

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM

MARIA DE LOURDES CUSTÓDIO DUARTE

**FAMILIARES DOS USUÁRIOS DE CRACK EM UM CAPS AD III:
AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE CUIDADOS**

Porto Alegre

2013

MARIA DE LOURDES CUSTÓDIO DUARTE

**FAMILIARES DOS USUÁRIOS DE CRACK EM UM CAPS AD III:
AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE CUIDADOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Agnes Olschowsky

Área de Concentração: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Políticas, avaliação e atenção em saúde e enfermagem

Porto Alegre

2013

D812f Duarte, Maria de Lourdes Custódio

Familiares dos usuários de Crack em um CAPS AD III: avaliação das necessidades de cuidados / Maria de Lourdes Custódio Duarte ; orient. Agnes Olschowsky. – Porto Alegre, 2013.
204 f.

Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Doutorado em Enfermagem, 2013.

1. Saúde mental. 2. Família. 3. Cocaína crack. 4. Serviços de saúde mental. 5. Avaliação. I. Olschowsky, Agnes. II. Título.

NLM – WM 29

Bibliotecária Responsável

Michele Carvalho Nunes CRB 10/1872

Maria de Lourdes Custódio Duarte

Familiares dos usuários de crack em um CAPS AD III: avaliação das necessidades de cuidados

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor.

Aprovada em 23 de setembro de 2013

Banca Examinadora



Profa. Dra. Agnes Olschowsky

Presidente da Banca – Orientadora

PPGENF/ UFRGS



Profa. Dra. Luciane Prado Kantorski

Membro da banca

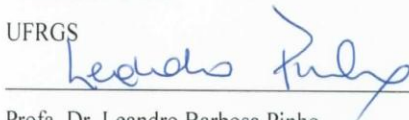
UFPEL



Profa. Dra. Christine Wetzel

Membro da banca

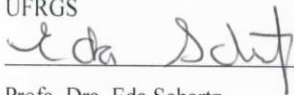
UFRGS



Profa. Dr. Leandro Barbosa Pinho

Membro da banca

UFRGS



Profa. Dra. Eda Scharz

Membro da banca

UFPEL

Dedico esta Tese de Doutorado à minha mãe Maria Ana e ao meu irmão João Batista pelo exemplo, pelo carinho, pela confiança e pelo estímulo, apoio e incentivo constantes. Vocês representam o meu porto seguro em todos os momentos da minha vida. O amor por vocês tem sido o meu principal estímulo para estudar, buscar novos conhecimentos e viver feliz. Este amor sustenta e dá asas aos meus sonhos, me enchendo de esperança, na busca de um futuro melhor! Obrigada por tudo...

AGRADECIMENTOS

A todas as pessoas que contribuíram direta e indiretamente para a realização deste estudo, os meus mais sinceros agradecimentos.

Em especial...

À minha orientadora, Prof^ª. Dr^ª. Agnes Olschowsky por ter me iniciado no mundo da pesquisa na área de Saúde Mental e Psiquiatria no ano de 2003, ainda na graduação. Além disso, por ter aceitado o desafio em me orientar mesmo já ter transcorrido um ano e cinco meses de Doutorado. Minha gratidão pela sua compreensão e disponibilidade. A relação orientador-orientando acaba, mas os laços afetivos permanecem.

Prof^ª. Dr^ª. Luciane Prado Kantorski por ter despertado em mim a vontade de Avaliar, ainda no mestrado. Essa vontade foi fundamental e inspiradora para a escolha do tema desse estudo. Obrigada pelas palavras acolhedoras que permeiam os nossos encontros.

À Prof^ª. Dr^ª. Cristine Wetzel que me incentivou a alçar novos vãos ainda na graduação, mostrando-me que eu era capaz frente aos desafios profissionais. Você foi fundamental na minha trajetória acadêmica e por isso lhe sou muito grata.

Ao Prof^º. Dr. Leandro Pinho pelo compartilhamento de incertezas e aflições. É de docentes com seu dinamismo e comprometimento que a área de Saúde Mental se fortifica. A tua trajetória acadêmica e profissional é fonte de inspiração para a minha.

À Profa Dra. Eda Schartz que prontamente aceitou o meu convite para compor esta banca em um momento tão singular e especial na minha vida acadêmica.

Ao meu amor Rodrigo Ritter Parcianello por ter compartilhado de momentos de incertezas, tristezas e de quase desistência desse processo de Doutorado. Foram as tuas palavras e apoio que deram forças para dar uma guinada de 180° e fazer com que eu fosse em busca da minha felicidade na Saúde Mental. Somado a isso, agradeço-lhe pelo entendimento dos momentos de introspecção e afastamento necessários para a finalização desse estudo.

À Coordenadora de Saúde Mental Elinar Maria Stracke por compreender e apoiar a importância de um estudo dessa natureza no município de Uruguaiana. Além disso, pela parceria com Universidade, propiciando espaços de práticas para a disciplina de Saúde Mental do Curso de Enfermagem da Unipampa.

Aos cinco alunos da Unipampa que ajudaram-me voluntariamente na etapa de observação, na coleta de dados. Ao apoio prestado nas transcrições das entrevistas. À Michele Gonçalves de Vale, Liege Porto, Fernanda Stenert, Verydiana Peruzzi Comis e Sergio Castro Júnior a minha gratidão!

Agradeço as minhas amigas Adelita Noro, Debora Cunha, Lisiane Zanini e Fernanda Zanoto pelas palavras de carinho e incentivo que recebi durante essa trajetória.

A todos os profissionais, familiares e usuários do CAPS AD III Homero Tarragô, pela disposição em ajudar e pelas palavras sinceras, pois foi nesse contexto harmonioso que consegui construir este estudo avaliativo.

“Na vida é preciso ter coragem para correr riscos, para aventurar-se no espaço desconhecido. É preciso também garra, ousadia, determinação, cautela para enfrentar os momentos de tristeza, competição, confusão, solidão e raiva...

O importante é não desistir.”

Maria Tereza Maldonado

LISTA DE SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
AFAU	Associação dos Familiares e Usuários do Serviço
AE	Amor Exigente
CACAU	Centro de Atendimento a Crianças e Adolescentes
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CAPSUL	Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
COAS	Centro de Orientação e Apoio Sorológico
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
EAPS	Estratégia da Atenção Psicossocial
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
GEPESM	Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem em Psiquiatria e Saúde Mental
GTAE	Grupo de Trabalho Amor Especial
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HTLV	Vírus das Células T Humanas
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MCT	Ministério da Ciência e Tecnologia
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
MSTM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PET	Programa de Educação pelo Trabalho
PET	Polietileno Tereftalato
PISAM	Plano Integrado de Saúde Mental
PSF	Programa Saúde da Família
PURCS	Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul
PTS	Plano Terapêutico Singular
PVC	Policloreto de Vinila
RD	Redução de Danos
RJ	Rio de Janeiro
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SENAC	Serviço Nacional de Cursos
SESMA	Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente
SINE	Sistema Nacional de Empregos
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TO	Terapia Ocupacional
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCPEL	Universidade Católica de Pelotas
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFMT	Universidade Federal do Mato Grosso
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNICEF	Fundo das Nações Unidas
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNIPAMPA	Universidade Federal do Pampa
UNOPAR	Universidade do Norte do Paraná
USP	Universidade de São Paulo
VD	Vista Domiciliar

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Rede de Atenção à Saúde Mental.....	42
Figura 2 – Rede de Atenção à Saúde Mental destinada aos cuidados de usuários de <i>crack</i>	63
Figura 3 – Círculo Dialético	83
Figura 4 – CAPS AD III Homero Tarragô	85
Figura 5 – Mapa do Rio Grande do Sul com ênfase na cidade de Uruguaiana	87
Figura 6 – Ponte Internacional Augustin Justo-Getúlio Vargas, ligando Uruguaiana (Brasil) a Paso de Los Libres (Argentina)	88
Figura 7 – Rede de Atenção à Saúde Mental do Município de Uruguaiana.....	92
Figura 8 – Discussão da proposta do estudo junto com a Coordenadora de Saúde Mental do município	101
Figura 9 – Convite entregue aos entrevistados para a etapa de negociação	108
Figura 10 – Negociação com os usuários	109
Figura 11 – Negociação com os familiares.....	110
Figura 12 – Negociação com a equipe.....	111
Figura 13 – Área física do CAPS AD III.....	123
Figura 14 – Pôster sobre a importância do familiar nos grupos terapêuticos no tratamento da dependência química	149

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Propostas Assistenciais dos movimentos da Reforma Psiquiátrica.	30
Quadro 2 – Principais diferenças entre o modo Asilar e o modo Psicossocial.	43
Quadro 3 – Filosofias que orientam as políticas públicas brasileiras.	57
Quadro 4 – Percurso histórico do campo das avaliações.	67
Quadro 5 – Perfil dos profissionais da equipe entrevistados	93
Quadro 6 – Perfil dos Familiares de usuários de <i>crack</i> entrevistados	94
Quadro 7 – Perfil dos usuários de <i>crack</i> entrevistados	95
Quadro 8 – Construções desdobradas em relação às necessidades de cuidado dos familiares de usuários de <i>crack</i>	105
Quadro 9 – Processo de análise das necessidades de cuidados dos familiares de usuários de <i>crack</i> no CAPS AD III Homero Tarragô	114
Quadro 10 – Cronograma das atividades do CAPS AD III Homero Tarragô	125

RESUMO

A família constitui-se em uma unidade de cuidado a ser acionada quando há algum dano à saúde de um dos seus membros. Destaca-se a adição ao *crack* como um dos agravos de saúde da atualidade, tendo em vista os prejuízos sociais e econômicos que acarreta para o usuário e para as pessoas que o cercam. Nesse sentido, o uso de *crack* no seio familiar ocasiona um intenso sofrimento emocional às famílias, gerando necessidades de cuidados específicos decorrentes dessa adição. Teve-se por objetivo geral avaliar as necessidades de cuidados dos familiares de usuários de *crack* do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) Homero Tarragô do município de Uruguaiana. A pesquisa é avaliativa, qualitativa, desenvolvida na modalidade de estudo de caso, em que se utilizou a Avaliação de Quarta Geração para a construção do processo de condução da coleta e análise das informações. Essas foram coletadas por meio de 500 horas de observação e 12 entrevistas com os usuários de *crack*, 12 entrevistas com os familiares e 15 entrevistas com a equipe do serviço, como grupos de interesse. Através do Método Comparativo Constante chegou-se à construção de três categorias analíticas que durante o processo avaliativo foi identificado como necessidades de cuidados dos familiares de usuários de *crack*: ambiência, o cuidado ao familiar de usuário de *crack* e a rede de saúde mental. Os grupos de interesse avaliam que o ambiente é permeado por espaços amplos, arejados e aconchegantes, proporcionando o compartilhamento de idéias e integração, aproximando as famílias dos usuários e profissionais. O cuidado ao familiar de usuário de *crack* foi avaliado que ocorre através da agilidade e da prontidão para o acolhimento, através dos grupos e das visitas domiciliares enquanto espaços de apoio e de compartilhamento de informações sobre a droga, da facilidade do acesso e da participação do cotidiano do serviço. A possibilidade de oficina aos familiares foi avaliada como positiva pelos grupos de interesse, tendo em vista que entendem como mais um recurso importante para o cuidado ao familiar e consequentemente para o usuário. A busca pela espiritualidade foi apontada como uma ação que traz alívio e conforto, possibilitando um clima emocional de esperança e força no tratamento do usuário de *crack*. Em relação a rede de saúde mental foi avaliada a fragilidade da articulação entre os pontos de cuidados da rede, gerando duplicidade de ações e a oferta de um cuidado parcial. Portanto, conclui-se que CAPS AD III Homero Tarragô vem construindo uma atuação que se insere no modo psicossocial de atendimento em saúde mental no âmbito da adição as drogas, valorizando, inserindo, estimulando o protagonismo das famílias e atendendo suas necessidades de cuidados como estratégias para a promoção da saúde do usuário de *crack*.

Descritores: Saúde mental. Família. Cocaína *crack*. Serviços de saúde mental. Avaliação.

RESUMEN

La familia se constituye en una unidad de cuidado a ser accionada cuando hay algún daño a la salud de uno de sus miembros. Se destaca la adición al crack como uno de los agravios de salud de la actualidad, llevando en cuenta los perjuicios sociales y económicos que entraña para el usuario y para las personas que le rodean. En ese sentido, el uso de crack en el seno familiar ocasiona un intenso sufrimiento emocional a las familias, generando necesidades de cuidados específicos resultantes de esa adición. Se tiene por objetivo general evaluar las necesidades de cuidados de los familiares de usuarios de crack del Centro de Atención Psicosocial Alcohol y Drogas (CAPS AD) Homero Tarragô del municipio de Uruguaiana. La investigación es evaluativa, cualitativa, desarrollada en la modalidad de estudio de caso, en lo cual se ha utilizado la evaluación de Cuarta Generación para la construcción del proceso de conducción de la recolección y análisis de las informaciones. Esas fueron recolectadas por medio de 500 horas de observación y 12 entrevistas con los usuarios de crack, 12 entrevistas con los familiares y 15 entrevistas con el equipo del servicio, como grupos de interés. A través del Método Comparativo Constante se ha llegado a la construcción de tres categorías analíticas que durante el proceso evaluativo fue identificado como necesidades de cuidados de los familiares de usuarios de crack: ambiente, el cuidado familiar de usuario de crack y la red de salud mental. Los grupos de interés evalúan que el ambiente es permeado por espacios amplios, aireados y acogedores, proporcionando el intercambio de ideas e integración, acercando las familias de los usuarios y profesionales. El cuidado al familiar de usuario de crack fue evaluado y ocurre a través de la agilidad y de la prontitud para la acogida, a través de grupos y de las visitas domiciliarias como espacios de apoyo y de intercambio de informaciones sobre la droga, de la facilidad del acceso y de la participación del cotidiano del servicio. La posibilidad de la oficina a los familiares fue evaluada como positiva por los grupos de interés, llevando en cuenta que comprenden como más un recurso importante para el cuidado al familiar y consecuentemente para el usuario. La búsqueda por la espiritualidad ha sido apuntada como una acción que trae alivio y comodidad, lo que permite un clima emocional de esperanza y fuerza en el tratamiento del usuario de crack. En relación a la red de salud mental se ha evaluado la fragilidad de la articulación entre los puntos de cuidados de la red, generando duplicidad de acciones y la oferta de un cuidado parcial. Por lo tanto, se llega a la conclusión que el CAPS AD III Homero Tarragô viene construyendo una actuación que se inserta en el modo psicosocial de atendimento en salud mental en el ámbito de la adición a las drogas, valorando, insertando, estimulando el

protagonismo de las familias y atendiendo a sus necesidades de cuidados como estrategias para la promoción de la salud del usuario de crack.

Descriptoros: *Salud mental. Familia. Cocaína crack. Servicios de salud mental. Evaluación.*

ABSTRACT

The family is a care unit to be triggered when there is any damage to the health of one of its members. The addiction to crack stands out as one of health problems of our time, taking into consideration social and economic damages done to the users and to people around them. In this sense, the use of crack in the family causes an intense emotional distress to the families, giving rise to specific care needs resulting from this addition. This study aims to assess the care needs of the family members of crack users from the Psychosocial Care Center - Alcohol and Drugs (CAPS AD) Homero Tarragô of the city of Uruguaiana. This is an evaluative and qualitative research developed in the form of a case study, in which the Fourth Generation Evaluation was used for the construction of the process of information collection and analysis. Information were collected through 500 hours of observation and 12 interviews with crack users, 12 interviews with family members and 15 interviews with the Institution staff, as groups of interest. Through the Constant Comparative Method we came to the construction of three analytical categories that during the evaluation process were identified as care needs of the families of crack users: environment, care for the family crack user and the mental health network. The groups of interest estimate that the environment is permeated by wide, airy and cozy spaces providing the sharing of ideas and integration, bringing families of users and professionals together. The care to the family of crack users was assessed through agility and readiness to host, through groups and home visits as places of support and sharing information about the drug, and through the ease of access and participation on daily service. The possibility of workshop for the family was evaluated as positive by the groups of interest, since they consider it as an important resource for the care of the family and consequently to the user. The search for spirituality was identified as an action that brings relief and comfort, allowing an emotional atmosphere of hope and strength in the treatment of crack users. Regarding the mental health system, we evaluated the fragility of the relationship between the network care points, generating duplication of efforts and the offer of a partial care. The CAPS III AD Homero Tarragô has established a performance that falls within the psychosocial aspects of mental health care in the context of drug addiction, highlighting, inserting and stimulating the role of families and meeting their care needs as strategies for health promotion of crack users.

Descriptors: *Mental health. Family. Crack cocaine. Mental health services. Evaluation.*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	OBJETIVOS	26
2.1	Objetivo Geral	26
2.2	Objetivos Específicos	26
3	ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E FAMÍLIA, FAMÍLIA E <i>CRACK</i>	27
3.1	Atenção Psicossocial e Família	27
3.2	Família e <i>Crack</i>	47
4	AVALIAÇÃO EM SAÚDE	65
5	METODOLOGIA	75
5.1	Tipo de estudo	75
5.1.1	Enfoque Responsivo	78
5.1.2	Metodologia Construtivista	80
5.1.3	Processo Hermenêutico-Dialético	82
5.2	Local do Estudo	84
5.2.1	O Município de Uruguaiana e os Serviços de Saúde.....	87
5.2.2	A Rede de Atenção em Saúde Mental no município	90
5.3	Sujeitos do Estudo	93
5.4	Coleta de Dados	96
5.5	Aplicando as etapas do trabalho de campo	100
5.5.1	Contato com o campo	101
5.5.2	Organização da avaliação	102
5.5.3	Identificando os grupos de interesse	103
5.5.4	Desenvolvendo construções conjuntas	104
5.5.5	Ampliando as construções conjuntas	106
5.5.6	Preparo da Agenda de Negociação	107
5.5.7	Execução da Negociação	108
5.6	Análise de Dados	112
5.7	Aspectos Éticos	114
6	AVALIANDO AS NECESSIDADES DE CUIDADOS DOS FAMILIARES DE USUÁRIOS DE <i>CRACK</i> NO CAPS AD III HOMERO TARRAGÔ	116
6.1	Ambiência	116
6.2	Cuidado ao Familiar de Usuário de <i>Crack</i>	135

6.3 Rede de Saúde Mental	165
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	170
REFERÊNCIAS	174
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	197
APÊNDICE B – Roteiro de Observação	198
APÊNDICE C – Roteiro da Entrevista: Equipe	200
APÊNDICE D – Roteiro da Entrevista: Usuários	201
APÊNDICE E – Roteiro da Entrevista: Família	202
APÊNDICE F – Termo de cessão de direito do uso de imagem	203
ANEXO A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética	204

1 INTRODUÇÃO

A família é a que oportuniza o primeiro contato com o mundo, através dos pais, no qual estabelecemos as primeiras relações afetivas e impressões, sendo um importante grupo de referência e alicerce no enfrentamento da vida. Dessa forma, cada indivíduo registra e percebe sua concepção de família, seja por consanguinidade ou laços de afeto, afinidade ou mesmo por necessidade, como, por exemplo, falta de moradia própria, abandono, separação ou até por um agravo de saúde, entre outros.

Nesse contexto, a família, constitui-se em uma unidade de cuidado a ser acionada quando há algum dano à saúde de um dos seus membros. Destaco a adição ao *crack* como um dos agravos de saúde da atualidade, tendo em vista os prejuízos sociais e econômicos que acarretam para o usuário, sua família e a sociedade.

O uso de *crack*, nesse cenário, tornou-se um problema de saúde pública (ARAÚJO et al., 2010; CHAVES et al., 2011; DIAS; ARAÚJO; LARANJEIRA, 2011; SCHAURICH et al., 2012; TRACTENBERG et al., 2012) devido ao seu acesso facilitado, aos danos à saúde física e mental, além das implicações na vida de quem usa e da sua família. Os efeitos nocivos da substância no organismo, o aumento da criminalidade e os custos com tratamento ambulatorial e hospitalar são exemplos de prejuízos que a droga causa tanto para quem usa, quanto para as pessoas ao seu redor (MAGALHÃES; SILVA, 2010). Dessa maneira, as repercussões do uso dessa droga transcendem os malefícios de ordem individual e orgânica, gerando também estresse e sofrimento na família.

Nesse sentido, as relações entre usuário e seus familiares tornam-se tensas e fragilizadas, pois, devido ao caráter incontrolável do consumo, o usuário passa a gastar dinheiro destinado ao sustento da família, vendendo roupas, eletrodomésticos, aparelhos eletrônicos, carro, podendo até chegar a vender a própria casa (MAGALHÃES; SILVA, 2010; SELEGHIM et al., 2011a). Essas alterações provocadas pelo uso do *crack* acabam levando ao abandono familiar, o que provoca isolamento social e rupturas com sua rede de apoio social.

Associado a isso, com os comprometimentos físicos, psicológicos e sociais causados pela dependência do *crack*, somados ao caráter compulsivo do uso, o usuário geralmente envolve-se em brigas e transgressões, ocasionadas quase sempre pela busca de dinheiro. Assim, o ambiente de violência e criminalidade permeia o cotidiano desses usuários e de suas famílias.

Há uma grande teia de impactos socioeconômicos relacionados a essa dependência, o que ocasiona maior taxa de hospitalização, aumento do subemprego e do desemprego, índices

elevados de violência e gastos com o sistema carcerário (ALVES; RIBEIRO; CASTRO, 2011). Somam-se a esses custos diversos transtornos ocasionados nas famílias, gerando um intenso sofrimento emocional, perdas familiares e, conseqüentemente, necessidades de cuidados específicos decorrentes da adição ao *crack*.

Considerando a problemática, desde 2003 o Ministério da Saúde vem consolidando uma rede de serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o atendimento e reabilitação dos usuários de *crack* e outras drogas, tais como: CAPS Álcool e Drogas (AD), CAPS AD 24 horas, ações de saúde mental na atenção básica através do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), prontos-socorros, unidades de pronto atendimento e leitos em hospitais gerais (BRASIL, 2010d).

O interesse pela área de saúde mental e a aproximação com a temática da família e a adição ao *crack* ocorreram ao longo da trajetória acadêmica e profissional.

Durante a graduação em Enfermagem, realizei estágios curriculares e voluntários em uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital universitário, hospital psiquiátrico e em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e, posteriormente, fui bolsista de iniciação científica. Essas experiências suscitaram em mim questionamentos, reflexões e interesse nas famílias dos usuários com transtornos psíquicos.

Após o término da graduação, ingressei no mestrado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), no qual tive a oportunidade de vincular minha pesquisa ao projeto de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil, denominado CAPSUL¹. Dessa maneira, direcionei minha dissertação para a atenção oferecida aos familiares de pessoas com transtornos mentais de um CAPS no Município de São Lourenço do Sul.

Esse estudo evidenciou que a atenção aos familiares ocorria através do acolhimento, dos grupos de famílias, das visitas domiciliares e da Associação dos Familiares e Usuários do Serviço (AFAU), sendo avaliados como estratégicos na melhoria de qualidade dos serviços de saúde e uma forma de inclusão dos familiares no cuidado ao usuário em sofrimento psíquico. (DUARTE, 2008).

No entanto, percebeu-se que as questões envolvendo os familiares eram direcionadas especificamente ao serviço social, havendo uma sobrecarga e uma centralização das atividades nesse profissional, dificultando a atenção à família. Desse modo, foi avaliado que a

¹ O CAPSUL foi financiado pelo Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT), através do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) em parceria com o Ministério da Saúde (MS), o qual avaliou aspectos de estrutura e processo de trabalho dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ouvindo usuários, familiares, trabalhadores e gestores.

atenção às famílias no CAPS ainda representa um desafio para os profissionais de saúde, tendo em vista que se encontra centralizada em uma única profissão, como se apenas esta desse conta da complexidade das necessidades de cuidados dos familiares (DUARTE, 2008).

Trabalhei também como enfermeira e coordenadora de uma unidade de internação psiquiátrica, onde pude observar o crescimento da ocupação dos leitos com usuários de *crack*. Araujo et al. (2010), Formiga et al. (2009) e Magalhães e Silva (2010) mostram um aumento significativo no Brasil das internações de usuários de *crack*.

Na experiência da internação, visualizava a importância de ações junto aos familiares de usuários de *crack*, uma vez que percebia seu sofrimento quando chegavam ao serviço de saúde, pois não tinham clareza sobre a adição ao *crack*. Sentiam-se sobrecarregados e fragilizados emocionalmente, tinham receio do envolvimento com marginalidade e criminalidade do seu familiar adoecido, além da preocupação com o estado clínico do usuário, entre outras. Ainda notava o sentimento de culpa, pois muitas famílias achavam que esta adição estava relacionada a falhas na educação, buscando, durante o tratamento, justificativas para entender o envolvimento do seu familiar com a droga.

Percebia também um despreparo dos profissionais de saúde em entender a adição a droga como geradora de sofrimento tanto para usuário quanto para sua família. Notava que a equipe visualizava esses usuários como “malandros”, “vagabundos”, “que não queriam trabalhar”, não entendendo que essas concepções são estereotipadas, preconceituosas e desarticuladas das necessidades de cuidado do usuário e sua família, repercutindo negativamente na atenção e promoção de saúde.

Além disso, esses profissionais não entendiam que a família também é uma unidade de cuidado com necessidades de atenção para conjuntamente protagonizar ações de cuidados com seu familiar usuário de *crack*.

Muitos profissionais focam-se em ações pontuais e fragmentadas que visam eminentemente a supressão de sintomas, mediante a utilização de medicamentos psicotrópicos e a realização de psicoterapias, reforçando muitas vezes o caráter estigmatizante, com rótulos estereotipados de incurabilidade, incapacidade e periculosidade. Outro agravante dessa situação diz respeito à desconsideração por parte dos profissionais em reconhecer os familiares como pessoas que também sofrem e que necessitam, portanto, serem escutadas em suas necessidades e, conseqüentemente, também cuidadas (CAMATTA, 2010).

Essa concepção fragmentada do cuidado aos usuários de *crack* reflete na forma de desvalorização das práticas de inserção dessas famílias no tratamento, o que nos remete ao modelo biomédico e individualista do processo saúde/doença. Nesse modelo, o usuário é visto

como um objeto passivo de intervenção, no qual a supressão dos sintomas através da medicalização é a única forma de tratamento (MERHY, 1999). Assim, a família surge como coadjuvante do tratamento servindo apenas como informante, sendo muitas vezes, culpabilizada e julgada pelo adoecimento do familiar.

Como enfermeira do acolhimento em uma emergência clínica de Porto Alegre, experienciei também o despreparo e o descaso no tratamento dos usuários de *crack* e conseqüentemente dos seus familiares. A literatura tem evidenciado esse despreparo no atendimento aos usuários de álcool, *crack* e outras drogas (DÍAZ et al., 2009; LOYOLA et al., 2009; NAPPO; SANCHEZ; RIBEIRO, 2012; NYAMATHI et al., 2012; PENA; GONÇALVES, 2010; SANTOS; MARTIN, 2009; SILVA et al., 2009; TRACTENBERG et al., 2012).

Na sala de acolhimento desse serviço, muitos familiares relatavam suas angústias, medos e até confissões de que estavam perdendo o filho usuário de *crack* e de que estavam cansados com as conseqüências e repercussões desse uso na vida familiar. Muitos relatavam que tinham receio de passar por alguma situação vexatória em público, tal como questionamentos da vizinhança sobre furtos e brigas que o usuário fazia na redondeza em decorrência dos efeitos causados pelo uso da droga. Dessa forma, percebia que as famílias acabavam isolando-se e restringindo sua participação na vida social.

Trabalhando como docente da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA) campus Uruguaiana, assumi a disciplina de Saúde Mental II, em que tenho experienciado com os alunos da graduação em Enfermagem e do Programa de Educação pelo Trabalho (PET) Saúde Mental o cotidiano da ESF, do CAPS II e mais recentemente do CAPS AD III na região.

A disciplina de Saúde Mental II ocorre no quinto semestre da graduação em Enfermagem e, entre seus vários objetivos, saliento as ações de saúde mental voltadas à população de uma determinada unidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que os alunos desenvolvem no bloco prático. Nesse bloco, os agentes comunitários da ESF indicam usuários que estejam passando por algum sofrimento psíquico, seja ele em decorrência de transtornos mentais, de luto ou de alguma dependência química. Os usuários indicados passam a receber Visitas Domiciliares (VDs) semanais, durante seis semanas, nas quais os alunos, em duplas, desenvolvem atividades voltadas para prevenção e promoção à saúde.

Através das VDs tenho encontrado muitos usuários de *crack* na região e, com isso, tenho direcionado as ações de ensino também para o atendimento de suas famílias. Observo a vulnerabilidade dessas famílias devido à invasão da droga na sua vida, ou seja, o usuário com dificuldades em acessar os serviços de saúde, entre outras situações.

Nesse contexto, tenho, juntamente com os alunos, tensionado o serviço da ESF a promover espaços para o atendimento das necessidades das famílias de usuários de *crack*. No entanto, novamente tenho me deparado com o despreparo dos profissionais para visualizar as famílias como unidades de cuidados e como um grupo com necessidades. Assim, a única estratégia de atenção aos usuários de *crack* e seus familiares era o encaminhamento para o CAPS II, tendo em vista que o CAPS AD III só entrou em funcionamento em julho de 2012.

No CAPS II do Município de Uruguaiana venho me inserindo na qualidade de colaboradora do PET Saúde Mental, que tem como pressuposto a educação pelo trabalho, promovendo a formação no âmbito da Atenção em Saúde Mental, *Crack*, Álcool e outras Drogas (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA, 2010).

Ao supervisionar as atividades desenvolvidas pelos bolsistas do PET no CAPS II, evidenciei que os espaços para acolher as demandas das inúmeras famílias que chegavam ao serviço à procura de acolhimento, informações e cuidados decorrentes da adição do seu familiar usuário de *crack* eram insuficientes. Até julho de 2012 o CAPS II ofertava um grupo de familiares de usuários de drogas e atendimentos individuais, ocorrendo nas terças-feiras, dia destinado a esse tipo de atendimento no serviço.

Esse grupo de familiares possuía um grande número de famílias de usuários de *crack*, devido ao crescente aumento dessa substância no Município de Uruguaiana. A cidade de Uruguaiana faz fronteira com a Argentina e, seguidamente, noticiários revelam a apreensão dessa droga pela Aduana (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA, 2010).

Somado a isso, percebia que em muitas situações o atendimento a esses familiares ocorria de modo homogêneo pelo CAPS II, como se todas as famílias fossem iguais e tivessem as mesmas necessidades. Assim, entendia que os grupos e os atendimentos individuais destinados às famílias de usuários de *crack* são importantes espaços de fala e de desabafo. No entanto, atividades desenvolvidas em oficinas, atividades integradas com o familiar objetivando lazer, educação e integração eram outras estratégias de cuidado que poderiam ser utilizadas pelo serviço para o atendimento das necessidades dessas famílias.

A atenção oferecida pelo CAPS II de Uruguaiana não estava direcionada às famílias de usuários de drogas, gerando uma sobrecarga de cuidados ainda maior. Há diversos estudos (DUARTE; KANTORSKI, 2011; FUREGATO et al., 2002; HIRDES; KANTORSKI, 2005; LAVALL, 2010; LAVALL; OLSCHOWSKY; KANTORSKI, 2009; MORENO, 2009; NASI; STUMM; HILDEBRANDT, 2004; PEGORARO; CALDANA, 2008; PEREIRA M., 2003; SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008) que evidenciam a sobrecarga emocional, física e

financeira das famílias com um membro em sofrimento psíquico e, conseqüentemente, uma falta de apoio e suporte da maioria dos serviços especializados na área.

Essa sobrecarga advém da responsabilidade direta do cuidado, já que a mesma pode favorecer o adoecimento do cuidador e de toda a sua família (MOURA; KANTORSKI; GALERA, 2006; SILVA; BOUSSO; GALERA, 2009), fazendo com que todos os envolvidos sintam a necessidade de atendimento e apoio (GONÇALVES; GALERA, 2010; POLCIN et al., 2012). No entanto, há ainda poucos estudos que retratem as demandas de cuidado específicas das famílias de usuários de *crack*, tendo em vista que o uso dessa droga intensificou-se nos últimos cinco anos (ZENI; ARAUJO, 2009).

Frente à problemática apresentada e ao crescente aumento de usuários de *crack* e outras drogas no Município de Uruguaiana, urgiu a necessidade de implantação de um CAPS com ênfase em Álcool e Drogas (URUGUAIANA, 2010). Dessa forma, em julho de 2012 o CAPS AD III Homero Tarragô, duas semanas antes do início da coleta de dados deste estudo, entrou em funcionamento no município, e o CAPS II deixou de atender esse público.

O atendimento a esses usuários e seus familiares, segundo a política do Ministério da Saúde, deve ser oferecido em todos os níveis, sendo priorizado nos CAPS AD. Esses CAPS objetivam o atendimento às pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas através de atendimentos individuais, em grupos, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Os CAPS AD tipo III possuem a especificidade de funcionamento 24 horas (BRASIL, 2010b), o que facilitaria a inserção de usuários e familiares de usuários de *crack*.

Entretanto, desde o dia em que o CAPS AD III Homero Tarragô entrou em funcionamento, o serviço apresentou diversas dificuldades relacionadas principalmente à falta de uma equipe mínima de atendimento e à falta de recursos financeiros, tendo em vista que o serviço ainda não estava credenciado junto ao Ministério da Saúde. Em consequência da falta de recursos humanos, este serviço ainda não conseguia operar na perspectiva de atendimento 24 horas.

A equipe que atua em um CAPS AD encontra-se mais qualificada para o atendimento também das necessidades de cuidados às famílias dos usuários de *crack*, portanto, qualificando a atenção ofertada aos usuários e seus familiares, o que facilitaria ações mais específicas e mais bem delineadas na região. No entanto, muitos profissionais contratados no CAPS AD III de Uruguaiana eram inexperientes e não possuíam formação devido à escassez de recursos humanos na área de saúde mental no município.

Essas dificuldades enfrentadas pelo CAPS AD III Homero Tarragô podem inviabilizar que as necessidades de cuidados dos familiares de usuários de *crack* sejam atendidas, tendo em vista o cotidiano tenso, repleto de sentimentos de revolta, medo, vergonha e situações de criminalidade pelas quais essas famílias passam.

Dessa forma, há necessidade de oferecer um cuidado aos familiares incluindo ações de escuta atenta, de reconhecimento dos sentimentos de angústia, principalmente em um serviço de saúde mental que requer um ambiente terapêutico aberto à expressão, ao diálogo (KANTORSKI et al., 2012; MAGALHÃES; SILVA, 2010; SELEGHIM et al., 2011b). Logo, salienta-se a importância da produção de subjetividades no cuidado aos familiares de usuários de *crack*, uma vez que as ações de saúde ocorrem no encontro com o outro, buscando reconhecer e atender suas demandas e necessidades. Se a família é uma unidade de cuidado, entendo que o profissional de saúde deva utilizar intensamente as tecnologias leves², mencionadas aqui como acolhimento, responsabilização, vínculo e escuta (CECÍLIO; MERHY, 2006), como eixo central de suas ações de cuidado.

Nesse sentido, vejo a família como potencializadora de recursos que promovam ações de saúde, na perspectiva do cuidado ampliado, visto que ela vivencia cotidianamente a experiência de conviver com seu familiar em adição ao *crack*. Dar visibilidade a essa vivência é dar novos contornos à produção de saúde que se orienta pelas necessidades e demandas daqueles que procuram os serviços de saúde.

A proposta de cuidado ampliado vai ao encontro das transformações das políticas de saúde e dos pressupostos do novo modelo assistencial, denominado de modo de atenção psicossocial. Dessa forma, o modo de atenção psicossocial buscou a desinstitucionalização do cuidado, fornecendo condições de vida, moradia, atividades para inserção social e diminuição do estigma, possibilitando a reconstrução das redes de apoio às pessoas por meio do convívio na família e sociedade (LAVALL, 2010).

Nesse contexto, faz-se necessário que os serviços de saúde ampliem as possibilidades de assistência aos familiares, com o acolhimento e o vínculo permeando esse cuidado. Na medida em que cresce a proposta de assistência mais abrangente e ampliada aos usuários de *crack*, aumenta a urgência dos serviços de saúde qualificados no cumprimento de atender às necessidades de cuidados dos familiares de usuários de *crack*.

² Para Merhy (2007b) o cuidado integral em saúde ocorreria a partir de uma combinação generosa e flexível de tecnologias duras (aquelas ligadas a equipamentos, procedimentos), leve-duras (aquelas decorrentes do uso de saberes bem estruturados, como a Clínica e a Epidemiologia), e tecnologias leves (aquelas relacionais, no espaço intersubjetivo do profissional de saúde e paciente).

Assim, ao ingressar no Doutorado pela UFRGS, e posteriormente no Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem **Psiquiátrica** e Saúde Mental (GEPESM), em 2011, reafirmei minha convicção em pesquisar sobre família e *crack*. Para além de minhas observações e reflexões, esse entendimento apoiou-se também no fato de que os pesquisadores do GEPESM estão envolvidos em projetos relacionados ao *crack*, como, por exemplo, o ViaREDE. Esse projeto foi aprovado pelo Ministério da Saúde em 2010 e tem por objetivo avaliar qualitativamente a rede de serviços em saúde mental para o atendimento a usuários de *crack* no Município de Viamão/RS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2010).

Dessa forma, percebo que o ensino e o serviço são fundamentais em visualizar a problemática do *crack* e a necessidade das famílias, podendo ser estratégicos na produção de conhecimento e ações de promoção de saúde. Assim, tenho a seguinte questão de pesquisa: Quais as necessidades de cuidados das famílias de usuários de *crack* no CAPS AD III Homero Tarragô?

Proponho um estudo avaliativo qualitativo dentro dos pressupostos da Avaliação de Quarta Geração de Guba e Lincoln (1989), que possibilita um processo responsivo, participativo, formativo e inclusivo, permitindo a construção de um espaço de escuta e reflexão acerca das necessidades de cuidados dos familiares de usuários de *crack*.

Acredito que este estudo oportunizará que as demandas surgidas da família possam dar visibilidade às questões que envolvem o *crack*, propiciando mudanças e consolidando o cuidado integral aos usuários de *crack* e seus familiares. Desse modo, vislumbro que este estudo possa contribuir na construção do conhecimento sobre a área de Saúde Mental e Adição a drogas, além de possibilitar reflexões no serviço estudado sobre as necessidades de cuidados destinados aos familiares de usuários de *crack*.

Penso que um estudo avaliativo sobre as necessidades de cuidados dos familiares de usuários de *crack* no cenário do CAPS AD III pode se configurar em um subsídio valioso para repensar a organização da rede de atenção dos serviços de saúde mental e oferecer suporte e apoio às famílias de usuários de *crack*. Logo, este estudo justifica-se na relevância do tema, considerando que na atualidade o *crack* tem uma grande repercussão no país, nos sistemas de saúde e no cotidiano das famílias. Visualizo, assim, a importância de estudos que incluam o cuidado às famílias de usuários de *crack*.

Portanto, tenho como objeto de estudo as *necessidades de cuidados dos familiares de usuários de crack*. Considerando as discussões realizadas até o momento, tenho como tese

que o cuidado aos familiares de usuários de crack é uma das estratégias para a promoção de saúde que pode facilitar o enfrentamento da adição a essa droga.

2 OBJETIVOS

A seguir serão apresentados os objetivos deste estudo.

2.1 Objetivo Geral

Avaliar as necessidades de cuidados dos familiares de usuários de *crack* em um Centro de Atenção Psicossocial com ênfase em Álcool e Drogas.

2.2 Objetivos Específicos

Este estudo tem como objetivos específicos:

- a) identificar as necessidades de cuidado dos familiares de usuários de *crack*;
- b) conhecer as facilidades e dificuldades de atenção às necessidades de cuidado dos familiares dos usuários de *crack*.

3 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E FAMÍLIA, FAMÍLIA E CRACK

O objeto deste estudo, *necessidades de cuidados dos familiares de usuários de crack*, requer uma reflexão sobre o processo de reestruturação da assistência psiquiátrica iniciada após a Segunda Guerra Mundial em países como a França (Psiquiatria de Setor), Estados Unidos (Psiquiatria Preventiva), Inglaterra (Antipsiquiatria) e na Itália (Psiquiatria Democrática) (AMARANTE, 2003). Este último movimento repercutiu de forma mais intensa no Brasil, originando mais tarde a Reforma Psiquiátrica, iniciada no final dos anos 1970. Dessa forma, o modelo de atenção psicossocial proposto pela Reforma Psiquiátrica ganha destaque ao colocar o sujeito em evidência e não mais a doença, entendendo o sujeito na sua singularidade e complexidade. A partir desse entendimento, uma série de transformações de ordem política ocorreu no país, criando os serviços substitutivos aos manicômios, intitulados de Centros de Atenção Psicossocial e, por conseguinte, a rede de saúde mental. Nesse cenário, os familiares tornaram-se protagonistas da atenção psicossocial, pois entende-se sua indissociabilidade com o processo de reabilitação do usuário.

No segundo item, intitulado *Família e Crack*, faço reflexões sobre as drogas e a dependência química na sociedade, e em especial destaco o aumento do consumo do *crack* no Brasil e no mundo. Com isso trago a política do Ministério da Saúde que tenta adequar os serviços de saúde a essa nova realidade brasileira, na medida em que cria dispositivos na rede específicos para essa demanda. Evidencio os danos individuais causados pelo *crack* ao usuário e suas repercussões para a sua família. Esta por sua vez, fica fragilizada e vulnerável na medida em que a droga faz parte de um cotidiano conturbado, repleto de sofrimento e de perdas sociais. Assim, as necessidades de cuidado das famílias de usuários de *crack* são muitas e, por vezes, os serviços não estão preparados para atendê-las.

3.1 Atenção Psicossocial e Família

A legislação brasileira de saúde vem sofrendo significativas transformações, principalmente no que se refere à saúde mental, tendo em vista que o modelo tradicional e excludente de assistência psiquiátrica, o modelo asilar, modificou-se a partir do movimento intitulado Reforma Psiquiátrica. Este movimento de nível mundial repercutiu no Brasil, nos últimos anos, mais precisamente no final de década de 70, tendo como principais objetivos a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial.

Para compreendermos melhor as transformações na área de saúde mental no Brasil, faz-se necessário um resgate histórico dos acontecimentos que subsidiaram a política da área no país, e para isso é preciso resgatar os movimentos reformistas mundiais e suas propostas de mudanças no modelo hospitalar e manicomial.

Diferentemente da atualidade, a instituição hospitalar, quando criada na Idade Média, nasceu com o propósito de um serviço de caridade, que tinha como objetivo oferecer abrigo, alimentação e assistência religiosa aos pobres, miseráveis, mendigos, desabrigados e doentes. No entanto, já no século XII, houve um marco histórico que caracterizou a transformação do hospital de caráter religioso e filantrópico para uma instituição médica, com a criação do Hospital Geral em 1656, que objetivou a internação de pessoas consideradas ameaçadoras à ordem pública e tratar os enfermos (AMARANTE, 2003).

Dessa forma, a intervenção médica no espaço hospitalar, que antes era eventual, passou a ser frequente, pois o saber do médico permitiria agrupar as doenças e, assim, observá-las de uma forma diferente no cotidiano, em seu curso e evolução. A intervenção da medicina deu-se sobre as doenças e conseqüentemente sobre as pessoas, através do método das ciências naturais, o qual sistematizou um modelo de conhecimento baseado na experimentação e na busca de leis da causalidade (AMARANTE, 2003).

A medicina, nesse contexto, utilizou as características das ciências naturais, pautando-se nos princípios de isolamento e do afastamento, com o objetivo de conhecer e classificar as doenças. Nessa época, Philippe Pinel, no hospital de Bicêtre (Paris), propôs a liberdade dos alienados ao desacorrentá-los, entretanto acreditava que estes deviam ser submetidos a um tratamento asilar, sob um regime de completo isolamento. Esta construção pineliana foi o primeiro e mais fundamental princípio terapêutico do tratamento moral, o princípio do isolamento do mundo exterior. Associado a isso, as ideias de ordem e disciplina também complementavam o tratamento moral, para que a “[...] mente desagregada pudesse novamente encontrar seus objetivos e verdadeiras emoções e pensamentos” (AMARANTE, 2003, p. 31).

Reflico que, apesar da atitude de Pinel em desacorrentar os loucos no Hospital de Paris, essa ação não representou propriamente a liberdade dessas pessoas, mas sim deflagrou que as mesmas estavam aprisionadas como objetos e passíveis de um tratamento moral, considerado, na época, terapêutico.

Para Yasui (2006, p. 77),

Pinel depois de ter “libertado os acorrentados”, reconstituiu em torno deles um encadeamento moral, que transformou o asilo em uma espécie de instância perpétua de julgamento: o louco era vigiado nos seus gestos,

rebaixado nas suas pretensões; contradito no seu delírio, ridicularizado nos seus erros: a sanção tinha que seguir imediatamente qualquer desvio em relação a uma conduta normal.

Na psiquiatria, um dos primeiros critérios utilizados nesta classificação, foi a desrazão, ou seja, pessoas que tinham ausência de razão. Já, na segunda metade do século XVII, a desrazão vai perdendo espaço e a alienação passa a ser critério de distinção do louco na sociedade, sendo considerado alienada a pessoa que estivesse fora de si e da realidade (AMARANTE, 2003). Salienta-se, assim, que o conceito de alienação mental já nasce associado à ideia de “periculosidade”, tornando atitudes sociais o medo e a discriminação.

Esse entendimento do tratamento moral justificou-se na construção de um lugar específico excluído da sociedade, tornando o louco objeto do alienismo. Dessa forma, a pessoa considerada alienada tornava-se institucionalizada, pois, através do isolamento, considerado terapêutico, havia a possibilidade de cura da loucura. Assim, a loucura passou a ser objeto da medicina, inaugurando a prática psiquiátrica, tornando o hospital uma instituição de exclusão social e de confinamento por mais de dois séculos. Essas práticas foram denominadas de modo asilar.

O modo asilar começou a ser questionado a partir da Segunda Guerra Mundial, que fez com que a sociedade passasse a direcionar seus olhares para os hospícios, descobrindo as precárias condições de vida oferecida a essas pessoas e até mesmo fazendo comparações com campos de concentração. Dessa maneira, nasceram as primeiras experiências de Reformas Psiquiátricas no mundo e, conseqüentemente, no Brasil (AMARANTE, 1994, 1995, 2003, 2007; DESVIAT, 2008; YASUI, 2006).

Concomitantemente, esse período foi marcado pela introdução de novos tratamentos terapêuticos, como a insulino-terapia, cardizol, eletroconvulsoterapia e lobotomias. Já, na década de 40, no período após Segunda Guerra Mundial, houve um fortalecimento do processo de psiquiatrização, com a utilização de neurolépticos como terapêutica (AMARANTE, 2003). Entretanto, o que se percebeu foi a utilização indiscriminada desses novos recursos como forma meramente punitiva e restritiva do comportamento dos internos, principalmente no uso das eletroconvulsoterapias e lobotomias. Entendo que não se devem desconsiderar esses avanços ocorridos na época, no entanto, a forma indiscriminada e sem crítica com que eram utilizados esses tratamentos atenuou o estigma e a reclusão das pessoas em sofrimento mental.

Pode-se afirmar que ocorreram três grandes períodos que redimensionaram os campos teórico-assistenciais da psiquiatria. O primeiro grupo, composto pela Comunidade

Terapêutica e pela Psicoterapia Institucional, que alertavam que o fracasso do hospital psiquiátrico estava na forma de gestão do próprio hospital e que a solução, portanto, seria introduzir mudanças na instituição. O segundo grupo é formado pela Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva, experiências que acreditavam que o modelo hospitalar estava esgotado e que o mesmo deveria ser desmontado aos poucos, na medida em que fossem construídos serviços assistenciais qualificados. No terceiro grupo estão a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática, as quais consideram que a principal questão estaria no modelo científico psiquiátrico (AMARANTE, 2003).

Para melhor compreensão dessas novas experiências do movimento reformista, ilustro no Quadro 1 uma síntese das propostas assistenciais, considerando seu início, país de origem, precursores do movimento, objeto e lugar de tratamento (AMARANTE, 2003).

Quadro 1 – Propostas Assistenciais dos movimentos da Reforma Psiquiátrica.

Proposta Assistencial	Início	País	Precursor	Objeto	Lugar de Tratamento
Psiquiatria Clássica	1793	Todos os países	Phillipe Pinel	Doença Mental	Asilo
Comunidade Terapêutica	1950	Inglaterra	Maxwell Jones	Doença Mental	Asilo
Psiquiatria Institucional	1935	França	François Tosquelles	A Instituição	Asilo
Psiquiatria de Setor	1945	França	Lucien Bonnafé	Saúde Mental	Comunidade
Psiquiatria Preventiva ou Comunitária	1955	Estados Unidos	Gerald Caplan	Saúde Mental	Comunidade
Antipsiquiatria	1960	Inglaterra	David Cooper; Ronald Laing; Aaron Esterson	Família e Sociedade	Comunidade
Psiquiatria Democrática	1961	Itália	Franco Baságli	Saúde Mental	Serviços substitutivos ao manicômio

Fonte: AMARANTE (2003).

Saliento neste momento os seguintes movimentos: a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática, por entender serem de fundamental importância para as transformações na área no Brasil.

A Antipsiquiatria surgiu em meados da década de 60, com um grupo de psiquiatras ingleses, dentre os quais destacaram: David Cooper, Ronald Laing e Aaron Esterson. Eles

começaram a implantar experiências de Comunidade Terapêutica e de Psicoterapia Institucional nos hospitais em que trabalhavam, mas em um curto tempo perceberam que tais transformações não tinham futuro. Esses psiquiatras passaram a considerar que as pessoas ditas loucas eram oprimidas e violentadas, não apenas nas instituições psiquiátricas, onde deveriam receber tratamento, mas também na família e sociedade (AMARANTE, 2003). Esse movimento, dentre suas várias contribuições, formulou uma crítica ao saber médico-psiquiátrico na compreensão e tratamento das doenças mentais, denunciando a situação de abandono e exclusão social das pessoas com sofrimento psíquico e responsabilizando o saber psiquiátrico e o manicômio pela marginalização e dependência dessas pessoas (MELMAN, 2001).

Ressalto ainda que a Família, nessa perspectiva, seria considerada peça principal para a compreensão da loucura, fato este que contribuiu para que essa unidade começasse a ser incluída nas intervenções em saúde mental, possibilitando a compreensão de que uma pessoa em sofrimento não deve ser considerada como um fato isolado. Dessa forma, os relatos dessas pessoas passaram a ser valorizados como uma forma de denunciar uma possível desordem do núcleo familiar (AMARANTE, 2003).

Visualizo na Antipsiquiatria uma das primeiras experiências de considerar a família como sendo importante para a compreensão da loucura e que devesse ser incluída no tratamento. No entanto, ao mesmo tempo percebo um cunho de culpabilização desse núcleo, na medida em que, ao investigar a loucura, busca-se as causas da mesma na família.

No âmbito da Antipsiquiatria não existiria, enfim, a doença mental como objeto natural, como a considera a psiquiatria, e sim uma determinada experiência do sujeito em sua relação com o ambiente social. Assim, em consequência dessas críticas à estrutura social e familiar, a Antipsiquiatria, muito rapidamente, ficou associada e restrita aos movimentos constestatórios e anti-institucionais que ocorreram na Europa.

Em 1961, teve início o movimento conhecido como Psiquiatria Democrática Italiana, quando Franco Basaglia assumiu a direção do Hospital Psiquiátrico Provincial de Gorizia, propondo-se a reformar o hospital psiquiátrico ali existente. Ao entrar nesse hospital teve a sensação de estar em uma prisão, e uma das suas primeiras iniciativas foi acabar com os métodos coercitivos e violentos de tratamento, inspirado pelos movimentos da Comunidade Terapêutica e da Psicoterapia Institucional, os quais preconizavam a democratização das relações entre os pacientes e profissionais (AMARANTE, 1996).

