, Maria Lovâni Pereira; SILVA, José Carlos Barboza da; BATISTA, Eraldo Carlos Escutando quem cuida: quando o cuidado afeta a saúde do cuidador em saúde mental Revista Psicologia e Saúde, vol. 10, núm. 1, Janeiro-Abril, pp. 3-17. 2018.

GONÇALVES, JRL; GALERA, SAF. Assistência ao familiar cuidador em convívio com o alcoolista, por meio da técnica de solução de problemas. Revista Latino-Americana de Enfermagem , 18 (Spe), 543-549. 2010.

- HORTA, R. L.; HORTA, B. L.; PINHEIRO, R. T. Drogas: Famílias que protegem e que expõem adolescentes ao risco. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55(4), 268-272. 2006.
- KEBBE, L. M.; RÔSE, L. B. R.; FIORA, R. C.; CARRÊ, R. Y. D. Cuidando do familiar com transtorno mental: desafios percebidos pelos cuidadores sobre as tarefas de cuidar. *Saúde em Debate*, 38(102), 494-505. 2014.
- LARANGEIRA, Julia Piva; NAKAMURA, Eunice. “Porque eu tinha que cuidar”: significados de cuidado para mulheres cuidadoras de crianças atendidas por um serviço de Saúde Mental. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. v. 27. 2023
- LARANJEIRA, R.; ROMANO, M. Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(Supl. 1), 68-77. 2004.
- LOPES, 2017. Seminário Internacional Fazendo Gênero 11& 13th Women’s World Congress (Anais Eletrônicos), Florianópolis, ISSN 2179-510, 2017.
- MACIEL, SC; SILVA, FF da.; PEREIRA, CA; DIAS, CCV.; ALEXANDRE, TM de O.. Cuidadoras de Dependentes Químicos: Um Estudo sobre a Sobrecarga Familiar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 34. 2018.
- MARINHO, Paulo Henrique Fernandes; SOUZA, Gerson Martins de; TEIXEIRA, Agostinho Figueiredo Corrêa. A dependência química e a codependência familiar: uma revisão crítica. *Periódico Científico Projeção, Direito e Sociedade* | v.6, n.2, 2015.
- MAYOR, M.S.; RIBEIRO, O.; PAUL, C. Satisfaction in dementia and stroke caregivers: a comparative study. *Rev. Latino- Am. Enfermagem*. [periódico na Internet] Set-Out, 2010.
- MENANDRO, Leila Marchezi Tavares; GARCIA, Maria Lúcia Teixeira; ULIANA, Rafaela Soares da Silva. A Perda Da Guarda De Filhos: A Voz Das Mulheres, Mães E Usuárias De Drogas. *Psicologia & Sociedade* [online], v. 31, 2019.
- MENDONÇA, R. T.; CARVALHO, A. C. D. de; VIEIRA, E. M.; ADORNO, R. de C. F. Medicalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes. *Saúde E Sociedade*, 17(2), 95–106. 2008.
- MINAYO, M. C. S. Pesquisa social – Teoria, método e criatividade. 21 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
- MITSUHIRO, S. S. Classificação das substâncias psicoativas. In: ZANELATTO, N. A.; LARANJEIRA, R. (Org.). O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais: um guia para terapeutas. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- McGOLDRICK. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar, 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 415-439.
- MORAES, Leila; BRAGA, Violante; SOUZA, Ângela; ORIÁ, Mônica. Expressão da codependência em familiares de dependentes químicos. 13. 34-42. 2009.
- NOLASCO, M.; BANDEIRA, M.; OLIVEIRA, MS; VIDAL, CEL. Sobrecarga de familiares cuidadores em relação ao diagnóstico de pacientes psiquiátricos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* , 63 (2), 89-97. 2014.