A partir do contato com as obras de Michel Foucault e Erving Goffman, Basaglia percebeu que o combate deveria ser de outra ordem: passou a formular um pensamento e uma

prática institucional originais, voltadas para a ideia de superação do aparato manicomial, entendido como um conjunto de saberes e práticas científicas, sociais, legislativas e jurídicas que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e de patologização da experiência humana. Amparado nesse pensamento, Basaglia elaborou o seguinte princípio: o de colocar “a doença mental entre parênteses” e ocupar-se com o sujeito na sua subjetividade, pois, para ele, o principal ato terapêutico consistia na descoberta da pessoa como sujeito que sofre com os rótulos de perigoso, insensato, imoral, demente e incompreensível (AMARANTE, 1996, 2003).

Já, em 1970, Basaglia, juntamente com sua equipe que atuou em Gorizia, iniciou um trabalho no hospital psiquiátrico de Trieste, outra cidade da Itália. Lá ele realizou uma transformação desse hospital orientado pela ideia da “desinstitucionalização”, possibilitando o fechamento do manicômio e a construção de uma rede de atenção territorial³ (AMARANTE, 2003).

Rotelli et al. (2001, p. 18) afirma que

A verdadeira desinstitucionalização em Psiquiatria tornou-se na Itália em processo social complexo que tende a mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos, que tende a transformar as relações de poder entre os pacientes e as instituições, que tende a produzir estruturas de Saúde Mental que substituam inteiramente a internação no Hospital Psiquiátrico e que nascem da desmontagem e reconversão dos recursos humanos e materiais e humanos que estavam ali depositados.

A ideia de desinstitucionalização vai além da desospitalização adotada como sinônimo na Psiquiatria Preventiva, mas sim como desconstrução do paradigma racionalista: problema-solução. A ideia de complexidade do sujeito e da necessidade de produção de vida começa a ser entendida e aos poucos, o conceito de doença vai saindo de cena.

Em 1975, começam a funcionar os primeiros Centros de Saúde Mental de base territorial e regionalizados, distribuídos criteriosamente pelas várias regiões da cidade, assumindo a integralidade das questões relativas ao cuidado no campo da saúde mental de cada território. Esses centros eram responsáveis pela prevenção, tratamento e reinserção das pessoas com sofrimento psíquico na sociedade. Além desses centros, havia cooperativas de trabalho, oficinas, ateliês, empresas sociais e um Serviço de Diagnóstico e Tratamento ligados a esses Centros (AMARANTE, 2003).

³ A palavra “território” trata tanto da região geográfica quanto das referências subjetivas, sociais e políticas que estão presentes no dia a dia e da inserção dos sujeitos no meio social (AMARANTE, 2003).

As experiências de Trieste e Gorizia repercutiram no Parlamento Italiano, que em 1978 aprovou a Lei da Reforma Psiquiátrica, conhecida como Lei 180 ou Lei Basaglia. Essa lei substituiu a legislação de 1904 e, proibindo a recuperação dos velhos manicômios e a construção de novos, reorganizou os recursos para a rede de cuidados psiquiátricos, restituiu a cidadania e os direitos sociais aos doentes, garantindo um tratamento psiquiátrico de qualidade (YASUI, 2006).

Todos os movimentos até aqui citados, ocorridos em diferentes países no mundo, repercutiram na assistência psiquiátrica brasileira e foram propulsores de mudanças na legislação, a partir da Reforma Psiquiátrica. Ênfase aqui que até então, o sistema hospitalar psiquiátrico no Brasil era muito semelhante aos dos países mencionados, representando um sistema pautado na vigilância, no controle e na disciplina, cercado de dispositivos de punição.

Em 1808, a família real portuguesa transferiu-se para a cidade do Rio de Janeiro, no Brasil. Especula-se que, na ocasião, cerca de 15 mil pessoas da corte portuguesa transferiram-se juntamente com o governo (AMARANTE, 2003), o que ocasionou uma série de transformações políticas, econômicas, culturais e sociais na colônia. Assim, houve um grande crescimento demográfico, súbito, na cidade, trazendo uma série de agravos de saúde às pessoas e, conseqüentemente, a marginalização da população de mendigos e loucos.

Após a independência do Brasil, em 1822, iniciou-se no país um movimento de médicos reivindicando um asilo para os alienados, como vinha ocorrendo na Europa no mesmo período. Essas solicitações foram atribuídas à identificação das precárias condições dos loucos nas ruas, prisões e hospitais, seguindo as concepções do movimento higienista europeu, e trazidas pela necessidade de organização dos espaços públicos da cidade do Rio de Janeiro (ROCHA, 1994).

Na época, as poucas iniciativas de assistência à saúde eram realizadas por médicos da família de caráter privativo, assim, restava a grande parcela da população o cuidado filantrópico realizado pelas Santas Casas de Misericórdia, que assumiam a função de hospedagem às pessoas carentes (ROCHA, 1994). Aos loucos, restavam-lhes os porões, os espancamentos, maus-tratos, desnutrição e doenças, além da falta de assistência médica (RESENDE, 2001). Assim, essas instituições “escondiam” dos espaços sociais a loucura na simples justificativa da possível agressividade e periculosidade, atribuindo desprezo e submissão ao sujeito diferente, desconsiderando suas subjetividades, necessidades e culpabilizando a família pela doença.

Após a elaboração de um documento intitulado “código de posturas”, no qual se denunciavam as precárias condições dos loucos e a necessidade de construção de um hospital

específico para o tratamento dessas pessoas, foi encaminhado ao Imperador Dom Pedro II um projeto de construção do primeiro hospital para alienados no Brasil (AMARANTE, 2003). Dessa maneira, o primeiro hospício brasileiro foi inaugurado no Rio de Janeiro em 1852. A esse respeito podemos constatar, no Decreto 1.077, de 4 dezembro desse ano, os meios de repressão permitidos para obrigar os alienados à obediência:

- 1º - A privação de visitas, passeios e quaisquer outros recreios;
- 2º - A diminuição de alimentos, dentro dos limites prescritos;
- 3º - A reclusão a solitária, com a cama e os alimentos que o respectivo médico prescrever;
- 4º - O colete de força, com reclusão ou sem ela;
- 5º - Os banhos de emborcação, que só poderão ser empregados pela primeira vez na presença do respectivo médico (AMARANTE, 2003, p. 62).

Pouco tempo depois da inauguração do hospício, o mesmo já havia se tornado alvo de críticas devido à falta de um programa médico, por manter o caráter filantrópico de hospedaria e ainda pelo trabalho desenvolvido pelas irmãs de caridade, o qual dificultava o trabalho médico (AMARANTE, 2003; BELMONTE et al., 1998). Com a proclamação da República, em 1888, por compartilharem os ideais positivistas e republicanos, os médicos obtiveram autonomia e poder efetivos para realizar diagnósticos, internações e tratamentos como vinham reivindicando. Assim, o Hospício Pedro II foi renomeado para Hospício Nacional de Alienados, deixando de ser vinculado à Santa Casa de Misericórdia (AMARANTE, 2003).

Evidencia-se que tanto os porões das Santas Casas quanto o Hospício Pedro II tiveram como enfoque a exclusão da loucura da sociedade, na tentativa de esconder as reais mazelas pelas quais muitos dos loucos pobres passavam. O direito de ir e vir eram lhes negado, sua liberdade tolhida e o estereótipo de agressividade aumentado, o que contribuía ainda mais para a exclusão social dessas pessoas. Com isso, as famílias pouco tinham contato com a loucura daquele membro da família, até porque na época tinha-se a ideia de que a loucura era de responsabilidade do governo e não dos familiares.

Nesse período, com a lei de assistência aos alienados, os hospitais colônias foram adotados como novo modelo de atenção psiquiátrica a ser seguido na federação, na tentativa de ampliar as possibilidades de tratamento da loucura. Assim, ocorreu a inauguração de duas colônias de alienados na América Latina, aumentando o número de leitos psiquiátricos, localizadas na ilha do Galeão, atual ilha do Governador (AMARANTE, 2003). Esse aumento dos leitos psiquiátricos acompanhava a política de saúde do país, em que se privilegiava a

atenção em saúde individual, privatista, assistencialista e curativista (ARANTES; STEFANELLI; FUKUDA, 2008).

Para Amarante (2003) os hospitais colônias, denominados também de colônias de alienados, eram instituições características do modelo europeu de assistência ao *doente mental*, que tinham como principal proposta terapêutica o trabalho agrícola e em pequenas oficinas. No Brasil, em 1980, foram criadas as duas primeiras colônias de alienados no Rio de Janeiro, sendo as primeiras da América Latina, e outra, no ano seguinte, em São Paulo, desencadeando a criação de várias outras colônias em todo o país⁴.

Entendo que esta foi uma tentativa de reduzir a superlotação do Hospício Pedro II e uma forma de possibilitar outra maneira de tratamento que não fosse a ociosidade dos loucos, homens na sua maioria. Dessa forma, os hospitais colônias ofereciam como recurso terapêutico o trabalho agrícola e outras produções artesanais, configurando-se em uma primeira tentativa de reforma psiquiátrica brasileira.

Nos hospitais colônias, o número de leitos psiquiátricos tomou proporções alarmantes, chegando a quinze mil internos no Hospital Colônia Juquery (RJ), a oito mil internos na Colônia de Alienados Jacarepaguá (RJ) e três mil internos na Colônia de Alienados de Barbacena (MG) e no Hospital São Pedro (RS) (AMARANTE, 2003). Dessa forma, por muito tempo permaneceu a lógica de expansão dos hospícios e nos hospitais colônias, tendo como prática a exclusão e o impedimento das pessoas em sofrimento mental de transitar nos espaços públicos, além de preconizar o trabalho como a única forma de tratamento dessas pessoas.

Nos anos de 1960, período marcado pelo golpe militar e pela criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), intensificou-se no país a criação de leitos psiquiátricos, principalmente aqueles oriundos da compra de serviços psiquiátricos do setor privado (AMARANTE, 2003; CARVALHO; MARTIM; CORDONI, 2001). Essa privatização dos serviços de saúde foi ocasionada pelo aumento da população nas cidades e consequentemente pelo anseio de melhores condições de cobertura de saúde.

Em 1967, é criado o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), tendo por função assumir a assistência médica e hospitalar, restando para o INPS

⁴ No Estado do Rio Grande do Sul, na época denominado Província de São Pedro, foi inaugurado no ano de 1884 o Hospital Psiquiátrico São Pedro, instituição de caráter filantrópico, destinado aos alienados e a todos aqueles que apresentavam desvios de conduta, cumprindo a função de saneamento urbano imposto pela sociedade da época. Atualmente, o prédio histórico do São Pedro está tombado pelos poderes públicos estadual e municipal. Com 12.324 m² de área construída, o conjunto arquitetônico é composto por seis pavilhões, predominando a arquitetura neoclássica (CHEUICHE, 2004).

o gerenciamento dos benefícios da previdência social. Dessa forma, o país reafirmava um discurso dicotômico das políticas de saúde, com a criação do Ministério da Saúde, de um lado o discurso sanitarista-campanhista e de outro o curativo-privatista (RIBEIRO, 1999; RIGHI, 2005). O primeiro envolve uma abordagem coletiva, ambiental da doença, possuindo características autoritárias e intervencionistas. Já o segundo privilegiava a abordagem individualista dos agravos de saúde, tendo a doença como alvo de intervenção, com o paciente passivo ao ato médico (SOUTO-DE-MOURA; SOUTO-DE-MOURA, 1997). Assim, nota-se que cada vez mais as políticas públicas sofriam influências dos hospitais particulares, fortalecendo, assim, o monopólio da assistência psiquiátrica nesses serviços, tornando-se fonte de lucro para empresários.

Esse modelo de assistência manteve-se na década de 70, incentivado pelo Plano de Pronta Ação de 1974, que favoreceu ainda mais o aumento descontrolado da privatização médica do país. Cabe salientar que, na área da psiquiatria, a previdência social chegou a destinar, nessa época, 97% dos recursos da assistência psiquiátrica para o pagamento de internações na rede hospitalar conveniada (AMARANTE, 2003). Entretanto, as experiências substitutivas aos hospícios, como psiquiatria preventiva, comunidades terapêuticas e saúde mental na atenção básica, eram pontuais, sendo subsidiadas com poucos recursos.

Neste contexto de má administração do dinheiro público e de denúncias de irregularidades e fraudes, desencadeou-se uma crise na Previdência Social, que serviu como estopim para o que seria chamado de Reforma Sanitária Brasileira. Nota-se que as mudanças das políticas de saúde mental sofriam reflexos do contexto político do país.

A Reforma Sanitária caracterizou-se como um movimento que teve início na década de 70, época em que a Previdência Social financiava também reformas, construções de hospitais e faculdades de medicina, com enfoque curativista, voltados para a especialização e o fortalecimento das indústrias médico-hospitalares e farmacêuticas (CORDEIRO, 2004; RIBEIRO, 1999).

Em 1975, foi criado o Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM), que objetivava a qualificação de médicos generalistas e auxiliares de saúde para o atendimento em nível primário (AMARANTE, 2003). Dessa forma, trabalhadores de saúde, centrais sindicais, parlamentares, representantes de associações populares unem-se com o objetivo de mudar o modelo assistencial de saúde no Brasil e conseqüentemente as condições de vida da população em geral.

Como resultado do PISAM, no Rio Grande do Sul (RS) podemos citar o trabalho desenvolvido no Centro Médico Social São José do Murialdo, localizado na cidade de Porto

Alegre, local onde a psiquiatria comunitária chegava em 1971, adotando um referencial participativo da população (WETZEL, 1995). Podemos citar também o Hospital São Pedro, que acabava por assumir uma lógica de setorialização, tendo como referência de atendimento a área geográfica de origem, diminuindo, assim, a população assistida nesse hospital. Ainda no RS, nesse período, destaco em 1980 a Clínica Pinel de Porto Alegre, um serviço privado que incorporou pressupostos da psiquiatria preventiva no momento em que abriu uma unidade ambulatorial em parceria com o INAPS (KANTORSKI; WETZEL; MIRON, 2002; WETZEL, 1995).

Observa-se que essas experiências, apesar de pontuais e discretas em um país de dimensões continentais, foram de enorme importância no contexto das políticas públicas de saúde, fazendo com que o RS se destacasse no contexto nacional. Entendo que experiências inovadoras são necessárias em um período de transição, pois assumem um caráter de tensionamento para mudanças.

Ressalto que no final da década de 60, enquanto as políticas mundiais voltavam-se para a extinção dos hospitais psiquiátricos, o Brasil ainda mantinha um modelo excludente da loucura em manicômios e colônias, fazendo disso fonte de lucro para governantes e outros interessados. Cabe salientar que os internos desses espaços asilares sofriam com a superlotação, falta de preparo dos profissionais, longas internações, higiene precária, má alimentação, falta de assistência médica e altos índices de mortalidade.

A precariedade do sistema de atendimento em psiquiatria e saúde mental no Brasil fomentou ainda mais a expansão da compra de vagas em hospitais privados, pois, enquanto que a população de internos em hospitais públicos permanecia estável, as internações em instituições conveniadas passaram de 14 mil para 30 mil internos, entre os anos de 1965 até 1970 (RESENDE, 2001). Esse período foi chamado de Indústria da Loucura, pois a preocupação estava apenas com a arrecadação dos fundos provenientes das internações, desconsiderando a assistência humana, integral e de qualidade (PITTA, 2011).

Frente ao tamanho descaso da situação das pessoas em sofrimento mental, o final da década de 70 e o início da década de 80 foram marcados por denúncias de violação dos direitos humanos, através de agressões, maus-tratos, estupros, trabalho escravo e até mortes, pelos trabalhadores dos hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro. Esse fato provocou uma crise na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), dando origem ao Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) em 1978 (AMARANTE, 1995). Esse movimento não foi identificado apenas como um movimento de entidades da saúde, mas como uma

organização popular de luta por melhores condições para o campo da saúde mental (AMARANTE, 2003).

Concomitantemente a esse movimento, ainda em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas (UNICEF) realizam a Conferência Internacional de Alma Ata. Essa conferência estabelece metas para a saúde mundial, ampliando o conceito de saúde, além de estabelecer a participação da população na formulação e planejamento das ações em saúde do seu país (CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, 1978).

O conceito ampliado de saúde faz com que as ações de saúde devam transcender a área exclusiva da assistência à própria saúde, propondo a inserção de outras esferas indispensáveis para a promoção da mesma, como transporte, lazer, renda e habitação, entre outras. Esse conjunto de fatores faz com que o ser humano seja reconhecido como um ser integral, um cidadão de direitos e deveres. A simples ausência de doença não assegura necessariamente a presença de saúde, mas assegura a necessidade de mudança no modelo centrado na doença para um modelo que leve em conta a complexidade das pessoas.

O modelo centrado no indivíduo repleto de subjetividades direciona o olhar para além dos serviços de saúde, ou seja, para a necessidade de ampliação das redes de atenção em saúde. A visualização de outros espaços como fontes de saúde também requer a participação da família e o atendimento de suas necessidades de cuidados, como forma de influenciar o modo de produzir saúde.

Os pressupostos da Conferência Internacional de Alma Ata e a precariedade do modelo vigente de atenção em saúde mental fizeram com que o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental tomasse uma postura bastante crítica frente às políticas de saúde mental e à assistência psiquiátrica, provocando a ocorrência de inúmeros eventos⁵. Dentre eles, destaco o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, trazendo ao Brasil grade críticos do sistema psiquiátrico vigente, como Franco Basaglia, Félix Guatarri, Robert Castel e Erwing Goffman, que influenciaram a organização e formação das novas diretrizes do MTSM (AMARANTE, 1995).

O encontro entre esses atores sociais foi de extrema importância no processo de redirecionamento das práticas da assistência psiquiátrica e saúde mental, garantindo, assim, a mobilização de diversos setores da sociedade. E, dentre eles, destaco os familiares dos

⁵ Em 1978, o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições no Rio de Janeiro/RJ e o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria em Camburiú/SC; em 1979, o I Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental em São Paulo/SP e o III Congresso Mineiro de Psiquiatria em Belo Horizonte/MG (AMARANTE, 1995).

sujeitos em sofrimento psíquico. Os familiares uniram-se no movimento dos trabalhadores, percebendo aos poucos sua importância na formulação das políticas de saúde no país.

Com a vinda de Franco Basaglia ao Brasil, ficou ainda mais evidente o modelo de reforma psiquiátrica que o movimento dos trabalhadores queria instalar no país, tendo como pressuposto a desinstitucionalização. Esse pressuposto é compreendido não como desospitalização ou desassistência, mas, sim, como um processo de desconstrução de velhas práticas manicomiais e a construção de novos saberes que privilegiam a subjetividade do sujeito, a autonomia e o livre exercício de cidadania. Assim, entendo que é preciso desconstruir o imaginário social que ainda permeia a sociedade, superando o paradigma doença/cura e voltando-se para o resgate e reconstrução dos indivíduos como sujeitos que sofrem.

Nesse período, na década de 80, ocorreram dois eventos importantes, o primeiro em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) (1986), e, em 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) (1988). A primeira serviu como principal referência para a configuração do sistema nacional de saúde brasileiro – o Sistema Único de Saúde (SUS), e o segundo evento definiu o lema “por uma sociedade sem manicômios” como bandeira de luta defendida pela sociedade civil. A I CNSM direcionou sua discussão para a consolidação das propostas do movimento da reforma sanitária no campo da saúde mental, reorientando o sistema de saúde a partir dos princípios estabelecidos na VII CNS, como universalização, descentralização, integralidade, hierarquização e regionalização, entre outros.

Na mesma direção, na década de 90 diversos países passavam por um repensar do modelo assistencial em psiquiatria, conseqüentemente a América Latina elaborou um documento de fundamental importância para as políticas adotadas na área de saúde mental, intitulado de Declaração de Caracas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004). A partir desse documento o Brasil assume o compromisso de promover atenção psiquiátrica no setor primário de saúde, propiciando o tratamento das pessoas no seu território por meio da construção de uma rede de serviços, garantindo o respeito aos direitos humanos. Essa rede deveria seguir com os princípios da VIII CNS, proporcionando, em tese, um atendimento qualificado e integral, indo de encontro com o modelo até então hegemônico e centralizador dos manicômios.

Entendo que a rede de atenção em saúde mental deve ser formada por diversos serviços de saúde, qualificados e articulados entre si, para atender à complexidade do sofrimento mental, além suprir as necessidades de todos os atores sociais envolvidos, usuários, familiares e profissionais. A partir disso, grandes esforços iniciaram-se objetivando

a construção de um modelo assistencial baseado na produção de vida e no resgate das relações afetivas dos sujeitos.

Visando suprir essas demandas, a área de saúde mental sofreu importantes transformações na legislação brasileira em consonância com a reforma psiquiátrica, sendo que o Ministério da Saúde lança uma série de portarias (BRASIL, 2004e), dando força e robustez ao processo de desinstitucionalização. Dentre as portarias mais importantes, destaco as seguintes: nº 189/91 e 224/92, que regulamentam a Política Nacional de Saúde Mental nos país, ocorrendo a substituição da lógica hospitalocêntrica pela extra-hospitalar (BRASIL, 2004c, 2004e, 2005c).

A primeira altera o financiamento das ações de saúde mental, estabelecendo o SUS como principal financiador do sistema público, e a segunda portaria regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental, incluindo normas para atendimento em UBS, Centros de Saúde e Ambulatórios, entre outros. Ainda sobre a Portaria 224/92 (BRASIL, 2004e), ela proíbe práticas desumanas e excludentes, além de incorporar novos procedimentos à tabela de financiamento do SUS.

Ressalta-se que esta última portaria foi atualizada pela de número 336/2002 (BRASIL, 2002), acrescentando novos parâmetros e ampliando a abrangência de serviços substitutivos de atenção diária, como, por exemplo, os CAPS. Com isso, os CAPS assumiriam o cuidado em saúde mental aos indivíduos com transtornos severos e persistentes, além de prestar suporte às equipes de atenção básica e outros serviços de saúde mental, bem como contribuir na elaboração de programas da sua área de abrangência, ou seja, área de responsabilidade de um determinado serviço.

Nesse contexto, o CAPS não deve ser o único serviço responsável pela assistência em saúde mental, mas, sim, deve realizar um trabalho articulado e intersetorial com outros serviços, não necessariamente da saúde. Dessa forma, garante o envolvimento de outros setores da sociedade, como as igrejas, vizinhança, cinema e família, implicando todos nas ações de saúde mental, criando uma rede de corresponsabilidades.

Cabe enfatizar que o Rio Grande do Sul foi um dos pioneiros a aprovar a Lei de Reforma Psiquiátrica (Lei nº 9.716, de agosto de 1992), que propôs a extinção progressiva dos manicômios e a sua substituição por uma rede de atenção integrada a saúde mental e regulamentação da internação compulsória (BRASIL, 2004e). Dessa maneira, este estado ocupa posição de destaque no cenário nacional, por ter sido o primeiro estado a mudar a legislação até então vigente, seguido pelos Estados de Pernambuco, Minas Gerais, Ceará, Alagoas, Paraná e o Distrito Federal, os quais aprovaram leis semelhantes (HIRDES, 2000).

O pioneirismo gaúcho, buscando a transformação do modelo psiquiátrico tradicional, teve influências no movimento de reforma psiquiátrica nacional.

Ainda, sobre o Rio Grande do Sul, dois municípios merecem destaque no que tange à implantação de serviços substitutivos em saúde mental: São Lourenço do Sul e Alegrete. Em 1988, a cidade de São Lourenço do Sul inaugurou um Centro de Saúde Mental, denominado de “Nossa Casa”, considerado a célula-mãe de uma rede, criado com a proposta de oferecer assistência integral ao sujeito com sofrimento psíquico e de superar a falta de um serviço especializado que desse conta da complexidade da saúde mental (DUARTE, 2008; HIRDES, 2000; KANTORSKI, 2008; WETZEL, 1995; WETZEL, 2005). Um ano após a criação do CAPS em São Lourenço, o Município de Alegrete criou um serviço que deu origem ao sistema de saúde mental da cidade, o que ampliou a rede composta por um CAPS, CAPS infância e adolescência (CAPSi), CAPS ad, leitos em hospital geral, residencial terapêutico, emergência psiquiátrica e atendimento em UBS (KANTORSKI, 2008).

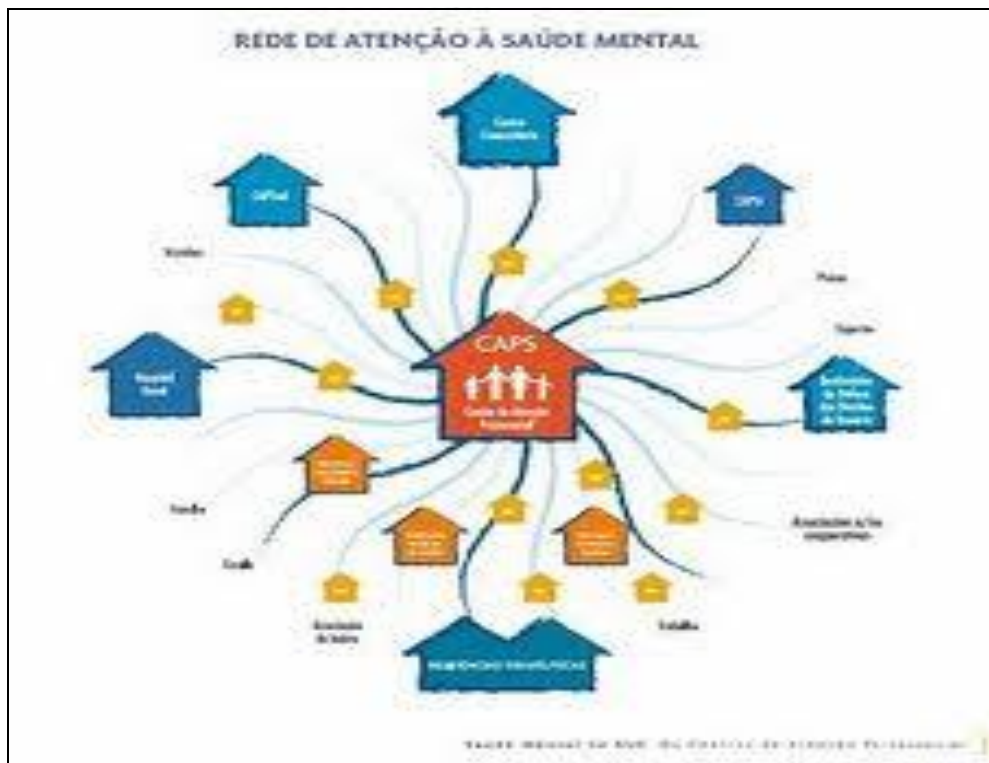
Assim, em 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional e de várias modificações, foi aprovada a Lei Federal sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira (Lei nº 10216, de abril de 2001), de autoria do deputado Paulo Delgado, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos dos sujeitos em sofrimento mental, redirecionando o modelo de assistência na área, regulamentando o cuidado especial com as pessoas internadas por longos anos, além de prever possibilidade de punição para a internação arbitrária, involuntária e/ou desnecessária. Essa lei define que os serviços de saúde mental são todas as instituições ou unidades que ofereçam assistência às pessoas em sofrimento psíquico (BRASIL, 2001b).

No entanto, o Ministério da Saúde tem dado ênfase aos CAPS como um espaço facilitador para o resgate da autonomia e das subjetividades dos sujeitos, (re)estabelecendo-os como cidadãos, nos seus modos de levar a vida. Esses serviços devem integrar-se ao SUS, articulando as ações de saúde mental em uma rede integrada e sensível às demandas dos usuários e familiares.

Esta nomenclatura, Centro de Atenção Psicossocial, surgiu na Manágua revolucionária em 1986; em meio a todas as dificuldades de materiais, e em uma economia arruinada pela guerra, cuidavam-se das pessoas em sofrimento mental, utilizando líderes comunitários, materiais improvisados com sucatas, desenvolvendo uma criativa experiência de reabilitação (PITTA, 1994). Foi dessa forma que os CAPS surgiram, em meio a muitas dificuldades. Assim, dados de 2010 (BRASIL, 2010c) mostram que havia 1744 CAPS em todo o Brasil, o que já demonstra uma significativa mudança na lógica de atenção em saúde mental, voltada para a rede substitutiva ao manicômio.

A centralidade do CAPS, identificada na Figura 1, demonstra seu papel importante na construção da rede de atenção à saúde mental. No entanto, a centralidade desse serviço tem sido discutida por Cecílio (1997), Duarte (2008) e Teixeira Júnior (2010), que salientam que esta imagem criada pelo Ministério da Saúde passa uma ideia de encaminhamento para outros setores de saúde, o que pode limitar a resolução das necessidades de cuidados dos usuários e seus familiares.

Figura 1 – Rede de Atenção à Saúde Mental



Fonte: BRASIL (2005c).

Apesar das inúmeras mudanças na legislação em saúde mental, salienta-se que a simples elaboração de portarias e leis não garante que as transformações do modelo de assistência asilar e manicomial para o modelo psicossocial fossem implantadas. O modelo psicossocial, proposto pela reforma psiquiátrica, requer o oferecimento de uma gama de novos serviços substitutivos, necessitando de uma mudança na lógica de pensar, ressignificando os conhecimentos e as práticas dos profissionais de saúde.

Nesse contexto, configuram-se dois modos paradigmáticos que se diferenciam tanto em termos dos saberes e das práticas, quanto do discurso que os articula, denominados de modo asilar e modo psicossocial (COSTA-ROSA, 2006), como ilustrados no Quadro 2.

Quadro 2 – Principais diferenças entre o modo Asilar e o modo Psicossocial.

Aspectos Analisados	Modo Asilar	Modo Psicossocial
Concepções do objeto e dos seus meios de trabalho	A doença é considerada o centro do problema, enfatizando as determinações orgânicas. O tratamento é medicamentoso e não considera a exigência do sujeito, a pessoa é apenas um corpo doente; a intervenção é exclusivamente centrada na doença, reforçando o isolamento em relação ao meio familiar e social. Quanto aos meios de trabalho, o sujeito é atendido de forma fragmentada; os profissionais da equipe não mantêm relações de trabalho, sendo o prontuário a interconexão, e a instituição ideal para este modo é o hospital psiquiátrico.	O sujeito é o principal participante do tratamento e, considerando que o mesmo faz parte de uma família e de um grupo social, estes também devem ser considerados; os meios básicos de tratamento são: medicação, psicoterapias, laboroterapias, socioterapias e dispositivos que visem à reintegração sociocultural; os meios de trabalho são a equipe interprofissional e os dispositivos institucionais como CAPS, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Ambulatórios de Saúde Mental e setores para tratamento da saúde mental em hospitais gerais.
Formas de organização institucional	Caso haja a elaboração de organogramas, esses seriam piramidais ou verticais, pois o fluxo do poder institucional tem apenas um sentido, do ápice para a base.	O organograma que representaria este modo se daria na forma horizontal, pois são lineares as relações de poder que se estabelecem dentro da equipe e desta com os usuários.
Formas de relacionamento com a clientela	O relacionamento se dá conforme o suprimento e a carência, sabedoria e ignorância, ou seja, relações intersubjetivas verticais, conduzindo o usuário à imobilidade e ao mutismo.	A instituição passa a ser considerada um espaço de interlocução, funcionando como um ponto de fala e de escuta, tanto do usuário quanto da população.
Concepção dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos	Como a finalidade do tratamento é a internação ou tamponamento dos sintomas, o principal efeito derivado dessa concepção é a cronificação asilar.	Além da redução dos sintomas, buscase, como meta principal, o reposicionamento subjetivo da pessoa em sofrimento psíquico através da ênfase na singularidade e nas dimensões sociocultural e subjetiva.

Fonte: COSTA-ROSA (2006).

Diante dos polos de contradição das práticas de atenção em saúde mental, o modo asilar e o modo psicossocial, podemos entender os motivos das reivindicações dos atores sociais envolvidos com as mudanças na forma de entender a loucura. O modelo asilar visava apenas à remissão dos sintomas, a desconsideração do sujeito como cidadão, levando-o à segregação, tutela e isolamento social.

A Atenção Psicossocial tem se mostrado como um paradigma desencadeador de tensões na operacionalização das práticas nos serviços de saúde, contudo é justamente neste campo de tensão entre o novo e o velho, do conflito entre a atenção psicossocial e o modelo psiquiátrico tradicional, que surge a possibilidade de ruptura da ideologia do tradicional (KANTORSKI; SILVA, 2001).

Neste cenário de transformações na área de saúde mental para a Atenção Psicossocial, os autores Costa-Rosa e Yasui (2008, p. 28) propõem a Estratégia Atenção Psicossocial (EAPS).

O conjunto amplo de transformações práticas e proposições teóricas, tanto éticas quanto políticas, incorporado e vivenciado na atual Política de Saúde Mental é suficiente para que possamos falar em Estratégia Atenção Psicossocial (EAPS), assim como foi proposta a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Salientam ainda que a articulação entre os CAPS e os Ambulatórios de Saúde Mental, bem como entre estes dois e a Atenção Básica, e suas ações de matriciamento são fatores de importância para o “municipiamento” na luta pelos avanços da EAPS. Para a EAPS não interessa mais se as problemáticas são de alta ou de baixa complexidade, pois, para essa estratégia, todas as ações desses serviços são consideradas de alta complexidade, em um agir coletivo e com profissionais que trabalhem nessa lógica (COSTA-ROSA; YASUI, 2008).

Essas ações baseadas na EAPS vão de encontro com as práticas asilares, que devem ser enfrentadas em parceria com as famílias, esperando-se que, mediante interlocução com a equipe, estas auxiliem na construção de linhas de cuidados que possibilitem a produção de integralidade em saúde (MERHY, 2007a). Dessa forma, a abordagem em saúde mental exige em cuidado integrado por diferentes profissionais que, em conjunto com a família, passam a ser protagonistas nesse cuidado (OLIVEIRA, 2006; PITTA, 2011).

Com a desinstitucionalização do louco, as práticas assistenciais foram, aos poucos, visualizando a família como um grande aliado, passando a dividir a responsabilidade pelo cuidado e pela inserção social. Já, no modelo asilar, a família era excluída do tratamento, chegando a ser considerada por Pinel a causadora da doença, porque a alienação poderia ter a influência de uma educação corrompida e do desregramento do modo de viver (PESSOT, 1996).

Associado à cidadania, à integralidade e à intersetorialidade, o modo psicossocial busca a reabilitação psicossocial do sujeito, através da reconstrução da existência da vida da pessoa com diagnóstico de transtorno mental (ESTELLITA-LINS; OLIVEIRA; COUTINHO, 2009). Essa reconstrução da existência é determinada pela capacidade de lidar com problemas cotidianos, pelo desenvolvimento da autoestima, pelas habilidades sociais, autonomia e prática da cidadania. Dessa forma, o cotidiano e o contexto familiar e social sinalizarão os caminhos a serem percorridos, os objetivos a serem traçados pelos profissionais de saúde, juntamente com a unidade familiar.

A reabilitação psicossocial nasceu nos Estados Unidos, nos anos de 1940, como proposta das práticas psiquiátricas reformistas. Essa proposta deu-se a partir dos encontros de ex-pacientes de hospitais psiquiátricos, que propuseram o desenvolvimento de novos programas e associações civis, centrados na capacitação ou trabalho protegido, em oficinas, moradias ou alojamentos. Essas práticas de reabilitação buscam a ampliação das habilidades das pessoas para efetuar suas trocas tanto nos espaços pessoais, da família, quanto nos espaços sociais e territoriais (SARACENO, 2001).

No contexto do modelo de atenção psicossocial, o objeto de trabalho foi redesenhado, ampliado e complexificado. Dessa forma, surgiu a necessidade de novos instrumentos, nova conformação de equipes, relações de poder horizontalizadas, além da mobilização para a participação e o controle social, mediante associações de usuários e familiares, de trabalhadores, assembleias de usuários e trabalhadores, entre outros. Nesse modelo, o sujeito fala, participa da discussão e decisão sobre sua vida e seu tratamento, requerendo ações que incluam os vínculos familiares e sociais (OLIVEIRA, 2006).

A desconsideração da unidade familiar, como apoio no tratamento e suporte ao sujeito em sofrimento psíquico, é outro aspecto divergente do Modelo Psicossocial, que entende a família como protagonista no processo de reabilitação. Assim, a reforma psiquiátrica, através do Modo de Atenção Psicossocial, tem enfrentado um grande desafio como proposta de redirecionamento do atendimento e da assistência psiquiátrica.

Nesse cenário, a família muda seu papel de observadora para o de protagonista dos processos de tratamento, participando dos cuidados dos seus familiares. Em contrapartida, o profissional, ao prestar assistência de saúde, passará a reorganizar sua prática vislumbrando o núcleo familiar como parceiro no processo saúde/doença. Para que isso ocorra, é necessário que os profissionais aproximem-se e conheçam o funcionamento desse núcleo de apoio, analisando de que forma poderão estabelecer contratos e atender também suas necessidades de cuidados.

O novo papel da família foi reafirmado no Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2002), ao afirmar que os serviços substitutivos deveriam incluir ações dirigidas aos familiares e ao sujeito em sofrimento mental, objetivando a inserção social e respeitando as particularidades individuais. Assim, a família é chamada a uma conscientização de seus direitos, viabilizando o exercício da sua cidadania, através do modo psicossocial em saúde mental.

É necessário entender a complexidade na qual é formada a família, tendo em vista que a família contemporânea supera a tradicional forma de estruturar-se: a mulher com o papel de

cuidar do lar e, ao homem, o de provedor financeiro. A família atualmente pressupõe a interdependência dos participantes, no compartilhamento de tarefas, na complementaridade e reciprocidade entre seus integrantes (ELSEN; WAIDAMAN, 2005).

Desse modo, os profissionais de saúde devem estar atentos às suas práticas, tendo em vista que encontrarão uma família dinâmica, na qual os membros não possuem papéis estáticos e definidos. Portanto, ao considerar a família como uma organização que se estrutura, principalmente, através das relações afetivas, a presença de um membro adoecido pode resultar numa desestruturação do convívio familiar (MIELKE et al., 2010; SCHRANK, 2006). Dessa forma, a família passa a necessitar de cuidados, possuindo suas demandas de cuidados específicas.

A partir do momento em que os serviços solicitam a participação da família no tratamento, os mesmos devem estar atentos também para o atendimento não apenas das necessidades do sujeito em sofrimento mental, mas também para as demandas de cuidado da família. A literatura (AZEVEDO; MIRANDA; GAUDÊNCIO, 2009; BRASIL, 2004a; ESTEVAM et al., 2011; FUREGATO et al., 2002; HIRDES; KANTORSKI, 2005; NASI; STUMM; HILDEBRANDT, 2004; PEREIRA, 2003; PINHO; HERNANDEZ; KANTORSKI, 2010) tem evidenciado o desgaste físico e mental das famílias de pessoas em sofrimento psíquico e uma falta de suporte da maioria dos serviços especializados.

Considerar a família como uma perspectiva de trabalho ainda constitui-se um desafio para os profissionais de saúde, sobretudo em um contexto em que o cuidado está voltado, principalmente, para atender às necessidades do indivíduo e não da unidade familiar (SILVA; BOUSSO; GALERA, 2009).

Desse modo, faz-se necessário desvelar os cuidados que as famílias demandam para que os serviços de saúde possam contribuir para o atendimento das mesmas, amenizando a sobrecarga vivenciada. À medida que cresce a proposta de uma assistência mais abrangente e ampliada, aumenta a necessidade de eficiência dos serviços de saúde no cumprimento de seu papel.

Entendo que é preciso utilizar a reabilitação psicossocial e a inclusão da família, ambas preconizadas pela reforma psiquiátrica, como referenciais para a organização dos serviços de saúde mental, no redirecionamento da reinserção social do sujeito em sofrimento psíquico. Nesse cenário, procura-se a reintegração social deste sujeito, mediante o auxílio da família e sua integração nos serviços de saúde mental, objetivando a superação do manicômio como espaço de segregação, tutela e de isolamento.

Dessa forma, a reforma psiquiátrica tem mostrado que, mesmo com dificuldades e conflitos, a efetivação de uma rede de serviços e profissionais capacitados é um caminho possível, se trabalhado através de um conjunto de práticas sociais, integrando os diferentes atores: usuários, equipe, família e sociedade. A família, nesse contexto, precisa ser incluída no tratamento e nos serviços, além de ter suas necessidades de cuidados atendidas, sejam elas advindas de um transtorno mental ou da adição às drogas de seu familiar.

3.2 Família e Crack

A partir dos anos de 1990, as famílias brasileiras vêm se deparando com o aumento do consumo de drogas no Brasil e no mundo, e conseqüentemente com o elevado número de conseqüências negativas que elas causam no usuário, e, dentre elas destaca o *crack*. Assim, o consumo de *crack* emerge no cenário brasileiro no final da década de 80, apresentando-se como um fenômeno de rápida expansão, principalmente nos grandes centros urbanos.

Na cidade de São Paulo, em 1989, houve o primeiro relato do uso de *crack* no Brasil. Dois anos depois, a primeira apreensão policial da droga; sendo que em 1993 ocorreram 204 registros de apreensão e, já em 1995, foram registrados 1.906 casos, evidenciando a rápida popularização de *crack* no país (OLIVEIRA; NAPPO, 2008a).

No entanto, é preciso retroceder um pouco na história da humanidade para perceber que as substâncias psicoativas fazem parte da história da sociedade, e das famílias, há muito tempo, como o álcool, a maconha e a cocaína. O álcool é um exemplo de uma das substâncias mais antigas, utilizadas com diferentes fins, de anestésico a narcótico, tendo sido utilizada durante a pré-história humana. Com o posterior desenvolvimento de técnicas agrárias e de utensílios de cerâmica, é provável que o armazenamento, fermentação e comercialização tenham sido facilitados, contribuindo para uma produção sistemática posterior (ACIOLI, 2002).

Outro exemplo de substância psicoativa, que tem suas origens datadas dos tempos do neolítico, originadas de uma das primeiras plantas utilizadas em larga escala, é a *Cannabis*, matéria prima da maconha. Há registros de seu uso no Antigo Oriente, na China e na Índia, estando na base de remotas formas religiosas⁶ e diversos usos medicamentosos (CAVALCANTI, 1998).

⁶ Nota-se que a história de do uso de substâncias psicoativas em vários momentos está atrelada a cultos religiosos em diferentes religiões, confundindo-se com a história da cura, dos curandeiros, dos alquimistas, das bruxas, dos xamãs e da própria medicina (ACHERBERG, 1996).

O abuso da própria cocaína, por exemplo, tem suas raízes nas grandes civilizações pré-colombianas dos Andes que, há mais de 4.500 anos, já conheciam e utilizavam a folha extraída da planta *Erythroxylon Coca* ou coca boliviana, fato evidenciado nas escavações arqueológicas do Peru e da Bolívia (FERREIRA; MARTINI, 2001). Dessa forma, quando os invasores espanhóis entraram em contato com os índios dessa região no século XVI, adquiriram o mesmo costume, o de mascar as folhas de coca ao meio-dia, para obter os efeitos estimulantes. A partir do século XIV, o uso da droga foi difundido na Europa para fins terapêuticos (BRASIL, 2008a), já na América, foi considerada um fármaco milagroso pelos americanos, que começaram a prescrevê-la para enfermidades particularmente difíceis de tratar. Após, tentaram empregar a cocaína no tratamento como um antídoto radical da morfina (FERREIRA; MARTINI, 2001).

Com o aprimoramento do conhecimento da química, a partir do século XIX, os princípios ativos de diversas plantas psicoativas foram isolados, possibilitando o desenvolvimento de drogas como a morfina em 1803, a heroína em 1859, e a própria cocaína em 1859 (DOMANICO, 2006). Dessa forma, essas substâncias ganhavam notoriedade pelas suas características terapêuticas, sendo cada vez mais utilizadas e difundidas, no entanto, desconheciam-se ainda os malefícios para a saúde do usuário e as repercussões para sua família.

Sigmund Freud, segundo a literatura, contribuiu para a divulgação da droga, quando, em 1884, publicou um livro especialmente sobre a cocaína, no qual defendia o uso terapêutico. Foi considerado como dependente da droga por um período (FERREIRA; MARTINI, 2001; KAPLAN; SADOCK, 2007). Além do uso terapêutico, a coca podia ser encontrada em estabelecimentos comerciais, vendida na forma de vinhos e refrigerantes, mas foi a partir de 1903 que a Coca-Cola substituiu a coca pela cafeína, tendo em vista o risco de dependência (BRASIL, 2008a).

Nesse cenário, podemos afirmar que as experiências com o uso da cocaína como uma droga terapêutica provocou algumas complicações, o que contribuiu para a restrição do seu uso através do surgimento de regulamentações e leis restritivas⁷. Seus efeitos aditivos e adversos foram reconhecidos e, assim, foi classificada como narcótico, juntamente com a morfina e a heroína (KAPLAN; SADOCK, 2007).

⁷ O surgimento de regulamentações e leis restritivas, como o Tratado de Haia em 1912, Harrison Act de 1914, nos EUA, ou o Decreto-Lei Federal nº 4.292 de 6 de julho de 1921, no Brasil, tornaram a cocaína menos disponível para a população em geral (FERREIRA; MARTINI, 2001).

Nota-se que, desde o início da humanidade, as drogas sempre fizeram-se presentes no cotidiano das famílias, no entanto, nem sempre foram entendidas como algo ilegal, causadoras de dependência química e de malefícios para seus integrantes. Foram utilizadas pelo seu efeito terapêutico, chegando a fazer parte da composição de refrigerantes, xaropes e vinhos do final dos anos de 1880 e início de 1900. Entretanto, a partir de 1912, surgem as primeiras legislações com o intuito de restringir o uso desenfreado das drogas psicotrópicas⁸, dentre elas a cocaína, e, conseqüentemente, das suas diferentes formas de uso.

Atualmente, podemos salientar três principais formas de uso, a saber: via intranasal, via parenteral e a via fumada. Na primeira forma, a inalação sob a forma de pó faz com que a cocaína passe ao organismo através da mucosa nasal. Já, na segunda forma, o uso dá-se através da administração por via endovenosa, sendo considerada arriscada, por expor os usuários ao risco de contaminação pelo uso comum de seringas e agulhas. Para a via fumada, ao pó são adicionados água, bicarbonato de sódio e outros insumos, que, aquecidos, originam a droga em formato de pequenas pedras (SEIBEL, 2010). Assim, a inalação dos vapores decorrentes do aquecimento da pedra chega aos pulmões e em seguida ao cérebro, produzindo dependência em poucas experiências do fumo.

Em 1980, alguns estudiosos americanos descreveram na literatura científica uma nova e potente forma de uso da cocaína, a inalação do vapor expelido da queima de pedras, manufaturadas a partir do “cozimento” da pasta básica combinada com bicarbonato de sódio. Quando queimada em um cachimbo de vidro, produzia um ruído típico de estalo, tendo sido, por isso chamada de *crack* (KESSLER; PECHANESKY, 2008).

Após 10 anos do início do uso do *crack* nos Estados Unidos, essa droga já atingiu o *status* de epidemia⁹ no Brasil e por isso tornou-se um problema de saúde pública no país (BRASIL, 2009b; CHAVES et al., 2011; KESSLER; PECHANESKY, 2008; MELOTTO,

⁸ Em 1981 a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu como drogas psicotrópicas aquelas que agem no Sistema Nervoso Central (SNC) produzindo alterações de comportamento, humor e cognição, possuindo grande propriedade reforçadora, sendo, portanto, passíveis de autoadministração. Essas drogas classificam-se, didaticamente, de acordo com os efeitos que realizam no SNC, a saber: Drogas Depressoras, aquelas que causam diminuição da atividade global, tendo como exemplo o Álcool. As Drogas Estimulantes são aquelas capazes de aumentar a atividade de determinados sistemas neuronais, causando um estado de alerta exagerado, insônia e aceleração dos processos psíquicos. São exemplos desse grupo a Cocaína e o Crack. Já as Drogas Perturbadoras são capazes de causar perturbações no funcionamento cerebral, levando o indivíduo a uma percepção inadequada da realidade. A Maconha é um exemplo desse grupo (BRASIL, 2010a).

⁹ O termo “epidemia” define-se por doença que surge de forma rápida num lugar e acomete ao mesmo tempo várias pessoas (FERREIRA, 2005). Geralmente esse termo é utilizado para as doenças consideradas epidêmicas (mais recentemente a gripe Influenza A) causando temor e pânico entre as pessoas.

2009; OLIVEIRA; NAPPO, 2008b; PULCHERIO et al., 2010; TULLER; ROSA; MENEGATTI, 2007; ZENI; ARAÚJO, 2009), causando um pânico moral em torno do *crack*¹⁰. A emergência recente e as proporções assumidas pelo consumo do *crack* fazem com que este seja concebido como um problema novo, no entanto entende-se esse fenômeno não como novo, mas como uma antiga questão da humanidade com novas características e especificidades.

Além do Brasil e dos Estados Unidos, países como Canadá, México, Austrália enfrentam sérios problemas com o *crack*. No Canadá, pesquisas recentes têm mostrado o aumento do uso da substância e, em um estudo com moradores de rua, encontrou-se que 52,2% deles tinham consumido *crack* nos últimos seis meses. Em Toronto, 78,8% dos entrevistados relataram ter fumado *crack* nos últimos seis meses (FISCHER et al., 2006).

O perfil dos usuários de *crack* brasileiros não difere muito daqueles encontrados em outros países. Eles caracterizam-se por serem jovens, desempregados, com baixa escolaridade, baixo poder aquisitivo, que apresentam antecedentes de uso de drogas e com comportamento de risco, sendo provenientes de famílias desestruturadas (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011). No entanto, o *crack* tem se tornado popular nos centros urbanos, atingindo também as áreas rurais (MELLOTO, 2009). Crianças, moradores de rua e mulheres tornam-se vulneráveis à droga (BRASIL, 2011a; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011; TRACTENBERG et al., 2012) além de atingir os adultos de diversos segmentos econômicos (BRASIL, 2011a; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011; MELLOTO, 2009).

Uma diferença importante entre os usuários de *crack* brasileiros e os de alguns países desenvolvidos está na principal causa de morte. Enquanto que nesses países as mortes ocorrem por complicações cardiovasculares e cardiopatias causadas pela cocaína e overdose, no Brasil a principal causa de morte é por homicídio (SCHIFANO; CORKERY, 2008).

O Escritório das Nações Unidas Contra Drogas e Crime (2006) ressalta a infiltração do *crack* em todas as classes sociais, afirmando que atualmente a maior parte dos usuários dessa droga é proveniente das camadas mais desprivilegiadas da população. Isso não significa que não haja usuários de outras classes sociais, mas, além de menos numerosos, estes conseguem

¹⁰ Considera-se pânico moral uma condição, um episódio, uma pessoa ou um grupo de pessoas que passam a ser definidos como um perigo para valores e interesses da sociedade. Sua natureza é apresentada de uma forma estilizada e estereotipada pela mídia de massa, na qual especialistas renomados pronunciam seus diagnósticos. Algumas vezes, o objeto do pânico é absolutamente novo e outras vezes é algo que existia há muito tempo, mas repentinamente ganha notoriedade (DOMANICO, 2006).

utilizar suas condições de classe para garantir maior discricção às suas ações, ocorrendo um abrandamento dos próprios efeitos negativos.

No Brasil, embora o uso de *crack* apareça em todos os grupos étnicos, na população americana ele se faz mais presente em pessoas de origem africana, principalmente de baixa renda, levando a estilos de vida caóticos e instáveis. Fatores psicossociais degradados, desemprego, falta de moradia e falta de suporte social são algumas das consequências encontradas nessa população de usuários (LAM; WECHSBERG; ZULE, 2004).

No início dos anos de 1990, no Brasil, menos de 10% das internações de dependentes químicos eram de usuários de *crack*, no entanto no final da década esse número subiu para 80% (ARATANGY, 2009). Em dados relacionados ao uso de drogas ilícitas nos EUA, a cocaína aparece como a principal responsável pelas internações hospitalares (KUCZKOWSKI, 2005), e dentre as formas de uso da cocaína nesse mesmo país, o *crack* é a forma mais utilizada (WHITE; LAMBE, 2003). Assim, várias cidades norte-americanas têm mostrado uma tendência crescente do abuso da cocaína fumada entre homens e mulheres que vivem em bairros pobres nos centros das cidades (BUNGAY et al., 2010).

Em 2001, no Brasil, foram divulgados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) alguns dados relacionados ao consumo de drogas em cidades com mais de 200 mil habitantes da Região Sul. O *crack* representava 0,5% de uso na vida dos entrevistados, no entanto, em 2005 representou 1,1%, evidenciando-se um aumento do uso no decorrer da vida. Ainda em 2001, na mesma pesquisa, o uso de *crack*, merla e heroína podia ser considerado nulo quando categorizado em faixas etárias, entretanto, em 2005, o uso de *crack* representou 1,5% na faixa dos 12-17 anos, 2,1% dos 18-24 anos, 3,1% dos 25-34 anos e em 0,2% das pessoas acima dos 35 anos (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2001, 2005).

Esses dados relacionados ao consumo de drogas no país evidenciam o aumento do consumo de *crack* em quatro anos e também a concentração de usuários na faixa etária considerada de adultos jovens (25-34 anos). Essa faixa etária é representativa também, pois considera-se um fase de extrema produtividade laboral, o que acaba prejudicando as relações do trabalho.

Outra característica dos usuários de cocaína e *crack* é o policonsumo, ou seja, raramente essas substâncias são usadas de forma isolada, o que aumenta a exposição dos usuários a patologias associadas ao consumo dessas outras drogas, sejam elas ilícitas ou lícitas. O tabaco, álcool e a maconha são algumas das substâncias usadas concomitantemente com o *crack*, o que possibilita mais consequências adversas, maiores problemas psicossociais

e tendência à incompatibilidade com os tratamentos. Dificuldades em receber visitas e aumento das recaídas somam-se às consequências do policonsumo de drogas desses usuários (BOYLE et al., 2010; NEALE; SHEARD; TOMPKINS, 2007; OLIVEIRA; NAPPO, 2008a; SANCHEZ; NAPPO, 2002).

Nesse cenário, muitas famílias vêm enfrentando as dificuldades inerentes à convivência com um familiar usuário de drogas, no entanto, o cotidiano torna-se ainda mais difícil e penoso quando refere-se a um familiar usuário de *crack*, tendo em vista suas especificidades. Dentre essas características destaco o baixo custo (KESSLER; PECHANSKY, 2008), o rápido efeito (TULLER; ROSA; MENEGATTI, 2007) que proporciona ao usuário, além de ser uma prática considerada menos arriscada¹¹ em comparação com as drogas injetáveis, não necessitando de equipamentos caros e locais apropriados para o uso (MELOTTO, 2009; TRACTENBERG et al., 2012).

Os usuários de *crack* brasileiros desenvolveram uma maneira de fumar através do uso de latas de alumínio furadas e com auxílio de cinzas de cigarro, aumentando a combustão (KESSLER; PECHANSKY, 2008). Em consequência dessa forma de uso, alguns estudos têm salientado a possibilidade de elevar os níveis de alumínio no sangue dos usuários, trazendo danos ao Sistema Nervoso Central (SNC). Glausser e Queen (2006) também salientam o risco dessa prática, enfatizando que alguns usuários chegam a inalar peças de metal, causando danos físicos. O desenvolvimento desses dispositivos para o uso do *crack* potencializa o baixo custo da droga, tendo em vista que os mesmos tornam-se descartáveis e facilmente produzidos.

Outros materiais têm sido encontrados junto aos usuários para usar o *crack*, como, por exemplo, copo de iogurte e de água mineral, isqueiro, tubo de pasta de dente, tampas de garrafa PET, canos de PVC, lâmpadas, entre outros. Considerando-se que a lata é a principal matéria prima para o uso de *crack*, o contato repetido com o alumínio aquecido lesa o tecido cutâneo, causando o aparecimento de bolhas e feridas na língua, nos lábios, rostos e dedos (OLIVEIRA; NAPPO, 2008b). Presume-se que, uma vez compartilhada, o contato direto com o sangue de outros usuários poderia aumentar-lhes o risco de transmissão de doenças infectocontagiosas.

Somado a isso, estudos têm evidenciado que algumas usuárias femininas trocam sexo desprotegido por *crack*, aumentando o risco de contato de suas feridas ao sêmen do parceiro e

¹¹ O uso de *crack* foi considerado uma prática menos arriscada, concomitantemente no período em que intensificaram-se as campanhas de prevenção à AIDS junto a pessoas usuárias de drogas injetáveis. Assim, por distanciar-se do risco direto de contaminação presente no uso compartilhado de seringas (MELOTTO, 2009).

de exposição ao contágio de doenças sexualmente transmissíveis e HIV (INCIARDI et al., 2006; NAPPO et al., 2003).

Já o baixo custo do *crack* está relacionado às muitas substâncias baratas, como, por exemplo, o cloridrato de cocaína, que acabam por reduzir o custo que era repassado nas outras apresentações da cocaína, considerada uma droga cara. Nos Estados Unidos, as pedras dessa substância têm sido adulteradas com substâncias inertes ou estimulantes de baixo custo, o que tem diminuído sua impureza em termos da concentração de cocaína (OLIVEIRA; NAPPO, 2008b). No Brasil, em função dos inúmeros pontos de distribuição e venda de *crack* – cada qual com suas próprias leis – sua composição química varia muito.

Na primeira descrição brasileira sobre o *crack*, a pedra mais comum era de coloração amarela e de consistência rígida, no entanto, atualmente, tem-se encontrado de cor branca e pastosa, contendo diluentes como farinha, bicarbonato de sódio, talco, pó de vidro, pó de mármore e fezes de animais (OLIVEIRA; NAPPO, 2008b). Dessa forma, o *crack* torna-se mais barato¹² e acessível às camadas menos favorecidas da sociedade.

Outro fator associado ao crescente uso dessa droga relaciona-se ao rápido efeito, tendo em vista que o uso fumado atinge rapidamente o cérebro e os efeitos da droga são sentidos de forma mais rápida e intensa, se compararmos com outras formas de uso da cocaína. Quando usado na forma de pós, a cocaína tem que ultrapassar a mucosa do nariz para chegar aos vasos sanguíneos, levando até 15 minutos para terem início os seus efeitos no sistema nervoso central, durando até 15 minutos. Entretanto, na forma fumada, devido à grande vascularização dos pulmões, seu tempo de início de efeitos é extremamente rápido, em torno de 15 segundos, e esses efeitos não duram mais que 15 minutos (BRASIL, 2008a; UCHÔA, 1996).

Os usuários de *crack* passam por quatro fases durante o uso. A primeira fase da euforia cocaínica, na qual ocorrem sensações de grande prazer, como excitação, hipersexualidade, inapetência, hipervigilância, instabilidade emocional e perda da sensação de cansaço. A segunda fase é a euforia cocaínica, na qual ocorrem sentimentos de angústia, inapetência, insônia, tristeza e agressividade. A terceira fase é chamada de alucinação cocaínica, ocorrendo alucinações de todos os tipos, além de excitação psicomotora e indiferença sexual. Já a última fase é a psicose cocaínica, na qual o usuário tem ilusões paranoides, delírios persecutórios, depressão, tentativas de suicídio e alucinações (GLAUSSER; QUEEN, 2006).

¹² O *crack* apresenta um valor inferior ao da cocaína, no entanto, como o efeito dessa droga é rápido, é necessário o consumo mais frequente dessa droga, anulando o suposto benefício do custo, perante a cocaína (SEIBEL, 2010).

Oliveira e Nappo (2008a) salientam que existem ainda os efeitos físicos que podem ser subdivididos em motores e viscerais. Os efeitos motores consistem em contrações musculares involuntárias, principalmente da face, que, acompanhadas por intensa protusão do globo ocular, garantem marcadamente a expressão de pânico ao usuário de *crack*. Já as respostas viscerais podem ser relatadas como manifestações involuntárias do sistema gastrointestinal, mediadas por episódios de flatulência, diarreias e vômitos, despertadas prontamente com a simples recordação do *crack* ou do momento de seu uso.

A relação de prazer instantâneo proporcionado pela primeira e segunda fases, porém com curta duração, associada ao baixo preço, é o que dá a essa droga um potencial de criar dependência muito grande, pois uma ou duas experiências com a droga já podem causar um desejo intenso por mais (KAPLAN; SADOCK, 2007). Assim, como a duração dos efeitos é menor, o sentimento de fissura¹³ (*craving*, em Inglês) na falta da droga é potencializado e, conseqüentemente, o uso é repetido por mais vezes, tornando o *crack* de alto potencial de dependência (CHAVES et al., 2011).

Dessa forma, a fissura tem papel fundamental na manutenção da dependência, por ser responsável ou dificultar o abandono da droga. Isso justificaria o típico perfil compulsivo do usuário de *crack* descrito por estudos culturais ao longo das duas últimas décadas (CHAVES et al., 2011; TRACTENBERG et al., 2012; ZENI; ARAUJO, 2009).

A fissura é despertada no usuário de *crack* em três principais ocasiões, segundo Chaves et al. (2011): quando o usuário se depara com algum sentimento ou com algo que o faça se lembrar do *crack*, as chamadas pistas internas e externas, geralmente relacionadas com a antecipação de um reforço positivo e/ou o alívio de um estado negativo; após a retirada do *crack*, quando o indivíduo quer obter o prazer mais uma vez ou, pelo menos, não quer mais sentir o desconforto de ficar sem o *crack*; na vigência do uso de *crack*, a fissura como um de seus efeitos. Esse tipo de fissura parece ter forte relação com a compulsão pelo consumo de *crack*.

Saliento a importância dos profissionais da área de saúde mental conhecerem as três principais situações desencadeantes da fissura pelo *crack*. Promover encontros com as famílias desses usuários a fim de capacitá-los para ajudar o usuário a evitar essas situações desencadeantes da fissura pode ser uma estratégia de empoderamento dessas famílias.

¹³ O *craving*, entendido como um desejo súbito, incontrolável e intenso de usar uma determinada substância, é uma experiência idiossincrática formada por componentes cognitivos, afetivos, comportamentais e fisiológicos (ZENI; ARAUJO, 2009).

No entanto, em relação aos usuários de cocaína, nem todos se tornam dependentes, pois uma série de variáveis interage para influenciar na dependência da droga, como a disponibilidade da mesma, a genética, o contexto familiar e as psicopatologias individuais (FAJEMIROKUN-ODUDEYI; LINDOW, 2004). Já, em relação ao *crack*, sabe-se que dificilmente existiria alguma pessoa que conseguisse fazer o uso casual do *crack*, tendo em vista o seu potencial de dependência, já que apenas com duas ou três pedras dessa droga o indivíduo tornar-se-ia um dependente.

Os sintomas da abstinência são penosos e a “limpeza” do organismo demora cerca de 15 dias, não existindo uma droga de substituição que ajude a diminuir o sofrimento. O ex-usuário precisa de contínuo apoio (social e familiar) para manter-se afastado das situações que induzem a recair na droga, necessitando de cerca de seis anos para considerar a “batalha ganha” (ARATANGY, 2009, p. 92-93).

O caráter incontrolável do consumo provocado pela fissura faz com que o usuário acabe por fazer qualquer ação para conseguir financiar o seu uso, provocando repercussões diretamente às suas famílias, tendo em vista que muitos usuários chegam a roubar objetos em casa e a vender pertences pessoais. Somado a isso, muitos usuários entram para a criminalidade e para o tráfico, fazendo pequenos furtos, assaltos e venda de drogas na tentativa de criar uma fonte de renda para conseguir manter o seu consumo.

Ferreira Filho et al. (2003) destacaram em seu estudo que usuários de *crack* têm 57,4% mais chances de detenção, o que é um dado bastante significativo. Assim, entendo que lidar com esses padrões de comportamento dos usuários dependentes de *crack* e suas consequências no convívio familiar não deve ser uma tarefa fácil, tendo em vista que a família fica bastante fragilizada com todas as modificações no cotidiano que o *crack* provoca.

A violência está presente em porcentagem significativa da população de usuários de *crack*, uma vez que a fissura ocasionada pela droga é tão intensa que essas pessoas podem apresentar condutas antissociais para a obtenção da mesma. Furtos, roubos, assassinatos e até mesmo prostituição são algumas formas encontradas pelos usuários de *crack* para continuar a manterem-se no padrão de uso (ARAÚJO et al., 2010; GUIMARÃES et al., 2008; HORTA et al., 2011; KESSLER; PECHANSKY, 2008; OLIVEIRA; NAPPO, 2008a; TRACTENBERG et al., 2012).

Atualmente, tem-se identificado a prostituição compulsória em que homens “emprestam” suas esposas a traficantes ou a outros usuários em troca de *crack*, de tal forma que o período e o número de pedras são combinados no momento da negociação. Essa atividade tem deixado de ser exclusivamente feminina, pois alguns homens já trocam sexo

pela pedra (OLIVEIRA; NAPPO, 2008a). Dessa forma, muitos usuários perdem o contato e os laços afetivos com as famílias, na medida em que saem de casa e buscam na rua a rede social para o consumo da droga.

Essas ações de caráter ilícito ocupam cada vez mais espaço na mídia¹⁴ e nos discursos políticos e policiais, trazendo aspectos negativos que ajudam na construção de um estigma para esses usuários e seus familiares. Muitas sanções sociais estão relacionadas ao preconceito e ao imaginário social, dificultando o acesso ao tratamento nos serviços de saúde. Permeia o imaginário da sociedade a ideia de que todos os usuários de drogas são envolvidos com o tráfico ou com contravenções e que é “fácil” interromper o uso, bastando apenas ter vontade, em uma visão simplista da questão.

Dessa forma, a lógica da visão criminal sobre os usuários de drogas tem sido revista nos últimos anos no Brasil, principalmente a partir de 2006, através da Lei 11343/06 (BRASIL, 2006a), em que o uso de drogas passa a configurar-se como uma questão de saúde pública e não como caso de polícia, em uma abordagem repressiva e proibicionista.

A opção brasileira pela abordagem repressiva nasce de um modelo americano que se espalha rapidamente pelo mundo, o qual tem como lema por “sociedade livre de drogas” (ALVES, 2009; NASCIMENTO, 2006). Essa proposta tem cunho repressivo com medidas punitivas, muitas vezes acompanhadas por discursos eleitoreiros, pautadas principalmente no combate ao *crack*, droga de grande impacto social na atualidade.

Ainda sobre essa abordagem punitiva no Brasil, pode-se afirmar que há duas filosofias que orientavam as políticas públicas ou que ainda permeiam a sociedade, conforme o Quadro 3.

¹⁴ André Fernando Schroder, em sua monografia intitulada “Da campana à pose: estudo do fotojornalismo na cobertura do crack do jornal Zero Hora”, de 2009, faz uma reflexão acerca das imagens da cobertura do *crack* realizada pelo jornal Zero Hora nos últimos três anos e das implicações das imagens na produção de informações na atualidade (SCHRODER, 2009). Saliento ainda que, a partir do dia 6 de julho de 2008, o referido jornal publicou a primeira reportagem de uma série especial intitulada “A Epidemia do *crack*”.

Quadro 3 – Filosofias que orientam as políticas públicas brasileiras.

	Usuário-criminoso	Usuário-doente
Instrumento	- Normas do estado proibindo a conduta do uso de drogas	- Poder médico + poder judiciário
Ações	- Restrição da liberdade de ir e vir do usuário de drogas - Transações penais - Intervenção na economia da droga - Aumento da repressão	- Tratamento médico e/ou psicológico - Intervenções ao invés de prevenções
Objetivo	- Proteger a sociedade dos problemas decorrentes do uso de drogas	- Patologização como medida de segurança ao indivíduo e sociedade
Concepções Fundadoras	- Drogas como fonte de crime - Punição = Educação	- Modelo médico: a adicção à substância segue um estado patológico
Consequências	- Criminaliza a conduta de consumir drogas	- Rotula o usuário como doente

Fonte: SOUZA; KANTORSKI (2007).

Essas duas filosofias que orientam as políticas públicas no Brasil proporcionam ao usuário de drogas apenas duas opções, ou ele é mantido sob a tutela do poder policial ou sob a tutela do poder médico, no qual o uso de drogas ilícitas¹⁵ é visto como doença psíquico-biológica. Como consequências dessas correntes, ou o usuário é criminalizado pelo uso ou é rotulado como doente, não raro podem ocorrer as duas concepções.

Entendendo que essas abordagens muito pouco tem sido exitosas e percebendo uma tendência mundial, em 2005 foi criada a atual Política Nacional sobre Drogas, sendo aprovada pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) (BRASIL, 2005a). Essa Política está pautada em cinco eixos, a saber: 1) prevenção, 2) tratamento, recuperação e reinserção social, 3) redução dos danos sociais e à saúde, 4) redução da oferta, 5) estudos, pesquisas e avaliações.

Visualizo que esses eixos são norteadores de uma nova corrente de pensamento na política brasileira na construção de parcerias dos diversos setores da sociedade, entre usuários, familiares e profissionais de saúde. Faz-se necessária a conscientização por parte dos profissionais de saúde sobre as novas formas de perceber o dependente químico e sua família,

¹⁵ As drogas ilícitas são todas e quaisquer substâncias químicas proibidas por lei, como o *crack* e cocaína, por exemplo. Já as lícitas são drogas que têm a sua produção e o seu consumo permitidos por lei, sendo liberadas para comercialização, como bebidas alcoólicas, cigarros e medicamentos. Estas últimas tem mercado e *marketing* estabelecidos no Brasil, que tem como desafio encontrar um modo aceitável de regulamentar essas drogas, evitando o danos à saúde dos usuários e o dano à sociedade. O álcool, o tabaco e alguns medicamentos são as drogas ainda mais consumidas e as reponsáveis pelos maiores índices de problemas (MORAIS, 2008).

a partir da Política Nacional sobre as Drogas. Não menos importante a essa questão, percebo que se deve superar o enfoque predominantemente psiquiátrico, medicamentoso, preconceituoso, hospitalocêntrico e excludente, tanto do usuário quanto de seus familiares, pautados historicamente nas políticas públicas de saúde no Brasil relacionadas às drogas.

No entanto, não havia nenhum material produzido pelo Ministério da Saúde (MS) relacionado ao fenômeno produzido pelo *crack* no país, e tampouco orientações e abordagens a esse usuário. Assim, em 2010, o Ministério da Saúde, elaborou um material intitulado “Abordagens Terapêuticas a Usuários de Cocaína/Crack no Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2010d), no qual enfatiza alguns aspectos relacionados aos usuários de *crack*, a saber: Consumo de *Crack*, vulnerabilidade e risco, Atenção a Usuários de *Crack* e Cocaína no Âmbito do SUS, Ampliação do Acesso e Cuidado Contínuo.

Nesse documento, salienta sobre a forte tendência dos profissionais de saúde e da sociedade em geral em homogeneizar os usuários de *crack*, associando-os, sem exceção, ao tráfico e à violência, aumentando o estigma e, conseqüentemente, a diminuição ao acesso ao cuidado. Na prática, evidencia-se a grande heterogeneidade de consumidores, o que requer práticas individualizadas e comprometidas com o contexto familiar e social no qual o usuário está inserido.

Diferentemente do que ocorre com a maioria das pessoas que se envolve com outras drogas, em que os familiares procuram ajuda profissional, no caso do *crack* são geralmente os próprios usuários que buscam ajuda nos serviços de saúde (MAGALHÃES; SILVA, 2010). Entendo que isso ocorre pelas múltiplas demandas provocadas pelo uso do *crack*, precisando não só do apoio da família para a conscientização da necessidade da busca pelo tratamento, mas principalmente para a acessibilidade que usuários têm aos serviços de saúde. Segundo o Ministério da Saúde

Muitos consumidores de drogas não compartilham da expectativa e desejo de abstinência dos profissionais de saúde e abandonam os serviços. Outros sequer procuram tais serviços, pois não se sentem acolhidos em suas diferenças. Assim, o nível de adesão ao tratamento ou práticas interventivas é baixo, não contribuindo para a inserção social e familiar do usuário (BRASIL, 2004b, p. 8).

Nesse cenário, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001d) propõe como estratégia a política de Redução de Danos¹⁶, como foco principal na abordagem aos usuários de drogas, pois entende que a abstinência, muitas vezes, não é uma motivação do usuário, mas sim da equipe. Assim, essa estratégia reduziria os riscos causados pelas drogas, atenuaria os possíveis danos decorrentes desse uso, além de proporcionar maior aproximação entre usuário, família e serviços de saúde. Dessa forma, colocam-se em pauta a produção de vida e a subjetividade do usuário, bem como a família no papel de protagonista desse processo.

No entanto, a política de Redução de Danos enfrenta ainda grande resistência de vários setores da sociedade, inclusive dos próprios familiares de usuários de drogas, os quais percebiam a troca de seringas como um ato ilegal e uma forma de incentivo ao consumo das mesmas (ANDRADE, 2011). Contudo, ao utilizar experiências de outros países, muitas delas publicadas em revistas de conceito científico, nas quais se afirma que a estratégia de Redução de Danos não aumenta o consumo e ainda oferece grande vantagem na relação ao custo-benefício para governos e populações, aos poucos essa política no Brasil vai fortalecendo-se, passando a ser reconhecida internacionalmente como uma estratégia bem-sucedida do país.

A exemplo dos Projetos Ajude Brasil (CAIAFFA et al., 2000), que mapeou as práticas de consumo entre os UDIs, bem como os comportamentos de risco para infecções pelo HIV, HTLV I/II e Hepatites, e os cuidados adotados em relação aos mesmos, quando comparados a estudos anteriores, revelaram aumento do uso de preservativos e redução do compartilhamento de seringas e da prevalência de HIV, o que sem sombra de dúvida deve ser creditado ao conjunto das ações da Coordenação Nacional de DST/AIDS, mas certamente também à eficácia das ações da Redução de Danos. Assim, a disseminação de informações exitosas da estratégia de Redução de Danos no Brasil é de extrema valia para os familiares poderem atuar como atores importantes na promoção de saúde dos usuários de drogas, dentre eles os usuários de *crack*.

O material do MS de 2010 (BRASIL, 2010d) faz a caracterização dos usuários de *crack*/cocaína através de pontos consensuais da funcionalidade, da vulnerabilidade e relação com as redes de cuidado. Quanto à funcionalidade, estipula o grau de rupturas que o usuário de *crack* apresenta em sua vida social em decorrência do uso da substância. Nessa lógica, os

¹⁶ A Redução de Danos foi adotada pela primeira vez na Inglaterra em 1920, mas ganha destaque em países europeus em 1980, no contexto do uso de drogas injetáveis e início da epidemia de AIDS. Na Europa, foi utilizada no tratamento da dependência da heroína através da substituição pela metadona e como forma de prevenção à AIDS através da troca e distribuição de seringas para usuários de drogas injetáveis (BRASIL, 2001d).

usuários disfuncionais¹⁷ e em condição de extrema vulnerabilidade pessoal, social e familiar constituem hoje um grupo de 15 a 25 mil pessoas, e o número de usuários de *crack* é de 0,1% a 0,2% da população geral (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2005).

Na vulnerabilidade identifica os usuários que são mais ou menos propensos aos agravos (físicos e psíquicos) do uso e em relação com o cuidado, salienta as formas de acesso ao cuidado, não restringindo essa atenção apenas ao usuário, mas estendendo-a também à sua família. Dessa forma, a instituição família é percebida como um fator de proteção (ARIAS; FERRIANI, 2010; DUNLAP; GOLUB; JOHNSON, 2006; STORMSHAK; DISHION, 2009) para o usuário e ao mesmo tempo é entendida como um núcleo que deve ser cuidado também, pois sabe-se das inúmeras necessidades de atenção que a mesma enfrenta no seu cotidiano.

Em relação ao fator de proteção, as famílias podem favorecer ou desestimular o consumo de drogas, pois uma família permissiva e sem normas pode ser um fator desencadeante do uso. Entretanto, uma família que está próxima e que cumpre a função de regular seus membros no cumprimento de normas, aparece como um fator protetor para o consumo de substâncias psicoativas (ARIAS; FERRIANI, 2010; NEALE; SHEARD; TOMPKINS, 2007; NEVES; MIASSO, 2010).

Ao assumir a responsabilidade de resgate do sujeito da dependência química, a família desgasta-se e muitas vezes culpabiliza-se, pois percebe a importância de seu papel na formação do seu familiar, situando-se como a primeira unidade de promoção e prevenção. Acolher, ouvir, cuidar, tratar, incluir são ações que devem estar presentes nos serviços de saúde, haja vista as necessidades que essas famílias apresentam. Dessa maneira, esses serviços devem considerar essa unidade de cuidados como potencial usuária (ESTEVAM et al., 2011), em função das suas dificuldades do cotidiano.

Em uma perspectiva psicossocial, valorizam-se as necessidades da família para compreendê-la e poder ajudá-la no enfrentamento cotidiano, reforçando o trinômio: usuário-família-serviço (AZEVEDO; MIRANDA; GAUDÊNCIO, 2009; KANTORSKI et al., 2012). Em relação aos usuários de *crack*, a parceria desse trinômio é de extrema importância, tendo em vista as inúmeras situações que ocorrem em decorrência desse uso, bem como sua complexidade.

¹⁷ Segundo o documento do Ministério da Saúde de 2010, os usuários de *crack* estariam divididos em funcionais e disfuncionais. Os primeiros seriam aqueles que apresentam menos rupturas com sua rede de relações social, de trabalho e familiar. Os usuários disfuncionais apresentariam completa ruptura de sua rede e estariam em extrema vulnerabilidade social (BRASIL, 2010d).

Além da necessidade de buscar constantemente a droga, a dependência causa mudanças na interação do indivíduo com seus familiares, afetando suas relações sociais e até mesmo profissionais (PRATTA; SANTOS, 2009). A violência doméstica, por exemplo, assume consequências acentuadas no ambiente familiar, pois não se restringe apenas às brigas de bares e acidentes de trânsito. Assim, a droga torna-se um fator de grande desagregação de famílias, deteriorando os laços afetivos entre os membros, a comunidade e as redes de cuidado em geral.

Em relação às redes de cuidado, aqui entendidas não somente as ligadas às ações públicas, mas sim aos apoios informais da própria comunidade, que muitas vezes não são acessadas devido ao estigma relacionado ao usuário de *crack* e de sua família, além da falta de preparo das equipes de saúde. Dessa maneira, a ampliação das informações, discussão e conscientização sobre os usuários de *crack* podem ser estratégias para a diminuição do preconceito e estigma, resultando em um maior e melhor acesso às redes de cuidado e à rede de saúde mental.

Outro aspecto bastante importante que o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010d) enfatiza em relação aos usuários de *crack* são os principais dispositivos que constituem a rede de saúde mental, que esses usuários e familiares deverão acessar como forma de buscar ajuda, apoio, orientação e tratamento. Assim, a atenção em saúde mental a usuários de *crack* no âmbito do SUS deverá pautar-se na atenção em rede, no acesso universal e na intersetorialidade.

Os principais serviços que constituem a rede de saúde mental aos usuários de *crack* e aos familiares constituem-se, segundo o manual do MS (BRASIL, 2010d), em:

- a) CAPS AD: esses serviços fazem parte da rede, no entanto não devem ser considerados únicos e nem centrais, pois a concepção de *crack* tem caráter intersetorial devido à sua complexidade. Saliento cinco ações no cuidado de usuários de *crack*/cocaína realizadas pelo CAPS AD, como realizar acolhimento universal e incondicional a usuários de *crack*, realizar ações de matriciamento nos outros dispositivos da rede que desenvolvam atenção a usuários de *crack*, desenvolver atividades relativas à redução de danos em espaços fora do serviço, acolher os usuários de *crack* que demandem ajuda e que não demonstrem interesse em interromper o consumo e oferecer suporte e apoio para os familiares;
- b) CAPS AD 24 horas: esses serviços vêm sendo implantados objetivando atenção contínua (24h e 7 dias por semana) e cuidado integral, oferecendo uma cobertura

a populações de, pelo menos, 200 mil habitantes. Possuem leitos de atenção integral que são regulados pela própria equipe do serviço, não necessitando da presença médica durante o período noturno, e cada usuário permanecerá no máximo sete dias;

- c) Atenção Básica: a atenção básica desempenha importante papel de porta de entrada do usuário de *crack* no SUS, devendo estar disponível para realizar seu acolhimento. Representa um dispositivo de maior capilaridade com a comunidade e, por isso, tem como desempenhar o mapeamento e a identificação de usuários disfuncionais e em articulação com as equipes do CAPS, propor ações de redução de danos e outras ofertas de tratamento;
- d) Prontos-Socorros e Unidades de Pronto Atendimento: quadros de intoxicação e abstinência ao *crack*/cocaína são frequentemente assistidos nessas unidades, no entanto observa-se uma carência de diálogo desses serviços com os demais serviços de saúde mental. A melhoria do diálogo entre esses serviços oportunizaria a inserção de usuários de *crack* na rede, padronização da atenção dada a esses usuários durante o atendimento nos Prontos-Socorros, inserção do usuário na rede no período de pós-alta e cuidado contínuo de usuários da rede.

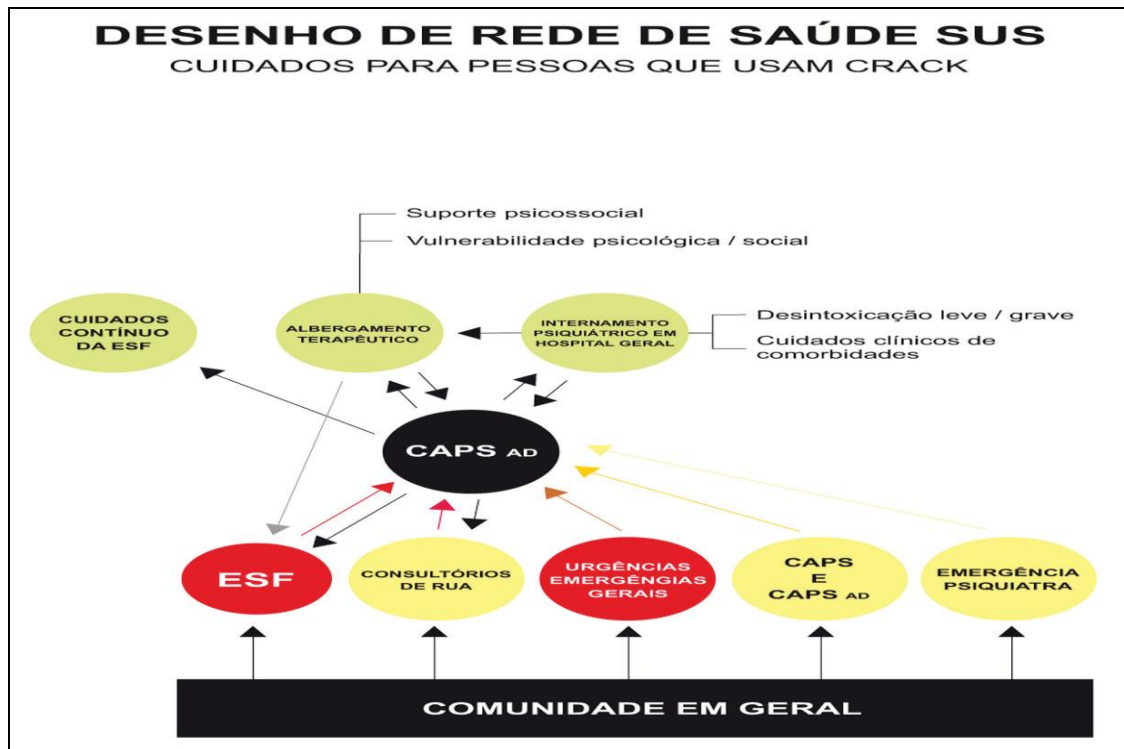
Ainda, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010d) salienta a necessidade da ampliação da rede de atenção em saúde mental através de serviços que possibilitem o cuidado contínuo para os usuários em situação de crise, a saber:

- a) Leitos de Atenção Integral em Hospital Geral: devem realizar atendimento universal às pessoas em intenso sofrimento psíquico, incluindo os transtornos devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas, além de realizar a articulação com a rede. Esses leitos devem ter regulação de acesso a ser feita com base em critérios clínicos de gestão, além de estarem referenciados à população de um determinado território, articulados aos seus demais serviços de saúde mental, especialmente os CAPS de referência. Num hospital geral com leitos para usuários de álcool e outras drogas – diferente dos hospitais especializados – se preserva mais a identidade do cliente, uma vez que a atenção ao uso de drogas se constitui apenas num dos vários serviços oferecidos. Uma vantagem adicional é colocar a atenção ao abuso e à dependência de drogas no mesmo nível de outras práticas de saúde, o que contribui para a redução do estigma que recai sobre os usuários de drogas ilícitas, fortalecendo essa condição como objeto das práticas de saúde, à semelhança das demais condições (ANDRADE, 2011);

- b) Casas de Acolhimento Transitório: consistem em casas de albergamento de usuários da rede de atenção psicossocial em tratamento para usuários de *crack* e outras drogas. Funcionam como albergues 24 horas constituídos para potencializar as ações de saúde mental, de modo integral e protegido. Têm a proposta de intervenção breve ou de impulsionar o início de um tratamento protegido das drogas, de curto ou médio prazo, que respeite o contexto cultural, social e familiar do usuário.

A partir da descrição dos serviços que compõem a rede de saúde no âmbito do SUS para o cuidado aos usuários que usam *crack*, é possível observar a necessidade de múltiplos serviços para atender à complexidade dessa questão. A seguir, a ilustração da rede (Figura 2).

Figura 2 – Rede de Atenção à Saúde Mental destinada aos cuidados de usuários de *crack*



Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (2011).

A partir da imagem, constata-se a importância também dos Consultórios de Rua articulados com a Comunidade e com os CAPS AD (BRASIL, 2010d). Esses serviços enfocariam, principalmente, os usuários que apresentam grandes rupturas de suas relações sociais e uma relação precária com os serviços ofertados pela rede de saúde. Sabe-se que programas como o Consultório na Rua desenvolvem cuidados e redução de agravos no território de origem e de permanência desses usuários, o que proporciona maior aproximação

e não se limita aos espaços de saúde. Até o ano de 2010, 34 projetos de Consultório na Rua foram desenvolvidos no país.

Neste cenário de diversos dispositivos de serviços de saúde mental, entendo que seja necessária a interlocução destes, através de um trabalho pautado no cuidado integral e humanizado, evitando reproduzir estigmas e preconceitos através da equipe de saúde. Saliento, ainda, a necessidade de inclusão do controle social e da inclusão da família no cotidiano dos serviços, configurando-se também em um núcleo de intervenção e que, portanto, possui necessidades que precisam ser atendidas. Reflito a partir desse fluxograma que todos os serviços que ofertam cuidados aos usuários de *crack* devem estar preparados para atender as necessidades de cuidados dos familiares, pois sabe-se o quão fragilizados que estes se encontram.

4 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A busca pela excelência na prestação de serviços tem se tornado uma preocupação contínua para os profissionais da área de saúde, trazendo os temas da qualidade e avaliação para amplas discussões entre seus gerentes, assistentes e usuários (MORAIS et al., 2008). Dessa forma, há uma série de definições sobre o termo “avaliação”, sendo difícil encontrar um consenso entre os estudiosos da área. Assim, para fins deste estudo, adotar-se-á a definição de Contandriopoulos et al. (1997, p. 45), na qual afirma que:

Avaliar consiste em emitir um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou qualquer de seus componentes, objetivando auxiliar a tomada de decisão. Este julgamento pode resultar da aplicação de critérios e normas, consistindo na avaliação normativa, ou ser elaborado a partir de um procedimento científico, caracterizando a pesquisa avaliativa.

Evidencia-se certa relação histórica entre o desenvolvimento da avaliação como campo de investigação científica e o desenvolvimento das políticas públicas de saúde, educação e bem-estar social que surgiram nos Estados Unidos logo após a Segunda Guerra Mundial. Naquele contexto, surgiu o conceito de avaliação dos programas públicos, em que pesquisadores dedicaram-se à tarefa de comprovar o sucesso desses programas, verificando a eficácia do uso de recursos do Estado (CONTANDRIOPOULOS et al., 2000; PATTON, 1987).

A avaliação em saúde decorre de um processo técnico-administrativo destinado à tomada de decisão e envolve as etapas de mensuração, comparação e emissão de juízo de valor. Com base neste último critério, considerado na avaliação, é que será tomada a decisão (TANAKA; MELO, 2001). Nesse cenário, a pesquisa avaliativa tem por objetivo principal a produção de um conhecimento acerca do objeto analisado, subsidiando as decisões. Geralmente são realizadas por instituições acadêmicas, com enfoque para identificar os impactos obtidos pelas ações a serem avaliadas, estabelecendo relações de causalidade. Nas avaliações para decisão, o objetivo é criticar as respostas/ comportamentos de indivíduos que vivenciam questões do processo decisório, buscando o aperfeiçoamento dessa conduta (NOVAES, 2000).

A partir dos anos de 1960, os serviços passaram a ser pensados também como produtos e, portanto, passíveis de uma padronização na qualidade, atualmente um atributo importante na valorização do mercado. A qualidade dos serviços passou a ser encarada como parte dos direitos sociais da população não só do setor privado, mas, também, do setor público

(NOVAES, 2000). Nesse contexto, os serviços de saúde tornaram-se alvo de avaliação tanto pelos órgãos do governo quanto pelos próprios consumidores e clientes.

Progressivamente, a avaliação tem sido encarada como uma ação permanente, envolvendo todos os atores que participam da produção, prestação e do consumo dos serviços, pois só assim será possível indicar caminhos relevantes a serem tomados (DIMENSTEIN; SANTOS, 2005). Com a publicação do Código de Defesa do Consumidor e da Lei nº 10.241 dos Direitos dos Usuários de Serviços de Saúde, os usuários dos sistemas de saúde tornaram-se mais esclarecidos acerca de seus direitos e responsabilidades e, conseqüentemente, mais exigentes (OSELKA, 2001).

Atualmente as práticas realizadas nos serviços de saúde passaram a ser consideradas produtos e, assim, passíveis de exigência de qualidade e, conseqüentemente, de serem submetidas a medidas avaliativas. Com a expansão dos serviços privados e a competitividade própria do mundo capitalista, essa exigência tornou-se notória, com participação, também, do setor público, pois os cidadãos passaram a entender a qualidade como direito social (MORAIS et al., 2008).

Em uma revisão sistemática realizada em 2008, verificou-se que o maior percentual (58,0%) relacionou-se às pesquisas de abordagem quantitativa, seguido de 37,0% de qualitativas e 5,0% envolvendo as duas abordagens. Nota-se a crescente produção científica nas temáticas em questão, sobretudo no quinquênio (2003-2007), onde foram identificados 30 (44,1%) artigos (MORAIS et al., 2008). Esse resultado reflete o quão recente é a difusão do conhecimento acerca dos temas da qualidade e avaliação de serviços de saúde no Brasil e sua intensificação nos últimos anos.

Entende-se neste estudo que a pesquisa avaliativa deve contemplar a necessidade de inclusão de diferentes pontos de vista e valores, viabilizar e ampliar a utilização dos resultados da avaliação, considerar o inevitável caráter político da pesquisa avaliativa e capacitar os diferentes envolvidos com o programa ou serviço avaliado (FURTADO, 2001). No Brasil, a importância da avaliação das políticas públicas é reconhecida em documentos oficiais e científicos, mas esse reconhecimento ainda não se traduz em processos de avaliação sistemáticos e consistentes que subsidiem a gestão pública (HARTZ; POUVOURVILLE, 1998). Em verdade, nota-se que o Brasil ainda não tem o costume de avaliar suas políticas, programas e, tampouco, seus serviços de saúde.

A literatura científica vem difundindo amplamente algumas dificuldades encontradas no âmbito da avaliação dos serviços de saúde. Dentre elas, cita-se a diversidade terminológica nos enfoques teóricos sobre o tema, decorrente da complexidade desse objeto; percebe-se

ainda que, na prática cotidiana, a avaliação não é feita rotineiramente, enfrentando dificuldades metodológicas e operacionais (CARDOSO; FORMIGLI, 1994; LIMA JÚNIOR; MAIA; ALCHIERI, 2008). Por isso, entende-se ser necessário desmistificar a avaliação como processo de fiscalização, monitoramento e de posterior punição, pois há um consenso na população que avaliar é vigiar e, após isso, nada de prático irá ser mudado.

Para Guba e Lincoln (1989), o campo da avaliação vem se sofisticando desde o seu surgimento, e o seu percurso histórico nos últimos 100 anos pode ser dividido em quatro gerações (Quadro 4).

Quadro 4 – Percurso histórico do campo das avaliações.

Percurso Histórico do Campo da Avaliação nos últimos 100 anos	
1ª Geração	Caracteriza-se pela mensuração e estaria atrelada à avaliação do desempenho de escolares. O grande objetivo da escola era ensinar às crianças aquilo que era conhecido como verdade e, para tal, utilizavam-se como instrumentos de avaliação os testes de memória, considerados efetivos para esse fim. Nesta fase, o avaliador é essencialmente um técnico que deve construir e usar instrumentos que meçam, entre outros, resultados escolares, inteligência, produtividade dos operários, etc.
2ª Geração	Caracterizada pela descrição, nasce a chamada avaliação de programas, surgida da necessidade, identificada nos EUA, de saber como funcionam, na prática, os currículos escolares: trata-se de identificar e descrever o processo e como a atividade atinge (ou não) seus resultados e não somente medir resultados, como na primeira geração. Dessa forma, a mensuração passa a ser considerada como mais uma ferramenta na avaliação.
3ª Geração	Caracteriza-se pelo julgamento e tem seu marco inicial a partir do final dos anos 50. O avaliador continua a exercer a função de descrever e mensurar, agora acrescida daquela de estabelecer os méritos do programa avaliado. Nessa fase a avaliação assume a função de juiz, sem perder as demais adquiridas a partir das gerações anteriores.
4ª Geração	Caracteriza-se como um processo sensível ao meio, compreensivo e incluído aos diferentes grupos de interesse.

Fonte: GUBA; LINCOLN (1989).

Guba e Lincoln (1989) apontam graves problemas e limitações comuns às três gerações. A primeira limitação é a tendência à lógica gerencial, ou seja, o avaliador é

contratado pelo gerente em uma relação tradicional, na qual é raramente desafiada, o que produziu consequências indesejáveis, como:

- a) a relação entre gerente e avaliador é *desempoderadora* e injusta, pois o gerente tem o poder final para determinar quais serão as questões da avaliação, como as questões serão coletadas e interpretadas e para quem os resultados serão divulgados. Nota-se que essa forma de avaliação *desempodera* os grupos de interesse, enquanto que o gerente é elevado a uma posição de muito poder;
- b) com esse arranjo de avaliação, o gerente não participa do processo, o que torna inviável que suas qualidades e práticas gerenciais possam ser colocadas em questão;
- c) a relação entre o gerente e o avaliador não é franca e sincera, pois o gerente que detém o poder contratualmente pode determinar se os resultados da avaliação serão divulgados e para quem. Percebe-se uma troca entre essas duas figuras: o avaliador protege sua integridade através da guarda de prerrogativas editoriais, enquanto que o gerente, por sua vez, decide sobre a divulgação das informações. Dessa maneira, são negados ao grupo de interesses o privilégio da informação e também de seus direitos;
- d) essa relação entre gerente e avaliador proporciona ganhos secundários a ambos. Enquanto que o gerente *desempodera* os possíveis rivais, o avaliador garante uma avaliação feita para ganhar a aprovação do gerente, o que, provavelmente, conduz a outros contratos e garante uma fonte estável de rendimentos.

Além dessa tendência à supremacia do ponto de vista gerencial nos processos avaliativos, Guba e Lincoln (1989) citam outros fracassos das primeiras gerações, a incapacidade em acomodar o pluralismo dos atores envolvidos e a desconsideração do contexto, privilegiando os métodos quantitativos e positivistas. Em relação a este último, ressaltam algumas consequências relacionadas aos métodos científicos, a saber:

- a) o compromisso com esse paradigma conduz a uma grande dependência de instrumentos formais quantitativos, levando a uma dureza dos dados. Esses dados podem ser mensurados com precisão e analisados com instrumentos matemáticos e estatísticos, no entanto, aquilo que não pode ser mensurado não pode ser real e verdadeiro;
- b) os métodos, nesse contexto, prometem fornecer informações sobre como as coisas realmente são, não havendo argumentos com eles ou a negação dos mesmos. A verdade não é negociável;

- c) nessa lógica, fecham-se todas as alternativas para pensar sobre avaliação – uma vez que os cientistas descobrem a verdade sobre as coisas, qualquer alternativa deve estar errada. Assim, não há negociações possíveis sobre o que é verdade;
- d) esta ciência alivia o avaliador de qualquer responsabilidade moral por suas ações, não podendo ser responsabilizado pelos achados que simplesmente refletem o que existe na natureza;
- e) o avaliador conduzia a avaliação sob condições cuidadosamente controladas como se não existisse um contexto. Assim, entendia-se que os fatores locais eram irrelevantes, podendo ser ignorados.

A partir dessas limitações encontradas nas três gerações, os autores propõem a Avaliação de Quarta Geração, caracterizada por uma avaliação construtivista e responsiva, com a qual este estudo busca aproximação.

O nível de participação na avaliação de quarta geração merece destaque em relação a outras abordagens, já que extrapola a consulta a informantes e a coleta e análise das informações obtidas, propondo que o avaliador “ganhe o direito de entrada” no campo empírico por meio de uma etnografia prévia. A qualificação do processo avaliativo de quarta geração exige que seja desenvolvida a dimensão formativa, de modo que tanto avaliadores como grupos de interesse possam aprimorar sua capacidade de análise, possibilitando o aprofundamento na discussão e delimitação dos temas oriundos da avaliação (KANTORSKI, et al., 2009).

A avaliação pode, segundo as funções que deve cumprir, ser classificada em somativa e formativa. A avaliação formativa fornece informações para adequar e superar aspectos problemáticos do programa durante o seu andamento, enquanto que a avaliação do tipo somativo fornece julgamentos sumários sobre aspectos fundamentais do programa, baseando-se na especificação de até que ponto os objetivos propostos foram atingidos (AGUILAR; ANDER-EGG, 1995; FURTADO, 2001; STENZEL, 1996).

A avaliação somativa julga a efetividade do programa, sendo frequentemente solicitada pelos financiadores, e é claramente uma abordagem dedutiva. Indo de encontro à somativa, a avaliação formativa enfoca caminhos para o desenvolvimento do programa ao invés de realizar julgamentos definitivos sobre a efetividade. Sua abordagem é indutiva, com critérios menos formais em uma busca aberta do que ocorre no programa (CAMPOS, 2000; PATTON, 1987). Campos (2000) ressalta que a avaliação formativa, voltada para o desenvolvimento de intervenções, tem-se multiplicado nas últimas duas décadas, pois está centrada na perspectiva dos clientes em potencial.

Nesse contexto, a participação e o envolvimento dos grupos de interesse no processo avaliativo e na construção de indicadores de avaliação vêm sendo discutidos ao longo das últimas décadas por diversos autores (CAMPOS, 1997; FURTADO, 2001; GUBA; LINCOLN, 1989). Em inglês, *stakeholders*, os grupos de interesse ou os implicados são definidos como indivíduos potencialmente vítimas ou beneficiários de um processo avaliativo. Os indivíduos pertencentes a determinado grupo de interesse possuem características comuns (pais, usuários, familiares, gestores...) e interesse no produto ou no objeto da avaliação. Esses implicados poderão e certamente serão atingidos pelas consequências do processo avaliativo.

Para Galera (2002), até pouco tempo atrás somente os profissionais de saúde eram considerados “*experts*” para emitir opinião sobre as necessidades dos usuários e sobre a eficácia das intervenções. A inclusão de usuários dos serviços de saúde e de familiares no papel de avaliadores é uma forma nova de considerar o sistema de saúde.

A pesquisa avaliativa deve contemplar as seguintes necessidades, de acordo com Furtado (2001): a inclusão de diferentes pontos de vista e valores no processo avaliativo; viabilizar e ampliar a utilização dos resultados da avaliação, considerar o inevitável caráter político da pesquisa e capacitar os diferentes envolvidos com o programa ou serviço avaliado.

Avaliar de forma impositiva e sem a participação dos atores sociais interessados seria novamente um erro e apenas reforçaria o imaginário popular sobre esse processo. Metodologias de avaliação participativas somadas à pluralidade metodológica poderiam superar esses impasses e enriquecer o processo. Aplicar uma metodologia construtivista, o que este trabalho se propõe, mostra-se bastante pertinente em relação aos novos serviços de saúde mental, porque sua lógica de funcionamento é baseada na coletividade e na construção participativa dos saberes.

No final dos anos de 1980, a supremacia dos dados quantitativos no campo da avaliação passou a ser revista. Consequentemente, as análises provenientes das ciências sociais ganharam maior destaque e visibilidade. Nesse contexto, a pesquisa qualitativa vem contribuir para uma visão de complementaridade e de enriquecimento do arsenal teórico-metodológico da avaliação em saúde (DESLANDES, 1997). Dessa forma, entende-se, neste estudo, a necessidade de fazer avaliações de abordagens qualitativas que visem abranger a complexidade dos atores sociais envolvidos e do próprio serviço avaliado para programar intervenções que busquem a melhoria da assistência oferecida, principalmente na área da saúde mental.

No campo da saúde mental, nos últimos anos, também houve um visível interesse pelo tema da avaliação em saúde, intensificado pelo notável aparecimento de novos serviços, decorrentes de um amplo processo de transformações denominado Reforma Psiquiátrica. Assim, os novos serviços de saúde mental procuraram operar numa perspectiva diferente daquela dos hospitais psiquiátricos. Operaram através de uma construção teórica e técnica, social e política, ao lidar com o sofrimento psíquico, indo de encontro à psiquiatria clássica (CARVALHO; AMARANTE, 1996).

Dessa maneira, o surgimento dos serviços substitutivos aos manicômios provocou o debate, em saúde mental, da questão da necessidade de novos instrumentos de avaliação desses serviços e das ações geradas por eles. Verificou-se, contudo, que os indicadores clássicos não têm sido suficientes e têm-se mostrado inadequados para serem usados nos novos serviços de saúde mental (CARVALHO; AMARANTE, 1996).

Destaca-se que estudos realizados no campo da avaliação em saúde mental são recentes, especialmente no que se refere aos serviços substitutivos. Assim, em 2008 foi realizado o Seminário de Avaliação em Atenção Psicossocial em Pelotas/RS, tendo como propósito reunir diferentes experiências de avaliações quantitativas e qualitativas, que foram contempladas pelo Edital MCT-CNPq/MS-SCTIE-DECIT/CT-Saúde - nº 07/2005.

A seguir, destaco as pesquisas que foram apresentadas nessa ocasião, demonstrando como a atenção em saúde mental tem vislumbrado na avaliação possibilidades de mudanças na prática:

- a) avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil, coordenada pela UFPEL;
- b) análise da efetividade das práticas terapêuticas dos Centros de Atenção Psicossocial do Estado do Mato Grosso, coordenada pela UFMT;
- c) avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do Município de São Paulo, coordenada pela USP;
- d) os CAPS e os cuidados psicossociais: cenários e possibilidades na evolução dos portadores de sofrimentos psíquicos em cidade de porte médio do Sul do Brasil, coordenada pela UCPEL;
- e) articulando experiências, produzindo sujeitos e incluindo cidadãos: um estudo sobre as novas formas de cuidados em saúde mental na Bahia e em Sergipe no Brasil, coordenada pela UFBA;
- f) pesquisa avaliativa da rede de Centros de Atenção Psicossocial de Campinas: entre a saúde coletiva e a saúde mental, coordenada pela UNIFESP;

g) transformação do modelo de atenção pública em saúde mental e seus efeitos no processo de trabalho e na saúde mental dos trabalhadores, coordenada pela USP.