- LARANJEIRA, R. (Org.). O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais: um guia para terapeutas. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- MOREIRA, M. S. S. Dependência familiar. Revista da SPAGESP – Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo, 5(5), 83-88, 2004.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- ORTH, A. P. da S.; MOREÍ, C. L. O. O. Funcionamento De Famílias Com Membros Dependentes De Substâncias Psicoativas. Psicologia Argumento, [S. l.], v. 26, n. 55, p. 293–303, 2017.
- PAIVA, H. N. et al. Associação do uso de drogas lícitas e ilícitas, sexo e condição socioeconômica entre adolescentes de 12 anos de idade. Cadernos Saúde Coletiva, v. 26, n. 2, p. 153–159, 2018.
- PAYÀ, R. Terapia familiar. In A. Diehl, D. Cordeiro & R. Laranjeira (Orgs.). Dependência Química: Prevenção, tratamento e políticas públicas (319-326). Porto Alegre: Artmed. 2011.
- PAZ, Fernanda M; COLOSSI, Patrícia Manozzo. Aspectos da dinâmica da família com dependência química. In.: Revista Estudos de Psicologia, 18(4), outubro-dezembro/2013.
- RENNÓ, Junior. et al. Saúde mental da mulher no Brasil: desafios clínicos e perspectivas em pesquisa. Revista Brasileira de Psiquiatria, 27, s73–s76. 2005.
- SCHEIN, S.; PRATI, L. E. Propostas terapêuticas para adolescentes usuários de substâncias psicoativas. In: HABIGZANG, L. F.; DINIZ, E.; KOLLER, S. H. (Org.). Trabalhando com adolescentes: teoria e intervenção psicológica. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- SCHENKER, Miriam de Souza; MINAYO, Maria Cecília. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. Ciência & Saúde Coletiva, 8(1),299-306, 2003.
- SEADI, S. S.; OLIVEIRA, M. S. A terapia multifamiliar no tratamento da dependência Química: Um estudo retrospectivo de seis anos. Psicologia Clínica, 21(2), 363-378, 2009.
- SILVA, E. A. Intervenções Clínicas: o uso, abuso e dependência de drogas. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 6ª REGIÃO (Org.). Álcool e outras Drogas. São Paulo, 2011.
- SILVA, S. F. da; SILVA, D. da. COMO A PSICOTERAPIA DE GRUPOS PODE AUXILIAR NO TRATAMENTO DE PACIENTES DEPENDENTES QUÍMICOS. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, [S. l.], v. 9, n. 6, p. 2224–2243, 2023.
- SOCOL, K. L. S.; TERRA, M. G.; RIBEIRO, D. B.; MOSTARDEIRO, S. C. T. de S.; TEIXEIRA, J. K. da S.; SOUTO, V. T.; SILVA, E. T. da. Sobrecarga financeira vivenciada por familiares cuidadores de indivíduos dependentes químicos. Revista de Enfermagem da UFSM, [S. l.], v. 4, n. 3, p. 602–611, 2014.

YAMASHITA, CH; AMENDOLA, F.; ALVARENGA, MRM; OLIVEIRA, MAC. Perfil sociodemográfico de cuidadores familiares de pacientes dependentes atendidos por uma unidade de saúde da família no município de São Paulo. O mundo da saúde, 34 (1), 20-24. 2010.

APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA

Dados Sociodemográficos:

Idade:

Escolaridade:

Grau de relacionamento com o usuário:

Ocupação/Profissão:

Substância de preferência do paciente:

Local de tratamento do usuário: () Ambulatório - () Internação

Perguntas:

1. O que é saúde mental para ti?
2. Como é para você ser a principal figura de cuidado do usuário?
3. Como você se sente com este cuidado/relação?
4. Você percebe que este cuidado lhe traz alguma dificuldade/sofrimento?
5. Quais são os obstáculos deste cuidado para você? Existem?
6. Existem benefícios neste cuidado para você?
7. Já sentiu que chegou no limite?

Se necessário as questões podem ser instigadas com questionamentos, como: Me fale um pouco mais sobre isso... Como você se sente com isso... etc.