Esse Seminário ocorrido em 2008 foi de extrema importância para a área da avaliação em Saúde Mental, pois propiciou o conhecimento da realidade brasileira no contexto dos novos dispositivos da rede, contribuindo para reflexões e ampliação do debate da área, na qual se tem como diretrizes o modelo psicossocial de atenção e a promoção integral à saúde. Além disso, percebeu-se também uma vontade política ministerial para avaliar os serviços na área da saúde mental.

O processo avaliativo é fundamental para saber o rumo dos novos serviços e saber se realmente suas práticas são eficazes no que se propõem. Há um receio eminente que esses serviços acabem caindo na monotonia e repitam, na prática, o que vieram combater: a psiquiatria clássica. Não bastam apenas novos serviços de saúde mental, mas novas práticas no campo ético e assistencial que rompam com o modelo psiquiátrico tradicional (DUARTE, 2008). Há uma significativa importância dos processos de avaliação para a reforma das políticas públicas, modernização e democratização da gestão pública, porque esses processos têm a premissa de serem estratégicos e viabilizadores de uma práxis social.

Neste contexto de transformações na assistência psiquiátrica, ainda são escassos os estudos que priorizam a avaliação dos novos serviços de saúde mental, tanto em relação à qualidade quanto ao acompanhamento dos resultados que permitam auxiliar nas mudanças estratégicas (ALMEIDA; ESCOREL, 2001; MIELKE, 2009). Dessa forma, o processo de desinstitucionalização da assistência em saúde mental fez nascer a necessidade de reflexão sobre essa nova política de assistência. A pesquisa avaliativa nesse cenário deve possibilitar a inclusão de diferentes opiniões e valores dos envolvidos com os novos serviços. Deve, também, viabilizar e ampliar a utilização dos resultados da avaliação e, principalmente, “empoderar” os atores sociais envolvidos (trabalhadores e usuários), possibilitando que se apropriem dos conhecimentos ligados à realização de um processo avaliativo (ONOCKO-CAMPO; FURTADO, 2006).

A maior parte dos estudos envolvendo avaliação no campo da saúde mental está relacionada a parâmetros epidemiológicos clássicos (modelos estatísticos) e a auditorias externas, com o objetivo de verificação do bom funcionamento dos serviços (CARVALHO; AMARANTE, 1996), e que na prática não têm como finalidade a transformação para uma melhoria do serviço. O que se pretende com este processo avaliativo é conseguir captar questões que com o método quantitativo seriam inviáveis. Questões envolvendo subjetividade

e complexidade que são captadas através de métodos qualitativos, indo muito além de dados epidemiológicos quantificáveis.

Para avaliação de serviços de Saúde Mental entende-se que dados quantificáveis muitas vezes são insuficientes para avaliar as necessidades de cuidados dos familiares de usuários de *crack*. Essas variáveis são denominadas *soft* em função de sua difícil mensurabilidade. Não se nega aqui as variáveis *hard*: número de técnicos, número de salas, carga horária, entre outras (ALMEIDA; ESCOREL, 2001). As variáveis *soft* dificilmente seriam captadas em um processo avaliativo que se resumisse apenas a dados quantitativos e isso mostra a importância de se avaliar qualitativamente também esses novos serviços de saúde mental, bem como suas demandas de saúde e de cuidados.

Os novos serviços apresentam-se ainda como uma realidade bastante recente e não hegemônica, tendo em vista a destinação de recursos à assistência psiquiátrica. A produção de indicadores confiáveis é bastante incipiente no Brasil e a assistência ao sujeito em sofrimento mental envolve determinantes sociais complexos (ALMEIDA; ESCOREL, 2001).

O campo da Saúde Mental enfrenta os mesmos desafios da avaliação em saúde, pois apresentam uma carência de indicadores devido à pouca utilização da epidemiologia e à dificuldade de definir e precisar vários aspectos dos transtornos mentais. O autor aponta para algumas particularidades da área, determinantes para ocasionar essa carência de indicadores: a dificuldade de definir e precisar vários aspectos dos transtornos mentais, os diagnósticos de baixa confiabilidade e dificuldade em estabelecer a prevalência dos transtornos mentais. Assim, mesmo nos estudos quantitativos que lidam com indicadores e padrões epidemiológicos, há uma carência de informações sobre o transtorno mental, justamente por ser uma área muito subjetiva (LANCMAN, 1997).

As abordagens qualitativas não se preocupam com generalizações. Os dados desse tipo de pesquisa visam à compreensão profunda dos fenômenos sociais, apoiadas no pressuposto da maior relevância do aspecto subjetivo da ação social (WETZEL, 2005). Para o desenvolvimento de um estudo qualitativo, o pesquisador deve ter flexibilidade e criatividade para captar aspectos subjetivos que em uma abordagem quantitativa seriam difíceis de captar.

Para realização deste estudo, que tem como tema central as necessidades de cuidados dos familiares de usuários de *crack* em um CAPS, é importante utilizar uma metodologia de avaliação que propicie a participação dos sujeitos que estão envolvidos no processo e nos resultados oriundos dessa avaliação. Por isso, optei pela avaliação de Quarta Geração, que caracteriza-se pela participação, pela construção conjunta entre avaliador e avaliado, através

de seus aspectos responsivo e formativo, que buscam ser contemplados com essa proposta metodológica.

A partir disso, o presente estudo pretende contribuir no cuidado dos familiares de usuários de *crack* em um CAPS, buscando, por meio de um processo de avaliação qualitativa, refletir que esse cuidado é uma estratégia para a promoção de saúde que pode facilitar o enfrentamento da dependência ao *crack*. Dessa forma, ciente que a avaliação irá oferecer subsídios para qualificar o cuidado dispensado a essas famílias de usuários de *crack*, por meio do surgimento de dispositivos e ou estratégias para a promoção de saúde e capacitação dos profissionais, ampliando os esforços para a consolidação da rede de cuidados e de serviços destinados aos usuários de drogas, em seu contexto social.

5 METODOLOGIA

Neste capítulo serão apresentados a seguir a tipologia deste estudo, o local escolhido para seu desenvolvimento, os sujeitos envolvidos na pesquisa, os instrumentos para a coleta das informações, a aplicabilidade prática dessa coleta, o processo de análise dos dados e as considerações éticas.

Esses itens foram pensados e aplicados neste estudo com o intuito de responder à questão norteadora “Quais as necessidades de cuidados das famílias de usuários de *crack* em um CAPS AD III?”. Dessa forma, para alcançar respostas a essa questão, foi necessário traçar um método que fosse coerente para atingir os objetivos propostos, na perspectiva de um estudo de caráter avaliativo.

5.1 Tipo de estudo

A presente pesquisa consiste em um estudo qualitativo, do tipo estudo de caso, na qual foi realizada uma avaliação das necessidades de cuidados dos familiares de usuários de *crack*, desenvolvida a partir da Avaliação de Quarta Geração, proposta por Guba e Lincoln (1989), adaptada por Wetzel (2005).

A pesquisa qualitativa responde a questões muito específicas, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, permitindo trabalhar com um universo de significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, não podendo reduzir os processos e os fenômenos à operacionalização de variáveis. Trabalha com um nível de realidade que não é visível e precisa ser exposta e interpretada pelos próprios pesquisadores (MINAYO, 2008).

Esse tipo de estudo pode proporcionar que se consiga compreender como se dão os significados e os sentidos de um determinado fenômeno, no caso, como os profissionais do CAPS AD III atendem às necessidades de cuidados dos familiares de usuários de *crack*.

Minayo (2007) refere que o método qualitativo aplica-se ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões obtidas pela interpretação humana. Esse método é utilizado especialmente para pesquisas com grupos delimitados, sob a ótica dos atores e das relações, permitindo desvelar processos sociais pouco conhecidos, bem como construir novos conceitos, abordagens e categorias durante a investigação.

Essa autora ressalta que, na pesquisa qualitativa, o enfoque está em dar voz a um grupo específico, o que possibilita conhecer aspectos até então pouco estudados, promovendo a construção de novos conhecimentos a partir da investigação. Para que isso ocorra é necessário que se compreenda os grupos em sua lógica de funcionamento, valorizando sua cultura e organização de vida.

Nessa abordagem, os fenômenos humanos são entendidos como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. O universo da produção humana no mundo das representações, da intencionalidade, e das relações é o objeto da pesquisa qualitativa e dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos (MINAYO, 2007).

Dessa maneira, em um estudo como este, que pretende avaliar as necessidades de cuidados dos familiares de usuários de *crack* em um CAPS AD, dificilmente se conseguiria quantificar essas demandas desse grupo social. Ao se reduzir as necessidades de cuidados desses familiares a números, certamente uma gama de informações acerca das relações seria desprezada e o estudo não teria um detalhamento tão grande de informações, como em uma pesquisa qualitativa.

O estudo de caso, por sua vez, é uma estratégia de pesquisa que investiga um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos. Visa apreender uma situação tecnicamente unida, pois potencializa a descrição do contexto real em que ocorre a intervenção, explorando e evidenciando as várias fontes do fenômeno (YIN, 2005).

Por isso, existe a relevância em conseguir avaliar e produzir sentido em relação às necessidades de cuidados dos familiares de usuários de *crack* em um CAPS AD, pois isso possibilita conhecer as formas de organização desse serviço específico, a partir das pessoas envolvidas no atendimento dessas demandas.

O estudo de caso é utilizado para descrever, mapear, analisar contextos, relações e percepções de determinado fenômeno ou situação, bem como para gerar conhecimento sobre o evento estudado. Objetiva retratar a realidade de maneira detalhada, conhecer os processos relacionais e os fatores que interferem no contexto, a partir de uma realidade delimitada (MINAYO, 2007). Visa também à maior quantidade possível de informações de um único caso, almejando informações do tipo *como*, denotando a especificidade, e do tipo *por que*, demonstrando o grau de profundidade das questões (ROESE, 1998).

Esse tipo de estudo, traz a possibilidade de compreensão do processo de trabalho de um serviço específico, de forma detalhada, possibilitando ao pesquisador aprofundar o evento estudado, considerando sua potencialidade de rever práticas e realizar modificações no cotidiano.

A avaliação de Quarta Geração propõe uma avaliação construtivista e responsiva. Saliento que minha aproximação com esse referencial metodológico ocorreu durante a realização da pesquisa CAPSUL. Além dessa pesquisa, há outros estudos avaliativos no campo da saúde mental, no país, nos quais destacam-se autores como Furtado (2001) e Wetzel (2005), e Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil – CAPSUL¹⁸, REDESUL¹⁹ e MENTAL-ESF²⁰.

Para Guba e Lincoln (1989) o termo *responsivo* é utilizado para designar um caminho diferente de focalizar a avaliação, isto é, na decisão de quais são seus parâmetros e limites, delimitados por meio de um processo interativo e de negociação que envolve os grupos de interesse, e que consome uma parte considerável de tempo e de recursos (GUBA; LINCOLN, 1989).

Os grupos de interesse são formados por pessoas com características comuns que têm algum interesse no desempenho, no produto ou no impacto do objeto da avaliação, ou seja, estão envolvidos ou potencialmente afetados pelo programa e eventuais consequências do processo avaliativo (GUBA; LINCOLN, 1989).

Já o termo “construtivista”, é utilizado para designar a metodologia utilizada para realizar a avaliação, sendo também chamada de interpretativa ou hermenêutica. Se pode afirmar que é um modo responsivo de focar e um modo construtivista de fazer, pois caracteriza-se como um processo de negociação e interativo (GUBA; LINCOLN, 1989).

Esses autores ressaltam a ideia de que uma avaliação responsiva, baseada nos pressupostos de um referencial construtivista, oferece a possibilidade de considerar as

¹⁸ CAPSUL (2005) – Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil, financiada pelo Ministério da Ciência e Tecnologia através do Conselho Nacional do Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), em parceria com o Ministério da Saúde. Pesquisa coordenada pela Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas e desenvolvida em parceria com a Escola de Enfermagem da UFRGS e o Curso de Enfermagem da UNIOESTE-Cascavel.

¹⁹ Redes que reabilitam, avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial – REDESUL (2008), financiada pelo CNPq. Estudo realizado pela Faculdade de Enfermagem da UFPel em parceria com a Escola de Enfermagem da UFRGS.

²⁰ Avaliação da Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família, Mental-ESF (2008), financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Pesquisa coordenada pela Escola de Enfermagem da UFRGS em parceria com a Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas.

reivindicações e as preocupações dos sujeitos envolvidos. Já o termo “construtivista” refere-se a uma metodologia que é utilizada para avaliar e se apresentar como alternativa ao modelo positivista. É nessa perspectiva que este estudo pretende se embasar, assumindo um caráter responsivo, por ser construído em conjunto, e construtivista por avaliar os fatos como eles ocorrem, na medida em que eles acontecem.

Cabe ressaltar que a opção por uma pesquisa avaliativa com o referencial da Avaliação de Quarta Geração deve-se ao fato de que essa proposta metodológica possibilita que os grupos de interesse sejam ouvidos em suas necessidades e demandas. A partir dessas demandas, acredito ser viável pensar novos arranjos de trabalho no CAPS AD estudado, visando atender às necessidades de cuidados das famílias de usuários de *crack*, qualificando a atenção dispensada à dependência química no município.

5.1.1 Enfoque Responsivo

A avaliação responsiva tem como elementos a serem enfocados as preocupações, questões e reivindicações, as quais são identificadas pelos grupos de interesse que se submetem a algum risco pela avaliação. Esse grupo apresentará diferentes reivindicações, preocupações e questões e é tarefa do avaliador desvelá-las e direcioná-las na avaliação (GUBA; LINCOLN, 1989).

A avaliação não é somente responsiva porque busca visões diferentes dos grupos de interesse, mas porque ela responde aos itens na subsequente coleta de dados. Dessa forma, é provável que os diferentes grupos de interesse tenham construções também diferentes acerca de uma determinada reivindicação, preocupação ou questão (GUBA; LINCOLN, 1989). Saliento ainda que a avaliação responsiva visa alcançar um consenso sobre todas as reivindicações, preocupações e questões, mas nem sempre isso é possível.

Existem diferentes grupos de interesse, para Guba e Lincoln (1989):

- a) os agentes: pessoas envolvidas em produzir, usar e implementar o processo de avaliação;
- b) os beneficiários: pessoas que tiram proveito de alguma forma do uso da avaliação;
- c) vítimas: pessoas que são negativamente afetadas pelo uso do processo avaliativo, ou seja, pessoas politicamente em desvantagem, sem poder, influência ou prestígio.

Assim, a maior tarefa do avaliador é conduzir o processo avaliativo num caminho em que cada grupo de interesse confronte e negocie suas construções com todos os outros grupos, em um processo denominado hermenêutico-dialético. Nesse processo, cada grupo entra em contato com as construções de outros e suas próprias construções se alteram em virtude de se tornarem mais bem informadas e mais sofisticadas (GUBA; LINCOLN, 1989).

Outra tarefa do avaliador consiste na busca de informações externas para a resolução de problemas que certamente surgirão. Quando esta informação torna-se acessível, o avaliador prepara uma agenda de negociação, liderando a condução e a moderação da sessão de negociações. As conclusões finais que emergem nesse processo são, dessa forma, alcançadas de forma solidária.

É importante que o avaliador identifique os grupos de interesse e interaja com eles suficientemente para entender as suas questões. Dessa maneira, Guba e Lincoln (1989) apontam cinco razões que justificam a utilização das reivindicações, questões e preocupações dos grupos de interesse como organizadores da avaliação:

- a) os grupos de interesse são grupos de risco, porque os resultados das reivindicações podem não contemplar seus interesses. O grupo de risco deve ter a oportunidade para fazer quaisquer reivindicações, ou levantar quaisquer questionamentos que julgar necessários, para que suas demandas e necessidades sejam atendidas;
- b) os grupos de interesse estão sujeitos à exploração, perda de poder e perda dos direitos. A avaliação é uma forma de pesquisa cujo produto final é a informação e esta é poder. O poder da pesquisa pode ser utilizado de muitas formas, mesmo contrárias ao interesse dos grupos;
- c) os grupos de interesse são os usuários da informação da avaliação, informação que eles percebem como responsiva às suas reivindicações, preocupações e questões. Faz-se necessário dar espaço para que as demandas sejam contempladas na avaliação, para que esses grupos sintam-se sujeitos políticos, estando aptos para incluir-se nesse processo com base em uma legitimação da informação que, de outro modo, não teriam;
- d) os grupos de interesse estão em uma posição de ampliar a extensão da pesquisa avaliativa com grande benefício do processo hermenêutico dialético. Boa parte do tempo de avaliador é dispensada na identificação dos grupos de interesse e na interação com eles para entender suas reivindicações, preocupações e questões. Com certa frequência, a natureza das demandas dos grupos de interesse é

imprevisível para quem não é membro do grupo, forçando o mesmo a confrontar as construções dos demais grupos. O efeito desse confronto produz mudanças rápidas na construção de todos os grupos e, se não levar a um consenso, expõe as diferentes posições de uma maneira mais clara, indo ao encontro dos princípios da hermenêutica dialética;

- e) os grupos de interesse são mutuamente educados pelo processo da avaliação de quarta geração. O envolvimento dos grupos de interesse nessa metodologia implica mais do que simplesmente identificar e descobrir quais são as reivindicações, preocupações e questões. Cada grupo é solicitado a confrontar e dar conta das demandas vindas dos outros grupos, possibilitando a negociação sobre os pontos de divergência e conflito. Cada grupo começa a entender melhor suas construções, tornando-as mais informadas e sofisticadas, e também passa a entender melhor as construções dos outros grupos.

Neste estudo, foram reconhecidos três grupos de interesse: usuários de *crack*, familiares de usuários de *crack* e profissionais do CAPS AD, com o intuito de identificar questões sobre as necessidades de cuidados dos familiares de usuários de *crack* no CAPS AD III Homero Tarragô, buscando o enfoque responsivo.

Esses grupos de interesse foram escolhidos, pois acredita-se, neste estudo, serem os possíveis beneficiários dos resultados que possam emergir desta pesquisa avaliativa. Assim, avaliar as necessidades de cuidados dos familiares de usuários de *crack* pode proporcionar instrumental teórico-prático para que os profissionais construam, com ações no intuito de atender às demandas desses familiares, o que certamente influenciará no tratamento do usuário de *crack*, tanto no seu domicílio quanto no serviço.

Dessa forma, este trabalho teve como cenário o CAPS AD III, enfocando as famílias de usuários de *crack* a partir dos grupos de interesse que, durante o processo avaliativo, trouxeram informações sobre a temática e, conjuntamente, propuseram novas construções.

5.1.2 Metodologia Construtivista

O enfoque da metodologia construtivista baseia-se em um conjunto de crenças oposto à ciência positivista, negando a existência de uma realidade objetiva, afirmando que as realidades são construções sociais da mente e que existem tantas construções quanto existem indivíduos, sendo a própria ciência uma construção. Guba e Lincoln (1989) afirmam que o

paradigma positivista apresenta determinados limites que podem ser superados com o paradigma construtivista.

Epistemologicamente, essa metodologia nega a possibilidade do dualismo sujeito-objeto, sugerindo, ao invés disso, que os achados do estudo existem porque existe uma interação entre observador e observado que cria o que emerge na investigação.

Metodologicamente, e em consequência das considerações anteriores, o enfoque construtivista rejeita o controle experimental que caracteriza a ciência positivista e o substitui pelo processo hermenêutico-dialético, que considera a interação importante entre observador e observado. Dessa forma, há algumas características que diferenciam a metodologia construtivista da ciência positivista, segundo Guba e Lincoln (1989), a saber:

- a) os avaliadores são orquestradores do processo de negociação que culmina num consenso, mediante construções mais bem informadas e sofisticadas;
- b) os dados de avaliação derivam de construções que não possuem *status* ou legitimação especial, representando simplesmente outra construção a ser considerada na busca de consenso;
- c) os avaliadores são pares subjetivos com os grupos de interesse na criação dos dados;
- d) as intervenções não são estáveis, mas mudadas pelo contexto em que ocorrem;
- e) a mudança não pode ser projetada, é um processo não linear que envolve a introdução de uma nova informação e aumenta a sofisticação no seu uso, dentro da construção das pessoas envolvidas;
- f) a avaliação produz dados em que fatos e valores são interligados;
- g) a responsabilidade é uma característica do conglomerado de forma mútua e simultânea;
- h) o fenômeno pode ser entendido somente dentro de um determinado contexto no qual ele é estudado, não permitindo generalizações;
- i) a verdade é o assunto de consenso entre as construções e não em correspondência à realidade objetiva.

Nesse contexto, a Avaliação de Quarta Geração é a forma de avaliação em que as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse servem de base para determinar qual informação é necessária para ser implementada dentro dos preceitos metodológicos do enfoque construtivista (GUBA; LINCOLN, 1989).

Assim, nesta avaliação, as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse referentes às necessidades de cuidados dos familiares de usuários de *crack* serão

levadas em conta, cabendo a esses grupos validar a análise dos resultados do processo avaliativo e a construção final dos achados.

Nesta tese, os grupos de interesse foram constituídos pelos trabalhadores do CAPS AD, os usuários de *crack* e os familiares. A partir deles e com eles, busquei avaliar as necessidades de cuidados dos familiares de usuários de *crack*, considerando a realidade e o contexto na qual eles estão inseridos.

5.1.3 Processo Hermenêutico-Dialético

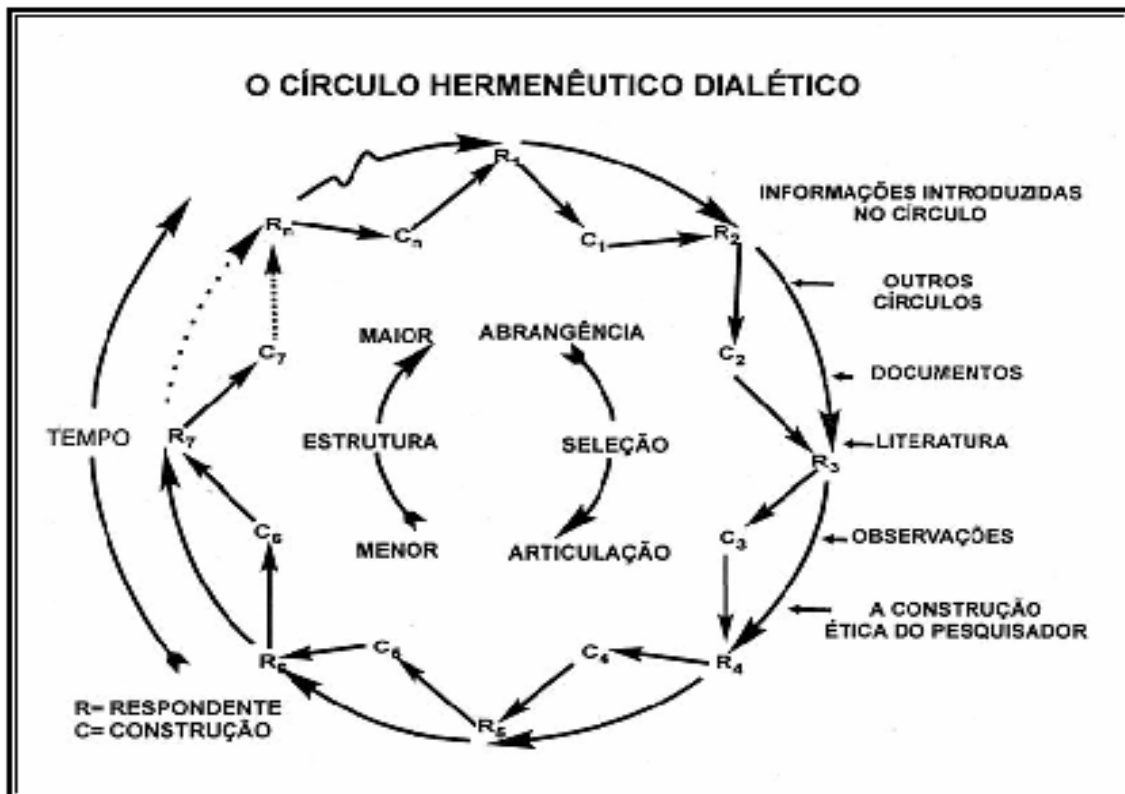
O processo hermenêutico-dialético é um caminho para realizar a avaliação construtivista, responsiva, da Avaliação de Quarta Geração. É hermenêutico porque tem caráter interpretativo e é dialético porque implica na comparação e contraste de diferentes pontos de vista, objetivando alto nível de síntese. No entanto, o maior propósito desse processo não é justificar a própria construção de alguém ou atacar o ponto fraco da construção de outros, mas formar a conexão entre eles que permite mútuas explorações por todas as partes. O objetivo desse processo é chegar ao consenso quando este é possível; quando não é possível, o processo expõe e clarifica as visões diferentes e permite a construção da agenda de negociação (GUBA; LINCOLN, 1989).

Caso o processo tenha sido bem-sucedido, todas as partes (incluindo o pesquisador) provavelmente terão reconstruído as construções com as quais iniciaram. Dessa forma, todas as partes alcançam novos níveis de informação e sofisticação, tornando-se empoderadas (porque suas construções iniciais são totalmente levadas em consideração e porque cada um teve a oportunidade de providenciar uma crítica, para corrigir, para emendar ou para estender as construções) (GUBA; LINCOLN, 1989).

A negociação hermenêutica dialética, para que seja produtiva, requer certas condições para ter sucesso como processo. Essas condições incluem: o compromisso de todas as partes para trabalhar a partir de uma posição de integridade; a mínima competência das partes para se comunicarem; disposição de partilhar o poder entre as partes; disposição para mudar se acharem as negociações persuasivas; compromisso para reconsiderar seus valores como apropriados e dispor de tempo e energia requeridos pelo processo.

A execução do processo hermenêutico dialético ocorre através do seguinte modelo esquemático, conforme a Figura 3.

Figura 3 – Círculo Dialético



Fonte: Traduzido por Wetzel (2005) a partir de Guba e Lincoln (1989).

Como primeiro passo, um respondente inicial (R1) é selecionado pelo pesquisador em função de sua posição estratégica em relação ao objeto da avaliação. É realizada uma entrevista aberta para determinar uma construção inicial em relação ao que será investigado ou avaliado – o foco da investigação. Pede-se que o respondente descreva o foco como ele o constrói, que o comente e descreva em termos pessoais. Em avaliações, esses comentários poderiam incluir observações sobre as reivindicações, preocupações, questões e observações sobre o que é positivo e negativo no serviço.

Os temas centrais, conceitos, ideias, valores, problemas e questões expressas por R1 são analisados pelo pesquisador, em uma formulação inicial da sua construção, designada C1. Desse modo, a análise dos dados segue juntamente com a coleta de dados.

Após, o R2 é entrevistado. Quando o R2 tiver falado todas as suas questões próprias, os temas de análise do R1 são introduzidos, e o R2 é convidado a comentá-los. Assim, o R2 produz informações não apenas sobre o R2, mas também críticas em relação às construções de R1. O pesquisador completa a sua análise C2 e o processo é repetido através da adição de novos informantes, até que a informação recebida se torne redundante, fechando o círculo entre os participantes.

Saliento que os círculos não precisam ser formados somente por indivíduos similares, pessoas que assumem o mesmo papel, do mesmo sexo ou idade. Eles podem ser constituídos de pessoas muito diferentes, mas talvez seja difícil encontrar as condições mínimas de sucesso do processo hermenêutico dialético, tendo em vista que se busca pessoas de um mesmo contexto.

Dessa forma, entende-se que essa metodologia, devido ao seu caráter participativo e inclusivo, possibilitará avaliar a realidade de um CAPS AD III sobre as necessidades de cuidados dos familiares de usuários de *crack*, propiciando o desenvolvimento de estratégias a partir do conhecimento das facilidades, dificuldades e necessidades do grupo de interesse. Assim, propicia-se que as demandas surgidas em decorrência do processo avaliativo possam conduzir a mudanças nas ações de cuidado na área de dependência química desenvolvidas pela equipe do CAPS AD III estudado, repercutindo na organização do trabalho destinado às famílias de usuários de *crack*.

5.2 Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas nível III Homero Tarragô, localizado no Bairro Centro do Município de Uruguaiana/RS (Figura 4). O nome do serviço foi uma solicitação do atual prefeito de Uruguaiana à coordenação do CAPS AD a fim de homenagear o ex-prefeito do município Homero Tarragô.

Homero Tarragô foi obstetra e também proprietário de uma maternidade – atual sede do CAPS AD – que funcionou até 2003 e, após esse ano, passou a ser hospital psiquiátrico da cidade, em funcionamento até 2008. Após o fechamento do hospital psiquiátrico, o local ficou desativado até o ano de 2012, quando a atual prefeitura comprou o espaço da família Tarragô e escolheu o local como sede do CAPS AD III.

Figura 4 – CAPS AD III Homero Tarragô



Fonte: Arquivo pessoal de Maria de Lourdes Duarte (2013)

O CAPS AD III Homero Tarragô foi resultado de reivindicações dos gestores de saúde mental do Município de Uruguai, juntamente com a população, pela criação de um serviço especializado que atendesse à grande demanda (cerca de 250 atendimentos/mês) de dependentes químicos e de familiares que chegavam diariamente em busca de atendimento no CAPS II Asas da Liberdade (URUGUAIANA, 2010).

Somado a isso, Uruguai limita-se com o Uruguai e a Argentina, sendo porta de entrada do Mercado Comum do Sul (Mercosul), responsável por um grande volume de entrada e saída de caminhões vindos de várias partes da América do Sul, e possuidor do maior porto seco da América Latina, e vinha-se apresentando o aumento de apreensões de *crack* e de outras drogas no município (URUGUAIANA, 2010).

Dessa maneira, em 17 de julho de 2012 o CAPS AD III Homero Tarragô entrou em funcionamento. Este serviço é referência para uma população de 123.743 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009), dividida em 36 bairros.

Na época da coleta de dados para esta pesquisa, o CAPS AD III contava com uma equipe multiprofissional composta de 30 profissionais, a saber: quatro psicólogos, uma nutricionista, uma terapeuta ocupacional, seis cuidadores, um enfermeiro, uma secretária, uma assistente

social, duas estagiárias de serviço social, um educador físico, uma fisioterapeuta, três oficineiras, um segurança, seis técnicos de enfermagem e uma pedagoga.

Esses profissionais dividiam-se na coordenação das oficinas (costura, fuxico e tapeçaria) e dos grupos de apoio tanto para os usuários, quanto para os familiares. Somado a essas atividades, destacava-se o acolhimento dos novos usuários que chegavam ao serviço.

Em relação ao grupo de apoio aos familiares, esse serviço iniciou suas atividades disponibilizando um horário de grupo pela manhã, no entanto, com a grande procura, o serviço contava, no momento da coleta com cinco grupos em diferentes turnos (dois pela manhã, dois à noite e um à tarde). Os grupos eram coordenados por duas psicólogas, uma terapeuta ocupacional, uma nutricionista, e pela fisioterapeuta, que contavam com a colaboração de cuidadoras que auxiliavam na organização das salas e na confecção das atas. Os grupos tinham por objetivo oferecer apoio, suporte emocional e orientações sobre o cuidado destinado ao dependente químico. Participavam em média 10 familiares em cada grupo.

A coordenação do serviço era realizada por uma psicóloga que ainda se dividia entre a função de gestão e de assistência. Além desses trabalhadores, acadêmicos de enfermagem e de fisioterapia da Unipampa, da área de saúde mental ou aqueles que realizavam estágio curricular de conclusão de curso e alunos do PET Saúde, também colaboravam no atendimento dos usuários de *crack* e seus familiares.

O horário de funcionamento do serviço era das 8h até as 22h de segunda a sexta-feira, tendo em vista a falta de profissionais para compor o atendimento nas 24h do dia, durante os sete dias da semana, como é preconizado pelo Ministério da Saúde para um CAPS do tipo III (BRASIL, 2010b).

Depois dessa descrição do local do estudo, que posteriormente será mais bem descrito e avaliado no decorrer desta pesquisa, considera-se fundamental afirmar que a escolha do lugar foi intencional. Neste campo, desde o primeiro dia de funcionamento desse serviço, o Curso de Enfermagem da Unipampa já possuía inserção com a equipe do CAPS AD III e com a comunidade, tendo em vista que 15 profissionais que trabalhavam no CAPS II foram redirecionados para o CAPS AD. Além disso, colaborei no desenvolvimento do Projeto de Implantação do CAPS AD III Homero Tarragô a pedido da coordenação.

5.2.1 O Município de Uruguaiiana e os Serviços de Saúde

A cidade de Uruguaiiana foi fundada em 24 de fevereiro de 1843 e se emancipou em 28 de maio de 1946. Sua etnia foi originada por grupo de nômades indígenas e posteriormente por espanhóis, portugueses e africanos. As correntes migratórias modernas são representadas por italianos, alemães, espanhóis, franceses e árabes (URUGUAIANA, 2011a).

O Município de Uruguaiiana está situado na microrregião da campanha ocidental, especificamente na fronteira oeste do Estado do Rio Grande do Sul (Figura 5). Sua área é de 5.713 km², possuindo uma população de 123.743 habitantes, sendo 93% concentrados na zona urbana (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009). É o quarto município em área territorial do estado, sendo sobrepujado apenas por Alegrete (7.808 km²), Santana do Livramento (6.963 km²) e São Gabriel (6.011 km²) (URUGUAIANA, 2011a).

Figura 5 – Mapa do Rio Grande do Sul com ênfase na cidade de Uruguaiiana



Fonte: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009.

Uruguaiiana possui uma história econômica definida a partir de grandes propriedades rurais, destinadas à criação extensiva de grandes e médios animais de corte, como bovinos e ovinos. Recentemente, a modernização econômica do setor primário foi estabelecida a partir

da monocultura do arroz irrigado, correspondendo hoje a um terço da produção econômica do município (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009).

Apesar dos avanços recentes com a monocultura de arroz (orizicultura), Uruguaiiana ainda possui um incipiente processo de industrialização devido à falta de tecnologia e mão de obra especializada, além da distância do município dos centros produtores ou importadores. A cidade está distante de Porto Alegre 650 km, por exemplo. Esses fatores somados acabam sobrecarregando o preço final da maioria dos produtos vendidos na região.

Por ser um município fronteiriço, a cidade conta com a Ponte Internacional Augustin Justo-Getúlio Vargas, ligando Uruguaiiana (Brasil) a Paso de Los Libres (Argentina) (Figura 6). Foi a primeira ponte construída entre Brasil e Argentina e a maior da América do Sul na década de 40, tendo como principal finalidade a facilitação do comércio entre os dois países. Foi inaugurada pelos presidentes Juan Domingo Perón e Eurico Gaspar Dutra, contando com a presença da primeira dama da Argentina, Evita Perón. Medindo 1,419 metros, fez da cidade de Uruguaiiana o maior porto seco da América Latina, com 80% da exportação nacional, passando por ela uma média de 10 mil caminhões por mês (URUGUAIANA, 2011a).

Figura 6 – Ponte Internacional Augustin Justo-Getúlio Vargas, ligando Uruguaiiana (Brasil) a Paso de Los Libres (Argentina)



Fonte: URUGUAIANA (2011a).

Além de a rede escolar ser composta de ensino infantil, ensino fundamental e ensino médio, a cidade conta com três estabelecimentos de ensino superior: a Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul (PURCS), a Universidade do Norte do Paraná (UNOPAR) e a Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA).

A cidade conta desde 2001 com a Secretaria Municipal de Cultura, que afirma que Uruguaiana é a maior porta de entrada de turistas da região da Prata no estado, registrando mais de 100 mil turistas argentinos, chilenos, paraguaios e de demais países. Associadas ao turismo em decorrência da tradição do Carnaval, o município possui manifestações de lazer muito próprias, provenientes do arraigado hábito platino e regional, possibilitando formas de divertimentos muito próprias, como a Canção Nativa de Uruguaiana (URUGUAIANA, 2011a).

Uruguaiana pertence à 10ª Coordenadoria Regional de Saúde-Alegrete, da qual distancia-se 145 km, sendo sede de módulo para o Município da Barra do Quaraí.

A Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente (SESMA) conta atualmente com 480 funcionários em uma rede distribuída em 18 Unidades Básicas de Saúde (distribuídas nos bairros e vilas), Centro de Saúde, Policlínica Municipal, Pronto Atendimento Municipal, Laboratório do SESMA, Banco de Sangue Municipal e um hospital Santa Casa de Caridade, o qual está cadastrado como hospital regional. Junto ao Hospital Geral Santa Casa, encontram-se o Pronto-Socorro, a Unidade de Cardiologia e o Banco de Sangue. Possui atualmente duas Unidades de Saúde cadastradas como unidades da Estratégia da Saúde da Família (ESF) (URUGUAIANA, 2011a).

No Centro de Saúde estão centralizados os programas de prevenção, serviço de saúde da mulher, perícia médica, central de imunizações e o centro de referência em odontologia. Já a Policlínica Municipal atende às seguintes especialidades: cardiologia, cirurgia geral, consultas de enfermagem, dermatologia, fisioterapia, geriatria, neurologia, nutrição, pneumologia, urologia, proctologia, traumatologia e acidente de trabalho (URUGUAIANA, 2011a).

A partir do ano de 2005, o município passou a contar com atendimento no 3º turno (18 h às 23h) em cinco Unidades de Saúde (Postos 6, 14, 16, 17 e PSF 2) e no Centro de Saúde. Assim, o terceiro turno tem possibilitado um maior acesso e cobertura aos serviços para a população (URUGUAIANA, 2011a).

O mecanismo de acesso da população à rede de serviços de saúde é de procura direta e/ou referenciada. O atendimento oferecido abrange programas de prevenção, bem como as seguintes especialidades básicas: clínica geral, pediátrica, gineco-obstétrica, odontológica,

consultas de enfermagem, atendimento ambulatorial de enfermagem (URUGUAIANA, 2011a).

Possui o Tratamento Fora de Domicílio como complementar à rede assistencial: quando da ausência de condições técnicas no município, os pacientes são referendados para Porto Alegre, via Central de Marcação (diversas especialidades), Santa Maria (diversas especialidades), Rosário do Sul (oftalmologia), Rio Grande (cardiologia), Santo Ângelo (ressonância magnética) e outras cidades (URUGUAIANA, 2011a).

5.2.2 A Rede de Atenção em Saúde Mental no município

A estruturação dos serviços de saúde mental no Município de Uruguaiana perpassa as transformações na área em decorrência da Reforma Psiquiátrica iniciada na década de 70. Com essas mudanças, o modelo manicomial, antes vigente, passou a configurar-se em uma gama de serviços para atender à complexidade do sofrimento psíquico.

O panorama em relação à assistência em saúde mental na cidade antes de 1976 era igual ao de outros municípios brasileiros, ou seja, para as pessoas em sofrimento psíquico restavam o sistema de “ambulancioterapia²¹” (DUARTE, 2008) ou o “trem dos loucos”. Este último meio de transporte foi o mais usado em Uruguaiana, tendo em vista a sua distância de Porto Alegre, local de preferência de encaminhamento dos loucos para o Hospital São Pedro²².

Essa questão era bastante emblemática para a cidade e angustiante para os sujeitos com transtornos mentais, tendo em vista que eram levados para tratamento em Porto Alegre, por via ferroviária em vagões que aguardavam lotação, e, até que o transporte ocorresse, as pessoas ficavam “guardadas” em uma cela da delegacia de polícia ou do presídio local. Eventualmente a Prefeitura cedia uma ambulância para levar essas pessoas (STRACKE, 2008).

Neste contexto de descaso com o sofrimento psíquico, tendo apenas o manicômio como o único local de tratamento, surgiu em 1976 o Ambulatório de Saúde Mental de

²¹ A ambulância era um dos únicos sistemas de transporte utilizados por muitas cidades do Rio Grande do Sul para transferir as pessoas em sofrimento psíquico para a internação nos hospitais psiquiátricos nas cidades vizinhas ou para a capital.

²² Os hospitais psiquiátricos no Brasil surgiram no final do século XIX, profundamente influenciados pela psiquiatria francesa e pelo tratamento moral. Inaugurado em 29 de junho de 1884, o Hospício São Pedro foi o primeiro hospital psiquiátrico do Rio Grande do Sul, cuja área de 13,9 ha inclui 12.324 m² de área construída, chegando a ter cinco mil internos. Atualmente, o prédio histórico do São Pedro está tombado pelos poderes públicos estadual e municipal (CHEUICHE, 2004).

Uruguaiana. Esse serviço foi criado pelo novo prefeito da cidade, na época, através de um interesse coletivo dos trabalhadores de saúde da região, que tinham como propósito “sanar a grande problemática do doente mental” em Uruguaiana (STRACKE, 2008).

O ambulatório iniciou suas atividades apenas com um psiquiatra e uma auxiliar de enfermagem e, em junho de 1978, esse serviço já contava com 800 usuários inscritos e atendia 105 pacientes egressos, principalmente, do Hospital São Pedro. Dados referentes ao Ambulatório do ano de 2008 indicam que estavam cadastrados 20380 usuários, assistidos através de atendimento familiar, grupo terapêutico, grupo de orientação social, recepção e acolhida, entre outros (STRACKE, 2008).

Para atender à demanda, o serviço contava com apoio de um Departamento de Assistência Social que auxiliava na remoção de pacientes em crise e no trabalho de orientação familiar nas Visitas Domiciliares (VD). Naquela época, o Ambulatório buscava o trabalho em rede com o Sistema Nacional de Empregos (SINE), com o Serviço Nacional de Cursos (SENAC), Secretaria do Trabalho e Ação Social e entidades que praticassem oficinas de artesanatos (STRACKE, 2008).

Com as mudanças na atenção em saúde mental no município da época, o Ambulatório não era mais procurado apenas para internação por crise, mas para atendimento terapêutico. A equipe foi crescendo e, por isso, já conseguia fazer palestras, artigos para jornais e programas para televisão, como a Campanha de Combate ao Alcoolismo e ao Uso de Tóxicos, juntamente com os Alcoólicos Anônimos (AA), que tinham um plano de setorização de atendimento junto ao antigo INANPS, para trabalhar nas comunidades carentes (STRACKE, 2008).

Atualmente, a cidade conta com serviços específicos na área de saúde mental, a saber: Ambulatório de Saúde Mental, leitos destinados à internação psiquiátrica no Hospital Geral da Santa Casa, o Centro de Atenção Psicossocial II Asas da Liberdade e o CAPS AD III Homero Tarragô. No entanto, há outros serviços que compõem a rede, como o Centro de Atendimento a Crianças e Adolescentes (CACAU), Fundação de Atendimento Socioeducativo (FASE), Grupo de Trabalho Amor Especial (GTAE) e a Atenção Básica através da ESF, entre outros (Figura 7).

Figura 7 – Rede de Atenção à Saúde Mental do Município de Uruguaiana



Fonte: URUGUAIANA (2011b).

Entendo que fixar-se nos estabelecimentos de saúde como únicos lugares de fonte de informação e dados não permite, por si, dar visibilidade ao modo próprio de o cuidado ocorrer em toda a sua complexidade. Assim, vale apontar que tanto os usuários quanto seus familiares, mesmo que fortemente vinculados às equipes, não se portam como usuários exclusivos dos serviços de saúde, pois são “nômades” no sentido de que são produtores de redes de conexões não previstas e conhecidas no mundo do cuidado, que fogem aos lugares que os serviços de saúde instituem como lugares para eles (CECÍLIO; MERHY, 2006).

Apesar dos diversos serviços, o município demonstra-se ainda carente na articulação da rede de Saúde Mental, tendo em vista que recentemente foram criados recursos como o Consultório na Rua e o CAPS AD III Homero Tarragô que ainda precisam ser mais divulgados entre os próprios serviços que compõem a rede. A criação desses dois serviços tem propiciado um melhor atendimento aos dependentes químicos e suas famílias, propiciando o “desinchamento” do CAPS II Asas da Liberdade, que até então era responsável por essa demanda.

5.3 Sujeitos do Estudo

Os grupos de interesse deste estudo foram a equipe, os usuários de *crack* e familiares de usuários de *crack*. Essa opção está relacionada ao objetivo de dar voz a esses grupos e, a partir de suas informações e construções durante o processo avaliativo, proporcionar o empoderamento pelo caráter formativo e inclusivo da metodologia, possibilitando novos modos de atendimento das necessidades dos familiares de usuários de *crack*.

O CAPS AD III Homero Tarragô possuía, na época da coleta, 30 profissionais que compunham a equipe do serviço, a saber: uma coordenadora, três psicólogos, uma nutricionista, uma terapeuta ocupacional, seis cuidadores, um enfermeiro, uma secretária, uma assistente social, duas estagiárias de serviço social, um educador físico, uma fisioterapeuta, três oficinas, um segurança, seis técnicos de enfermagem e uma pedagoga.

Para fins deste estudo, foram incluídos todos os profissionais que concordaram em participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Para os profissionais foi considerado como critério de inclusão: trabalhar no CAPS AD III no momento da coleta de dados e ter vínculo empregatício com a saúde mental do município há pelo menos seis meses, pois entende-se que nesse tempo o profissional já esteja inserido no contexto do serviço. Assim, apenas 15 profissionais atenderam a esse critério (Quadro 5).

Quadro 5 – Perfil dos profissionais da equipe entrevistados

Nome	Idade	Sexo	Carga horária semanal no CAPS	Formação em Saúde Mental?	Tempo que trabalha no CAPS (II e AD)
E1	44	M	36h	Sim	10 anos
E2	41	M	40h	Não	9 meses
E3	33	M	40h	Sim	9 anos
E4	21	M	40h	Não	6 meses
E5	46	M	40h	Sim	3 anos
E6	55	H	30h	Não	9 meses
E7	28	M	40h	Não	9 meses
E8	26	H	40h	Não	6 meses
E9	45	M	12h	Sim	10 anos
E10	40	M	40h	Não	9 meses
E11	38	H	12h	Não	7 meses
E12	57	M	40h	Sim	10 anos
E13	44	M	30h	Não	8 anos
E14	33	M	20h	Sim	9 meses
E15	32	M	12h	Não	1 ano

Legenda: M: mulher; H: homem.

Fonte: Dados da pesquisa.

A maioria dos profissionais entrevistados era do sexo feminino (80%) e se concentrava na faixa etária entre os 30 anos e 49 anos (66,6%). Esses trabalhadores verbalizaram não possuir formação em saúde mental ou dependência química (60%) e apresentavam carga horária de 40 horas semanais de trabalho (53,3%) (Quadro 6).

Em virtude de o CAPS AD III ter sido planejado para entrar em funcionamento em janeiro de 2012, muitos profissionais foram contratados e alocados temporariamente no CAPS II, e, em julho de 2012, os mesmos foram remanejados para o CAPS AD III. Dessa maneira, os trabalhadores entrevistados possuíam menos de um ano de vínculo com o serviço de saúde mental no município (53,3%).

Em relação aos familiares de usuários de *crack*, foram incluídos todos aqueles que tinham inserção nos cinco grupos de familiares que o CAPS AD III Homero Tarragô oferecia e também familiares que não estavam inseridos no serviço, que fossem maiores de 18 anos e possuíssem boas condições de comunicação. Dessa forma, participaram 12 familiares de usuários de *crack*, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Quadro 6 – Perfil dos Familiares de usuários de *crack* entrevistados

Nome	Idade	Sexo	Escolaridade	Frequência no CAPS AD III	Renda mensal da família	Grau de parentesco
F1	54	H	Ens. Méd. Comp.	4x por semana	2 salários	Pai
F2	57	M	Ens. Fund. Inc.	1x por semana	3 salários	Mãe
F3	40	M	Ens. Fund. Inc.	1x por semana	1 salário	Mãe
F4	34	M	Ens. Méd. Inc.	2x por semana	1 salário	Esposa
F5	54	M	Ens. Fund. Inc.	1x por semana	2 salários	Mãe
F6	40	H	Ens. Méd. Inc.	1x por semana	2 salários	Irmão
F7	70	M	Ens. Méd. Comp.	3x por semana	1 salário	Mãe
F8	55	M	Ens. Fund. Inc.	Só quando chamam	1 salário	Mãe
F9	45	M	Ens. Fund. Inc.	3x por semana	1 salário	Mãe
F10	57	M	Ens. Méd. Comp.	1x por semana	R\$ 260,00	Mãe
F11	39	M	Ens. Méd. Comp.	1x por semana	1 salário	Irmã
F12	42	M	Ens. Méd. Inc.	1x por semana	Menos que um salário mínimo	Irmã

Legenda: H: homem; M: mulher.

Fonte: Dados da pesquisa.

A maioria dos familiares de usuários de *crack* entrevistados era do sexo feminino (66,6%), mães (58,3%), possuindo idade entre os 40 e 59 anos (60%). Em relação ao nível de escolaridade, os familiares relataram possuir o Ensino Fundamental Incompleto (41,6%).

Esses entrevistados verbalizaram frequentar o CAPS AD III Homero Tarragô uma vez por semana (58,3%) para a participação nos grupos de familiares. A renda mensal de um salário mínimo foi a mais citada por essas famílias (50%) (Quadro 7).

Em relação aos usuários, foram incluídos no estudo aqueles que fizeram uso de *crack*, que possuíam seus familiares com inserção no serviço, fosse através de atendimento dos grupos ou individual, e usuários sem boa vinculação no programa do CAPS AD III; e que tivessem boas condições de comunicação e maiores de 18 anos. Dessa forma, participaram 12 usuários de *crack* mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Quadro 7 – Perfil dos usuários de *crack* entrevistados

Nome	Idade	Escolaridade	Sexo	Regime de tratamento	Tempo de uso	Número de internações (hospital e fazenda)	Problemas com a Justiça
U1	42	Ens. Fund. Comp.	H	Semi-intensivo	4 anos	3	Sim
U2	35	Ens. Méd. Comp.	H	Intensivo	3 anos	2	Sim
U3	31	Ens. Fund. Inc.	H	Intensivo	1 ano	3	Sim
U4	20	Ens. Fund. Inc.	H	Intensivo	1 ano e 3 meses	2	Sim
U5	38	Ens. Méd. Comp.	H	Semi-intensivo	5anos	3	Sim
U6	30	Ens. Fund. Inc.	H	Intensivo	2 anos	2	Sim
U7	27	Ens. Fund. Inc.	M	Semi-intensivo	8 anos	6	Não
U8	18	Ens. Méd. Comp.	M	Semi-intensivo	7meses	2	Não
U9	48	Ens. Méd. Comp.	H	Intensivo	2 anos	1	Não
U10	31	Ens. Méd. Comp.	H	Intensivo	1 ano	3	Não
U11	22	Ens. Méd. Comp.	H	Intensivo	1 ano	1	Não
U12	24	Ens. Fund. Inc.	M	Intensivo	6 anos	0	Não

Legenda: Legenda: H: homem; M: mulher.

Fonte: Dados da pesquisa.

A maioria dos usuários de *crack* entrevistados tinha idade entre os 20 e 38 anos (75%), e eram do sexo masculino (75%). Em relação ao nível de escolaridade, eles verbalizaram possuir o Ensino Médio Completo (50%). O tempo de uso da droga concentrou-se entre um e

dois anos (75%). Já, em relação ao número de internações dos usuários de *crack* para desintoxicação, fosse em hospitais ou em fazendas terapêuticas, ficou entre duas e três vezes (66,6%). Dentro os entrevistados, 58,3% haviam tido problemas com a justiça. Na ocasião deste estudo, os usuários de *crack* participantes estavam no regime de tratamento intensivo no CAPS AD III Homero Tarragô (66,6%), ou seja, neste tipo de tratamento o usuário requer cuidados diários, frequentando o serviço até 25 dias no mês (BRASIL, 2004c).

5.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada através das técnicas de observação (Apêndice B) e entrevista (Apêndices C, D, E), sobre as quais se discorre a seguir.

A observação possibilita um contato pessoal e estreito do pesquisador com o fenômeno pesquisado, o que apresenta uma série de vantagens: é o melhor teste de verificação da ocorrência de determinado fenômeno, pois permite ao observador aproximar-se da perspectiva dos sujeitos; é extremamente útil para descobrir novos aspectos de um problema; e, finalmente, permite a coleta de dados em situações em que são possíveis outras formas de comunicação (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

Dessa maneira, a técnica de observação possibilita ao pesquisador obter informações detalhadas sobre um determinado fenômeno, no caso deste estudo, como as necessidades de cuidados dos familiares de usuários de *crack* eram atendidas pelo serviço.

Segundo Triviños (2011), a descrição é uma etapa da observação, e o autor recomenda algumas técnicas: descrever os comportamentos, ações, atitudes, tal como foram observadas; descrever os sujeitos não em forma abstrata, mas por seus traços concretos; descrever o ambiente físico; descrever as atividades específicas; descrever os diálogos e, em seguida, deve-se fazer anotações de campo de natureza reflexiva.

Essas recomendações do autor facilitam na compreensão do fenômeno estudado a partir do detalhamento da observação diária no serviço. Nesta tese, observou-se o cotidiano de trabalho no CAPS AD III, envolvendo a dinâmica do trabalho, atividades individuais, grupais e de visita domiciliar, com foco nos familiares dos usuários de *crack*.

A avaliação qualitativa fornece descrições detalhadas das atividades, dos processos e dos participantes do programa, sendo a observação direta um importante recurso. Os registros da observação devem ser ricos em detalhes, permitindo que o leitor se insira na situação observada (PATTON, 1987).

Assim, para organizar as observações, foi utilizado um roteiro (Apêndice B) no qual constavam aspectos relevantes a serem observados com foco no conhecimento do serviço, no programa de atendimento aos usuários de *crack* e sua família, os quais foram registrados em diário de campo.

Nesse diário, foram anotadas as observações e reflexões sobre as expressões verbais e ações dos sujeitos. O diário de campo é um instrumento em que são anotadas todas as informações que não sejam registros de entrevistas, como conversas informais, comportamentos, festas, gestos e expressões (MINAYO, 2007), além de reflexões de quem observa a realidade.

Para Patton (2002), para que se possa ingressar no dia a dia de trabalho de uma equipe, é necessário que a observação seja conduzida por uma tarefa de negociação, para se poder proceder aos registros de documentos e fatos. Assim, o pesquisador precisa ter a habilidade necessária para construir esse espaço.

Indo ao encontro das ideias de Patton, minha aproximação com o campo iniciou em fevereiro de 2011, ainda no CAPS II Asas da Liberdade. Com a inserção das práticas da disciplina de Saúde Mental II nesse serviço, pude inserir-me ainda mais através de atividades de extensão do PET Saúde Mental. Na ocasião, tive a oportunidade de participar das reuniões de equipe que ocorriam no CAPS II Asas da Liberdade juntamente com as Coordenadoras de Saúde Mental do município e do serviço. Essa conjuntura facilitou com que essas gestoras de saúde verbalizassem os trâmites sobre a abertura do futuro CAPS AD III, que só foi ocorrer em julho de 2012.

Associado a isso, o CAPS AD III já tinha como premissa, desde a construção do seu Projeto, a proposta de inserção da família como um dos alicerces do tratamento da dependência química, além de propor sua inclusão no cotidiano do serviço, procurando romper com o distanciamento costumeiramente evidenciado entre equipe e familiares em outros serviços de saúde (URUGUAIANA, 2010).

Assim, essa minha trajetória no CAPS II facilitou a aproximação com os trabalhadores do CAPS AD III, buscando saber o interesse dessa equipe na realização da pesquisa, mostrando-lhes as contribuições que o estudo traria para os familiares de usuários de *crack* e para a região como um todo.

Na etapa da observação, contei com a colaboração de cinco alunos voluntários (quatro do Curso de Enfermagem e um do Curso de Fisioterapia) que concordaram em participar dessa etapa da pesquisa. Para isso foram realizadas duas oficinas visando à capacitação dos mesmos para a fase de observação:

- a) 5 de julho de 2012: teve por objetivo detalhar a proposta do estudo e trazer à tona minha experiência em um estudo anterior que utilizou a mesma metodologia (DUARTE, 2008). Foi definido o período de observações e realizado o planejamento dos recursos materiais necessários;
- b) 6 de julho de 2012: discutiram-se dois artigos sobre a observação participante e posteriormente se elaborou uma escala para a realização das observações no serviço. Foi organizada a apresentação do projeto para os trabalhadores, e definidos o período, roteiro e a forma de registro das observações. Entregou-se aos alunos um *kit* contendo lápis, caneta, folhas, crachá e duas cadernetas para registros.

Após, deu-se início às atividades de observação, que ocorreram no período de 17/07/2012 a 14/09/2012.

Inicialmente, a observação foi realizada de forma mais livre, buscando conhecer o funcionamento do serviço, fase que é denominada por Guba e Lincoln (1989) de etnografia prévia. Assim, eu e um voluntário formávamos duplas diferentes em cada dia da semana, permanecendo oito horas por dia no CAPS AD III, por um período de um mês, totalizando 160 horas de observação nesta etapa.

Nas três primeiras semanas o serviço funcionou em horário comercial (8h às 12h e das 14h às 18h), no entanto a partir da quarta semana o CAPS AD III passou a funcionar até as 22h, o que ampliou ainda mais o tempo dos observadores no acompanhamento de todas as atividades desenvolvidas no cotidiano do serviço.

Teve-se a preocupação de solicitar autorização para a observação em cada uma das atividades, de forma a não impor a presença dos observadores em nenhuma das ações realizadas no serviço. Houve apenas um momento em que foi percebida uma resistência pontual para a observação. Um exemplo ocorreu na dificuldade evidenciada pelos observadores em acompanhar as reuniões de equipe que ocorriam nas quintas-feiras, sendo superada através do diálogo e da retomada dos objetivos do estudo com a coordenadora do serviço. Após essa conversa, a participação dos observadores nesta atividade ocorreu de forma natural e sem constrangimentos.

No final da terceira semana de observação (31/07/2012), foi realizado um encontro com os cinco alunos observadores, que teve por objetivo discutir e avaliar as observações realizadas até então, fazer novos ajustes na escala, tendo em vista que o serviço havia estendido seu horário de atendimento para até as 22h, e também revisar o roteiro de

observação (Apêndice B) para aspectos que necessitassem de um maior aprofundamento ou que ainda não haviam sido contemplados.

A partir da quarta semana de observações notou-se que minha presença e a dos outros observadores já não causavam mais estranheza, principalmente entre os membros da equipe, que passaram a convidar-nos para confraternizações de aniversário de profissionais do CAPS AD III Homero Tarragô e as reuniões.

Em um segundo momento, a observação foi mais direcionada às questões do estudo, buscando avaliar as necessidades de cuidados dos familiares de usuários de *crack*. Nessa ocasião, fomos nos aproximando mais dos familiares e dos usuários de *crack* que frequentavam o serviço, a fim de futuramente contactá-los para compor os grupos de interesse. Para tanto, foram realizadas observações no CAPS AD III Homero Tarragô, focadas nas atividades junto aos familiares de usuários de *crack*, por um período de mais dois meses, totalizando 340 horas.

Portanto, observou-se um total de 500 horas, todas registradas em um diário de campo. Dessa forma, cada trecho extraído dos diários de campo foi assim identificado: “Observador” associado a uma letra do Alfabeto (A, B, C, D, E, F), a data e o turno (manhã, tarde ou noite).

No dia 1º de setembro de 2012, iniciei o período das entrevistas.

A entrevista propicia uma interação entre entrevistador e entrevistado, proporcionando uma atmosfera de influência recíproca entre ambos, o que permite a captação imediata e corrente da informação desejada (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

Dessa forma, o propósito da entrevista é permitir que o pesquisador entre na perspectiva do outro, pois a observação não nos permite apreender sentimentos, pensamentos e intenções. As entrevistas qualitativas começam com a consideração de que a perspectiva do outro é significativa e reconhecível. Essa técnica é utilizada para descobrir o que está no interior e na mente do outro, para coletar suas histórias (PATTON, 2002).

A maior vantagem dessa técnica de coleta de dados é que ela permite ao respondente mover-se no tempo para reconstruir o passado, interpretar o presente e prever o futuro. Através desse procedimento podem-se obter dados objetivos e subjetivos e, em geral, as entrevistas podem ser categorizadas pelo seu grau de estrutura, pela informação e pela qualidade do relacionamento entre entrevistador e entrevistado (GUBA; LINCOLN, 1989).

Neste estudo, mediante o círculo hermenêutico, as primeiras entrevistas foram menos estruturadas, permitindo que o entrevistado falasse livremente sobre quais eram as necessidades de cuidados dos familiares de usuários de *crack* na sua perspectiva, bem como as facilidades e dificuldades no atendimento dessas necessidades. À medida que as entrevistas

foram sendo realizadas, juntamente com a concomitante análise permitiram identificar questões introduzidas nas entrevistas seguintes, de modo que se tornaram cada vez mais estruturadas, deixando, porém, que os entrevistados expusessem novas questões, se assim o desejassem.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, contemplando questões pertinentes ao tema de pesquisa (Apêndices C, D e E). As entrevistas ocorreram no mês de setembro de 2012, gravadas em MP3 e posteriormente, ouvidas, a fim de introduzir no círculo hermenêutico questões/assuntos na próxima entrevista. As primeiras entrevistas foram mais curtas e as últimas mais longas, pois estas contemplaram a maioria dos assuntos introduzidos no círculo. Kohlrausch (2012), Mielke (2009), Wetzel (2005), ao utilizarem esse método de coleta de dados em seus estudos, descrevem detalhadamente sobre o exercício dessa postura de investigação, ressaltando a necessidade de o pesquisador ser o sujeito que vai dar voz para os avaliadores – grupos de interesse – possam manifestar, discutir, negociar suas opiniões, concordâncias e divergências sobre o que está sendo avaliado.

Posteriormente, as entrevistas foram transcritas de forma literal, garantindo, assim, a fidedignidade das informações. Os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), considerando-se os aspectos éticos de consentimento e o caráter sigiloso dos nomes dos participantes.

As entrevistas foram previamente agendadas, realizadas em local silencioso e de fácil acesso ao respondente. Estas foram identificadas com a letra E de equipe, ou U de usuário ou ainda F de família, seguidas do número da entrevista, assegurando o anonimato dos sujeitos. Exemplo: F1: corresponde à entrevista com o familiar de usuário de *crack* número 1.

5.5 Aplicando as etapas do trabalho de campo

A aplicação prática do processo da Avaliação de Quarta Geração apresenta algumas etapas para o desenvolvimento, propostas por Guba e Lincoln (1989). Neste estudo, foram utilizadas as etapas adaptadas por Wetzel (2005), que consistem em: contato com o campo, organização da avaliação, identificando os grupos de interesse, desenvolvendo construções conjuntas, ampliando as construções conjuntas, preparando a agenda de negociação e executando a negociação. Essas etapas serão apresentadas a seguir.

5.5.1 Contato com o campo

Foi realizado um primeiro contato com a equipe do CAPS AD III, que temporariamente estava alocada ainda no CAPS II, e com a coordenação do serviço, na intenção de apresentar os objetivos do estudo e verificar o interesse em participar do mesmo.

Após o contato inicial, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) sob o Protocolo número 75635 (Anexo A), respeitando-se as exigências formais da Resolução nº 466/2012²³ do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b).

Tão logo aprovado nesse Comitê, foi encaminhado um pedido de autorização para a realização da pesquisa à coordenadora de Saúde Mental do município, seguido de uma discussão da proposta do estudo (Figura 8). Uma cópia do projeto foi entregue à coordenadora do serviço, ficando a pesquisadora à disposição para possíveis esclarecimentos.

Figura 8 – Discussão da proposta do estudo junto com a Coordenadora de Saúde Mental do município



Fonte: Arquivo pessoal de Maria de Lourdes Duarte (2013)

²³ A Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) diz respeito à pesquisa envolvendo seres humanos, sendo solicitada aos entrevistados uma autorização para participação no estudo, garantindo-lhes anonimato e sigilo, bem como o direito de acesso aos dados coletados e direito de desistir de sua participação a qualquer momento.

Posteriormente, o projeto foi apresentado em uma reunião de equipe no dia 10 de julho de 2012, explicitando-se as etapas de desenvolvimento do mesmo, discutindo-se a proposta da pesquisa e negociando-se a participação e o envolvimento de todos. Essa apresentação ocorreu ainda no CAPS II Asas da Liberdade – local que sediava a equipe do CAPS AD temporariamente –, tendo em vista que o CAPS AD III Homero Tarragô ainda não havia entrado em funcionamento.

Participaram dessa reunião a Coordenadora de Saúde Mental do município, a Coordenadora do CAPS AD III, oito profissionais que já haviam sido contratados para o novo serviço desde janeiro de 2012 e sete profissionais que seriam remanejados do CAPS II ao CAPS AD, totalizando 17 integrantes da equipe. Esse momento foi também oportuno para apresentação dos cinco alunos à equipe, que iriam auxiliar-me na etapa da observação.

Após a concordância dos sujeitos do estudo, foi dada continuidade às etapas seguintes.

5.5.2 Organização da avaliação

As principais tarefas do avaliador nesta etapa eram ganhar o direito de entrada e buscar estabelecer uma relação de confiança com o serviço e com os grupos de interesse deste estudo. Para isso, era importante que o pesquisador se tornasse conhecido pelos entrevistados, que iriam falar sobre as necessidades de cuidado dos familiares de usuários de *crack*.

Dessa maneira, conseguir o direito de entrada foi minha tarefa inicial. Como mencionado anteriormente, para isso ser conquistado foi necessário um processo de aproximação, em que pudesse ser estabelecida uma relação de confiança e parceria. Essa relação seria necessária para que o entrevistado pudesse sentir-se à vontade para falar sobre as necessidades de cuidados dos familiares de usuários de *crack*, bem como as facilidades e dificuldades para o seu atendimento.

A etnografia prévia, para Guba e Lincoln (1989), consiste em viver e experimentar o contexto por algum tempo, sem ainda estar engajado nas atividades de avaliação, permitindo que o pesquisador seja conhecido pelos grupos de interesse, interagindo com os mesmos. A partir da etnografia prévia, conversa-se com as pessoas e toma-se conhecimento dos líderes informais.

A construção de uma relação de confiança com os grupos de interesse foi além das exigências das pesquisas tradicionais, em que o pesquisador coleta os dados e em seguida sai de cena. Sabia-se da importância dessa relação e do envolvimento construído nesta etapa, sendo fundamentais para atender os pressupostos de uma metodologia construtivista.

Dessa maneira, eu e os demais observadores conseguimos nos aproximar ainda mais do cotidiano do serviço, participando das atividades da equipe, respeitando os horários de realização das tarefas, cumprindo com os combinados, mostrando comprometimento com o trabalho que eles desenvolviam. Essas atitudes simples propiciaram uma relação de confiança entre todos envolvidos no estudo, necessária para a coleta de dados.

5.5.3 Identificando os grupos de interesse

Foram delimitados os três grupos de interesse: equipe, familiares de usuários de *crack* e usuários de *crack* do CAPS AD III.

Os grupos de interesse designam organizações, grupos ou indivíduos potencialmente beneficiários ou vítimas do processo avaliativo. Esses grupos são formados por pessoas com características comuns que tenham algum interesse no desempenho, no produto ou no impacto do objeto da avaliação, ou seja, que sejam, de alguma maneira, envolvidos ou potencialmente afetados pelo programa e eventuais consequências do processo avaliativo (GUBA; LINCOLN, 1989).

Os grupos de interesse desse estudo foram:

- a) equipe – foram incluídos 15 trabalhadores da equipe: a coordenadora do CAPS AD III, três psicólogos, três oficinas, duas cuidadoras, dois técnicos de enfermagem, uma nutricionista, uma assistente social, uma pedagoga e uma terapeuta ocupacional;
- b) familiares – foram incluídos 12 familiares de usuários de *crack*: oito selecionados entre os que participavam dos grupos, três convidados a partir dos contatos realizados durante a observação e um familiar indicação da equipe;
- c) usuários – foram incluídos no estudo 12 usuários de *crack*: cinco selecionados entre os que participavam dos grupos terapêuticos, cinco selecionados a partir das observações e dois indicados pela equipe.

Salienta-se que os familiares e usuários de *crack* indicados pela equipe foram os que possuíam pouca inserção no CAPS AD III Homero Tarragô, sendo de extrema importância essa indicação na tentativa de contemplar uma diversidade maior de opiniões acerca do objeto do estudo.

Participaram do estudo os sujeitos que concordaram em participar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), autorizando a gravação das entrevistas.

5.5.4 Desenvolvendo construções conjuntas

Essa etapa caracteriza-se pela aplicação do círculo hermenêutico-dialético, descrito anteriormente. Assim, o propósito em desenvolver o círculo é o de descobrir tantas diferentes construções quantas sejam possíveis.

Na primeira entrevista, solicitou-se ao entrevistado que falasse sobre as necessidades de cuidados dos familiares de usuários de *crack* na sua perspectiva, bem como as facilidades e dificuldades no atendimento dessas necessidades.

Os primeiros entrevistados dos três grupos de interesse foram pessoas consideradas na etapa de observação líderes dos seus grupos, a fim de que já no primeiro questionamento surgisse uma diversidade de questões a serem extraídas e lançadas na próxima entrevista, em busca de informações mais detalhadas e construções mais sofisticadas.

Enfatiza-se que cada entrevista foi seguida imediatamente pela análise dos dados. Utilizou-se para a análise o Método Comparativo Constante, o qual possibilitou que a análise fosse realizada concomitantemente à coleta dos dados.

Esse método foi elaborado por Glaser e Strauss para o desenvolvimento de teorias, sendo utilizado por Lincoln e Guba (1989) para o processamento de dados. Assim, com esse método, o material das entrevistas ficou disponível para as seguintes, para que o entrevistado pudesse discorrer além das suas próprias questões, sendo convidado a criticar as construções das entrevistas anteriores. As entrevistas alcançaram clareza e profundidade nas informações nos três grupos de interesse, optando-se por encerrar a coleta de dados quando as entrevistas finais já não estavam trazendo novas questões a serem debatidas.

O conjunto de construções que emergiu em cada um dos grupos de interesse foi o resultado final a ser apresentado na etapa de negociação (Quadro 8).

Quadro 8 – Construções desdobradas em relação às necessidades de cuidado dos familiares de usuários de *crack*

Grupo de Interesse	Questões Iniciais	Construções Desdobradas
USUÁRIO	Fale como você percebe o atendimento da sua família no CAPS.	<ul style="list-style-type: none"> - O atendimento destinado aos familiares de usuários de <i>crack</i> é caracterizado como bom porque ajuda e conforta essas famílias. - A importância da família no tratamento do usuário de <i>crack</i> é considerado como um fator-chave na recuperação. - Os grupos de familiares oferecem estrutura às famílias, proporcionando o entendimento da dependência química do <i>crack</i>. - Fontes de informação para os familiares na busca de maior conhecimento sobre o <i>crack</i> (vizinhança, grupos, CAPS AD e Internet). - Rede de serviços no município destinada ao atendimento aos familiares de usuários de <i>crack</i> (Amor Exigente, CAPS, Alanon, Narcóticos Anônimos, Alcoólicos Anônimos, Grupo Rochester). - A importância das visitas domiciliares realizadas pelo serviço para conhecer melhor a realidade do usuário e dos familiares. - Os efeitos da propaganda “<i>Crack, nem Pensar</i>” sobre as famílias de usuários dessa substância. - A oferta de oficinas destinadas às famílias é considerada importante para os próprios familiares. - Muitas famílias têm preconceito, medo e vergonha de ter um dependente químico de <i>crack</i> em casa.
FAMÍLIA	<p>Fale sobre o atendimento que você recebe no CAPS.</p> <p>Fale sobre as facilidades e dificuldades para que você seja atendido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - O atendimento recebido é realizado por pessoas atenciosas e por isso é percebido como muito bom. - A maioria das famílias não possui o conhecimento do que é o <i>crack</i>. - As Visitas Domiciliares servem para conhecer o ambiente familiar e fazer orientações. - O atendimento em grupo às famílias é importante porque é um local de desabafo, de ensinamento e de apoio entre os participantes, o que propicia mudanças na forma de o familiar lidar com o usuário. - Necessidade de maior divulgação do CAPS AD através de televisão, rádio, panfletos e Internet. - A busca pela religiosidade do familiar durante o tratamento do seu usuário é importante. - Preconceito dos familiares em buscar ajuda para o usuário de <i>crack</i>. - Muitos familiares têm vergonha de afirmar que seus filhos são usuários de <i>crack</i>. - A criação de oficinas destinadas às famílias é percebida como um momento para esquecer o problema. - O CAPS AD oferece apoio aos familiares durante as internações no hospital ou nas fazendas terapêuticas. - Muitas famílias sentem-se sobrecarregadas com esse cuidado. - Outros serviços da rede que oferecem apoio às famílias (Gtae, CAPS, Hospital e Amor Exigente). - Formas de acesso ao conhecimento sobre o <i>crack</i> (leituras, amor exigente, rádio, TV, vendo o próprio familiar usando e a Internet). - Alteração do cotidiano familiar a partir do uso de <i>crack</i>.

EQUIPE	<p>Fale sobre o atendimento dos familiares dos usuários de <i>crack</i> no CAPS.</p> <p>Fale sobre as facilidades e dificuldades para o atendimento dos familiares de <i>crack</i> no CAPS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - O CAPS AD oferece às famílias grupo de familiares, acolhimento, visitas domiciliares e atendimento individual. - Facilidades consideradas para o atendimento dos familiares de <i>crack</i>: adesão das famílias, ter sempre alguém para fazer acolhida e agilidade nesse atendimento. - As maiores dificuldades para esse atendimento são a falta de capacitação dos profissionais, a falta de profissionais (psiquiatra, farmacêutico, enfermeiro, profissionais da cozinha e cuidadores do sexo masculino) e a falta de materiais para as oficinas. -A família é considerada de extrema importância para o sucesso do tratamento. - Proposta de oficinas destinadas aos familiares como uma forma de inseri-los mais no cotidiano do serviço e proporcionar um momento para eles relaxarem. - Há diferenças entre os familiares de usuários de <i>crack</i> e os outros familiares de dependentes químicos no que tange à maior participação no serviço e ao maior sofrimento expresso por eles. - Os grupos de familiares são percebidos como um espaço de trocas e de desabafo dessas famílias. - A importância de capacitações para melhorar o atendimento destinado a essas famílias e usuários de <i>crack</i>. - As famílias adoecem tanto os próprios usuários. - As VDs realizadas pelos CAPS AD às famílias ainda são insuficientes, devido à falta de motorista. - A estrutura física do CAPS AD ainda está carente de uma sala para o acolhimento e os leitos de observação. - O profissional de referência é importante para o vínculo com as famílias. - Outros serviços que atendem as famílias de usuários de <i>crack</i>– Conselho Tutelar, Promotoria, Fazendas Terapêuticas, Cras, Creas, COAS, Amor Exigente.
--------	---	--

Fonte: Dados da pesquisa.

5.5.5 Ampliando as construções conjuntas

Nas etapas anteriores, o círculo hermenêutico dialético foi desenvolvido, o que possibilitou a emergência de construções conjuntas pelos grupos de interesse. No entanto, muitas outras informações estavam disponíveis e trouxeram algum impacto sobre essas construções. Esse material foi sistematicamente introduzido para formar as construções, levando-as a um elevado nível de sofisticação (GUBA; LINCOLN, 1989) quando o entrevistado e o entrevistador (ambos) julgavam necessário para o esclarecimento de alguma questão.

As informações adicionais foram:

- a) documentos e registros: alguns documentos ministeriais relativos a abordagens terapêuticas a usuários de *crack* no Sistema Único de Saúde (SUS) e também informações contidas no Projeto de Implantação do CAPS AD III (URUGUAIANA, 2010);
- b) a construção ética do avaliador: o avaliador possui um conhecimento prévio e opiniões sobre a avaliação e seu contexto. Não há problemas em introduzir as

construções do avaliador, se colocadas ao lado de todas as outras com o intuito de que sofram o mesmo tipo e grau de crítica, assim como as construções dos grupos de interesse;

- c) observação: as observações realizadas nas sete primeiras semanas permitiram que os avaliadores ganhassem experiência preliminar com o contexto e levantassem questões para as entrevistas.

As informações foram introduzidas ao círculo para serem acrescentadas às construções existentes. Quando essas informações forem expostas e negociadas, o fim da interação hermenêutica terá sido atingido. Assim, as construções dos grupos de interesse foram agrupadas e reagrupadas em diferentes núcleos temáticos.

5.5.6 Preparo da Agenda de Negociação

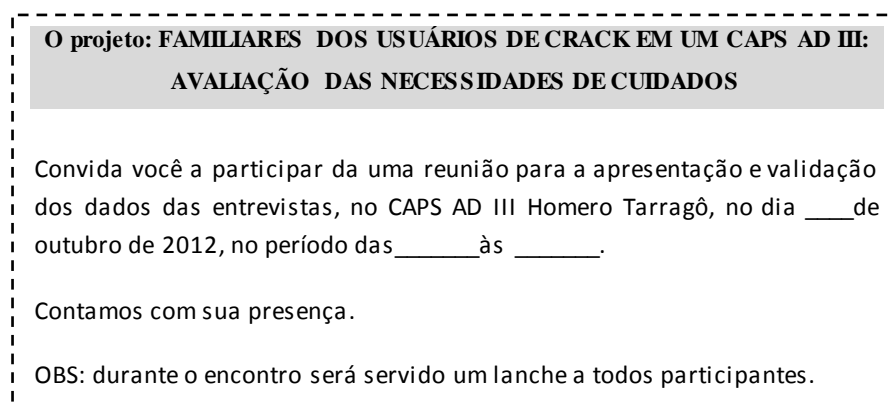
A etapa de negociação é destinada a mostrar e considerar toda a gama de valores. Se os círculos anteriores são determinantes de quais “fatos” deveriam ser coletados, a sessão de negociação decide o que eles significarão (GUBA; LINCOLN, 1989). Dessa forma, após a organização das construções de cada grupo, partiu-se para etapa de apresentação, a fim de que cada grupo pudesse ter a totalidade das informações, permitindo aos mesmos fazer modificações ou não nos dados, dando credibilidade aos resultados da avaliação.

Para esta etapa foram convidados todos entrevistados dos três grupos de interesse para quem foi apresentado o resultado final (porém provisório) da análise dos dados. Assim, a sessão de negociação, representando um grande arranjo dos participantes, é um mecanismo que tem a intenção de expor e levar em conta todas as opiniões. A preparação da agenda para negociação envolveu uma série de atividades por parte do avaliador:

- a) definição de cada núcleo temático nos termos dos grupos de interesse que as fizeram emergir, com ampla discussão, para torná-las claras a todos;
- b) organização de material impresso na forma de texto com cópia para cada participante do grupo, de modo que todos pudessem ter acesso às informações;
- c) preparação do material para exposição ao grupo, mediante a utilização de recursos audiovisuais;
- d) negociação da melhor data, local e horário para cada grupo de interesse. Esta etapa exigiu do avaliador diversos contatos via telefone, principalmente com o grupo de familiares, devido à necessidade de adequação de horários e compromissos pessoais de cada um, até que se chegou a um consenso. No grupo de trabalhadores

e de usuários de *crack* essa negociação ocorreu de forma mais tranquila, o que era facilitado pela presença desses grupos do dia a dia do CAPS AD III. Optou-se também pela confecção de um convite para facilitar a organização dos entrevistados, garantindo, dessa forma, a presença de todos (Figura 9).

Figura 9 – Convite entregue aos entrevistados para a etapa de negociação



Fonte: Arquivo pessoal de Maria de Lourdes Duarte (2013).

Os convites foram distribuídos durante a semana anterior a esta etapa. Na data anterior aos respectivos dias acordados com os grupos de interesse realizaram-se contatos telefônicos, na tentativa de assegurar a presença de todos. As datas e horários ficaram assim definidos: Grupo de Usuários de *crack*: 10/10/12 às 14h; Grupo de Familiares: 10/10/2012 às 18h30min; Grupo de Profissionais da Equipe: 11/10/2012 às 17h. Esses encontros ocorreram no CAPS AD III em concordância com todos os integrantes dos grupos de interesse.

5.5.7 Execução da Negociação

Nesta etapa, foi apresentado aos grupos de interesse o material analisado, a partir das entrevistas, possibilitando-lhes o acesso às informações obtidas referentes às necessidades de cuidados dos familiares de usuários de *crack* no CAPS AD III Homero Tarragô.

A negociação também deve ser hermenêutica e dialética na sua forma e processo. Assim, as negociações terminam quando algum consenso é atingido em cada demanda não resolvida. Na verdade, a nova construção comum é alcançada pelo consenso que substitui as construções desenvolvidas, mas nem sempre o consenso será atingido; construções competitivas poderão permanecer. A maior responsabilidade da negociação será, nesse caso, delinear cuidadosamente as diferenças que caracterizam essas construções competitivas como a base de esforços futuros para alcançar o consenso (GUBA; LINCOLN, 1989).

Os grupos de negociação ocorreram em uma sala previamente combinada com a coordenação do serviço, que prontamente destinou uma sala que geralmente é utilizada pelos grupos de familiares, por ser maior e com mais privacidade do que as outras salas do CAPS AD III Homero Tarragô. Nesta etapa participaram um observador que realizou o registro do que foi discutido no grupo e o negociador, que apresentou os resultados aos grupos e que lançava questões que pudessem ser esclarecidas em determinado ponto.

Antes do início das negociações, a sala foi organizada com cadeiras dispostas em círculo, facilitando o debate e a visualização da apresentação dos resultados projetados em uma das paredes da sala. Durante esta etapa foram oferecidos bolachas, salgadinhos e refrigerantes. Antes do início de cada apresentação era solicitada aos grupos a permissão para fotografar o encontro.

Primeiro ocorreu o grupo de usuários de *crack*. Dos 12 entrevistados, apenas um não compareceu, tendo em vista que havia conseguido uma vaga em uma Fazenda Terapêutica da região. Inicialmente todos estavam ansiosos para a discussão dos resultados, o que fez com que na primeira apresentação de *slides* todos ficassem inibidos em expor suas opiniões e ideias. No entanto, bastou o incentivo do negociador para que os mais comunicativos iniciassem a discussão. Houve cinco usuários que se mantiveram calados durante a apresentação, fazendo apenas gestos com a cabeça em concordância com o que era debatido. Esse encontro teve duração de 38min. Nesse grupo, houve consenso sobre todos os pontos apresentados (Figura 10).

Figura 10 – Negociação com os usuários



Fonte: Arquivo pessoal de Maria de Lourdes Duarte (2013).

Um usuário sentiu-se à vontade e, ao identificar sua fala sendo projetada, compartilhou com o grupo que era dele aquela ideia.

No encontro com o grupo de familiares, dos 12 entrevistados, sete compareceram, sendo que quatro justificaram sua ausência e uma confundiu-se com o horário e chegou para a negociação às 14 h, ou seja, com 4 h e 30 min de antecedência. Ao informar-lhe do horário correto, a mesma deu-se conta e justificou que não poderia comparecer, pois estaria trabalhando (Figura 11).

Figura 11 – Negociação com os familiares



Fonte: Arquivo pessoal de Maria de Lourdes Duarte (2013)

Essa negociação iniciou com o atraso de 15 min, devido à ligação de duas familiares que solicitaram que aguardassem a presença delas. Três familiares participaram intensamente das discussões. Esse encontro teve duração de 50min. O grupo acordou a necessidade da inclusão de uma questão. Dois familiares identificaram suas falas na apresentação e sentiram-se à vontade para compartilhar com o grupo essa informação.

Por fim, ocorreu a negociação com o grupo da equipe. Dos 15 entrevistados, compareceram 10 profissionais do serviço. Os demais não se fizeram presentes, apesar de terem pactuado a participação (Figura 12).

Figura 12 – Negociação com a equipe



Fonte: Arquivo pessoal de Maria de Lourdes Duarte (2013)

Os profissionais iniciaram sua participação um pouco tímidos, no entanto, a partir do quinto *slide* projetado, o grupo passou a sentir-se mais à vontade para o debate dos resultados.

Esse encontro teve duração de duas horas, sendo que a maioria das questões foi mantida (apenas duas foram excluídas). Nesse grupo, houve cinco profissionais que identificaram suas falas na apresentação e compartilharam com o grupo suas ideias.

Os três grupos avaliaram que o resultado apresentado retratava as suas opiniões e questões sobre as necessidades de cuidados dos familiares de usuários de *crack* no CAPS AD III Homero Tarragô.

Nesse sentido, Guba e Lincoln (1989) ressaltam três caminhos para a ação desenvolvida, a partir da avaliação:

- a) Resolução Total: quando alguma demanda é totalmente resolvida, a ação a ser empreendida é evidente. Algumas não requerem ações, exceto a continuidade de determinada conduta. Outras requerem algum refinamento ou aperfeiçoamento, e outras, ainda, sugerem sua rejeição ou abandono: a estratégia não funciona e provavelmente não deve ser usada novamente;
- b) Resolução Parcial ou Incompleta: por uma variedade de razões, incluindo a inabilidade de adquirir todas as informações desejáveis, algumas demandas permanecerão não resolvidas. A ação é adiada até a realização de mais estudos e

considerações. O mecanismo para esse estudo adicional deve ser proposto ou implementado, até que a informação adicional seja avaliada;

- c) Não Resolução: possivelmente, construções conflituosas são retidas, no entanto, pouco pode ser feito exceto continuar trabalhando no problema e tentar uma acomodação para permitir uma ação prática.

No caso da avaliação aqui apresentada, muitos dos problemas que foram discutidos durante a negociação desencadearam ações de forma mais imediata, como a criação de oficinas destinadas aos familiares de usuários de *crack*. No entanto, muitas das questões permaneceram não resolvidas, principalmente as relacionadas ao contexto, como a falta do profissional médico no serviço, identificando-se fatores dificultadores, tais como a dificuldade do município em atrair e fixar esses profissionais nos serviços de saúde mental de Uruguaiana.

Somado a isso, a inexistência de credenciamento do serviço junto ao Ministério da Saúde faz com que o serviço vivencie a falta de recursos financeiros, principalmente para a realização das oficinas terapêuticas. Aspectos estes que influenciam diretamente no atendimento das necessidades de cuidados dos familiares e usuários de *crack*.

5.6 Análise de Dados

Para a análise dos dados foi utilizado o Método Comparativo Constante, pois ele permite que a análise seja realizada concomitantemente à coleta de dados. Dessa maneira, com a aplicação do círculo hermenêutico-dialético e do Método Comparativo Constante, pude estruturar um conjunto de informações que refletiam a avaliação dos três grupos de interesse sobre as necessidades de cuidados dos familiares de usuários de *crack*.

Esse método foi originalmente elaborado por Glaser e Strauss para o desenvolvimento de teorias, sendo utilizado por Guba e Lincoln (1989) para o processamento de dados. Ele fornece ferramentas para trabalhar com a subjetividade do pesquisador, que não é reconhecida, mas aceita como parte fundamental do ato de pesquisar, funcionando através da interação dialética entre o pesquisador e o objeto de seu estudo (ANGELIS, 2005).

As categorias iniciais e as unidades de significados apresentadas durante a negociação com cada grupo de interesse foram sendo elaboradas de uma maneira mais aprimorada e redefinidas a partir desse processo avaliativo. Assim, as unidades de significados, que organizaram os temas comuns, possibilitaram construir as categorias temáticas, que posteriormente direcionaram para as categorias analíticas deste estudo.

Em síntese, essa proposta envolveu três principais etapas: a identificação das unidades de significado, a categoria temática e a categoria analítica:

- a) unidades de significado: esta etapa serviu para a definição das categorias iniciais. Essas unidades foram encontradas através de material empírico coletado, e o significado foi registrado de tal forma se tornasse compreensível para qualquer outra pessoa e não somente ao pesquisador. Codificou-se cada unidade mediante a designação da fonte da qual foi retirada – das entrevistas deste estudo;
- b) categoria temática: nesta fase a tarefa principal foi juntar em categorias provisórias todas as unidades de significados que, aparentemente, estivessem relacionadas ao mesmo conteúdo. As categorias foram definidas de maneira a serem internamente as mais homogêneas possíveis, possibilitando a identidade da categoria; e, externamente, as mais heterogêneas possíveis, para que cada categoria conservasse sua identidade, não se sobrepondo às demais;
- c) categoria analítica: a partir das categorias temáticas foi possível ampliar os temas e formar três grandes categorias, as quais foram denominadas de analíticas.

Dessa forma, para facilitar a compreensão da construção desse processo de análise, apresenta-se o Quadro 9 que sintetiza o delineamento dessas ideias.

A categoria analítica foi dividida em três grandes eixos: Ambiência, Cuidado ao familiar de usuário de *crack* e Rede de Saúde Mental. A categoria intitulada Ambiência foi dividida em duas categorias temáticas: Estrutura Física; e Recursos Humanos e Materiais. A categoria analítica Estrutura Física resultou na Unidade de Significados CAPS AD III, e a categoria analítica Recursos Humanos e Materiais resultou na Unidade de Significados intitulada Equipe do CAPS e Material.

Já a categoria analítica Cuidado ao Familiar de usuário de *crack* foi organizada em duas categorias temáticas: Tecnologias Relacionais e Cuidado. A categoria Tecnologias Relacionais organizou-se a partir de uma unidade de significados: Acolhimento. A categoria Cuidado foi organizada em seis unidades de significados intituladas de Grupo de Família, Visita Domiciliar, Oficinas, Acesso e Participação no Tratamento, Informação e Espiritualidade.

Por fim, a última categoria analítica, Rede de Saúde Mental, foi organizada em uma categoria temática chamada de Cuidado no Território, que resultou em uma unidade de significados intitulada de Trabalho em Rede de Serviços.

Quadro 9 – Processo de análise das necessidades de cuidados dos familiares de usuários de *crack* no CAPS AD III Homero Tarragô

Unidade de Significados	Categoria Temática	Categoria Analítica
A estrutura física do CAPS AD ainda está carente de uma sala para o acolhimento e os leitos de observação.	Estrutura física	Ambiência
As maiores dificuldades para esse atendimento são a falta de capacitação dos profissionais, a falta de profissionais (psiquiatra, farmacêutico, enfermeiro, profissionais da cozinha e cuidadores do sexo masculino) e a falta de materiais.	Recursos Humanos e Materiais	
O atendimento recebido é realizado por pessoas atenciosas e por isso é percebido como muito bom.	Tecnologias Relacionais	Cuidado ao Familiar de Usuário de <i>Crack</i>
Há diferenças entre os familiares de usuários de <i>crack</i> e os outros familiares de dependentes químicos no que tange à maior participação no serviço e ao maior sofrimento expresso por eles.	Cuidado	
O atendimento em grupo às famílias é importante porque é um local de desabafo, de ensinamento e de apoio entre os participantes, o que propicia mudanças na forma de o familiar lidar com o usuário.		
A criação de oficinas destinadas às famílias é percebida como um momento para esquecer o problema.		
As Visitas Domiciliares servem para conhecer o ambiente familiar e fazer orientações.		
A maioria das famílias não possui o conhecimento do que é o <i>crack</i> .		
A busca pela religiosidade do familiar durante o tratamento do seu usuário é importante.		
Outros serviços da rede que oferecem apoio às famílias (Gtae, CAPS, Hospital e Amor Exigente).	Cuidado no Território	Rede de Saúde Mental

Fonte: dados da pesquisa.

5.7 Aspectos Éticos

Neste estudo, foram observados os aspectos éticos e legais para a pesquisa que envolve seres humanos, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, recebendo aprovação sob o Protocolo nº 75635 (Anexo A). Após, solicitou-se a autorização da coordenação do CAPS AD III Homero Tarragô para a realização e início da investigação, informando os objetivos e os princípios éticos do estudo.

Posteriormente, a pesquisa foi devidamente esclarecida aos participantes, preservando-se o sigilo das informações e assegurando a integridade física e psicológica dos participantes do estudo, os quais assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice A),

conforme a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b), em duas vias, uma para o participante e a outra para o pesquisador. Ficou assegurado também o direito de desistência dos participantes em qualquer momento da pesquisa. Cabe salientar que os participantes do estudo não tiveram afetado o seu direito à assistência no CAPS AD III Homero Tarragô, por participarem deste estudo.

As entrevistas foram gravadas, transcritas, considerando-se os aspectos éticos de consentimento e o caráter confidencial dos sujeitos do estudo. As gravações em MP3 serão guardadas por cinco anos e destruídas após esse prazo, conforme recomendação da Lei de Direitos Autorais 9610/98 (BRASIL, 1998).

Solicitou-se ainda, nessa ocasião, o consentimento do uso de imagens para fins de divulgação neste estudo. Para isso, cada entrevistado foi convidado a assinar o Termo de Cessão de Direito de Uso da Imagem, em consonância com a Lei nº 9610, de 19 de fevereiro de 1998 (BRASIL, 1998) (Apêndice F). Portanto, todas as imagens postadas neste estudo foram devidamente autorizadas pelos participantes.

6 AVALIANDO AS NECESSIDADES DE CUIDADOS DOS FAMILIARES DE USUÁRIOS DE *CRACK* NO CAPS AD III HOMERO TARRAGÔ

A seguir serão apresentadas as necessidades de cuidados dos familiares de usuários de *crack* na avaliação dos grupos de interesse.

6.1 Ambiência

Ambiência refere-se ao tratamento dado ao espaço físico, entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva (BRASIL, 2007c). Segundo Brasil (2007c), a ambiência na arquitetura dos espaços em saúde deve ir além da composição técnica, formal e simples dos ambientes, porque considera as situações que são construídas nesses espaços. Estes espaços nos serviços de saúde são construídos em um determinado tempo, e vivenciados por um grupo de pessoas com suas relações sociais e seus valores culturais.

A ideia de ambiência segue três eixos principais:

- a) espaço que possibilita o encontro de sujeitos, ou seja, subjetividades;
- b) o espaço que visa a confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, exaltando elementos do ambiente que interagem com o homem – cor, cheiro, som, iluminação, morfologia... –, e garantindo conforto a trabalhadores, usuários e sua rede social;
- c) o espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho funcional favorecendo a otimização de recursos e o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

Dessa forma, a ambiência assume um caráter de extrema importância nos serviços de saúde, abrangendo ainda o ambiente físico (percepção visual, sonora, olfativa, luminosidade, conforto, limpeza, pintura, tamanho, trânsito interior, presença de acesso/rampas para deficientes); materiais permanentes e de consumo (qualidade e quantidade de equipamentos e materiais); disponibilidade de medicação; disponibilidade de exames; disponibilidade para realização de procedimentos na unidade; acessibilidade geográfica; disponibilidade de alimentação; dentre outros (BRASIL, 2007c). Aqui chama-se a atenção para os seguintes itens:

- a) a morfologia – formas, dimensões e volumes configuram e criam espaços;

- b) a luz – a iluminação, seja natural ou artificial, é caracterizada pela incidência, quantidade e qualidade. Além de necessária para a realização de atividades, contribui para a composição de uma ambiência mais aconchegante;
- c) o cheiro – considerar os odores que podem compor o ambiente;
- d) o som – utilização de música ambiente em alguns espaços como enfermarias e esperas. Em outro âmbito, é importante considerar também a proteção acústica que garanta a privacidade e controle alguns ruídos;
- e) a sinestesia – diz respeito à percepção do espaço por meio dos movimentos, assim como das superfícies e texturas;
- f) a arte – como meio de inter-relação e expressão das sensações humanas;
- g) a cor – as cores podem ser um recurso útil, uma vez que nossa reação a elas é profunda e intuitiva. As cores estimulam os sentidos e podem encorajar ao relaxamento, ao trabalho, ao divertimento ou ao movimento.

Assim, esses componentes atuam como modificadores e qualificadores do espaço, estimulando a percepção ambiental e, quando aplicados com equilíbrio e harmonia, criam ambiências acolhedoras e dão muitas vezes contribuições significativas no processo de produção de saúde.

Nesse sentido, a concepção de confortabilidade também deve estar atenta para uma outra questão: a de que, ao entrar em um ambiente de trabalho em saúde, tanto usuários como trabalhadores arriscam-se a deixar do lado de fora tudo que é relativo ao seu mundo, e podem perder as referências sobre seu cotidiano, sua cultura e seus desejos. Pensar a confortabilidade dentro desse conceito é também resgatar esse vínculo para junto do processo de produção de saúde, construindo-se um território onde usuários e trabalhadores identifiquem seu mundo e suas referências (BRASIL, 2007c).

Essa concepção de ambiência converge para a construção de ambientes acolhedores e harmônicos que propiciem o encontro entre profissional de saúde e usuários do serviço, proporcionando o bem-estar, indo de encontro ao estereótipo de que esses espaços que abrigam os serviços de saúde são frios e hostis. Assim, as áreas de trabalho, além de mais adequadas funcionalmente, deverão proporcionar espaços prazerosos a todos os que usufruam dele.

A ambiência através da arquitetura contribui ao projetar espaços que sejam contíguos ou salas multifuncionais, ao invés de espaços subdivididos em saletas de usos específicos que consolidam “feudos” nos espaços de saúde, o que certamente irá colaborar para a fragmentação do trabalho refletida na fragmentação do espaço (BRASIL, 2007c). Ao pensar

nos CAPS, é de extrema importância que os espaços sejam amplos e arejados, proporcionando o compartilhamento de ideias e a integração entre os profissionais, usuários e familiares.

Segundo a Portaria nº 2841 de 2010, que institui no âmbito do SUS o CAPS AD III, ele é entendido como aquele estabelecimento destinado a proporcionar atenção integral e contínua a pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo e da dependência de álcool e outras drogas, com funcionamento durante 24 horas por dia, inclusive nos feriados e finais de semana (BRASIL, 2010b).

Esses serviços deverão ser implantados levando em conta uma população mínima de cobertura de 200 mil habitantes. Nesse sentido, apesar de o Município de Uruguaiana ter em torno de 125 mil habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009), ele situa-se em uma região de fronteira com a Argentina e possui o maior Porto Seco da América Latina, o que acaba facilitando a entrada de drogas no município pelo grande fluxo de caminhões (URUGUAIANA, 2010), indo ao encontro do preconizado pelo Ministério da Saúde, o que justifica o funcionamento desse CAPS em Uruguaiana.

Assim, para a implantação do CAPS AD III de Uruguaiana foi recebida uma verba de 150 mil reais do Ministério da Saúde no início do ano de 2011, para planejamento e organização do serviço, como estipulado pela Portaria nº 130/2012 (BRASIL, 2012a). A abertura do serviço ocorreu em julho de 2012.

Dentre as inúmeras características do CAPS AD III, salientam-se as seguintes: a) constituir-se em um serviço aberto, de base comunitária, funcionando na lógica do território; b) responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental, álcool e outras drogas; c) possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regular e articular as ações de atenção integral aos usuários de *crack*, álcool e outras drogas; d) coordenar, acompanhar e supervisionar internações em hospital geral e unidades especializadas; e) realizar ações de apoio matricial na atenção básica; f) articular-se com a rede de proteção social de seu território de atenção, para acompanhamento compartilhado de casos; e, por fim, g) funcionar de forma articulada, com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e com a rede de urgência/emergência local/regional (BRASIL, 2010b).

A capacidade de atendimento em um CAPS AD III é de 40 pacientes por turno, tendo como limite máximo de 60 pacientes/dia, em regime intensivo (BRASIL, 2010b). No regime intensivo de atendimento, o usuário recebe cuidados diários (até 25 dias no mês); no regime semi-intensivo, o usuário recebe cuidados frequentes (até 12 dias no mês); e, no regime não

intensivo, o usuário recebe cuidado quinzenal ou mensal (até três dias no mês) (BRASIL, 2012a).

O CAPS AD III Homero Tarragô do Município de Uruguaiana, na segunda semana de funcionamento, contava com 30 usuários no regime intensivo, muitos desses encaminhados do CAPS II e outros por demanda espontânea, geralmente acompanhada por algum familiar. Todos os usuários que chegavam ao CAPS AD III, independente do encaminhamento ou por demanda espontânea, eram acolhidos e agendados em um horário com a Terapeuta Ocupacional (TO) para construção do Plano Terapêutico Singular (PTS)²⁴ de atendimento no serviço.

Essa profissional era responsável por essa atividade, tendo em vista que os outros trabalhadores afirmaram não saber fazer. De qualquer modo, na observação vimos a TO convidar outros profissionais para a construção do PTS. Observamos a participação da fisioterapeuta e da pedagoga. No entanto, essa atividade persistiu sendo centralizada na TO durante todo o período de observações.

Em relação às atividades que devem ser realizadas pelos CAPS AD III, a Portaria nº 2841 (BRASIL, 2010b) institui: a) atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico e orientação, entre outros); b) atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); c) oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; d) visitas e atendimentos domiciliares; e) acolhimento noturno, nos finais de semana e feriados, com no mínimo oito e no máximo 12 leitos para intervenções em situações de crise; f) os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão quatro refeições diárias; f) trabalhar na lógica de redução de danos dentro e fora do CAPS AD III, em articulação com os profissionais da atenção básica e atendimento à família.

O CAPS ADIII é considerado de fácil acesso pelos usuários e familiares devido a dois pontos de ônibus que se situam próximos do serviço. O prédio do CAPS foi comprado pela Prefeitura do município e possui três andares. Esse prédio primeiramente foi uma maternidade

²⁴ Os CAPS utilizam o PTS como instrumento de trabalho em equipe que possibilita a participação do usuário e, conseqüentemente, a construção de sua autonomia. Esse instrumento considera a historicidade e as necessidades individuais do usuário que se encontra inserido num contexto. Para efetivação do tratamento, é primordial que usuário e família participem do processo de construção. A elaboração do PTS acontece por meio da atuação singular do profissional-referência do usuário/família, e desse profissional com toda a equipe, por meio de discussões e estudo do caso (CARVALHO, 2012).

e, de 2004 a 2008, funcionou como um hospital psiquiátrico da cidade, chamado de Santo Antônio, com cerca de 25 leitos na época.

Pedi para à TO apresentar-me o ambiente e estrutura física. Nesse prédio funcionou o antigo hospital Santo Antônio, um hospital geral com maternidade. Após foi um hospital psiquiátrico no qual tinha cerca de 25 leitos. Ela contou-me que esse hospital fechou em 2008 e que muitos pacientes do CAPS foram moradores do hospital. Ela disse que um dia me levaria no segundo andar, atualmente fechado, onde funcionava a internação psiquiátrica, para eu conhecer. (Observador A, 17/07/2012, manhã)

O fato de o CAPS AD III estar alocado em um antigo hospital psiquiátrico da cidade traz recordações negativas para alguns usuários do serviço. Lembranças essas que muitos preferem esquecer. Dessa forma, vislumbram-se os efeitos iatrogênicos do modo asilar, baseado no modelo manicomial, nos trechos extraídos das observações.

Ouvi uns gritos na rua, e todos os funcionários foram olhar pela janela. Tratava-se de um senhor que morou durante muitos anos no antigo Hospital Santo Antônio. A J.e a N. foram até ele, na rua, e o convenceram de entrar. Explicaram que agora ali era o CAPS AD e o convidaram para entrar. (Observador C, 1/08/2012, tarde)

A técnica de enfermagem falou que levou a mãe dela para conhecer o novo CAPS AD, mas ela nem conseguia entrar, pois dizia que ali era um hospital e que não queria se internar de novo. Ela disse que está sendo muito difícil convencê-la a ir, porque ela não gosta do local. (Observador D, 25/07/2012, manhã)

Talvez pelo CAPS ser um serviço novo, muitas pessoas desconhecem essa proposta de atenção que vai de encontro à lógica do antigo hospital Santo Antônio, que excluía, e, por isso, ainda possuem resistência em conhecer o local. Evidencia-se também o quanto o modelo asilar, centrado no hospital psiquiátrico, deixa recordações negativas nas pessoas que vivenciaram esse modo de tratamento. Segundo Yasui (2006), o modelo asilar mantinha uma estrutura normativa e verticalizada, o saber e as condutas médicas preponderavam, a divisão do trabalho era rígida, objetivando a supressão dos sintomas e enfocando exclusivamente a doença.

Na lógica do modelo asilar e manicomial, as pessoas com transtornos mentais eram consideradas como loucas, perigosas, libertinas e, portanto, alijadas da sociedade e do próprio convívio com a família, tornando-se muitas vezes mendigos ou moradores dos hospícios. Essa visão sobre o doente mental contribuiu para o desenvolvimento do estigma, colocando-o na condição de diferente das demais pessoas, interferindo nas relações destes com a sociedade,

nos ambientes sociais (MARTINS et al., 2013). Assim, esse rótulo criado tem repercutido em dificuldades na vida na sociedade, já que até os dias de hoje sofrem as consequências desse atributo depreciativo que se reverte em exclusão social.

A história não é diferente com os usuários de drogas. A ideia de periculosidade e de incapacidade do usuário de drogas é muito antiga e advém de concepções do século XIX que, nesse período, levaram a adição a drogas à categoria de condição de desvio social, acarretando exclusão social e preconceito. Desde essa época o consumo de substâncias é considerado um entrave social e essas pessoas passam a ser percebidas como incapazes, improdutivas, indisciplináveis e perigosas (PORTOCARRERO, 2002).

Do mesmo modo, o tratamento era centrado na internação hospitalar, não havendo a proposta de atenção em rede de serviços no espaço do território, que direciona o cuidado para uma atenção longitudinal e contínua. Além disso, a internação na maioria das vezes era realizada de uma forma abrupta, sob a contrariedade do sujeito, sendo utilizado um arsenal de medicações como forma de sucumbir a pessoa à essa determinação de tratamento.

Esta racionalidade científica do modelo asilar de isolar, observar, classificar e determinar refletiu em distância e afastamento da família no processo de assistência (YASUI, 2006), o que pode reduzir os vínculos com familiares, bem como os apoios e circulação nos espaços sociais.

Assim, se avalia a influência desse modo de atenção que permeia ainda o imaginário da população do Município de Uruguaiana, sendo necessário informar sobre a proposta dos CAPS, como serviços substitutivos ao manicômio, em que as ações de saúde consideram o sujeito e sua família como centrais na determinação do cuidado, ou seja, há que considerar o valor da vida das pessoas e, conjuntamente, romper com os rótulos e estigmas acerca da doença mental e da adição a drogas.

Concorda-se com Souza et al., (2007) quando afirmam que a luta por uma assistência psiquiátrica mais humanizada vai muito além da conquista de novos modelos de atenção; ela abarca também a necessária ruptura de paradigmas ideológicos e resistências silenciosas demonstradas pelas ações e atitudes de profissionais ainda não sensibilizados com a nova proposta e que, mesmo atuando em estruturas físicas regulamentadas pelos moldes da Reforma Psiquiátrica, são capazes de reproduzir o modelo manicomial, que tem influência direta do sistema capitalista, no qual está estruturada a sociedade brasileira.

Nesse sentido, é preciso estar atento para que velhas práticas não se configurem em estruturas físicas regulamentadas pelo Ministério da Saúde junto aos serviços substitutivos, pois a retirada de muros, grades e trancas não garante que os profissionais tenham sua prática

assistencial direcionada pela integralidade, interdisciplinaridade, atenção psicossocial e, principalmente, dando voz aos usuários, seus familiares e rede de apoio. Assim, é necessário redimensionar o olhar das pessoas e seu imaginário para desconstruir a ambiência excludente e recriar a ambiência acolhedora e reafirmante no CAPS AD.

Logo, é preciso marcar que não foi reaberto o antigo Hospital Santo Antônio no Município de Uruguaiana, como muitas pessoas podem acreditar, mas que o CAPS AD Homero Tarragô tem uma proposta de atenção para a adição às drogas diferente do manicômio, na qual preconiza a inclusão social, a ação no território, o respeito, a singularidade, a cidadania, a liberdade, a parceria da família e comunidade. Isso deve ser construído cotidianamente, na ação dos profissionais por meio da produção de vínculo, da escuta, do acolhimento e do trabalho junto com os outros, ou seja, saúde em processo de parceiros.

É preciso ressaltar que, em um primeiro momento, os trabalhadores e a coordenação de Saúde Mental foram resistentes em aceitar as instalações do antigo Hospital Santo Antônio para sediar o CAPS AD III, tendo em vista toda a representação de sofrimento que podia despertar nos usuários e seus familiares. No entanto, após diversas tentativas de negociação com o Prefeito, a coordenação acabou aceitando esse espaço com o receio de inviabilizar a abertura desse novo serviço por falta de sede.

Atualmente, o primeiro andar foi reformado para o atendimento do CAPS AD III, mas tem-se a previsão que em 2014 se iniciem as reformas nos outros dois pavimentos. O segundo andar será destinado à equipe do Consultório na Rua, e o terceiro ficará para reuniões de equipes da rede de saúde mental do município.

Há apenas três profissionais que são concursadas (nutricionista e duas psicólogas), os demais membros da equipe fizeram processo seletivo em regime de contrato temporário. Salienta-se que, dos 15 profissionais que participaram desta pesquisa, oito tinham sido contratados havia seis meses para o CAPS AD III, e os outros sete foram remanejados do CAPS II.

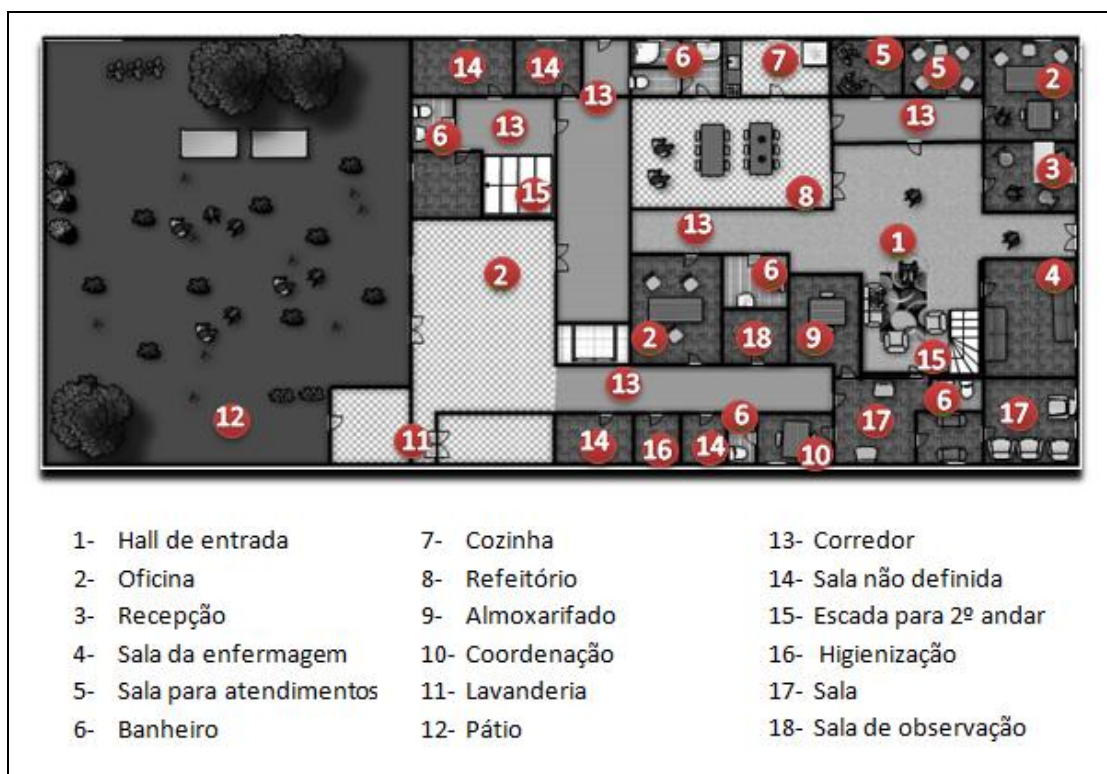
A área física do CAPS AD III é constituída por um *hall* de entrada, três salas para oficinas, uma sala para a recepção, um posto de enfermagem, duas salas para atendimentos, cinco banheiros, uma cozinha, um refeitório, uma sala de almoxarifado, uma sala da coordenação, um ambiente de lavanderia, um pátio, cinco corredores, quatro salas usadas para grupos, oficinas e atendimento individual, duas escadas de acesso ao 2º andar, uma sala destinada ao pessoal terceirizado da higienização e uma sala para a qual está previsto organizar uma enfermaria para unidade de tratamento de abstinência **com leitos**.

A cuidadora mostrou-me detalhadamente o lugar: o refeitório, onde há três mesas grandes, armários e uma mesa de *buffet*; a cozinha; banheiros; *hall* de entrada; recepção; sala de enfermagem com espaço para medicação; sala de convivência (com móveis novos); salas de atendimentos individuais e em grupo; secretaria; sala que terá os leitos de desintoxicação; espaço de oficina e salas que ainda não possuem função e um pátio. Esse último espaço é o grande diferencial do serviço. Os usuários adoram. (Observador C, 23/07/2012, manhã)

Observamos também que o pátio do CAPS AD III é amplo. Havia sido limpo pelos próprios usuários com o objetivo de usufruí-lo o mais rapidamente. No período da coleta de dados era utilizado para as rodas de chimarrão que ocorriam sob o sol do inverno, com a participação de um profissional do serviço. Os usuários têm planos para sua utilização, como a criação de uma horta e a construção de uma cancha de futebol, propiciando aconchego e trocas.

A estrutura física do CAPS AD III Homero Tarragô pode ser mais bem visualizada através da Figura 13.

Figura 13 – Área física do CAPS AD III



Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme a Portaria nº 130 (BRASIL, 2012a), a estrutura física mínima para o funcionamento de um CAPS AD III deve possuir espaço para atendimento individual, espaço

para atendimento de grupo, espaço para refeições, espaço para convivência, banheiros com chuveiro, no mínimo oito e no máximo 12 leitos²⁵ de acolhimento noturno e um posto de enfermagem.

Considerando a estrutura mínima preconizada pelo Ministério da Saúde, o CAPS AD III Homero Tarragô apenas possui a sala que será destinada aos leitos, no entanto, os mesmos ainda não estavam estruturados no serviço. Durante este processo avaliativo, observou-se o empenho da coordenação em estruturar esse espaço rapidamente, entretanto a falta de recursos financeiros é um motivo que tem inviabilizado essa adequação até o final da coleta de dados deste estudo.

A área física do CAPS AD III é grande e observamos o empenho da equipe em torná-lo atraente e acolhedor, com móveis novos e com os próprios trabalhos confeccionados pelos usuários expostos nas salas de atendimento, secretaria e *hall* de entrada.

Os sofás, ali no *hall* de entrada, parecem muito acolhedores. Ainda falando do ambiente, achei o CAPS muito mais colorido. Nos armários, há identificação do material todo em PVA de várias cores, sem falar nos cartazes e tapetes confeccionados pelos próprios usuários. Os murais e quadros dão mais vida ao local. (Observador C, 24/08/2012, tarde)

Evidencia-se que os conceitos de ambiência preconizados na política de humanização (BRASIL, 2007c) foram incorporados pelo CAPS AD III Homero Tarragô. Móveis novos, tapetes e cartazes confeccionados pelos usuários e detalhes coloridos foram estratégicos para criar um ambiente agradável, superando o ambiente frio da maioria dos serviços de saúde. Nesse sentido, torna-se imprescindível constituir espaços e modos de acolher o sofrimento que compor temas diferentes dimensões destes conflitos, superando a visão individualizada, sintomática e reducionista da crise (KANTORSKI et al., 2011).

²⁵ O leito de um CAPS AD III tem objetivos muito diferentes de um leito de atenção integral em hospital geral. Entre estas diferenças pode-se citar: - Leitos de atenção integral em um CAPS não constituem espaços que disponham de médicos durante todo o terceiro período (noturno). De igual forma, não é prevista uma estrutura que comporte emergências clínicas. Estão excluídos, portanto, desses leitos, usuários que apresentem quadros clínicos graves que os coloquem em risco de morte, devendo, neste caso, serem utilizados leitos de hospital geral. Havendo o risco de desenvolver *delirium tremes*, este usuário deve ser tratado num leito de atenção integral em hospital geral; - O tempo de utilização deste leito deve ser definido a partir de um projeto terapêutico individual, e em geral restrito ao período de 7 dias corridos ou 10 intercalados em um período de 30 dias; - Os objetivos da utilização do acolhimento noturno devem incluir: prevenção à recaída, redução de danos, proteção em condições de riscos sociais e de extrema vulnerabilidade, tratamento de abstinências leves e abrigo em caso de fissuras intensas; - Ao contrário dos leitos de atenção integral em hospital geral, os leitos de CAPS AD III devem ser regulados pela própria equipe do serviço e não por uma central municipal ou regional de regulação (BRASIL, 2010d).

O CAPS AD III Homero Tarragô possui uma série de atividades voltadas para os usuários, tais como: acolhimento, tratamento medicamentoso, atendimento em grupos para usuários, atendimento individualizado aos usuários, orientações, atendimento psicoterápico, atividades de suporte social, atendimento domiciliar, oficinas terapêuticas e oficinas de alfabetização. Nas atividades voltadas às famílias, destacam-se os grupos de familiares, acolhimento, atendimento individual e psicoterápico e as visitas domiciliares.

Apresenta-se o cronograma das atividades desenvolvidas semanalmente no serviço, conforme Quadro 10.

Quadro10 – Cronograma das atividades do CAPS AD III Homero Tarragô

MES/ANO Out/2012	SEG	TER	QUA	QUI	SEX
manhã	9h Café da manhã 9:30-11:30 Oficinas 11:30: Hora do chimarrão	8h-9h: Atendimento Fisioterapeuta 8:30-9h: Grupo de Usuários DQ+Sofrimento 9h-10h: Grupo de Usuários Grupo de Família 10h-11h: Grupo de Usuários Grupo de Família 11h-12h: Grupo de Usuários	9h Café da manhã 9:30-11:30 Oficinas 11:30: hora do chimarrão	9hCafé da manhã 9:30-11:30 Oficinas 11:30: hora do chimarrão	9h Café da manhã 9:30-11:30 Oficinas 11:30: hora do chimarrão 11-12h: Oficina do Corpo(educador físico)
Almoço	12:00				
tarde	14h-16h Oficinas 15h-16h:Oficina de Alfabetização 16h às 16:30 Hora do Chimarrão 16:30 Lanche 18h-19h: Oficina do Corpo(educador físico)	14h-16h Oficinas 16h às 16:30 Hora do Chimarrão 16:30 Lanche 15h-16h: Grupo de Família	14h-16h Oficinas 15h-16h:Oficina de Alfabetização 16h às 16h30 Hora do Chimarrão 16:30 Lanche 18h-19h: Oficina do Corpo(educador físico)	14h-16h Oficinas 16h às 16:30 Hora do Chimarrão 16:30 Lanche 16h-17h Grupo de Usuários	14h-16h Oficinas 14:30 Grupo Usuários de álcool 15h-16h:Oficina de Alfabetização 16h às 16h30 Hora do Chimarrão 16:30 Lanche
janta	18h				
noite	18:30-19:30 Grupo de Família 18:30-19:30 Grupo de Usuários Roda de Conversa Filme+ discussão	Roda de Conversa Filme+ discussão	Roda de Conversa Filme+ discussão	Roda de Conversa Filme+ discussão	18:30-19:30 Grupo de Família 18:30-19:30 Grupo de Usuários Roda de Conversa Filme+ discussão

Fonte: dados da pesquisa

Através do Quadro 10, observamos que, após o café da manhã, são ofertadas aos usuários as oficinas de artesanatos, de costura e de tapeçaria que são desenvolvidas pelas oficinairas. A oficina do corpo é desenvolvida por um Educador Físico e possui ampla adesão dos usuários. Às 11h 30min, os próprios usuários organizam a roda do chimarrão, que

geralmente ocorre no pátio do serviço. Ainda pela manhã, nas terças-feiras, a Fisioterapeuta presta assistência aos usuários que são referenciados pelo médico.

Na terça-feira, ainda ocorrem quatro grupos de usuários sob a coordenação de um Psicólogo do CAPS.

O primeiro grupo é o que ocorre das 8h30min às 9h, destinado aos usuários de drogas e que possuem algum tipo de comorbidade psiquiátrica associada, e por isso é chamado de Grupo das Comorbidades. Neste grupo são trabalhadas as dificuldades cotidianas dos usuários e suas limitações, fornecendo subsídios para um viver com maior autonomia (URUGUAIANA, 2010).

O grupo das 9h às 10h e o grupo das 10h às 11h são destinados aos usuários que ainda permanecem usando algum tipo de droga, sendo chamados de Grupos da Motivação. Esses grupos objetivam criar aliança terapêutica e favorecer o engajamento do usuário no tratamento, conhecendo o contexto dentro do qual a adição se desenvolveu e criando condições para o êxito no tratamento (URUGUAIANA, 2010).

Por último, há o Grupo das 11h às 12h, que é destinado aos usuários que estão em abstinência. É considerado Grupo de Egressos, formado por ex-usuários que cumpriram todas as etapas nas fazendas terapêuticas e que necessitam continuar sendo acompanhados em seu retorno à casa, à cidade de origem, a fim de estabelecer metas de se reintegrarem à comunidade (URUGUAIANA, 2010).

As atividades do turno da tarde iniciam às 14h com as oficinas artesanatos, de costura, de tapeçaria e do corpo, além da oficina de alfabetização, que é desenvolvida por uma Psicopedagoga. O horário das 16h é destinado para a roda de chimarrão e às 16h30min é ofertado o lanche da tarde. Na quinta-feira às 16h é realizado mais um grupo terapêutico de usuários, e na sexta-feira às 14h30min é desenvolvido por uma psicóloga um grupo específico para usuários de álcool.

O jantar no CAPS AD III é servido às 18h e no período da noite não são ofertadas oficinas. Nesse turno, os usuários participam de rodas de conversa, leituras e veem filmes para posterior debate. Nas segundas-feiras e nas sextas-feiras ocorrem grupos terapêuticos de usuários às 18h30min.

Ao lado do refeitório, localiza-se a cozinha, local das refeições dos profissionais, além de um espaço de integração e por vezes de trabalho. Na cozinha são confeccionados apenas o café da manhã e o café da tarde, pois o almoço e o jantar são confeccionados em um restaurante que presta serviço terceirizado à Prefeitura.

Próximo à cozinha situa-se um banheiro amplo com chuveiros para que os usuários possam fazer a sua higiene pessoal. São ofertados a esses usuários toalhas e roupas limpas, além de *shampoo*, sabonete e aparelho de barbear, sob a supervisão de um profissional. Observou-se que muitos usuários, na sua maioria homens, utilizavam-se desses chuveiros, principalmente os que moravam na rua ou em abrigos da cidade. Este é um momento de aproximação que proporciona a criação de vínculos.

Para o atendimento das famílias, o CAPS AD III realiza grupo de familiares nas segundas-feiras às 18h30min; nas terças-feiras às 10h, às 11h e às 15h; e nas sextas-feiras às 18h30min. Além dos grupos, o serviço faz atendimento individual para os familiares com os psicólogos e há acolhimento às famílias a qualquer momento do dia em que acessarem o serviço.

O atendimento aos familiares no CAPS AD III ocorre em um primeiro momento na recepção, por qualquer profissional que esteja nesse local. Após o questionamento sobre o motivo da procura do serviço, o familiar é direcionado para o acolhimento ou é realizado o agendamento de atendimento individual com algum psicólogo do CAPS.

Observamos no CAPS disponibilidade e atenção para as famílias, uma vez que a equipe prontamente faz o acolhimento das suas demandas, confortando, apoiando e dando resolutividade às questões desse núcleo advindas do cuidado do usuário de *crack*. Assim, é neste encontro entre profissionais e familiares que as ações de saúde são ofertadas, facilitando o vínculo e a responsabilização por essa escuta, indo ao encontro das necessidades de cuidado das famílias.

As reuniões gerais de equipe ocorrem semanalmente, nas quartas-feiras pela manhã. Nesse turno, o serviço não faz atendimentos, dedicando-se aos ajustes do processo de trabalho dos profissionais. Essas reuniões são realizadas no refeitório do CAPS, uma vez que tem capacidade de comportar todos os profissionais devido ao grande número de cadeiras e mesas.

A reunião de equipe manifesta-se como instância formal de coordenação do trabalho, não apenas por sua regularidade, mas também por promover discussões que resultam em arranjos organizacionais que pautam a realização das atividades (VASCONCELLOS, 2010). Além disso, as reuniões não devem ser apenas um espaço para que a equipe distribua tarefas aos seus membros, mas sim um espaço dialógico no qual é preciso que haja um clima em que todos tenham direito a voz e a opinião (URUGUAIANA, 2010).

É nesses espaços que pode ocorrer compartilhamento de informações sobre os cuidados que serão prestados aos familiares de usuários de *crack* objetivando o atendimento de suas necessidades. Essas reuniões propiciam discussões de casos, facilitando a

comunicação entre os profissionais e o estabelecimento de estratégias de cuidados, além de ampliar as possibilidades de apoio às famílias.

Avalia-se que estrutura física do CAPS AD III Homero Tarragô é ampla, tendo espaços planejados e organizados com vistas ao conforto e aos encontros entre profissionais, usuários e familiares, favorecendo um cuidado centrado na pessoa. Esses espaços facilitam o acolhimento das famílias e de suas necessidades de cuidados através dos grupos e dos atendimentos individuais, facilitando a resolutividade das ações dos trabalhadores do serviço.

Dal Poz, Lima e Perazzi (2012) referem que a saúde mental constituiu-se como uma área interdisciplinar e multiprofissional. Os atendimentos estão a cargo das equipes multidisciplinares e não de um profissional isoladamente, tendo em vista a complexidade que configura o cuidar em saúde mental no modo de atenção psicossocial. Logo, essa complexidade advém de um entendimento de que a saúde mental ultrapassa as próprias fronteiras da saúde para se constituir como intersetorial, visando atender às demandas de cuidado de usuários e familiares.

Na atualidade o cuidado em saúde mental deve ter a participação da família, pois esta, com sua vivência diária, dará sustentação no tratamento da adição, bem como trará subjetividade na organização do cuidado. Assim, a família parceira nesse processo oferta características próprias e necessárias para uma atenção integral.

A inclusão da família é uma necessidade para a atenção em saúde, uma vez que essa participação pode oportunizar novos arranjos de ação para o tratamento da adição e, ao mesmo, tempo oportuniza novas práticas em que, em conjunto com os profissionais, se rompem mitos sobre a adição a drogas e a saúde mental. Desse modo, os serviços como o CAPS AD devem oportunizar essa inserção da família em suas práticas e os profissionais implicados nesse modo devem estar atentos e buscando as transformações em seu trabalho.

Nesse cenário, ações interdisciplinares são fundamentais, pois o cuidado em saúde é produção de vida, que implica em ações ampliadas, nas quais as famílias e a sociedade direcionam a transformação por meio de sua participação.

Nesse sentido, os CAPS AD III devem ser compostos por um médico clínico, um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, cinco profissionais de nível superior, quatro técnicos de enfermagem e quatro profissionais de nível médio. Além disso, para cada período de acolhimento diurno, nos sábados, domingos e feriados e período noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ter um profissional de nível superior, três técnicos de enfermagem, um profissional de nível médio da área de apoio (BRASIL, 2010b).

O CAPS AD III, até o final da coleta de dados desta pesquisa, ainda não tinha contratado médico (clínico e psiquiatra) bem como enfermeiro com formação na área de saúde mental, o que implicava no não credenciamento do serviço junto ao Ministério da Saúde.

Durante as observações percebeu-se o grande esforço da coordenadora de saúde mental do município em abrir processo seletivo para a contratação desses profissionais, no entanto, em duas ocasiões, não houve inscritos.

A dificuldade na contratação desses profissionais é justificada pelos baixos salários ofertados, associados aos 650km de distância da cidade de Porto Alegre.

Está faltando médico, está faltando enfermeiro com formação, está faltando quatro pessoas para trabalhar na cozinha. As oficinas estão auxiliando na cozinha, mas não é trabalho delas. O quadro não está completo ainda, nós estamos em 30 profissionais, mas o quadro segundo nosso Projeto de Implantação é de quase 40 funcionários. Estamos deficientes ainda. (E9)

Seriam as dificuldades de a gente estar iniciando. Por exemplo, nós não temos um médico. Eu preciso de um médico urgente, entendeu, e não tem médico, pra nós ainda é extremamente complicado. Falta um psiquiatra também, sinto que é trabalho dobrado sem um médico aqui. (E5)

Está faltando médico, está faltando enfermeira com formação, então, nós estamos capengando, certo?! Estamos brincando de atender, é assim que eu vejo. A gente começou muito no oba-oba, faltando as pessoas-chaves. Mas todo mundo está tentando acertar. (E12)

Com a falta de profissionais a equipe mínima do CAPS AD III, em muitos momentos, improvisa o seu trabalho, o que de alguma forma prejudica o cuidado ofertado aos usuários e familiares.

Para Yasui (2006) a equipe é o principal instrumento de intervenção, invenção e produção de cuidados em saúde mental. Na lógica psicossocial todos os profissionais possuem a mesma importância dentro de um serviço substitutivo como o CAPS. Entretanto, observa-se que o CAPS AD III Homero Tarragô foi aberto sem possuir uma equipe mínima, afetando diretamente na organização do trabalho do serviço.

Nesse cenário, as oficinas assumiram as tarefas de preparar o café da manhã e organizar o almoço e o jantar. Esse imprevisto demonstra o comprometimento dos profissionais com o funcionamento do serviço e, ao mesmo tempo, trazia descontentamento, pois suas atividades de núcleo eram somadas com essa atuação, gerando sobrecarga de trabalho.

Para o atendimento médico os usuários e familiares eram direcionados para o psiquiatra do CAPS II Asas da Liberdade, que atuava dois dias da semana em uma Unidade Básica de Saúde do município.

Tu não tem nem médico, tu acha que tu está atendendo o que o familiar vem pedir? Se a gente tem que fazer o encaminhamento para unidade básica? Eu tenho mandado, mas eu te confesso que eu fico envergonhada porque a família vem pedir atenção aqui, e agente tem que tirar ele daqui e mandar pro posto de saúde. Na realidade eles não estão sendo bem atendidos no que eles necessitam, por falta de infraestrutura. (E12)

Esses arranjos, embora compromissados como uma tentativa de atenção em saúde, são estratégias criativas, porém implicam em uma ação parcial, pois o profissional fica precarizado em suas atividades seja pela sobrecarga, seja por um contrato desvalorizado, seja pela descontinuidade da ação. O cuidado é fragmentado, os profissionais agem em uma parte e, assim, as necessidades dos familiares de usuários de *crack* são pulverizadas em demandas parciais que não consideram o contexto para uma ação integral.

Para Campos e Domitti (2007), a lógica do encaminhamento na qual os usuários do sistema são direcionados a outros serviços para procurar de atendimento, e os trabalhadores fazem uso de instâncias burocráticas e hierarquizadas para se articularem uns com os outros levam a uma diluição, e um não a compartilhamento da responsabilidade sobre os casos.

Essa forma de operar leva à fragmentação do cuidado e à descontinuidade do projeto terapêutico, perdendo-se a potência do trabalho conjunto e a ampliação das possibilidades de cuidado do usuário, que não faz uso de um sistema integrado de saúde, mas de equipamentos isolados que tratam de problemas pontuais (DELFINI; REIS, 2012). Ao se trabalhar desse modo, a possibilidade de realização de uma clínica ampliada, entendida como aquela cujo olhar é voltado para o sujeito e toda sua complexidade, em contraposição à clínica voltada apenas para a doença e seus sintomas, fica comprometida.

O incômodo com esse modo de operar faz refletir sobre como essa organização do trabalho do CAPS AD III interfere na ação psicossocial, pois há um afastamento do serviço, com parcelas fragmentadas de cuidado causando rupturas na formação de vínculos e parcerias.

Os profissionais avaliam a necessidade urgente de capacitação dos profissionais para o atendimento no CAPS AD III.

Nós, funcionários, precisamos desta capacitação não só para atender os usuários como os familiares também. (E11)

A equipe é muito jovem ainda, eles estão aprendendo. Eles se empenham em ajudar, mas eles precisam de cursos. Precisa de capacitação porque eles não conseguiram se dar conta do mundo das famílias e dos usuários que a gente trata aqui. (E5)

Para mim é tudo novidade, porque eu nunca tinha trabalhado, nem tenho parente conhecido que seja. Eu, pelo menos, fiz só um pouco daquela capacitação, que foi de 24 horas. Eu preciso de uma capacitação, tem coisas que eu olho assim, que eu vejo que não sei o que fazer, mas na medida do possível eu faço. (E14)

A capacitação que nós tivemos não foi a ideal. Muito curta e, aliás, nem terminou a nossa capacitação, ficou pela metade. Nós tínhamos uma programação e não foi cumprida, e agente veio para cá e estamos aí fazendo o que dá pra fazer. Eu não sabia o que era um CAPS e aí eu fiquei ali aqueles meses no CAPS II com pessoas com sofrimento mental. Pra quem ficou 25 anos dentro de um hospital tratando um determinado tipo de paciente, isso é bem interessante. (E6)

No processo avaliativo a capacitação foi apontada como uma necessidade importante, pois a equipe era inexperiente no tratamento de adição e no trabalho do CAPS AD. Os entrevistados avaliaram que essa ação iria qualificar as atividades, o que repercutiria na atenção aos usuários e familiares. Embora seja importante, a participação em atividades pontuais como, por exemplo, seminários, podem ajudar na desconstrução de processos de trabalho, mas não são suficientes e por isso a necessidade de uma Política de Educação Permanente no município.

Os modelos atuais de desenvolvimento e formação profissionais para o SUS têm deixado lacunas referentes ao aprendizado do cuidado, gerando deficiências de ordens técnicas, políticas e gerenciais nos serviços de saúde. A falta de capacitação prejudica o desenvolvimento de ações integrais e qualificadas. Além disso, atender pessoas com algum tipo de sofrimento e suas famílias, de fato, é uma tarefa complexa e que necessita de formação específica (BRASIL, 2003c).

Assim, é necessário fortalecer a equipe do CAPS AD III através de qualificações na área, buscando uma atualização sobre as políticas de atenção em saúde e atenção integral às drogas. Esta é uma estratégia que pode facilitar a inclusão das famílias, bem como o cuidado de suas necessidades, revertendo-se em promoção da saúde do usuário e de seu familiar.

Além disso, faz-se necessário que os gestores do município de Uruguaiana implantem efetivamente uma Política de Educação Permanente em Saúde Mental que seja consistente e atualizada para que os profissionais possam fazer rupturas, tensionamentos, problematizações indo ao encontro das necessidades de saúde dos familiares e usuários, redimensionando um novo olhar da sociedade para essa questão.

Concordo com Minozzo et al., (2012) ao afirmar que se deve investir em um cuidado vinculado ao modo de atenção psicossocial, através de capacitação e formação em saúde mental. Alguns dispositivos podem ser utilizados para esse fim, como a educação permanente, que promove a qualificação a partir da reflexão sobre situações práticas do cotidiano. Outra ação potente é a discussão com os trabalhadores sobre o cuidado oferecido, proporcionando um entendimento de cada família como um núcleo singular, com necessidades próprias, desmistificando a concepção de loucura e ampliando a concepção de cuidado.

A construção de um processo educativo efetivo, realizado com os profissionais de saúde, é uma possibilidade de se oferecer um cuidado de melhor qualidade, do aumento na resolutividade, compreensão das necessidades de saúde, organização de ações para saúde, intervenção efetiva em relação aos problemas locais (PEREIRA, 2003).

Assim, a Política de Educação Permanente foi avaliada como uma ferramenta importante para condução do processo de reflexão dos profissionais e de qualificação de suas práticas para com os usuários e suas famílias no CAPS AD III Homero Tarragô. Essa Política pressupõe a composição de parcerias e realidades que invistam na construção de uma prática pedagógica inovadora na saúde, visando uma aprendizagem no trabalho e pelo trabalho, incorporando-se à realidade e ao cotidiano do serviço. Nessa perspectiva, o objeto não é só aprender, mas transformar.

Documentos como os Relatórios de Gestão 2003-2006 e 2007-2010 (BRASIL, 2011b) e o Pró-Residência, Portaria Interministerial nº 1001, de 22/10/2009 (BRASIL, 2009a), têm apontado a insuficiência e/ou inadequação do pessoal graduado nessa área de saúde mental. Apontam, ademais, a necessidade de enfrentar, simultaneamente, dois principais desafios: aumentar o número de profissionais especializados para suprir a demanda gerada pela expansão dos serviços substitutivos como os CAPS e treinar e supervisionar profissionais que já estão no sistema de saúde.

Na tentativa de amenizar os desafios pronunciados por esses documentos ministeriais e existentes no CAPS AD III, os profissionais do serviço avaliaram uma mudança significativa em suas ações de cuidados a partir da participação em um evento área de saúde mental.

Esse seminário que a gente participou pra mim assim foi ótimo, me abriu os olhos, os horizontes, porque eu sou formada em artes plásticas. Então, não tem muito a ver com essa área. Eu tinha aquele receio do dependente de *crack*, até insegurança de conversar com a família. Eu não conseguiria imaginar que um dia eu iria trabalhar aqui. E, às vezes, ainda me pergunto o que eu faço aqui. Depois tu vais engrenando, engrenando. Eu estou começando a me apaixonar agora. (E2)

Semana passada fomos a um evento em POA sobre os 20 anos da Reforma Psiquiátrica. Foi bom, fiquei sabendo de toda a história da saúde mental. (E7)

Alves (2009), Dunlap, Golub e Johnson (2006) e Stormshak e Dishion (2009) apontam que em relação aos usuários ainda existe o mito de que todo usuário é criminoso e agressivo, configurando-se em um problema moral. E, em relação aos familiares, existe a ideia de que este núcleo de cuidado é culpado pela adição do usuário ou que foi ineficaz durante o processo de formação de seu parente.

O acesso à informação, por meio da educação permanente, seja por discussões nas reuniões de trabalho ou por cursos de capacitação, possibilita aos profissionais repensarem suas práticas assistenciais e desmistificar o estereótipo de marginalidade e ou criminalidade do usuário de drogas e as repercussões nas famílias. O conhecimento pode trazer compreensão e inovação nas ações, e “as pessoas engrenam e se apaixonam” pelo seu trabalho, o que leva a mudança e ações mais acolhedoras em saúde.

Avalia-se que a utilização de estratégias de educação continuada e de uma política institucional de educação permanente, com vistas ao fortalecimento do conceito acerca da atenção aos usuários de drogas, pode gerar profissionais empoderados, possibilitando a adoção de novas práticas direcionadas ao atendimento das necessidades de cuidados dos familiares de usuários de *crack*.

Nesse sentido, vislumbra-se que o CAPS AD III Homero Tarragô tem buscado caminhos para fortalecer e qualificar ações de cuidado de seus profissionais.

Em relação aos recursos materiais, foi avaliada outra dificuldade do CAPS AD III, referente à falta de materiais nas oficinas destinadas aos usuários.

A questão das oficinas está muito deficiente, falta de material [...]. Temos ali usuários homens e eles não gostam de ficar fazendo fuxico, eles não gostam de fazer pintura em folha. Acho que tem que diversificar a coisa, mas sem material fica difícil. (E6)

Claro que falta muito material, falta muita coisa ainda. Ah, pintura em tela mesmo, a gente não conseguiu fazer ainda. Pintaram ali, duas, mas com tinta que não é para isso. Tem outras coisas que dá pra fazer, mas que não tem material suficiente. (E10)

O problema é a falta de material, se tu ligasse pra lá e dissesse que preciso de tal coisa, para tal oficina, semana que vem seria melhor. Mas aqui a gente fica com pouco material e ainda temos que racionar, daí fica difícil. (E14)

Os profissionais avaliaram que a falta de materiais acabava prejudicando a criatividade e a diversidade na oferta de oficinas do CAPS AD III. Essa falta despertava sentimentos negativos, implicando em um trabalho cansativo, duro e sem condições para a invenção do novo.

A falta de materiais de consumo gerava sentimentos negativos na equipe em relação à atuação do gestor, que se expressavam nas relações diárias, tais como angústia, revolta, desânimo, incapacidade, frustração, desmotivação, e ainda ocasionavam consequências como o atraso na prestação do cuidado e a sobrecarga de trabalho para a equipe (VALERIANO; DIAS, 2010).

Durante a observação, se verificou que as oficinas buscavam arranjar materiais para realizar seu trabalho, por deslocamento rumo ao CAPS II com o intuito de pegar sobras de tintas e retalhos de panos, ou por uma campanha na arrecadação de garrafas PET, buscando resolver os problemas para a sua ação e assegurando a realização e responsabilidade com seu trabalho.

Associado a isso, a falta de recursos materiais para as oficinas destinadas aos usuários fez com que a ideia dos profissionais de ofertar oficinas destinadas às famílias fosse postergada, prejudicando também na oferta de um outro espaço de encontro e atenção aos familiares dos usuários de *crack*.

Avalia-se que a equipe do CAPS AD III tem usado a criatividade na organização do seu trabalho e nas dificuldades do dia a dia, tem-se oposto ao discurso do não fazer. Há incertezas e circunstâncias que devem ser perseguidas, como o credenciamento junto ao Ministério da Saúde, o qual facilitará, seja por meio de recursos financeiros ou por complementação da equipe, qualificar o trabalho do serviço e a atenção aos familiares dos usuários de *crack*, para se nortearem pela integralidade e pela produção de vida.

As instituições de saúde, como organizações de prestação de serviços, também têm valorizado, em sua estrutura, os recursos materiais, pois estes contribuem para a infraestrutura indispensável ao desempenho de suas funções junto à clientela (COSTA; GUIMARÃES, 2004). Dessa maneira, o processo de cuidar torna-se frustrante, sobretudo por causa das dificuldades decorrentes das condições de trabalho. O que se observa é que, ante a escassez de recursos materiais e humanos, os profissionais acabam fazendo o melhor que podem, mas isso culmina em prejuízo para a qualidade do cuidar (LEITE; VILA, 2005).

Chama-se a atenção para que os processos que limitam a capacidade de resolver problemas ocasionam alienação e descompromisso com a promoção de saúde, e se avalia que o CAPS AD III Homero Tarragô tem, em seu trabalho, buscado assegurar a qualidade de suas

ações, demonstrado na responsabilidade de seus profissionais com a organização do trabalho e na busca de arranjos singulares para atenção a drogas e para o atendimento das necessidades de cuidados das famílias de usuários de *crack*.

6.2 Cuidado ao Familiar de Usuário de Crack

A reforma psiquiátrica brasileira promoveu a ruptura com o paradigma clínico e tradicional na psiquiatria, colocando em evidência o sujeito e seu contexto de vida. Assim, a família do usuário de drogas deve ser percebida na sua totalidade e entendida como um núcleo com poder de trocas e de compartilhamentos no contexto do tratamento.

É importante lembrar que no modelo asilar ocorriam práticas que eram direcionadas para o estabelecimento de relações de tutela e culpabilização das famílias, como resquícios de uma atenção normalizadora e concentrada no poder disciplinar. Esse padrão de entendimento da época reforçava estereótipos sociais que resultavam na exclusão social da família no âmbito da recuperação do usuário.

Ainda nesse modelo, a única meta de tratamento para os usuários de drogas era a abstinência, o que implicava na desqualificação social do usuário que era sustentada na concepção de dependência como “doença crônica”, recorrente e incurável (VARGAS et al., 2013). Esse pensamento acabou sendo associado ao modelo moral, com origem religiosa, que implica na compreensão de que o usuário desviou-se do caminho de vida correto, o que levou à culpabilização dos usuários de drogas e, conseqüentemente, de suas famílias (SPOHR; LEITÃO; SCHNEIDER, 2006; STORMSHAK; DISHION, 2009).

Por muito tempo essas concepções moralistas se perpetuaram, até que novas formas de atenção aos usuários de drogas começaram a serem debatidas que propuseram compreender o usuário como cidadão, dando uma concepção mais política do fenômeno (FARIA; SCHNEIDER, 2009).

No entanto, a partir da década de 2000, as políticas públicas de drogas brasileiras têm-se apresentado permeáveis ao enfoque da redução de danos (ALVES, 2009), indo de encontro à lógica da abstinência total.

A Redução de Danos (RD) é definida como conjunto estratégico de medidas de saúde pública destinadas a minimizar as conseqüências adversas do uso prejudicial de álcool e drogas (BRASIL, 2007a). Essas medidas se traduzem em alternativas de uso que envolvam menores riscos e danos para os consumidores de tais substâncias e para a coletividade (ELIAS; BASTOS, 2011).

Elias e Bastos (2011) acreditam que é possível que alguns usuários possam se manter inteiramente abstinentes, entretanto, tal meta, como meta coletiva, não é factível (e não necessariamente desejável, para alguns segmentos sociais), e na maioria das vezes não contribui de fato para a redução dos danos e riscos para essas pessoas.

A RD é uma diretriz de trabalho do SUS muito realista e, sobretudo, capaz de disparar processos de cidadania, afetando e promovendo o protagonismo dos usuários. A RD pode ser pensada ainda como uma reinvenção de uma prática dentro de uma área específica, ou seja, a invenção de formas de relação entre os usuários de drogas e as formas de cuidar na perspectiva de um fazer crítico sintonizado com a Reforma Psiquiátrica e com a rede de serviços preconizados por essa Reforma (ROOS, 2011).

Nesse cenário, os CAPS AD constituem-se como serviços estratégicos para a integralidade da atenção e a inclusão social dos usuários e seus familiares na perspectiva da RD. Entretanto, segundo Elias e Bastos (2011), esses serviços parecem ainda não ter incorporado a estratégia de RD em seu escopo, tendo em vista que muitos profissionais que atuam nesses serviços não possuem o real entendimento dessa estratégia, dificultando sua aplicação na prática.

A falta de entendimento da RD de muitos profissionais e talvez da população em geral pode ser uma consequência das atuais políticas públicas que emitem dois posicionamentos: o proibicionismo e a abordagem da RD (ANDRADE, 2011). Enquanto que a primeira reforça a repressão e a criminalização da produção, do tráfico e do consumo, as políticas e programas de redução de danos têm disseminado intervenções orientadas para minimizar os danos à saúde, sociais e econômicos, sem necessariamente coibi-los.

Essa dualidade emitida através das políticas públicas de álcool e outras drogas no Brasil acabam confundindo a prática dos trabalhadores dos serviços de saúde da área de adição, o que repercute diretamente no cuidado ofertado aos usuários e seus familiares. As famílias por sua vez também ficam confusas, pois geralmente possuem poucas informações sobre a RD, reproduzindo no domicílio concepções moralistas acerca do seu usuário.

Nesse sentido, o acolhimento, escuta qualificada e vínculo passaram a ser considerados como instrumentos de trabalho relacionais preponderantes no trabalho dos profissionais de saúde mental e da adição a drogas para atender às necessidades dos familiares.

Nessa perspectiva, a família passou a ser entendida como cerne das condições de reprodução da vida social, passando a ser o elo de conexão com o usuário adicto e comunidade, devendo ser acolhida, tratada e cuidada no interior dos serviços de saúde mental.

Portanto, os profissionais de saúde devem perceber a família além do elo de parentesco, tendo-a como aliada no tratamento de adicção do *crack*, além de ser alvo de cuidados.

Durante o período de coleta de dados no CAPS AD III Homero Tarragô, observou-se o grande número de familiares de usuários de *crack* que chegavam à recepção em busca de atendimento. Os profissionais organizavam-se para que todos esses familiares fossem acolhidos no momento de sua chegada.

Eu gosto assim, do familiar chegar e já atender. Porque o familiar fica ansioso ali e aquela ansiedade só, às vezes, agrava o que o familiar veio fazer. Quando ele entra, ele já entra assim com a cabeça com mil histórias, e quando ele chega assim ele é acolhido. (E3)

Hoje mesmo teve uma senhora que veio aí que o conselho tutelar trouxe, ela teve um acolhimento ali, uma escuta, e amanhã ela já vai vir pra consultar pra psicóloga, então não é difícil, tu não espera uma semana, duas semanas, pra ter um atendimento. (E10)

A gente oferece que ele tenha um ombro amigo aqui, estende a mão pra eles, eles se sentem muito à vontade de chegar e contar tudo. Não escondem nada, eles acham sempre que o CAPS é um ponto de referência, porque oferece esse acolhimento. (E4)

Qualquer hora que minha mãe precisasse, o dia que for, minha mãe chegava lá e falava com as gurias do CAPS. Se uma não resolvia, a outra podia resolver. (U7)

Eu sempre quando procurei ajuda eu sempre consegui desde o início, desde que eu comecei a frequentar o outro CAPS. Qualquer problema que eu tinha eu sempre vinha procurar eles e sempre consegui atendimento. (F4)

Sempre fui atendido toda vez que procurei o CAPS, e que precisei de psicólogo, de médico, sempre teve. Facilidade foi chegar e ser atendido por uma atendente, uma pessoa, sempre fui bem atendido. (F1)

O acolhimento da família do usuário de *crack* é “palavra de ordem” no CAPS AD III. A equipe avaliou que o acolhimento é de extrema importância, pois entendia que, se um familiar de usuário de *crack* demanda alguma necessidade e procura o CAPS AD III, ele precisa ser atendido o mais rápido possível.

A equipe trabalhava com a lógica de serviço de portas abertas, ou seja, familiares possuem acesso direto aos trabalhadores do CAPS, por demanda espontânea, o que facilita e desburocratiza o acesso ao serviço. Dessa maneira, avaliou-se que o CAPS é o ponto de referência para essas famílias, pois acolhe de forma rápida e abre as portas para esse núcleo de cuidados, dando resolutividade às demandas de escuta, de informação e de tratamento.

A Reforma Psiquiátrica tem na sua concepção “porta aberta” uma diretriz central dos serviços territoriais e um dos princípios que compõe a estratégia de produção de saúde mental comunitária, coletiva e territorial (NICÁCIO; CAMPOS, 2005). Essa forma de trabalhar busca superar os modos tradicionais de organização de serviços, tais como pré-consulta, triagem e agendamento, facilitando o atendimento das necessidades de cuidados prestados aos familiares de usuários de *crack* no CAPS AD III.

A proposição da porta aberta requer uma nova forma de organização do serviço e de estilo de trabalho da equipe que propicie discussão aberta de conflitos, flexibilidade institucional, invenção compartilhada de projetos e, sobretudo, a construção da equipe como coletivo, potencializando seus recursos e suas possibilidades de produzir a porta aberta (NICÁCIO; CAMPOS, 2005).

A porta aberta significa garantir atenção a todas as pessoas que chegam ao serviço e, principalmente, a validação da demanda do familiar, dando agilidade para a urgência do atendimento, por meio da escuta, acolhimento e vínculo. Nesse sentido, existe no CAPS AD III uma prontidão dos profissionais para a escuta e para dar resolubilidade às demandas trazidas no acolhimento por esses familiares.

Avaliou-se que a porta aberta do CAPS AD III reafirma o compromisso da equipe em relação ao atendimento das necessidades de cuidado desses familiares que buscam, neste serviço, uma resposta às suas demandas de escuta, de acolhimento e de acesso a informação sobre o tratamento do usuário. Na medida em que o CAPS AD III é avaliado como um “ombro amigo”, servindo como um “ponto de referência” para essas famílias, abre-se um canal de comunicação e de relação entre familiar e profissional.

Esse canal de comunicação entre familiares e os trabalhadores da área de saúde é de suma importância para criação de vínculo, de escuta e de um interesse genuíno ao que é produzido nesta relação. Dessa forma, o enfoque do trabalho deve atender às necessidades de saúde dos usuários e familiares, bem como às dos sujeitos trabalhadores da saúde, estimulando-os e tornando-os partícipes de todo o processo (DUNLAP; GOLUB; JOHNSON, 2006; MARTINS; ALBUQUERQUE, 2007).

Acesso, acolhimento e vínculo são tecnologias que devem ser utilizadas pelos profissionais nos espaços de produção de saúde, associados à competência técnica dos profissionais para atenção às necessidades dos familiares de usuários de *crack*. Porém, salienta-se que as relações darão direção à atenção produzida no CAPS AD III.

Nesse cenário, o serviço que trabalha na lógica da porta aberta precisa dispor de profissionais que coloquem o seu saber à disposição desse coletivo, por meio da

responsabilização pelas demandas expressas no encontro com os familiares. Com a porta aberta e a acolhida às famílias, o trabalhador produz agilidade e possibilita que a subjetividade expresse as necessidades de ação nesse núcleo.

Independente de quem cuida, qualquer trabalhador de saúde tem suas atribuições, é um operador de cuidados, e é responsável por aumentar as dimensões do núcleo cuidador, avaliando as ações específicas que podem melhorar sua eficácia e adequação, segundo as necessidades dos usuários (MERHY, 2007a). Assim, atender as necessidades de cuidados das famílias de usuários de *crack* tem significado no encontro do profissional do CAPS AD III com o familiar, escutando e acolhendo por meio do relacionamento.

Atentar para as tecnologias relacionais e ressignificar a atenção em saúde devem ser os objetivos a serem atingidos, implicando também no redesenho do papel dos trabalhadores e usuários deste segmento, dando vazão à subjetividade de ambos os agentes (MARTINS; ALBUQUERQUE, 2007).

A noção de acolhimento é de extrema importância para o familiar do usuário de *crack* que chega ao serviço, pois é nesse momento que o profissional pode fazer uma escuta qualificada e o vínculo pode ser estabelecido. Na área da saúde coletiva, a noção de acolhida, tanto no sentido de abertura dos serviços públicos para a demanda quanto de responsabilização pelos problemas de saúde de uma região, pode ser avaliada segundo as possibilidades de acesso de novos familiares e usuários em atendimento (CAMPOS, 1994).

É através do acolhimento que o profissional pode utilizar-se das tecnologias relacionais. Campos (2005) afirma que essas tecnologias remetem ao fato de que o trabalhador de saúde deveria ter sempre, dentro de seu objeto de trabalho, a ideia de lidar com pessoas o tempo todo, organizando seus atos para as necessidades daqueles a quem cuida.

Para Franco e Merhy (2005) a lógica do trabalho que se orienta pelo uso de tecnologias relacionais propicia um reordenamento nos serviços de saúde, dando ênfase ao encontro de duas pessoas, trabalhador e usuário, num espaço em que o procedimento instrumental cede lugar ao acolhimento e à construção de vínculo.

No entanto, os profissionais, apesar de entenderem a importância do acolhimento para o atendimento das necessidades desses familiares, avaliaram que a falta de um local para realizar o acolhimento traz limites no encontro do profissional e familiar.

Ocorre nos corredores muitas vezes. Eu não acho isso legal, porque eu acho que fica muito invasivo. De repente chega alguém ali e tem várias pessoas escutando nos corredores, e eu acho que fica uma coisa muito aberta. Acho que deveria ter uma sala para acolhimentos independente do profissional que fosse acolher. (E9)

O acolhimento de uma família esses dias eu vi sendo feito num espaço que era o corredor. Então, realmente fica muito complicado porque todo mundo passa por ali. Como é que a pessoa vai se sentir à vontade? Se ela está deprimida? Se está querendo desabafar? Está querendo ser acolhida? Quer chorar? Quer de alguma forma colocar pra fora? Quer esvaziar um pouco aquele sentimento de angústia e ali não tem como. É necessário sim ter uma sala pra isso, para esse momento. (E11)

Quando as salas estão ocupadas, aí tu tens que fazer o acolhimento na recepção ou no sofá, ou procurar alguma sala. Teve um familiar que eu atendi na recepção mesmo, não tinha sala. Então, não quis fazer muitas perguntas porque lá era um lugar público, tinha muita gente em volta. Os familiares iriam se beneficiar se tivesse uma sala para o acolhimento porque eles iriam chegar e iriam conversar tudo o que querem, porque quando eles chegam naquele momento de angústia, de desespero, eles falam tudo, e se tu está num lugar onde está cheio, eles acabam se retraindo ou não voltam, não falam mais. (E4)

Apesar de a área física do CAPS AD III ser ampla, observamos uma desorganização na utilização e no planejamento de uma das salas, ocasionando a realização de acolhimento de familiares de usuários de *crack* na recepção, no sofá do *hall* de entrada ou mesmo no corredor, o que afetava a privacidade e o sigilo, causando desconforto nos envolvidos.

Os profissionais avaliaram que para acolher os familiares é necessário um local reservado para que possam expor seus pensamentos, angústias e confissões, tendo em vista que lugares sem privacidade, como o corredor, por exemplo, provocam retraimento e também afastam as pessoas do serviço, dificultando o relacionamento.

Com isso, há prejuízo na escuta qualificada e o vínculo com o familiar do usuário de *crack* fica fragilizado, dificultando a atenção às necessidades desses familiares e a construção de um projeto terapêutico e a resolutividade das ações.

A sensibilidade do profissional na busca da privacidade é preponderante para o acolhimento dos familiares, pois mostra um respeito na relação, uma consideração da importância do relacionamento, evidenciando que a família é chave para ações de cuidado e que a mesma também tem anseios e expectativas com o trabalho do CAPS.

O acolhimento é considerado um dispositivo que contribui para a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo percebido como ferramenta de intervenção na qualificação da escuta e na construção de vínculo, além de garantir, nos serviços de saúde, acesso com responsabilização e resolutividade (BRASIL, 2009c). Assim, o acolhimento pode ser compreendido como: uma postura que pressupõe atitude por parte do trabalhador de receber, escutar e tratar humanizadamente o usuário e suas demandas, facilitando o

atendimento na escuta, na análise e na oferta acordada de soluções ou alternativas aos problemas demandados (FRANCO et al., 2012; SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2006).

Entende-se que o *setting* do acolhimento pode transformar-se em um ambiente que proporcione o espaço de fala necessário, tornando-se, assim, um encontro terapêutico. Por tudo isso, ressalta-se a importância de os CAPS oferecerem aos seus usuários espaços adequados de cuidado, neste caso, ambientes que sejam contínuos e acolhedores, e que propiciem a inclusão de pessoas em situação de crise e sofrimento (BRASIL, 2004d); JORGE et al., 2011).

No processo avaliativo foi evidenciada a frequência intensa dos familiares nos atendimentos ofertados pelo CAPS AD III.

Eles participam muito mais que os outros familiares. Nesses dez anos eu trabalhei com familiares de sofrimento e, se eu convidava dez, vinham um ou dois. Aqui se eu convido dez famílias de usuários de *crack*, vêm os dez. Essa é a principal característica marcante. Talvez porque estejam em maior sofrimento do que os outros. Talvez porque eles percebam este sofrimento, e os outros neguem. (E1)

A família geralmente ela está mais doente, de tanto ajudar o dependente e se frustrar. Então, nós temos casos na família assim de depressão, nós temos casos de família codependentes, eles começam a muitas vezes aceitar a própria dependência do filho e acabam muitas vezes boicotando o tratamento ou até ajudando aquele usuário a permanecer usando. Tem pais que se expõem a tantas situações e acabam desenvolvendo uma patologia por causa disso, como a síndrome do pânico. (E5)

Por exemplo, a família de um alcoólatra nem vem às vezes no serviço. Já a família do usuário de *crack* vem, está junto, está sempre sofrendo. O estado deplorável que eles chegam parece que foram eles que usaram. (U1)

Geralmente, essas famílias são mais sobrecarregadas pelas demandas do *crack*. (F11)

O sofrimento da família de usuário de *crack* é maior em relação às outras famílias porque a cocaína se usa uma vez por semana, o *crack* usa todos os dias. Porque às vezes o filho usuário de *crack* pode até roubar ou matar, cocaína não. A família sofre, não importa a classe. (F10)

Os entrevistados avaliaram que essas famílias são mais participativas no tratamento, inserindo-se ativamente no serviço em razão, talvez, das demandas de sobrecarga física, emocional, financeira, geradas por essa substância (MAGALHÃES; SILVA, 2010; OLIVEIRA; MEDONÇA, 2012). Dessa maneira, a vivência da adição do *crack* gera sofrimento ao núcleo familiar e, conseqüentemente, há necessidades de atenção cotidiana dos profissionais do CAPS AD III para as famílias.

As consequências adversas do adoecimento mental de um membro para as famílias vêm sendo estudadas também na literatura internacional e apontam para o fato de que todas as áreas do funcionamento familiar são afetadas pela presença da doença mental (JUNGBAUER et al., 2003; OHAERI, 2003; SAUNDERS, 2003).

Na área de adição a drogas, em especial do *crack*, a sobrecarga do familiar parece ocorrer de uma forma mais abrupta e rápida do que acontece geralmente com qualquer outra droga, devido aos danos biológicos e às repercussões na vida social das pessoas envolvidas (CAPISTRANO et al., 2013; VARGAS et al., 2013).

Outro aspecto, é que, quanto mais as famílias se expõem à sobrecarga de atividades em decorrência do cuidado gerado pelo usuário de drogas, mais pode resultar em uma redução do convívio com as pessoas que integram a sua rede social, provocando desgaste físico e mental, comumente associados a agravos à saúde (REIS et al., 2013).

A sobrecarga do familiar relacionada ao cuidado ao usuário de *crack* é um fenômeno facilmente perceptível na avaliação dos entrevistados, demonstrando em sua aparência cansaço e expressando sofrimento. Essa sobrecarga persiste, mesmo quando o usuário responde positivamente ao tratamento, tendo em vista que a vigilância e a prevenção da recaída são características da adição a essa droga. Os familiares persistem alertas e sentem-se desgastados com o cuidado.

Buscando atender essa necessidade de atenção dos familiares, o CAPS AD III aumentou o número dos grupos de família de três para cinco, proporcionando mais horários e opções de dias para a participação desse núcleo de cuidado. Além disso, foi aberto mais horário nas agendas dos psicólogos para o atendimento individual às famílias.

O CAPS estudado tem procurado dar potência na atenção dos familiares de usuários de *crack* que procuram o serviço, ofertando acolhimento e porta aberta. Isso demonstra o compromisso dos trabalhadores do CAPS AD III para o cuidado das famílias, direcionando que o trabalho seja orientado na lógica do usuário-centrado.

Trabalhar na perspectiva do usuário-centrado traz um desafio para a equipe, porque muda a organização tradicional dos serviços de saúde, em que o esperado é atender dentro do sintoma. O cuidado usuário-centrado implica em sair da lógica do atendimento prescritivo, medicalizado, coisificante, e organizar as práticas a partir das necessidades do usuário (KOHLRAUSCH, 2012) e, acrescento, nas necessidades das famílias.

Outra característica avaliada dos familiares de usuários de *crack* foi a presença de mulheres exercendo o papel de cuidadoras. Essa característica fica explícita quando se mencionam os familiares que foram entrevistados nesta pesquisa. Dos 12 familiares de

usuários de *crack*, 10 eram do sexo feminino (sete mães, duas irmãs e uma esposa) e dois do sexo masculino (um irmão e um pai).

Esses dados convergem para os resultados de inúmeros estudos sobre o cuidador, os quais destacam o papel do familiar e significativa presença das mulheres, em essencial, mães, na função de cuidadoras (CARDOSO; GALERA; VIEIRA, 2012; GAIOLI; FUREGATO; SANTOS et al., 2012; KANTORSKI et al., 2012; OLIVEIRA; MENDONÇA, 2011; SANTOS; CARDOSO, 2012). Em quase todo o mundo, e não diferente no Brasil, o papel de cuidador é atribuído à mulher pelas normas culturais e sociais, de modo que as jovens devem cuidar dos filhos e, depois, quando mais velhas, são responsabilizadas também pelo cuidado ao marido, idosos e adoecidos no núcleo familiar (CARVALHO et al., 2008).

Morais (2008) afirma que as famílias, ao procurar o CAPS, são avaliadas pelos profissionais como um suporte, como um apoio para o usuário em tratamento, enquanto que elas próprias demonstram suas expectativas de serem ouvidas, de compartilhar angústias, enfim, de serem alvo de cuidados.

Na avaliação foi evidenciado que o ambiente familiar é afetado pelo comportamento do seu usuário adicto, colocando as famílias em situações de risco e vulnerabilidade.

Agora, ultimamente, está terrível, porque é mais seguido que ele usa. Depois vem as cobranças no portão. Ele pega as coisa de dentro de casa, pega roupa, calçado. Quando ele pega cinco reais, aqueles cinco reais viram uma noite de tormento, pois daí ele vai até duas, três horas da manhã, vem pra casa correndo, fuma, e daí sai de novo. Esses dias ele ia saindo com o colchão da cama dele nas costas. É só eu e ele, mais ninguém. (F7)

Muitas vezes eu ia ao ponto de tráfico onde ele vendia as coisas e eu ia lá para readquirir os meus bens. Até, inclusive no grupo, me disseram que a gente não deve ir nos pontos de tráfico, até porque eu sou visada, pois eu trabalho na justiça federal. Na última vez que ele pegou minha bicicleta eu fui lá no traficante e peguei a bicicleta de volta. Quando foi no outro dia, a mulher do traficante tinha uma audiência e me viu no trabalho ali, e isso pra mim é perigoso. Mãe não quer saber do perigo! Mãe não mede o perigo! Porque, pelo filho da gente, a gente faz qualquer coisa! (F9)

As falas dos familiares entrevistados retratam o cotidiano de agitação, de imprevisto e percalços que vivenciam as famílias de usuários de *crack*. A urgência do uso da droga faz com que os usuários passem o dia inteiro em função da busca pelo consumo e, como consequência disso, chegam vender objetos pessoais e a fazer furtos dentro do domicílio. Na tentativa de retomar os objetos vendidos para a obtenção da droga, alguns familiares expõem-se em situações de perigo.

As famílias dos usuários de *crack* encontram-se vulneráveis aos riscos que o uso dessa substância pode trazer para o seu cotidiano. A vulnerabilidade pode ser entendida como a dimensão da realidade articulada com as necessidades objetivas e subjetivas das pessoas e grupos, produzindo diferentes níveis de exposição a agravos à saúde, reduzindo a capacidade de os sujeitos exercerem autonomia de decisão frente às questões de saúde e da coletividade em que vivem (REIS et al., 2013; RINHEL-SILVA; CONSTANTINO; RONDINI, 2012).

Reis et al. (2013) ressalta que, além das consequências do uso das drogas para o cotidiano da família, a violência na comunidade, a pobreza, a infraestrutura precária, como coleta de lixo deficiente, dificuldade de transporte e no acesso à saúde podem aumentar ainda mais a vulnerabilidade familiar, gerando mais riscos para seus membros. Assim, as baixas condições sociais e econômicas das famílias aumentariam a sua vulnerabilidade frente ao uso de drogas, trazendo-lhes mais riscos para o seu cotidiano (GERMANO; COLAÇO, 2012).

Para Germano e Colaço (2012) as famílias em situação de vulnerabilidade necessitam de uma rede de apoio, advinda tanto num plano microssocial, o qual comporta familiares, amigos, grupos sociais mais próximos, quanto num plano macrossocial, envolvendo as políticas públicas em geral (saúde, educação, cultura, esporte, lazer, habitação e trabalho), que são ou deveriam ser efetivadas por instituições governamentais e não governamentais, órgãos especiais e também por pessoas nas interações do convívio cotidiano.

Dessa forma, a vulnerabilidade que as famílias de usuários de *crack* vivenciam seria um fenômeno complexo, que não estaria apenas ligado às consequências da adição a droga do seu familiar, mas sim a uma série de fatores sociais que se somam e que agravam essa condição. Assim, uma rede de apoio a essas famílias é importante a fim de diminuir sua vulnerabilidade e, conseqüentemente, os riscos associados ao uso dessa droga.

No cenário da adição a drogas, cabe aqui salientar que o *crack* possui baixo custo, e tem potência até seis vezes maior do que a cocaína, o que resulta na rapidez com que surgem os primeiros efeitos estimulantes, em geral, de 10 a 15 segundos, e conseqüentemente a rapidez com que se instala a dependência, aumentando o desejo (fissura) pela droga (GUIMARÃES et al., 2008; MAGALHÃES; SILVA, 2010; PULCHERIO et al., 2010). Essas características do *crack* afetam diretamente as pessoas mais próximas do usuário, fazendo com que as relações familiares fiquem tensas, conflituosas e fragilizadas, uma vez que a busca pela droga direciona o cotidiano familiar.

Magalhães e Silva (2010) afirmam que a relação da família nas situações de uso de drogas geralmente é conflituosa, muito em razão do comportamento do usuário, pelos

constantes furtos de objetos e de dinheiro dos familiares e pelo envolvimento com a justiça (GUIMARÃES et al., 2008).

Sendo o *crack* uma prioridade na vida do usuário, a família acumula problemas que incluem o comprometimento das suas condições físicas e emocionais, associado ao estigma social, e ela acaba se isolando e fragilizando seus vínculos para a busca de apoio. Dessa maneira, é importante que os profissionais de saúde tenham consciência de que, além da família constituir-se em uma unidade de apoio no tratamento do seu familiar, ela também tem a necessidade de ser cuidada visto a vulnerabilidade em que se encontra.

No entanto, Reis et al. (2013) salienta que os profissionais de saúde consideram a questão da vulnerabilidade de difícil abordagem, por envolver aspectos culturais, sociais e religiosos. Isso talvez ocorra pelo fato de esses profissionais não estarem capacitados para atuar nas consequências que o uso da droga possa trazer para o contexto familiar, mas sim apenas em atos de saúde isolados, no usuário.

Nesse sentido, o cuidado da família no processo avaliativo surge como uma ação potente na atenção às drogas e como necessidade dos familiares, possibilitando o enfrentamento de situações de vulnerabilidade, bem como inovando e criando novos modos de atenção para os familiares e os usuários de *crack*.

O cuidar, no paradigma do modo psicossocial, implica estar próximo, conhecendo quem se cuida e suas necessidades e rede de apoio. A clínica, a partir dessa nova configuração, busca criar condições para que se estabeleça um vínculo, seja pela relação individual com o usuário ou pelo agenciamento do próprio espaço coletivo como dispositivo. O tratamento se converte no acompanhar da vida da pessoa e, embora não dispense o saber psiquiátrico, incorpora outros saberes, outros instrumentos e práticas (CUNHA, 2004; RINALDI; LIMA, 2006).

Assim, o conceito de clínica ampliada, preconizada no modo psicossocial, amplia-se e se aproxima da família do usuário de *crack*. A clínica ampliada valoriza, considera e insere a família no espaço do cuidado do serviço de saúde, porque sabe o potencial dessa aproximação no contexto do tratamento da adição a drogas.

Nessa perspectiva, as relações do sujeito com sua rede familiar e comunitária passam a ocupar um lugar privilegiado, convocando-se os atores sociais envolvidos em uma dada situação a participarem da compreensão dos processos que os envolvem e a responsabilizarem-se pela transformação do seu entorno. Assim, faz-se necessário considerar a multidimensionalidade da clínica, em que estão envolvidos aspectos de interação entre o físico, o psicológico, o meio ambiente natural e o social (ALVES; FRANCISCO, 2009).

Para Alves e Francisco (2009), na saúde mental aplicam-se os conceitos da clínica ampliada a fim de superar a visão que concebe a doença mental como unicamente de ordem individual, dissociada das demais instâncias em que vive o indivíduo. Ao contrário, tal perspectiva propõe a criação e a reinvenção de caminhos para contínuas avaliações, a fim de que as ações dos profissionais se reflitam e se fortaleçam com base nas responsabilidades compartilhadas.

No campo da saúde mental, na lógica da clínica ampliada e da atenção psicossocial, resgatam-se as ações horizontais na relação entre profissionais, usuários, familiares e instituições. Tal lógica valoriza a interdisciplinaridade, a relação com o usuário e suas implicações subjetivas e socioculturais, além de indicar a necessidade de estimular a família e a sociedade a compreender o sujeito com transtorno mental e se responsabilizar pela atenção e apoio a ele (ALVES; FRANCISCO, 2009).

Nessa abordagem, os profissionais assumem a assistência comprometida e envolvida com ações dirigidas para a atenção ao sofrimento integral, indo de encontro a práticas excludentes voltadas exclusivamente para a atenção biológica e direcionadas para as perspectivas fisiopatológicas doença (ALVES; FRANCISCO, 2009; BEZERRA; RINALDI, 2009). Assim, o cuidado, tanto as pessoas com transtornos mentais quanto aos usuários de drogas, deve ser pautado em uma visão que supere a dicotomia entre corpo e mente e outras tantas cisões perpetuadas ao longo de muitos anos, proporcionando um tratamento que vá além do sintoma e da doença.

Dessa forma, para compreender e tratar o usuário de *crack* torna-se necessário (re)inseri-lo no contexto familiar e no contexto sociocultural, para conhecer a rede que o cerca. Schenker e Minayo (2003) corroboram com essas ideias e acrescentam que os indivíduos são considerados seres biopsicossociais bem como membros de outros sistemas como família, trabalho, grupos de amizade, comunidade, grupos étnicos. Logo, seria um pensamento ou uma intervenção reducionista se somente uma dessas perspectivas fosse utilizada em detrimento das outras.

Por isso, a família é fundamental no tratamento do usuário de drogas, além de ser considerada um fator de proteção do usuário nas recaídas (OLIVEIRA; MEDONÇA, 2012). Assim, considera-se de extrema importância no tratamento do usuário incluir o sistema familiar para trabalhar os vínculos familiares (MIELKE et al., 2010; SCHENKER; MINAYO, 2003) e as necessidades de cuidados que eles possam vir apresentar.

Porque a família é fundamental, a gente tem exemplos de usuários que estão em tratamento com o apoio da família. E outros que, quando a família não apoia, nem sempre o tratamento faz aquele efeito que se espera. Aquele que tem o apoio da família, esses tem um resultado bem mais positivo. (E6)

Eu acredito que a família é o grande segredo do sucesso no tratamento da dependência química do *crack*. Que o familiar faça parte efetivamente deste processo de tratamento, esse é nosso objetivo aqui, que eles participem desse tratamento. (E1)

A família hoje é vista como um fator-chave na recuperação, porque, num momento que a família não vem ao CAPS, que a família não se trata, a família é codependente. No momento que ela não se trata ela esquece que tu és dependente químico. (U1)

A vinculação da família é avaliada como um valor no tratamento do usuário de *crack*, dando positividade ao enfrentamento da adição. A família é um “fator-chave” na recuperação dos usuários de *crack*, sendo um fator motivacional para o usuário e para si, uma vez que é considerada e tem voz para suas necessidades de cuidado, e é valorizada na sua vivência com seu familiar.

O êxito em qualquer tratamento depende da motivação para a mudança do usuário e da existência de um contexto de apoio familiar que ofereça cuidado durante o processo de reabilitação. Além das condições contextuais de apoio que incluem a família, o acompanhamento individual ou em grupos e as redes de amigos são outras estratégias que podem ser utilizadas pelos serviços de saúde durante esse processo (RIBEIRO; FIGLIE; LARANJEIRA, 2004).

Além disso, os profissionais dos serviços territoriais, como os CAPS, devem estar implicados com a clínica ampliada, sendo entendida como um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular. Somado a essas implicações, esses trabalhadores precisam estar corresponsáveis pela saúde das pessoas, buscando, para isso, articulação com outros setores. No entanto, precisam reconhecer os limites de seus conhecimentos e das tecnologias empregadas, integrando, constantemente, novos saberes, em um compromisso ético profundo (ZOBOLI, 2009).

Nesse cenário, os CAPS AD, na condição de serviços especializados no atendimento a usuários de drogas, devem ofertar às famílias formas de inserção no tratamento de seus familiares. Assim, os grupos terapêuticos destinados para as famílias são avaliados como uma estratégia no apoio ao cuidado do usuário de *crack*.

Através de grupos terapêuticos, as famílias estão sendo agrupadas no máximo em dez pessoas por cada grupo, para agente garantir a qualidade de

atendimento. Além disso, estamos pensando em vários horários tanto de manhã, de tarde, de noite, para os que trabalham possam participar. Então se pensa nos horários, se pensa na qualidade. Basicamente, nós temos o familiar do dependente que está em recuperação, o familiar que não quer vir ao tratamento, o familiar que está em processo de desintoxicação. Ou seja, tem várias etapas, várias fases em que esse usuário se encontra e que essa família também se encontra. (E12)

Antes da minha família estar dentro do CAPS, dentro do grupo, não existia conversa em casa, porque eles não entendiam que eu era um doente, que a minha doença era lenta, progressiva. (U1)

Ela me dá conselho que ganhou no grupo, das experiências dos outros, e ajuda bastante. (U5)

Me ajudou muito, nossa! Me considero outra pessoa perto da que era. Acho que não entendia muito esse negócio sobre o *crack*, sofria muito, além de ser fechada, não conversar com ninguém. Aquilo lá era muito sofrimento, hoje eu aprendi a falar mais, desabafar mais. (F2)

Desde 2007 eu frequento os grupos lá do outro CAPS. A pessoa desabafa, chega assim nova, muito desesperada. Receber o apoio das outras, que dizem “Ah, o meu filho também faz isso, faz aquele outro.”. Daí tu se conformas, não é só comigo que acontece isso. (F7)

Os entrevistados avaliam os grupos de apoio aos familiares como necessidade de cuidado às famílias, pois oferecem espaço de desabafo, de aprendizado e de trocas entre participantes, proporcionando alívio para suas angústias, esclarecimentos das dúvidas, facilitando, assim, o convívio no domicílio e resgatando os laços afetivos entre usuário e familiares.

No grupo, as pessoas podem desenvolver vínculo de amizade para com os demais participantes, sentindo-se, assim, acolhidos. Com o tempo, por meio do vínculo terapêutico, eles passam a aderir com maior facilidade às atividades terapêuticas propostas. Tal adesão permite e favorece as trocas intersubjetivas, a inclusão, auto percepção, autoconhecimento, e as expressões de afeto, tornando-se um veículo para o processamento de informações (AZEVEDO; VENOSA, 2011; RIBEIRO et al., 2012).

Evidencia-se o compromisso da equipe do CAPS AD III em organizar os espaços do grupo, valorizando a criatividade, estabelecendo um *setting* para o funcionamento e oportunizando diferentes horários distribuídos na semana, possibilitando ao familiar escolhas para participação que não prejudiquem o seu cotidiano, como, por exemplo, o seu trabalho ou outras atividades.

Durante o período das observações, o serviço tinha em seu planejamento, cinco horários de grupos de apoio aos familiares. Destes, dois ocorriam no período da noite (19h)

possibilitando a participação dos que trabalhavam, dois pela manhã (9h) e um no período da tarde (15h). Os grupos eram coordenados por um profissional de nível superior (psicóloga, terapeuta ocupacional, nutricionista e fisioterapeuta) com a colaboração de um profissional de nível médio.

Salientando a participação nos grupos de família, na entrada do CAPS AD III estava afixado um pôster (BRATZ, 2011) em que o tema era a participação da família no tratamento da adição, elaborado por alunas do curso de Enfermagem da UNIPAMPA. O pôster foi uma dos primeiros “moveis” a serem instalados no CAPS AD III Homero Tarragô pela coordenadora do serviço, permanecendo até os dias de hoje, conforme mostra a Figura 14.

Figura 14 – Pôster sobre a importância do familiar nos grupos terapêuticos no tratamento da dependência química



Fonte: Arquivo pessoal de Maria de Lourdes Duarte (2013).

Avaliou-se que o pôster na entrada do serviço oferece visibilidade a esse tema, assumindo uma condição simbólica sobre a necessidade da inserção dos familiares no processo de reabilitação do usuário no CAPS AD III, ofertando acesso à informação às pessoas que chegam ao serviço, logo na chegada.

Os grupos de apoio têm apresentado uma demanda crescente no contexto nacional e internacional e vêm se consolidando como uma modalidade de cuidado eficaz (VOERMAN et al., 2007), tendo em vista que oferecem um espaço no qual é possível desenvolver habilidades no enfrentamento das dificuldades advindas do uso da droga, a partir do contato com outras

famílias que vivenciam situações semelhantes. Logo, é um potente recurso empregado no apoio às pessoas com interesses afins.

Dessa forma, a terapia em grupo foi proposta primeiramente devido ao aumento da demanda de usuários. Porém, a motivação para esse tipo de prática está ultrapassada e tem sido substituída pela percepção de que a atuação em grupo pode ser uma importante ferramenta de intervenção (RIBEIRO et al., 2012) e de apoio aos seus participantes.

No contexto da saúde, têm ampla utilização e se organizam de forma bastante variada. De modo geral, pode-se dizer que podem ser constituídos dentro dos contextos dos equipamentos de saúde, como hospitais, unidades básicas de saúde, ou no âmbito da comunidade, em associações de bairros ou grupos sociais organizados (MOSCHETA; SANTOS, 2012).

Em serviços de saúde como os CAPS AD o grupo se constitui em um dos principais recursos terapêuticos de atendimento, sendo regulamentada do pelas Portarias 224/1992 (BRASIL, 2004e) e 336/2002 (BRASIL, 2002) nas modalidades de: psicoterapia de grupo, grupos operativos, atividades de suporte social e oficinas terapêuticas.

Nesse cenário, os grupos de familiares, como espaços terapêuticos e de socialização, têm como desafio cotidiano a reabilitação psicossocial, incluindo a reinserção dos sujeitos – usuário e familiares – nas atividades diárias, no mundo do trabalho e espaços comunitários, observando produção de vida (BOURGUIGNON; GUIMARÃES; SIQUEIRA, 2010).

Um grupo se caracteriza por todos que o integram estarem reunidos em tarefas e objetivos comuns; é um conjunto de pessoas que estão ligadas por interesses em comum, numa ação interativa e compartilhada; mas, para que se configure verdadeiramente como um grupo, é necessário que haja alguma interação entre os indivíduos (COLELLA; DELUCA, 2004; ROMANINI; ROSO, 2012b; SANTOS et al., 2012).

A potência dos grupos de família é avaliada pelo potencial continente para que os sentimentos possam ser expressos, operando atos terapêuticos de partilhamento, solidariedade, atendendo a necessidade de seus membros de serem cuidados e escutados na experiência de conviver como familiar usuário de *crack*.

Associado aos grupos de família, os profissionais do CAPS têm objetivo de ofertar aos familiares oficinas de artesanatos, de beleza e de expressão corporal, objetivando trabalhar a autoestima, bem como facilitar a inclusão no cotidiano do serviço e no processo de reabilitação do usuário.

Porque eu acho muito interessante, seria uma ajuda indiretamente. Porque, no momento que tu está ensinando e elas estão aprendendo, elas tão já desabafando também. Seria muito legal. Tanto para o pai quanto para a mãe do usuário. Vai ser um momento deles desabafarem. Porque eu acho interessante a mãe que tem um trabalho de artesanato, crochê, tricô, venha nessas oficinas. Porque tu desopila, tu vais pegar teu tricô, tu vais pegar o crochê, é uma maneira de diminuir a ansiedade. (E2)

Porque eu acho que seria mais um tempo que essas famílias permaneceriam juntas e nesse tempo a troca de experiências ocorreria. É um convívio maior entre esses familiares. Isso aumentaria a troca de experiências porque, só no encontro do dos grupos de familiares, uma hora uma vez por semana, eu acho que não é o suficiente. (E6)

Atividade do tipo oficinas seria bom, pra ela se desenvolver mais. Pra ela se sentir à vontade aqui. Ela gosta bastante de fazer coisas manuais, então seria bom pra ela também. Eu acho que umas duas, três vezes por semana. Seria bom pra ela. (U8)

A família toda fica doente. Então serviria para a gente se distrair e também ocupar a mente. A gente também fica doente com eles. (F10)

É uma boa. E se ele não tem emprego lá fora, vai ficar ainda mais desestruturado, e ali de alguma forma, tendo um local para fazer a oficina, vai ajudar a pessoa. Porque a pessoa fica sem noção. Os dias em que eu estava em casa para mim era um horror. Então, tendo aquele grupo, aquela oficina, a pessoa sabe que tem aquela atividade no CAPS. Desliga daquele problema. Principalmente o tipo de oficina que coloque a cabeça da pessoa a trabalhar. A mente a trabalhar. Porque a cabeça da gente fica bem comprometida. (F12)

A proposta de oferta de oficinas às famílias foi avaliada como uma necessidade inovadora e potente de cuidado, uma vez que essas atividades são centradas geralmente nos usuários. Esse projeto evidencia o comprometimento e responsabilização dos profissionais com as necessidades de escuta, de acolhimento e de vínculo com os familiares de usuários de *crack*, sendo mais um espaço de alívio das tensões, de trocas de experiências, e podendo também reverter-se em fonte de renda através da venda de trabalhos confeccionados.

O Ministério da Saúde, pela Portaria n.º 189/91 (BRASIL, 2004e), definiu as Oficinas Terapêuticas como atividades grupais de socialização, expressão e inserção social. Nesse sentido, o termo *oficina* vem sendo empregado para designar atividades que permitem à pessoa promoção do exercício da cidadania e da expressão de liberdade, ou um espaço de atividades manuais que possibilita a interação e a convivência entre as pessoas, para o estímulo ao usuário-cidadão (ALBERTI; COSTA; MOREIRA, 2011; AZEVEDO; MIRANDA, 2011; NASCIMENTO; PÍTIA, 2010; PEREIRA; MACHADO; NASCIMENTO, 2008).

Guerra (2008) propõe organizar as práticas das oficinas ao longo da história das instituições psiquiátricas em quatro formas discursivas. A primeira modalidade é definida como o discurso do déficit. Nesse caso, a oficina aparece como uma forma de entreter, mas infantiliza o sujeito e oferece uma ocupação para preencher o ócio. Já o discurso da estética representa outra forma de pensar as oficinas, pois a arte é visualizada como uma forma de expressão para o louco, possuindo uma preocupação psicológica. A terceira modalidade se refere ao discurso da cidadania, em estreita consonância com os ideais da reforma psiquiátrica, que defende a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, abrindo espaço para buscar o cuidado em vez da cura. Por fim, a quarta modalidade introduz um corte nas três anteriores, trazendo o discurso do inconsciente, que visa contemplar a singularidade do louco, e trabalha com a possibilidade de simbolização da história de cada um, independente da reinserção social, que pode não ser escolhida pelo sujeito.

Entende-se que as famílias de usuários de *crack* vislumbram nas oficinas um espaço de reinserção social e um espaço de trocas no serviço com os usuários, profissionais e outros familiares. Esse dispositivo permitiria à família, além de um momento terapêutico, um espaço de lazer, onde pudesse se expressar livremente, sem a pretensão de um produto final.

No contexto da atenção psicossocial, o objeto do cuidado das equipes de saúde mental passa a ser a unidade familiar em toda a sua complexidade, entendendo-a como integrante fundamental no tratamento, na recuperação e no processo de reabilitação psicossocial. Por isso, é imprescindível que a família seja acompanhada pelos serviços substitutivos de saúde mental de maneira que suas necessidades sejam acolhidas e inseridas no cotidiano dos serviços (MIELKE et al., 2010).

É nesse cenário que os profissionais do CAPS AD III avaliam a proposta de ofertar oficinas específicas para os familiares de usuários de *crack*, pois identificam que é necessidade de cuidado para famílias a participação nos grupos e oficinas, dando uma compreensão e partilhamento de sua vivência seja pela expressão de sentimentos, seja pela ocupação em atividades que os façam inclusos, criativos e produtivos. Dessa maneira, participar dos grupos e das oficinas é avaliado como cuidado aos familiares, o que se reverte em torná-los participativos na atenção do seu familiar usuário.

Logo, não basta tratar o usuário de *crack* isoladamente, mas ofertar cuidados a todos aqueles que compõem o seu núcleo familiar (BIELEMANN et al., 2009). Assim, o sofrimento psíquico de um membro familiar tende a circular entre todos os outros membros, e a precariedade da situação de vida de grande parte das pessoas contribui para o adoecimento,

especialmente sua condição social. O enfoque voltado ao grupo familiar e ao contexto social possui resultados bem mais positivos e resolutivos do que aquele que reduz o membro à sua doença (DELFINI et al., 2009).

A valorização e reconhecimento da família como unidade de cuidados, a partir de sua inserção na agenda terapêutica dos serviços de saúde mental como um agente ativo de participação ou transformação, além da propositura de desconstrução de um modelo de intervenção arraigado no imaginário social, representam um desafio para os profissionais de saúde. Tal fato exige uma mudança imprescindível nas práticas terapêuticas, configurando-se em um processo transicional entre a tradição da cultura manicomial e a nova proposta substitutiva/reformista (AZEVEDO; MIRANDA, 2011; MIELKE, et al., 2010).

As Visitas Domiciliares (VD) foram também avaliadas como outro recurso importante para o tratamento do usuário de *crack* e seu familiar,

O profissional tem que sair de trás da mesa, tem que sair de dentro da instituição e ir lá onde está o problema. Esse é o profissional que vai agir diretamente na linha de frente. A família que está doente, ela vai se sentir resgatada. (E13)

Para ver o ambiente, para ver como funciona aquela casa, aquela família. Para o bem deles mesmos. Eu acho que às vezes tem famílias que não falam tudo. Então eu acredito que o CAPS, indo lá na casa, as famílias vão ver e ouvir melhor. (F12)

Eu descobri que tenho outro problema na família, o meu cunhado. Ele não quis ajuda, seria uma boa visitarem eles. Por exemplo, se tu vai lá visitar, conversar, explicar o que é droga, que prejudica. Só assim, para eles entenderem. Eles acham que tudo é fácil, que a droga não mata, não prejudica a saúde. Prejudica sim. Orientar, explicar os danos. Porque eles acham que é tão fácil parar e que a droga não faz mal para saúde. (F3)

A lógica do cuidado no território, *in loco*, por meio de VD é avaliada como uma prática e produz valor na atenção aos familiares. A ação de ir ao domicílio das famílias denota uma postura positiva dos profissionais, ampliando as intervenções para além dos ambientes do CAPS, facilitando a integração e as relações dos serviços, familiares e usuários. O espaço domiciliar pode proporcionar trocas mais subjetivas com as famílias, produzindo compartilhamento de sua realidade, porque, assim, se sai do imaginário e há uma cumplicidade na ação, pois se conheceu.

Nesse contexto, o modelo psicossocial propõe que fatores políticos, biopsíquicos e socioculturais sejam tomados como determinantes das doenças. Dessa forma, o tratamento sairia do escopo medicamentoso exclusivo, ou preponderante, e o sujeito ganharia destaque

como participante principal no tratamento, sendo a família e, eventualmente, um grupo mais ampliado, também incluídos como agentes fundamentais do cuidado (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006; ZILLMER; SCHWARTZ; MUNIZ, 2012).

Como dispositivos do modo de cuidar na atenção psicossocial de familiares de usuários de *crack*, as VDs possibilitam aos usuários e familiares a liberdade de expressar seus sentimentos e dificuldades na convivência com a equipe, buscando caminhos e alternativas para o enfrentamento dessas situações no coletivo. Assim, o domicílio passa a funcionar como espaço terapêutico no qual o atendimento humanizado torna-se cada vez mais viável, criando um vínculo entre a equipe, usuário e família (COSTA et al., 2010; PIETROLUONGO; RESENDE, 2007; SILVA et al., 2011).

Segundo Pietroluongo e Resende (2007), a VD facilitaria a destituição da imagem social da família como culpada e incapacitada de cuidar do usuário. A partir disso, pode-se entrar no cerne do sofrimento familiar, encapsulado pela normatização, e buscar a saúde que existe no sistema, permitindo que os membros da família se sintam valorizados e seguros para encontrar soluções criativas para suas dificuldades e sofrimentos.

Para abordar a adição do *crack* na família por meio de ações de educação em saúde faz-se necessário conhecê-la em seus múltiplos aspectos, oferecendo-lhe suporte para encarar adversidades. Concorda-se com Silva et al. (2011), quando afirmam que, para que ocorra êxito na implementação e eficiência de ações para promoção de saúde mental na família, torna-se primordial conduzi-las conforme as percepções e potencialidades dos sujeitos para os quais se direciona a intervenção.

As VDs realizadas pelos profissionais do CAPS AD III Homero Tarragô são permeadas pelos princípios da integralidade da atenção e da valorização da participação da família dos usuários de *crack* no tratamento, indo ao encontro da ampliação dos conceitos de saúde e doença, da interdisciplinaridade no cuidado e da territorialização das ações.

Uma dificuldade avaliada pelos grupos de interesse na realização das VDs é a falta de motorista para conduzir o veículo do serviço até as casas das famílias dos usuários de *crack*.

Logo, os trabalhadores precisavam ligar para um setor da prefeitura para fazer o agendamento do motorista que estiver disponível, no entanto nem sempre há essa disponibilidade, comprometendo a realização principalmente das VDs realizadas em caráter de urgência às famílias.

No entanto, as VDs muitas vezes foram observadas sendo realizadas pelos trabalhadores, que não se intimidaram com a falta do condutor do veículo e deslocaram-se até o domicílio a pé. Portanto, as VDs, como necessidade dos familiares, tem fortalecido a

relação de vínculo e de confiança na equipe, possibilitando ações de saúde mental por meio do diálogo, escuta e vínculo e continuidade da atenção.

Essas tecnologias em saúde possibilitam compreender as famílias a partir do contexto em que vivem, valorizando suas experiências e atentando para suas necessidades. Surgem, assim, como instrumentos facilitadores e transformadores, sendo estratégicos no desenvolvimento dos modos de fazer saúde mental menos endurecidos de trabalho (MIELKE; OLSCHOWSKY, 2011).

A VD realizada é avaliada como potente no fortalecimento dos vínculos com as famílias dos usuários de *crack*. Concordo com Merhy (1994) quando afirma que o vínculo traz consigo a ideia do sujeito autônomo, participante ativo do processo de saúde, sendo responsável pela produção do cuidado em parceria com a equipe, construindo a responsabilidade mútua entre eles. Assim, a partir do vínculo, assume-se um compromisso com o problema da família de usuário de *crack*, envolvendo responsabilização no cuidado em saúde.

Salienta-se que a visita domiciliar não é uma prática nova no campo da saúde, mas na atualidade aparece como tecnologia inovadora, pois facilita o acesso ao serviço, bem como as ações de saúde, respondendo às necessidades das famílias e dos usuários por meio do acolhimento e do vínculo. Logo, a VD é um dispositivo que busca o fortalecimento das mudanças propostas no modo psicossocial.

A visita domiciliar, como ação de saúde mental, possibilita uma interação mais efetiva entre os atores envolvidos, aparecendo como uma tecnologia que pode facilitar a assistência integral ao usuário, assim como o cuidado à família (MANDÚ et al., 2008; MIELKE; OLSCHOWSKY, 2011).

Do mesmo modo, as VDs, os grupos e as oficinas de familiares foram avaliadas como espaços de informação para os familiares sobre o *crack*, tendo em vista que aproximam e integram as famílias e os profissionais do CAPS, possibilitando maior acesso ao conhecimento sobre as drogas.

Eu não sabia que existia o tal *crack*, mas aí minha nora veio e me disse que ele estava usando. Eu não conhecia o que era, só conhecia as outras que ele já usava, mas essa não. Aí minha nora me disse que era o *crack*. Tá, mas o que é isso? Aí ela me explicou. Eu não sabia mesmo o que era. Meu esposo também não sabia. (F5)

As famílias não têm conhecimento. Hoje a gente vê de um modo geral, falar, mas entender o que é a droga, a família não entende. Para muitas pessoas eles são sem-vergonhas, são marginais. Eu mesma, até pouco tempo eu pensava assim. Agora aprendi mais. (F12)

Eu não sabia o que era o *crack*. Eu descobri porque meu marido começou a pegar coisas de dentro de casa. Ele estava trabalhando de letreiro e aí ele começou a roubar as coisas. (F3)

A necessidade de informação sobre a adição a drogas e o uso de *crack* é avaliada como um recurso potente para ações de cuidado tanto dos usuários quanto dos familiares. Dessa maneira, a informação deve objetivar esclarecer sobre a ação da droga e sua repercussão na vida e deve ocorrer para além dos muros do CAPS AD III, indo também para as escolas, associações de bairro e áreas de lazer comunitário, na tentativa de alcançar a sociedade.

A informação empodera as famílias e as faz a retomar a sua função de proteção aos seus membros, sendo um fator associado ao não uso de drogas entre jovens em situação de risco (BROOK et al., 2006; SANCHEZ; OLIVEIRA; NAPPO, 2005; SODELLI, 2007). Assim, Nicastrí e Ramos (2001) enfatizam o papel crucial da informação como medida preventiva entre adolescentes e jovens, porém sugerem que seja veiculada com cautela, de tal forma que não desperte a curiosidade para o consumo.

Em um estudo realizado com jovens, publicado em 2011, a informação foi citada por 85% da população não usuária como um motivo relevante para a negação da experimentação e conseqüente uso/abuso de substâncias ilícitas. Logo, a informação, foi considerada como um fator protetor de maior relevância para o não uso de drogas (SANCHEZ et al., 2011).

Avalia-se que a família, tendo conhecimentos sobre o *crack*, pode tornar-se fonte de informações para seus membros, constituindo-se em uma potente unidade de proteção.

Nesse cenário, as famílias utilizam de recursos diversos para ilustrar a informação que querem transmitir a seus filhos. Uma forma comum de divulgar a informação entre familiares ocorre no debate de eventos vivenciados por pessoas próximas, como, por exemplo, vizinhos e parentes. Outra forma é através de conversa, que pode ser despertada por um programa de televisão ou outros recursos midiáticos (SANCHEZ et al., 2011).

Nesse sentido, os entrevistados avaliaram que a televisão, a Internet, o rádio, panfletos, e os serviços que compõem a rede de saúde mental de Uruguiana, como o Amor Exigente e o CAPS, são fontes de informação e de esclarecimentos sobre o *crack*.

É em cartaz, é televisão, é rádio, todo mundo fala sobre isso. Qualquer lugar que tu vai hoje tem papel falando sobre o *crack*. (F4)

Do Amor Exigente, venho aqui, e leio também. Tudo que fala de droga eu tento aprender para poder ajudar ele. (F2)

Sempre olho a televisão e sempre penso que faz mal e a gente tenta explicar pra eles e eles não querem entender. Para o meu marido, desde o início eu falei pra ele que não podia. Até que ele chegou no fundo do poço. E nós quase fomos juntos. (F9)

Em todas as partes que ela vai tem acesso a informação. Em casa de vizinho, até num comentário que chega. Até no ônibus. Então, em vários lugares. (U8)

Muitos buscam através de outras pessoas ou pela Internet, mas não diretamente com psicólogo. O psicólogo explica muito melhor do que a Internet ou do que outras pessoas. (U10)

Os entrevistados apontaram a grande responsabilidade que os serviços que compõem a rede de saúde mental possuem como disseminadores de conhecimento e de orientações, uma vez que há acesso na atualidade a diferentes tipos de informações.

Nos últimos anos a Internet aumentou sobre maneira as perspectivas para obtenção de informação na área da saúde e se difere dos meios de comunicação convencionais por oferecer uma grande e diversa quantidade de informações específicas sobre determinado tema, em vez de abordar assuntos de forma geral (DEL GIGLIO et al., 2012; NIELSEN-BOHLMAN; PANZER; KINDING, 2004).

Somado a isso, essa ferramenta de informação tem possibilitado a troca de experiências entre usuários com problemas semelhantes, o que facilita o debate. O conhecimento pode trazer benefícios como melhora no convívio social e no aprendizado, redução da desesperança, melhor enfrentamento das situações de vida, maiores conhecimentos sobre a doença, alívio emocional e melhoria clínica (DEL GIGLIO et al., 2012; MORETTI et al., 2012).

No entanto, é preciso ter cautela com o grande número de informações produzidas sobre o *crack* na Internet, pois as informações podem ser compreendidas de forma diferentes entre os familiares que a acessam. Cavaco e Santos (2012) salientam que as competências básicas de leitura e escrita são especialmente importantes no contexto da busca por informações de saúde. O grau de entendimento individual em obter, processar e interpretar informação básica em saúde e serviços de saúde, tendo por finalidade um adequado processo de tomada de decisão em saúde, pode variar de pessoa a pessoa. Assim, o não entendimento das informações ofertadas às pessoas na área de saúde é um dos maiores obstáculos para uma eficiente compreensão da informação sobre a doença e seu tratamento (CAVACO; SANTOS, 2012).

A televisão e o rádio também foram avaliados pelos grupos de interesse como potentes disseminadores de conhecimento e informações sobre o *crack*, no entanto fizeram ressalvas em relação à propaganda “*Crack Nem Pensar*” e à consequente repercussão negativa nas famílias.

É dada uma ênfase muito grande ao *crack*. Sabe coisa mais ridícula que eu acho, essa propaganda *Crack Nem Pensar*. Foram muito infelizes nessa colocação. Porque não pensar? E pensar muito a respeito disso? Se a família não tiver uma estrutura, um conhecimento, muitas vezes a família pode impedir que o seu dependente procure ajuda, em um CAPS, ou em um hospital, ou em uma comunidade terapêutica, ou procurar outra ajuda. Daí o usuário acaba parando dentro de um cemitério ou dentro duma cadeia, porque a propaganda fala para não pensar nisso! (U1)

Essa propaganda assusta muito a família. Eles fazem errado. Eles associam tudo à droga. A nossa sociedade não dá apoio para as pessoas carentes nos lugares que precisam, aí eles falam que é culpa da droga. Aí é bem fácil de dizer que ele é um drogado. Atrapalha essa propaganda, pois eles fazem muito sensacionalismo com isso. Deixa todo mundo com medo, cada vez que falam nessa palavra *crack*, causam um terror para muita gente que não conhece e que tem medo. (U9)

Os entrevistados avaliaram as repercussões negativas da campanha publicitária “*Crack, Nem Pensar*” que foi exibida pela RBS²⁶ sobre as famílias. Apontaram que essa campanha pode vir a comprometer o incentivo dado pelas famílias aos usuários de *crack* na busca por ajuda, propagando o medo em todos os envolvidos.

Para Sodelli (2010) e Cuijpers (2002) são ineficazes os programas de educação preventiva baseados somente em informações sobre a droga e seus efeitos negativos, com a intenção de chocar e amedrontar os adolescentes e jovens. Nesse sentido, propagandas recheadas com informações científicas acerca dos efeitos químicos, com metodologias moralistas sobre o usuário, não obtêm sucesso em termos preventivos, e muito menos o de ser fonte de informações para as famílias. Até porque a visão de quem faz essas propagandas não difere muito do conceito que outras pessoas têm dos usuários de *crack*, muitas vezes designando-os como drogados, viciados, sem caráter, sem-vergonhas e depravados.

²⁶ “Lançada em maio de 2009, a campanha *Crack, Nem Pensar* mobilizou as comunidade do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina contra a droga que transforma jovens em mendigos, arrasa famílias e aciona o gatilho da violência. Teve mérito de unir sociedade, instituições, especialistas e autoridades no enfrentamento ao que já é qualificado como epidemia pelo seu poder devastador. A campanha serviu para alertar gaúchos e catarinenses para um quadro assustador: o *crack* vicia de imediato, liquida a saúde, humilha seus dependentes e apresenta um índice de recuperação quase nulo. A conscientização e as ações que nortearam essa campanha ocorreram por meio de imagens impactantes e situações de desnutrição física e degradação moral dos usuários” (CLICRBS, 2009).

Tratado como uma epidemia, o *crack* tem sido alvo de reportagens de jornais e programas de televisão e apresentado seu uso como problema moral do adicto e que deve ser temido pelas demais pessoas, dentre elas, as famílias. O caráter ilícito das práticas e a associação com o tráfico e violência contribuem para que o *crack* seja percebido e temido por toda a sociedade, causando um pânico moral (DOMANICO, 2006).

Para Romanini e Roso (2012a), tratar de drogas na mídia brasileira significa quase que sempre tomar como ponto de partida uma relação estreita com a violência urbana, levando o tema a adquirir proporções gigantescas, com reações da mesma ordem, traduzidas em ações cada vez mais repressivas. Dá-se ênfase também aos aspectos fisiológicos do uso do *crack*, com imagens degradantes da figura humana, aspectos estes usualmente supervalorizados pelo modelo biomédico-curativo, em detrimento de outros aspectos importantes para a compreensão da adição à droga, como aspectos econômicos, sociais, culturais e biológicos.

Os grupos de interesse avaliam que o *crack*, nesta campanha, adquire vida própria, como algo que invade os lares para destruir as famílias. Assim, essa substância passa a ser o sujeito de todas as ações e o usuário é entendido como objeto, em uma postura de passividade. É nesse cenário que o usuário torna-se culpado pelo uso e pelos seus atos em uma visão simplista da adição à droga. Nessa perspectiva, o hospital psiquiátrico passa a ser tratado como um local positivo para o tratamento, pois os usuários devem ser afastados da sociedade, das famílias, e o cuidado em liberdade no território não existe.

Os CAPS, quando eventualmente são apresentados nas reportagens, aparecem como uma possibilidade de reduzir o problema e têm a função de oferecer atendimento de emergência em horário comercial, na visão de Romanini e Roso (2012a). Ao reduzir o papel dos CAPS AD a essa função, o papel desses serviços passa a ser ocultado na rede de saúde mental, ofertando uma visão para as famílias de que a “salvação” no tratamento do usuário de *crack* encontra-se nos hospitais psiquiátricos, como se ainda o modo asilar de assistência fosse preconizado pela legislação brasileira.

Como consequência, essas famílias seguem desconhecendo os CAPS AD e as propostas de atenção em rede de cuidados, nas quais somente um serviço não responde às necessidades de saúde. Assim, as famílias de usuários de *crack* seguem em um esvaziamento de informações da realidade do modo psicossocial, ficando vulneráveis a todas as informações a que são expostas.

Romanini e Roso (2012a) afirmam que são os meios de comunicação que produzem visões distorcidas do tema, quando estabelecem uma relação causal entre violência e o uso de *crack*. Além disso, a mídia costuma acusar a Reforma Psiquiátrica e a Lei Antimanicomial

(BRASIL, 2001b) pelo caos do SUS naturalizando as relações de classe, de poder, de política, de sociedade, e transformando somente o uso da droga como causador do problema de saúde.

Todavia, é preciso considerar que é assim que o assunto ganha visibilidade e também possibilita espaços para que seja discutido. Não se quer, neste estudo avaliativo, desmerecer a iniciativa da campanha publicitária do Grupo RBS de divulgar e alertar a população para o tema do *crack*. No entanto, chama-se a atenção para a desvalorização na mídia das propostas da Reforma Psiquiátrica brasileira, atendendo aos interesses hegemônicos da atenção orientada pelo modelo médico em oposição à atenção psicossocial.

Os entrevistados avaliaram que as famílias, quando são expostas a esse tipo de propagandas, preferem não falar sobre o *crack* ou negam que um de seus membros seja usuário dessa substância. Essas atitudes acabam diminuindo as chances dos usuários em acessar os serviços de saúde, corroborando para estigmas, sanções sociais e o preconceito.

O preconceito das famílias foi outro aspecto avaliado pelos grupos de interesse como uma questão que retarda a procura de tratamento e de serviços especializados, como o CAPS AD III.

Primeiro já é aquela coisa de vencer esse paradigma de assimilar que o filho é usuário e precisa de ajuda. Chegar até aqui talvez seja bem complicado. Tem todo esse título, especialmente que meu filho é drogado, então tem uma grande barreira que não é fácil. (E11)

Meu guri namora uma guria e a mãe dela teve capacidade de dizer que o CAPS é todo mundo perigoso e que aqui só tem louco, que são tudo usuário de *crack*. Se ela é uma pessoa culta e pensa assim, imagina aquele que não tem conhecimento? Quando tu falas na palavra *crack*, é um balaço. É como tu dar um tiro. Tem muito preconceito. (U9)

Muitos familiares sentem vergonha! Muitas vezes as mães sabem, têm desconfiança, mas não querem aceitar que o filho é usuário. Mas eu nunca fui assim, sempre fui aberta. Eu não tenho vergonha de nada. O *crack* não entra só na família de baixa renda, ele entra na de média e de alta renda. Então a vergonha faz às vezes o usuário e o familiar não procurar ajuda. (F8)

Tem gente que tem vergonha, que fica com receio de ter um filho drogado, um pai ou uma mãe. Eu também, de primeiro eu tinha, mas hoje eu não tenho mais. Eu achava que as pessoas me olhavam diferente. Era impressão minha, mas eu tinha isso. Eu tinha vergonha de falar, mas hoje eu não tenho mais. Ninguém pede para passa por isso. Escondia dos vizinhos, dos conhecidos. Eu no início tinha muita vergonha. Os vizinhos perguntavam por ele, pois ele sempre morou comigo, eu dizia que ele estava em tratamento com problema de bronquite. Então eu acredito que tem muita família que tem vergonha sim. Hoje eu não tenho mais, mas, ainda assim, não é para todos que eu falo. (F12)

Os entrevistados avaliaram a dificuldade de assumir que há na família um usuário de *crack* devido ao imaginário social negativo da adição, que associa marginalidade e criminalidade ao usuário. Logo, a busca de tratamento é o primeiro passo para o entendimento de que a adição à droga não deve ser motivo para vergonha ou mesmo de preconceito. Assim, o preconceito foi avaliado como uma atitude discriminatória que permeia o viver social da família e do usuário.

O preconceito da sociedade para com os usuários de drogas não é uma característica apenas do século XXI, está associado com a ideia de doença e à condição de desvio social, incorporada a partir do século XIX segundo Portocarrero (2002).

A teoria da Degenerescência de Morel²⁷ exerceu uma influência marcante sobre a psiquiatria, no final do século XIX. As degenerescências eram consideradas desvios patológicos do tipo normal da humanidade, transmitidas hereditariamente, originando-se por meio de intoxicações diversas, por moléstias adquiridas ou congênicas, ou por influências do meio social ou da hereditariedade.

Essa teoria realizou uma transformação radical na concepção de doença mental, ao atribuir sua causa a uma lesão orgânica/fisiológica que atua ao longo do tempo, sobre o psicológico, tornando os indivíduos suscetíveis de se tornarem alienados na medida em que apresentem uma anormalidade passível de desencadear esse processo de degeneração, como eram consideradas a epilepsia, a sífilis e as intoxicações voluntárias do tipo alcoolismo, cocainismo, morfínismo. Vistos nesse contexto, os epiléticos, os alcoólatras e os sífilíticos eram tidos como um entrave para o progresso, pois representavam um grande risco para a ordem social, na medida em que durante as crises eram improdutivos, atentavam contra a disciplina e geravam maus filhos para o futuro.

Dessa forma, os degenerados – epilético, alcoólatra e sífilítico –, mesmo não alienados de sua razão, passaram a ser objeto da psiquiatria, pois podiam representar um risco de desordem para a norma social. Assim, a psiquiatria ampliou seu campo de intervenção, estabelecendo uma diferença fundamental entre os casos de doença mental e os de degenerescência moral. Dessa maneira, os “verdadeiros doentes” eram separados dos senis, dos epiléticos, dos alcoólatras, dos alienados criminosos, e para seu tratamento foram

²⁷ Morel (1860), seguidor da corrente naturalizante da doença mental, dedicou-se mais ao aprimoramento dos estudos anatômicos e patológicos da loucura. Para ele, a loucura teria seis espécies nosológicas, sendo uma delas hereditária, causadas por malformações físicas e morais da espécie humana. Assim, esse novo conhecimento sobre a loucura permitiu o desenvolvimento da Teoria da Degenerescência. Essa teoria foi fundamental para redefinir os comportamentos considerados anormais na sociedade moderna, aprofundada por Kraepelin no século XX (PORTOCARRERO, 2002).

impostos como *lócus* as colônias agrícolas e o manicômio judiciário, com penetração explícita da psiquiatria na Justiça.

As colônias agrícolas seriam espaços em que estariam “os loucos calmos e tranquilos”, além dos menos rebeldes e mais receptivos ao tratamento. O trabalho não era mais apenas uma técnica terapêutica, mas constituía em um fator fundamental para discernir entre o indivíduo normal, socializado – que produz –, e o anormal, degenerado – improdutivo. Por essa razão os indivíduos não tão dóceis nem tão disciplináveis, como os epiléticos e alcoólatras, deveriam ser separados.

Visualizava-se, nessa época, a necessidade de cuidados médicos, o que impediria que consequências mais graves os tornassem irrecuperáveis e perigosos, permitindo que esses indivíduos se transformassem em elementos úteis à sociedade. Dessa forma, a sífilis, o alcoolismo e outras intoxicações voluntárias eram considerados entraves ao progresso social da humanidade, iniciando-se uma campanha enérgica nos domínios da profilaxia mental no país. Tais afecções eram tomadas pelo grande contingente de criminalidade, consideradas endemias sociais, para elas era necessário encontrar remédios sociais.

Para a autora, as concepções de Morel e, posteriormente, de Kraepelin, acerca da loucura foram importantes para a ampliação dos espaços da psiquiatria para o social, quando se considerava como uma anormalidade todos os que pudessem ser classificados como indisciplinados, como os alcoolistas, drogaditos, sífilíticos, criminosos e leprosos.

Essa concepção de comportamento indisciplinado leva, no imaginário social, a uma atitude preconceituosa e, portanto, discriminatória em relação ao usuário de drogas e *crack*, e, no processo avaliativo, tal situação tem gerado sentimentos de desamparo, vulnerabilidade frustração. Esses sentimentos trazem como necessidade de cuidado das famílias o direcionamento de ações que os diminuam e esclareçam que seu familiar tem problema de saúde, que o uso de droga não significa marginalidade e criminalidade, mas traz consigo um clima emocional que afeta a vida da pessoa, da família e sociedade.

Assim, avalia-se a importância da atenção psicossocial em rede, ou seja, serviços de saúde e sociedade, como uma ação conjunta no território, em amplo combate ao moralismo, pois usuários e familiares necessitam de atenção, cuidado e dignidade. Políticas públicas devem proporcionar práticas inclusivas, propiciando informação que considere o entendimento da realidade, na qual o usuário é um cidadão de direito, em que atos educativos e reflexão crítica sobre crenças sobre drogas direcionam para ações alternativas de prevenção, reabilitação e reinserção social.

A espiritualidade também é avaliada como um recurso potente no cuidado ao familiar do usuário de *crack*. Os entrevistados afirmaram que muitas famílias, após o ingresso do usuário no tratamento, buscaram a espiritualidade, aproximando-se de uma religião na busca de esperança para a recuperação do usuário.

Eu acho que a espiritualidade é tudo. Eu sei por que agora meu marido só fala em Deus, coisa que ele nunca falou. Então, eu acho que é bem importante a espiritualidade. Eu frequento a igreja, eu acredito também, antes eu não acreditava, hoje eu acredito. Se ele tiver lá acreditando e eu aqui acreditando, tudo dará certo. (F4)

O tratamento espiritual é necessário, tanto pra ele quanto para os familiares. Frequento a Igreja Quadrangular. Quando o meu familiar não estava internado, tinha dias que eu me alimentava das orações, não conseguia me alimentar de outro jeito. Só que ele não aceitava, agora ele está aceitando muito bem. (F5)

A espiritualidade é a base de tudo. Desde que ele adoeceu, eu frequento a Igreja Quadrangular uns 4 meses. A Igreja te passa uma coisa que às vezes tu está ruim, e aí tu chega lá, e parece que aquelas palavras que tu precisava ouvir tu contou pra alguém, e aí aquilo que eles falam é pra ti. E aí tu sai da Igreja renovado. (F6)

A espiritualidade é uma característica única e individual que pode ou não incluir a crença em um Deus, sendo responsável pela ligação do Eu com o universo e com os outros. Engloba a necessidade de busca do bem-estar e crescimento, além da percepção do significado do mundo e daquilo que realmente valeria à pena (MCEWEN, 2005; MILLER; DAVIES; GREENWALD, 2000).

Os entrevistados avaliaram a necessidade da busca espiritual tanto para os usuários quanto para os familiares, durante o processo de reabilitação, pois a espiritualidade é considerada uma fonte de esperança independentemente da religião professada, ofertando conforto e esperança no êxito e na continuidade do tratamento da adição a droga e contribuindo no afastamento do usuário dos comportamentos de risco para o uso da droga.

A pesquisa de Sanchez, Oliveira e Nappo (2004) mostra que a religiosidade, além de se tratar de um aspecto muito relevante para os adolescentes, parece ocupar importante papel na estruturação da família, responsável pela humanização do indivíduo, auxiliando-o na construção de sua personalidade.

Nessa perspectiva, a religiosidade é considerada como elemento na recuperação no tratamento dos usuários de drogas (ARNOLD et al., 2002; CARTER, 1998; PULLEN et al., 1999). Por intermédio dos fundamentos pregados, a religiosidade auxiliaria na construção da personalidade do indivíduo, inculcando-lhe valores como o respeito e a preservação da vida

(BRAGHETTA et al., 2011; MILLER, 2000). Além disso, a religião é apontada em estudos como um fator de proteção na prevenção ao consumo inicial de drogas por adolescentes (DE MICHELI; FORMIGONI, 2001; HANSON, 2002; MILLER; DAVIES; GREENWALD, 2000; WILLS; YAEGER; SANDY, 2003), ou seja, quanto mais religioso é o adolescente, menor seria seu interesse pelo consumo de *crack*.

Em uma pesquisa realizada no Brasil, observou-se que cerca de 32% dos não usuários e 21,4% dos usuários destacaram o importante papel da religião na decisão de evitar o uso de drogas. Os não usuários atribuem à religião um importante papel como fator preventivo primário, ou seja, a religiosidade impede-os de iniciar o consumo dessas substâncias. Em contrapartida, os usuários atribuem à religiosidade uma importância como fator preventivo secundário ou terciário, ajudando-os no abandono do consumo ou até na sua redução drástica, expondo-os a um menor prejuízo (SANCHEZ; OLIVEIRA; NAPPO, 2004).

A integralidade em saúde implica considerar as diferentes dimensões que compõem os atos de cuidado, dentre elas, a espiritualidade. Chama-se a atenção dos profissionais para que os familiares, no processo avaliativo, apontaram a espiritualidade como uma ação que traz alívio e conforto, possibilitando um clima emocional de esperança e força no tratamento de seu familiar. Seja por comunicar valores ou por atitude mais acolhedora, a espiritualidade, por meio da religião, tem trazido modos alternativos para a saúde que devem ser considerados no enfrentamento da adição.

Uma pesquisa publicada em 2012 evidenciou que, na experiência vivenciada com os usuários de *crack* internos em uma unidade de desintoxicação do Sul do Brasil, na qual se buscou alcançar o cuidado integral ao ser humano por meio de oficinas de espiritualidade, foi possível argumentar que a espiritualidade constitui-se em uma dimensão essencial do tratamento, pelo seu poder agregador, animador e dinamizador de vida e esperança (BACKES et al., 2012).

Nesse sentido, reconhecendo a espiritualidade como importante aliada para o alcance do conceito ampliado de saúde, necessita-se ultrapassar as barreiras da atenção pontual e assistencialista à saúde, reconhecendo outras esferas que compõem as famílias de usuários de *crack*. Cabe aos profissionais do CAPS AD III Homero Tarragô ampliar as discussões acerca da importância da espiritualidade no cuidado integral em saúde, na perspectiva da clínica ampliada e do modo psicossocial.

6.3 Rede de Saúde Mental

O cuidado deve ser organizado em uma rede horizontal de atenção à saúde, com todos os trabalhadores responsáveis pela gestão do cuidado articulados no sentido de atender às necessidades de cuidado expressas pelos familiares de usuários de *crack*. Para que isso seja possível e exequível, é necessário que a rede de atenção em saúde mental ofereça outros pontos de cuidado para as famílias dos usuários de *crack*.

Chiavagatti et al. (2012) define redes de atenção como recursos para a comunicação de ações e serviços passíveis de transformação e reinvenções de papéis e territorialidades, fundamentais para a constituição e operação de diferentes formas de cuidado. Esta articulação em rede rompe com o conceito de centralidade de cuidados, ou seja, oferece dinamismo e flexibilidade aos serviços, a fim de gerar melhores resultados de atenção ao cuidado aos usuários dos serviços de saúde.

A organização em rede de serviços rompe com o modelo hierárquico tradicional fundamentado em níveis de complexidade, que impossibilita a flexibilização e a articulação das ações, restringindo a assistência e organizando a demanda de acordo com as necessidades do sistema, e não conforme as necessidades dos usuários, principais protagonistas aos quais os serviços se destinam (SOUSA et al., 2011). Assim, Franco (2006) afirma que todo cuidado em saúde sempre se produz em rede, evidenciada mediante as articulações percebíveis entre as unidades nos seus diversos níveis, entre as equipes, os saberes, as práticas e as subjetividades, remetendo à ideia de interdependência.

Os grupos de interesse destacaram, além do CAPS AD Homero Tarragô, outros serviços de saúde que compõem a rede do Município de Uruguaiana e que ofertam atendimento aos familiares de usuários de *crack*: o Ambulatório de Saúde Mental, o Amor Exigente (AE), o Nar-Anon, o Rochester, o Hospital Geral Santa Casa, a Fazenda Terapêutica do GTAE, o setor da Saúde da Mulher, o Conselho Tutelar, a Brigada Militar, a Promotoria, o Consultório na Rua, o Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referências Especializado em Assistência Social (CREAS).

A gente tem o Hospital Santa Casa, a gente tem a Saúde da Mulher, a gente tem a parte do Conselho Tutelar, Brigada, tem Promotoria. O que mais que a gente tem? As Fazendas Terapêuticas, o Ambulatório de Saúde Mental, o Amor Exigente, acho que é isso. A gente está com toda a rede trabalhando em conjunto. (E8)

O CAPS e o Consultório de Rua são uma possibilidade, pois tem pessoas que muitas vezes nem procuram o CAPS, nem o Consultório de Rua, mas procuram o COAS em função da questão da AIDS. O próprio CRAS, que abriga muitos moradores de rua. O CREAS também, o Conselho Tutelar, a própria Promotoria. Eu acho que tem uma rede bem grande assim. (E11)

Os únicos lugares que fazem essa parte do atendimento à família é dentro do CAPS e dentro AE. (U1)

Minha esposa vai há dois anos ao Nar-Anon, que é um grupo que apoia a família. Tem o Amor Exigente, tem o Rochester, que é um grupo novo que abriu lá no centro, que tem um grupo de apoio ao dependente e familiar de usuários de drogas. A reunião é todo mundo junto e depois tem um intervalo que se separam os familiares de um lado, e os usuários para o outro. (U9)

Tem o Amor exigente e o hospital, além do CAPS. (F11)

Tem o GTAE e o Amor Exigente. O que eu fico sabendo são esses. Mas eu só uso o CAPS (F12).

Os entrevistados avaliaram a importância da existência dos serviços de saúde do município, e apontaram ações intersetoriais para efetivar um cuidado ampliado às famílias dos usuários de *crack*.

A intersetorialidade constitui modos de organizar serviços e setores para aproximá-los das reais necessidades dos potenciais usuários, cujas demandas e necessidades naturalmente não são percebidas por eles próprios de maneira compartimentada. Assim, a acessibilidade dos serviços não é somente a concretização da atenção requerida, mas também um fator necessário na efetivação do trabalho entre setores (BORYSOW; FURTADO, 2013; MARQUES; RIBEIRO; SANTOS, 2012).

O efetivo trabalho compartilhado entre os setores requer trabalhadores sensíveis e comprometidos com as demandas de saúde e de cuidado expressas pelas famílias que acessam esses serviços. Além disso, essas pessoas depositam nos profissionais dos serviços de saúde esperança na resolução das suas questões, fazendo-se necessária a articulação da rede de saúde mental.

A saúde deixou de ser vista como a simples ausência de doença e passou a ter um conceito ampliado. Isso condicionou a saúde aos vários setores sociais como seus determinantes: grau de escolaridade, trabalho, renda, habitação, justiça social, entre outros. Dessa maneira, a intersetorialidade surge na atualidade com uma estratégia para a conquista da integralidade, pois visa articular diferentes órgãos e setores na busca da melhoria da qualidade de vida da população, entendendo que, se cada indivíduo deve ser trabalhado como

um todo, os setores também precisam trabalhar no compartilhamento das informações (SENA et al., 2012).

Visando à melhoria da qualidade de vida e de saúde, a Política Nacional de Promoção da Saúde estabelece, como uma de suas diretrizes, o estímulo a ações intersetoriais que propiciem o desenvolvimento integral das ações de Promoção da Saúde, ou seja, ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde. Trabalhar nessa perspectiva requer prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o usuário e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2006b).

Concordo com Costa et al. (2013), quando afirma que a equipe de saúde deve se aproximar da rede assistencial para um trabalho interdisciplinar e intersetorial, principalmente na área da adição a drogas. Nessa área, devem-se levar em conta as diversas causas e dimensões, não sendo resolvidas apenas pelo esforço setorial isolado da saúde. Articulações intersetoriais e a atuação multiprofissional são imprescindíveis para incidir sobre os determinantes sociais do processo da adição e promover a saúde.

Assim, o desafio é transversalizar áreas da saúde, educação, trabalho, assistência social, justiça e sociedade, na busca de instrumentos de cuidado integral, promovendo prevenção e proteção à saúde.

Foi avaliada a necessidade de o CAPS AD III Homero Tarragô divulgar os apoios existentes na rede de Uruguaiana, bem como promover articulações que fortaleçam construção e cooperação para programas de atenção integral a drogas.

Do mesmo modo, foi avaliada a fragilidade da articulação em rede do Município de Uruguaiana, pois há desconhecimento do trabalho realizado nos diversos pontos da rede, o que acaba gerando duplicidade de ações e a oferta de um cuidado parcial.

A princípio o CRAS, a Santa Casa, a coisa está meio... sei lá. Há setores também que não se ligam. O CRAS tem um setor de dependência química e nós não sabemos quem é do CRAS que trabalha com dependência. Então a gente não sabe exatamente o que cada um faz. Apenas sabemos que apoiam as famílias e usuários e mais nada. (E12)

A rede de cuidados precisa ter uma estrutura de organização que possibilite a comunicação entre os profissionais, a fim de proporcionar o atendimento das necessidades de cuidados que as famílias apresentam, dentro de seus variados níveis de complexidade. Assim, quando a equipe de saúde se depara com essas famílias, precisa saber dos recursos de saúde

que dispõe para dar conta dessa demanda, e onde pode se amparar para ter suporte nesse atendimento (SOUSA et al., 2011).

Para Vilela e Mendes (2003), gerenciar o cuidado nesse âmbito interdisciplinar pressupõe o entendimento de que a condição do senso de existência e humanidade seja permeado, ao cuidar, pela cooperação entre as disciplinas que integram o campo da saúde. Nessa visão de trabalho, o conceito de disciplina leva a uma maneira própria de organizar as ações em saúde e estabelece um território de trabalho, de acordo com as características dos trabalhadores que compõem a equipe.

Nesse sentido, a troca entre diferentes saberes traz uma nova configuração interna às equipes, construindo uma possibilidade de atitudes interdisciplinares para a atenção em saúde. Essa postura se estrutura porque existe uma disponibilidade para a criação de um ambiente no qual são estruturados recortes no campo do saber, em que cada profissional incorpora algo de outra área. É preciso profissionais disponíveis para que isso aconteça e que trabalhem em uma perspectiva interdisciplinar (STAUDT, 2008)

A ideia é compartilhar ações de atenção integral às drogas dando amplitude, com soma de olhares e saberes diversos que atendam às necessidades de proteção da saúde dos usuários e familiares, ou seja, saúde, trabalho e lazer.

Quanto a isso, há uma série de portarias e leis que normatizam a necessidade da construção dessas redes de atenção em saúde mental (BRASIL, 2001a, 2001b, 2001c, 2003a, 2007a, 2006b, 2008b), tendo-se presente que o desafio de formar esses processos factíveis requer das pessoas-usuários, familiares, profissionais e sociedade – mudanças individuais, nas crenças e nas normas sociais que vão impactar em transformação, na qual a atenção é ampliada e realizada no conjunto da sociedade. Logo, o CAPS AD III Homero Tarragô deve ter presente a responsabilidade social como um ponto direcionador e articulador de ações intersetoriais.

Esse compromisso foi observado durante a pesquisa.

Foi preparado um café da manhã para recepcionar os representantes de algumas instituições de saúde da cidade no CAPS. Havia representantes do COAS, do Consultório de Rua e do Hospital Santa Casa, para esclarecimentos a respeito dos encaminhamentos de usuários e familiares para a rede e também sobre os serviços que já estão sendo prestados até o momento pelo CAPS. A coordenadora do CAPS e a TO conduziram essa reunião. (Observador F, 30/08/2012, manhã)

Percebi que havia umas pessoas desconhecidas no CAPS AD que iam chegando e entrando em uma das salas. Depois fiquei sabendo que era uma reunião da Rede, pois tinha a enfermeira da saúde mental do Hospital Santa

Casa, assistente social e psicóloga do Hospital também. A reunião tinha o intuito de apresentar as atividades do CAPS AD à equipe de saúde mental do Hospital. (Observador B, 13/09/2012, tarde)

Observaram-se duas reuniões do CAPS AD III com a Saúde Mental do Hospital Santa Casa, a equipe do COAS e a equipe do Consultório na Rua, com o objetivo de apresentar a proposta do serviço e estabelecer fluxos de comunicação e atendimento entre esses serviços. Esses encontros evidenciaram o empenho do CAPS AD III Homero Tarragô em buscar intersetorialidade como uma proposta na atenção a drogas, tendo presente que é no território que podemos realizar ações que se organizam em parceria, possibilitando um cuidado ampliado para os familiares de usuários de *crack*.

Conforme as preconizações do Ministério da Saúde, a consolidação da Reforma Psiquiátrica depende fundamentalmente da construção de uma rede comunitária de cuidados, ou seja, diferentes serviços articulados entre si, de modo a constituir um conjunto de referências com capacidade de absorver e acolher usuários e seus familiares (CHIAVAGATTI et al., 2012; SANTOS; NUNES, 2011).

Dessa forma, visualizar o CAPS AD III Homero Tarragô, na figura de um serviço ordenador da rede de atenção na área de adição a drogas, torna-se importante, quando se compromete com um processo que busca desenvolver ou devolver o exercício de cidadania ao familiar de usuário de *crack*, oferecendo mecanismos de empoderamento para esse núcleo. Empoderar esse núcleo de cuidado é ofertar um cuidado integral, valorizando suas características e ofertando formas de tratamento para si e para o usuário de drogas na rede de serviços territoriais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese teve como objetivo avaliar as necessidades de cuidados dos familiares de usuários de *crack* em um Centro de Atenção Psicossocial com ênfase em Álcool e Drogas, por meio de um processo avaliativo junto ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Homero Tarragô, do Município de Uruguaiana.

Foi realizada uma pesquisa qualitativa que utilizou o referencial da Avaliação de Quarta Geração, que pressupõe um modelo participativo, construtivista e responsivo, dando voz àqueles que estão inseridos no processo investigado, neste caso os usuários de *crack*, seus familiares e a equipe do CAPS AD Homero Tarragô.

No processo avaliativo foram apontados como necessidades de cuidados dos familiares a ambiência, o cuidado ao familiar do usuário de *crack* e a rede de saúde mental.

No CAPS AD III Homero Tarragô, o ambiente é permeado por espaços amplos e arejados, proporcionando o compartilhamento de ideias e a integração entre os profissionais, usuários e familiares. A luz, as cores, e a arte aplicada nas paredes do serviço retratam uma ambiência que facilita a reabilitação psicossocial dos usuários e a aproximação com as famílias, pois promove o aconchego e acolhimento.

No entanto, o CAPS AD III está alocado em um antigo hospital psiquiátrico da cidade, trazendo recordações negativas dos efeitos iatrogênicos do manicômio aos usuários e seus familiares. Assim, os grupos de interesse avaliaram a necessidade de maior divulgação desse serviço para a comunidade do Município de Uruguaiana, esclarecendo sobre a proposta de atenção psicossocial do serviço, bem como a importância da família como parceira e protagonista desse cuidado.

Em relação aos recursos humanos, O CAPS AD III, até o final da coleta de dados desta pesquisa, ainda não tinha contratado médico clínico e psiquiatra e enfermeiro com formação na área de saúde mental, o que implicava no não credenciamento do serviço junto ao Ministério da Saúde. Com isso, a equipe vinha improvisando seu trabalho, independente do comprometimento dos profissionais, o que se traduzia em ações parciais, pois o trabalho era sobrecarregado, desvalorizado e descontínuo.

Na categoria analítica cuidado ao familiar de usuário de *crack*, as tecnologias relacionais foram avaliadas como estratégia do CAPS AD III Homero Tarragô no atendimento das famílias. Assim, o acolhimento, a escuta e o vínculo foram considerados instrumentos de trabalho dos profissionais, facilitando a inserção dos familiares no cotidiano do serviço e, também, no atendimento das suas demandas.

Nessa lógica, o serviço entende a família como um elo de conexão do usuário com sua comunidade e, também, como um núcleo que também deve ser cuidado. Para isso, realiza acolhimento, trabalhando com as portas abertas. Trabalhar de portas abertas é favorecer a agilidade no atendimento, a aproximação e a produção de espaços de apoio ao familiar de usuários de *crack*, desburocratizando o acesso ao serviço.

A prontidão da equipe do CAPS para o acolhimento, valorizando a subjetividade e o cotidiano da vivência da adição dessas famílias tem facilitado a formação de vínculo e sua inclusão no tratamento.

Do mesmo modo, a necessidade de ações interdisciplinares foi avaliada para construção do cuidado em saúde, tendo-se presente que a participação das famílias é o foco dessa ação.

A falta de privacidade para a realização do acolhimento das famílias foi destacado, uma vez que não há no CAPS um local próprio e reservado para acolher em que se possa livremente expressar sentimentos, sofrimento e vivências.

Orientados pela proposta de atenção psicossocial, no CAPS AD III Homero Tarragô os grupos de apoio aos familiares foram avaliados como um dispositivo estratégico de atenção às necessidades de cuidado dos familiares do usuário de *crack*. Esses grupos têm proporcionado aprendizado, conforto e alívio do sofrimento, tendo em vista que o enfrentamento da adição ao *crack* circula no núcleo familiar.

As Visitas Domiciliares também foram avaliadas como necessidade do cuidado aos familiares potente na aproximação entre usuário, profissional e familiar, pois propiciam atendimento mais humano e mais próximo da vida cotidiana dessas famílias.

Outra questão avaliada foi a necessidade de informação sobre droga e *crack*, uma vez que o desconhecimento influencia na procura de cuidado, na exposição aos riscos e no reforço de preconceitos. Avaliou-se, também, que a maioria das informações veiculadas pela mídia tem reforçado os estereótipos de marginalidade e criminalidade, repercutindo no sucesso das ações de prevenção e reabilitação dos usuários de *crack*.

A espiritualidade foi avaliada como uma necessidade que apoia no enfrentamento da adição ao *crack*, dando conforto e esperança aos familiares. Nesse sentido, deve-se considerá-la como uma aliada nas ações de cuidado em saúde na perspectiva da integralidade.

Foram avaliadas a necessidade da atenção em rede, a importância dos serviços de saúde do município e a necessidade de ações intersetoriais para efetivar um cuidado ampliado às famílias dos usuários de *crack*, tendo como desafio transversalizar áreas da saúde,

educação, trabalho, assistência social, justiça e sociedade, na busca da integralidade, da prevenção, promoção e proteção à saúde.

Do mesmo modo, foi avaliada a fragilidade da articulação em rede do Município de Uruguaiana, devido ao desconhecimento do trabalho realizado nos diversos pontos da rede, o que tem gerado duplicidade de ações e a oferta de um cuidado parcial.

Reconheceu-se que a avaliação qualitativa das necessidades de cuidados dos familiares de usuários de *crack*, nesta pesquisa, deu voz àqueles que experimentam cotidianamente o viver com usuários de *crack*, qualificando, assim, os achados epidemiológicos e estatísticos e, conseqüentemente, buscando inovar e refletir nas práticas assistenciais dos serviços de saúde.

Do mesmo modo, os resultados da pesquisa reforçam a importância do CAPS AD como dispositivo de cuidado no território, articulado em rede para atenção integral ao usuário de drogas, tendo delimitado a família como núcleo de cuidado. Assim, são necessidades de cuidados aos familiares a participação nos grupos de família e oficinas, acolhimento, orientação e informação sobre drogas, enfrentamento do preconceito e estratégias de apoio como a espiritualidade.

Há desafios a serem enfrentados pelo CAPS AD III de Uruguaiana, tais como credenciamento, contratação de profissionais, funcionamento do terceiro turno e fortalecimento das atividades, seja por oferta de material ou pela criatividade no trabalho, se associando à ideia do protagonismo da família e, para tal, ela é núcleo de cuidado.

Nesse sentido, há necessidade de potencializar o acolhimento às famílias com portas abertas, como uma ação direcionadora do cuidado, uma vez que a manutenção do equilíbrio familiar está em direta relação com o acesso ao serviço e alívio do seu sofrimento. Chegar e ter parceiros no enfrentamento do problema se caracteriza como valor necessário na produção de saúde. Isso gera conexão e corresponsabilização entre os profissionais, familiares e usuários na construção das práticas assistenciais.

Faz-se necessário ressaltar as limitações desse estudo, considerando que o processo hermenêutico dialético é dinâmico, há dados que podem ser melhor contemplados nas discussões do processo avaliativo, uma vez que o fator tempo de realização do estudo, interfere no processo da pesquisa.

Além disso, outra limitação está relacionada ao CAPS AD III ser um serviço que no período da coleta tinha três meses de funcionamento, o que torna desafiante a avaliação, pois a equipe estava em um processo de auto-conhecimento e de organização do trabalho. No entanto, avalio que os resultados dessa pesquisa contribuam para nortear as ações de cuidado dos profissionais para o atendimento das necessidades dos familiares, com vistas a promoção

da saúde dos usuários de crack, o que contempla o caráter formativo e de intervenção dessa metodologia, de modo que tanto avaliadores como os grupos de interesse- usuário-equipe-família- possam aprimorar sua capacidade de análise, possibilitando o aprofundamento na discussão e delimitação dos temas oriundos da avaliação.

A dimensão participativa dessa metodologia permitiu que os dados fossem compartilhados, discutidos e reformulados de acordo com os grupos de interesse, dando voz aqueles que nem sempre possuem espaço de fala e de escuta nos serviços de saúde e nas pesquisas.

Avaliar as necessidades de cuidado da família potencializa um clima emocional para a saúde, em que reciprocidade e cooperação resultam em coresponsabilidade nos atos, pois há formação de vínculo e produção de confiança e cumplicidade, uma vez que a prática assistencial se amplia para o sistema familiar. Desse modo, todo e parte se complementam e personificam em conjunto o enfrentamento do problema da adição a drogas.

Termina-se afirmando que a tese defendida de que o cuidado aos familiares de usuários de *crack* é uma das estratégias para a promoção de saúde que pode facilitar o enfrentamento da adição ao *crack*, e se sustenta na ideia de que a atenção às necessidades da família se reveste em potente ação que traz vida para as ações de saúde.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, M. D. *O processo de alcoolização entre os Pankararu: um estudo em etnoepidemiologia*. 2002. 100 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.
- ACHTERBERG, J. *A imaginação na cura: xamanismo e medicina moderna*. São Paulo: Summus, 1996.
- AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. *Avaliação de serviços e programas sociais*. Petrópolis, Vozes, 1995.
- ALBERTI, S.; COSTA, A. C.; MOREIRA, J. O. Oficina do ócio: um convite para o sujeito *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 499-512, set. 2011.
- ALMEIDA, P. F.; ESCOREL, S. Da avaliação em saúde à avaliação em saúde mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. *Saúde Debate*, Londrina, v. 25, n. 58, p. 35-47, maio/ago. 2001.
- ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface Comun. Saúde Educ.*, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 299-316, dez. 2006.
- ALVES, V. S. Modelos de atenção a saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos saberes e praticas. *Cad. Saúde Pública*, São Paulo, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, 2009.
- ALVES, E. S.; FRANCISCO, A. L. Ação psicológica em saúde mental: uma abordagem psicossocial. *Psicol. Ciênc. Prof.*, Brasília, DF, v. 29, n. 4, p. 768-779, 2009.
- ALVES, H. N. P.; RIBEIRO, M.; CASTRO, D. S. Cocaína e crack. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (Org.). *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 110-136.
- AMARANTE, P. D. C. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, P. D. C. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- AMARANTE, P. D. C. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- AMARANTE, P. D. C. *Saúde mental, políticas e instituições: programas de educação a distância*. Rio de Janeiro: FIOTEC, Fiocruz: EAD, 2003.
- AMARANTE, P. D. C. *Saúde mental e a atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ANDRADE, T. M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4665-4674, 2011.

ANGELIS, S. *El método comparativo constante*. [S.l.]: EducaRed, 2005. Disponível em: <<http://www.educared.org.ar/infanciaenred/mararita/etapa2/mcc1.asp>>. Acesso em: 09 out. 2011.

ARANTES, E. C.; STEFANELLI, M. C.; FUKUDA, I. M. K. Evolução histórica da enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. In: STEFANELLI, M. C.; FUKUDA, I. M. K.; ARANTES, E. C. (Org.). *Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais*. Barueri: Manole, 2008. p. 16-26.

ARATANGY, L. R. *Doces venenos: conversar e desconversar sobre drogas*. São Paulo: Olho d'Água, 2009.

ARAÚJO, R. B. et al. As estratégias de coping para o manejo da fissura de dependentes de crack. *Rev. HCPA*, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 36-42, 2010.

ARIAS, N. M.; FERRIANI, M. G. C. Factores protectores de las familias para prevenir el consumo de drogas en un municipio de Colombia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 18, n. esp., p. 504-512, 2010.

ARNOLD, R. M. et al. Patient attitudes concerning the inclusion of spirituality into addiction treatment. *J. Subst. Abuse Treat.*, New York, v. 23, n. 4, p. 319-326, Dec. 2002.

AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N. Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 339-345, abr./jun. 2011.

AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N.; GAUDÊNCIO, M. M. P. Percepções de familiares sobre o portador de sofrimento psíquico institucionalizado. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 485-491, 2009.

AZEVEDO, P.; VENOSA, S. Grupos psicoterapêuticos de mulheres dependentes químicas: questões de gênero implicadas no tratamento. *Rev. SPAGESP*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 56-65, 2011.

BACKES, D. S. et al. Oficinas de espiritualidade: alternativa de cuidado para o tratamento integral de dependentes químicos. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1254-1259, 2012.

BELMONTE, P. R. et al. *Temas de saúde mental: textos básicos do Curso Básico de Acompanhamento Domiciliar*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

BEZERRA, D. S.; RINALDI, D. L. A transferência como articuladora entre a clínica e a política nos serviços de atenção psicossocial. *Rev. Latino-Am. Psicopatol. Fundam.*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 342-355, 2009.

BIELEMANN, V. L. M. et al. A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 131-139, jan./mar. 2009.

BORYSOW, I.C; FURTADO, J. P. Acesso e intersetorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 33-50, 2013.

BOURGUIGNON, L. N.; GUIMARÃES, E. S.; SIQUEIRA, M. M. A atuação do enfermeiro nos grupos terapêuticos dos CAPS Ad do estado do Espírito Santo. *Cogitare Enferm.*, Curitiba, v. 15, n. 3, p. 467-473, jul./set. 2010

BOYLE, M. J. et al. Attitudes of undergraduate health science students towards patients with intellectual disability, substance abuse, and acute mental illness: a cross-sectional study. *BMC Med. Educ.*, London, v. 10, p. 71, Oct. 2010.

BRASIL. Lei nº 9.610, de 20 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. *Cartilha sobre o crack*. Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Gabinete de Segurança Institucional. Conselho Nacional Antidrogas. *Resolução GSIPR/CH/CONAD nº 3, de 27 de outubro de 2005*. Aprova a Política Nacional Sobre Drogas. Brasília, DF, 2005a. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326979.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Justiça. *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, 2006a.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Sistema para detecção de uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento*. Brasília, DF, 2008a.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e liderança comunitária*. Brasília, DF, 2010a.

BRASIL. Ministério da Educação. *Relatório da Gestão 2003-2010*. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <www.mec.gov.br>. Acesso em: 02 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. *Portaria Interministerial nº 1001, de 22 de outubro de 2009*. Institui o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas - PRÓ-RESIDÊNCIA. Brasília, DF, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, DF, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção básica e a saúde da família*. Brasília, DF, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007*. Dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade. Brasília, DF, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia prático do Programa de Saúde da Família*. Brasília, DF, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Números da Saúde da Família*. Brasília, DF, 2007b.
Disponível em:
<http://dtr2004.saudegoverno.gov.br/portal/saude/cidadão/visualisar_texto.cfm?idxt=24355&janela=1>. Acesso em: 12 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, DF, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*: Portaria MS/GM nº 737 de 16/05/01. Brasília, DF, 2001c. (Série E. Legislação de Saúde, n. 8).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Mental: atenção básica*. Brasília, DF, 2003a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925>. Acesso em: 03 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012*. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília, DF, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008*. Cria os Núcleos de Atenção à Saúde da Família - NASF. Brasília, DF, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002*. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2841, de 20 de setembro de 2010*. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas - 24 horas - CAPS AD III. Brasília, DF, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: CONFERENCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL, 2005, Brasília, DF. *15 anos depois de Caracas*. Brasília, DF, 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Manual de redução de danos*. Brasília, DF, 2001d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *O crack: como lidar com este grave problema*. Brasília, DF, 2009b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=3317&janela=1>. Acesso em: 10 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, DF, 2010c. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/estabbr.def>>. Acesso em: 04 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Abordagens terapêuticas a usuários de cocaína/crack no Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF, 2010d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, DF, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Departamento de Atenção Básica. *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília, DF, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Brasília, DF, 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Ambiência*. 2. ed. Brasília, DF, 2007c. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: ambiência*. Brasília, DF, 2004d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, DF, 2003c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 5. ed. Brasília, DF, 2004e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde*. Brasília, DF, 2005d.

- BRAGHETTA, C. C. et al. Aspectos e legais da assistência religiosa em hospitais psiquiátricos. *Rev. Psiq. Clín.*, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 189-93, 2011.
- BRATZ, D. T. K. et al. A importância da participação da família na recuperação do usuário de álcool e outras drogas. In: SALÃO INTERNACIONAL DE PESQUISA, ENSINO E EXTENSÃO, 3., 2011, Uruguaiana. *Pôsteres...* Uruguaiana: UNIPAMPA, 2011.
- BROOK, J. S. et al. Risk and protective factors of adolescent drug use: implications for prevention programs. In: SLOBODA, Z.; BUKOSKI, W. J. (Ed.). *Handbook of drug abuse prevention*. New York: Springer, 2006. p. 265-287.
- BUNGAY, V. et al. Women's health and use of crack cocaine in context: structural and everyday violence. *Int. J. Drug Policy*, Liverpool, v. 21, n. 4, p. 321-329, July 2010.
- CAIAFFA, W. T. et al. Projeto Ajude-Brasil: prevenção do HIV em populações em IDI e Projeto Ajude-Brasil. In: MESQUITA, F.; SEIBEL, S. (Org.). *Consumo de drogas: desafios e perspectivas*. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 101-121.
- CAMATTA, M. W. *Ações voltadas para saúde mental na Estratégia da Saúde da Família: intenções de equipes e expectativas de usuários e familiares*. 2010. 207 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.
- CAMPOS, G. W. S. *A reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-87.
- CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-250, 2000.
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.
- CAPISTRANO, F. C. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento: análise de prontuários. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 234-241, 2013.
- CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F.; VIEIRA, M. V. O cuidador e a sobrecarga do cuidado à saúde de pacientes egressos de internação psiquiátrica. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 517-523, 2012.
- CARDOSO, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.
- CARTER, T. M. The effects of spiritual practices on recovery from substance abuse. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.*, Oxford, v. 5, n. 5, p. 409-413, Oct. 1998.

CARVALHO, A. L.; AMARANTE, P. Avaliação da qualidade dos novos serviços de saúde mental: em busca de novos parâmetros. *Saúde Debate*, Londrina, n. 52, p. 74-82, set. 1996.

CARVALHO, A. M. A. et al. Mulheres e cuidado: bases psicobiológicas ou arbitrariedade cultural? *Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 41, p. 431-444, 2008.

CARVALHO, B. G.; MARTIM, G. B.; CORDONI, J. R. L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI, J. R. L. (Org.). *Bases da saúde coletiva*. Londrina: UEL, 2001. p. 27-53.

CARVALHO, L. G. P. et al. A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. *Mundo Saúde*, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 521-525, 2012.

CAVACO, A.; SANTOS, A. L. Avaliação da legibilidade de folhetos informativos e literacia em saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 918-922, out. 2012.

CAVALCANTI, B. C. *Danças e bandeiras: um estudo do maconhismo popular no Nordeste do Brasil*. 1998. 319 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Antropologia, Universidade Federal do Pernambuco, Recife, 1998.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos técnico-assistenciais: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2006. p. 197-210.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. *I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país*. São Paulo, 2001.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. *II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país*. São Paulo, 2005.

CHAVES, T. V. et al. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e exusuários. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 45 n. 6, p. 1168-1175, 2011.

CHEUICHE, E. M. 120 anos do Hospital Psiquiátrico São Pedro: um pouco de sua história. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul*, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 119-120, maio/ago. 2004.

CHIAVAGATTI, F. G. et al. Articulação entre Centros de Atenção Psicossocial e Serviços de Atenção Básica de Saúde. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 11-17, 2012.

CLICRBS. *Crack, nem pensar*. Porto Alegre, 2009. Disponível em: <<http://www.clicrbs.com.br/especial/sc/cracknempensar/home,0,3710,Home.html>>. Acesso em: 14 jan. 2012.

COLELLA, K. M.; DELUCA, G. Shared decision making in patients with newly diagnosed prostate cancer: a model for treatment education and support. *Urol. Nurs.*, Portland, v. 24, n. 3, p. 187-191, June 2004.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, 1978, Alma-Ata. *Declaración de Alma-Ata...* Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1978.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília, DF. *Relatório final*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1., 1987, Brasília, DF. *Relatório final*. Brasília, DF: Centro de Documentação, Ministério da Saúde, 1988.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3., 2001, Brasília, DF. *Cuidar sim, excluir não: efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social: relatório final*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Diretrizes gerais médicas para assistência integral ao dependente do uso do crack*. Brasília, DF, 2011.

CONTANDRIOPOULOS, A. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.

CONTANDRIOPOULOS, A. et al. L' évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. *Rév. Epidemiol. Santé Publique*, Paris, v. 48, n. 6, p. 517-539, 2000.

CORDEIRO, H. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 346-362, 2004.

COSTA, B. et al. Assistência de enfermagem domiciliar à família e portadores de transtorno mental: relato de experiência. *Cogitare Enferm.*, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 354-358, abr./jun. 2010.

COSTA, P. H. A. et al. Metodologia de implementação de práticas preventivas ao uso de drogas na atenção primária latino-americana. *Rev. Panam. Salud Publica*, Washington, DC, v. 33, n. 5, p. 325-331, 2013.

COSTA, C. M. A.; GUIMARÃES, R. M. Considerações sobre a administração de recursos materiais em um hospital universitário. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 205-210, maio/ago. 2004.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Coord.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 141-168.

COSTA-ROSA, A.; YASUI, S. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde Debate*, Londrina, v. 32, n. 78-80, p. 27-37, jan./dez. 2008.

CUIJPERS, P. Effective ingredients of school-based drug prevention programs: a systematic review. *Addict. Behav.*, Oxford, v. 27, n. 6, p. 1009-1023, Nov./Dec. 2002.

CUNHA, G. T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. 2004. 201 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

DAL POZ, M. R.; LIMA, J. C. S.; PERAZZI, S. Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da reforma psiquiátrica. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 621-639, 2012.

DE MICHELI, D.; FORMIGONI, M. L. S. As razões para o primeiro uso de drogas e as circunstâncias familiares prevêm os padrões de uso futuro? *JBDQ: J. Bras. Depend. Quím.*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 20-30, 2001.

DEL GIGLIO, A. et al. Qualidade da informação da Internet disponível para pacientes em páginas em português. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 58, n. 6, p. 645-649, 2012.

DELFINI, P. S. S.; REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 357-366, fev. 2012.

DELFINI, P. S. S. et al. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1483-1492, 2009.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 103-107, jan./mar. 1997.

DESVIAT, M. *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

DIAS, A. C.; ARAÚJO, M. R.; LARANJEIRA, R. Evolução do consumo de crack em coorte com histórico de tratamento. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 38-48, 2011.

DÍAZ, J. B. et al. El consumo de drogas y su tratamiento desde la perspectiva de familiares y amigos de consumidores – Guatemala. *Rev. Latino-Am. Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 17, n. esp., p. 824-830, nov./dez. 2009.

DIMENSTEIN, M.; SANTOS, Y. F. Avaliação em serviços de saúde: o que pensam usuárias da rede básica de Natal. In: BORGES, L. O. (Org.). *Os profissionais de saúde e seu trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 69-89.

DOMANICO, A. *Craqueiros e cracados: bem vindo ao mundo das nórias: estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil*. 2006. 220 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

DUARTE, M. L. C. *Avaliação da atenção aos familiares em um centro de atenção psicossocial: uma abordagem qualitativa*. 2007. 173 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

DUARTE, M. L. C.; KANTORSKI, L. P. Avaliação da atenção prestada aos familiares em um centro de atenção psicossocial. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, DF, v. 64, n. 1, p. 47-52, jan./fev. 2011.

DUNLAP, E.; GOLUB, A.; JOHNSON, B. The severely-distressed African American family in the crack era: empowerment is not enough. *J. Sociol. Soc. Welf.*, West Hartford, v. 33, n. 1, p. 115-139, 2006.

ELSEN, I.; WAIDMAN, M. A. P. O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 341-349, jul./set. 2005.

ELIAS, L. A.; BASTOS, F. I. Saúde pública, redução de danos e a prevenção das infecções de transmissão sexual e sanguínea: revisão dos principais conceitos e sua implementação no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4721-4730, 2011.

ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS CONTRA DROGAS E CRIME. *Políticas públicas em contextos de violência relacionados ao consumo de álcool e outras drogas: manual de utilização das fichas de referência*. Brasília, DF, 2006.

ESTELLITA-LINS, C.; OLIVEIRA, V. M.; COUTINHO, M. F. Clínica ampliada em saúde mental: cuidar e suposição de saber no acompanhamento terapêutico. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 205-215, 2009.

ESTEVAM, M. C. et al. Convivendo com o transtorno mental: perspectiva de familiares sobre atenção básica. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 679-686, 2011.

FAJEMIROKUN-ODUDEYI, O.; LINDOW, S. W. Obstetric implications of cocaine use in pregnancy: a literature review. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, Amsterdam, v. 112, n. 1, p. 2-8, Jan. 2004.

FARIA, J. G.; SCHNEIDER, D. R. O perfil dos usuários do CAPSad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. *Psicol. Soc.*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 324-333, set./dez. 2009.

FERREIRA, A. B. H. *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. 4. ed. Curitiba: Positivo, 2005.

FERREIRA, P. E. M.; MARTINI, R. K. Cocaína: lendas, história e abuso. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 96-99, jun. 2001.

FERREIRA FILHO, O. F. et al. Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 751-759, 2003.

FISCHER, B. et al. Crack across Canada: comparing crack users and non-users in a Canadian multi city cohort of illicit opioid users. *Addiction*, Abingdon, v. 101, n. 12, p. 1760-1770, Dec. 2006.

FORMIGA, L. T. et al. Comparação do perfil de dependentes químicos internados em uma unidade de dependência química de Porto Alegre/RS em 2002 e 2006. *Rev. HCPA*, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 120-126, 2009.

FRANCO, F. A. et al. A compreensão das necessidades de saúde segundo usuários de um serviço de saúde: subsídios para a enfermagem. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 157-162, 2012.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 1-10.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPES/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 181-193.

FUREGATO, A. R. F. et al. O fardo e as estratégias da família na convivência com o portador de doença mental. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 11, n. 3, p. 51-56, set./dez. 2002.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001.

GAIOLI, C. C. L. O.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 150-157, jan./mar. 2012.

GALERA, S. A. F. *Avaliação construtivista de uma intervenção de enfermagem junto a famílias que têm um portador de esquizofrenia entre seus membros*. 2002. 164 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

GERMANO, I. M. P.; COLAÇO, V. F. R. Abrindo caminho para o futuro: redes de apoio social e resiliência em autobiografias de jovens socioeconomicamente vulneráveis. *Estud. Psicol.*, Natal, v. 17, n. 3, p. 381-387, 2012.

GLAUSSER, J.; QUEEN, J. R. An overview of non-cardiac cocaine toxicity. *J. Emerg. Med.*, New York, v. 32, n. 2, p 181-186, Feb. 2006.

GONÇALVES, J. R. L.; GALERA, S. A. F. Assistência ao familiar cuidador em convívio com o alcoolista, por meio da técnica de solução de problemas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 18, n. esp., p. 543-549, maio/jun. 2010.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park: Sage, 1989.

GUERRA, A. M. C. Oficinas em Saúde Mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In: FIGUEIREDO, A. C.; COSTA, C. M. (Org.). *Oficinas terapêuticas em Saúde Mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contracapa: IPUB, 2008. p. 23-58.

GUIMARÃES, C. F. et al. Perfil do usuário de crack e fatores à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul*, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 101-108, maio/ago. 2008.

HANSON, G. R. New vistas in drug abuse prevention. *NIDA Notes*, Bethesda, v. 16, n. 6, p. 3-7, Feb. 2002.

HARTZ, Z. M. A.; POUVOURVILLE, G. Avaliação da eficiência em saúde: a eficiência em questão. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 68-82, 1998.

HIRDES, A. Centro comunitário de saúde mental de São Lourenço do Sul: resgatando possibilidades de reabilitação psicossocial. 2000. 200 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

HIRDES, A., KANTORSKI, L. P. A família como um recurso central no processo de reabilitação psicossocial. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 160-166, 2005.

HORTA, R. L. et al. Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11 p. 2263-2270, nov. 2011.

INCIARDI, J. A. et al. Changing patterns of cocaine use and HIV risks in the south of Brazil. *J. Psychoactive Drugs*, San Francisco, v. 38, n. 3, p. 305-310, Sept. 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo 2009: estimativas das populações residentes, em 1º de julho de 2009, segundo os municípios*. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009_DOU.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2010.

JORGE, M. S. B. et al. Promoção da Saúde Mental: tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, 2011.

JUNGBAUER, J. et al. Subjective burden over 12 months in parents of patients with schizophrenia. *Arch. Psychiatr. Nurs.*, Orlando, v. 17, n. 3, p. 126-134, June 2003.

KANTORSKI, L. P. (Org.). *CAPSUL: Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil* [relatório]. Pelotas: MS/CNPq, 2008.

KANTORSKI, L. P.; SILVA, G. B. *Ensino de enfermagem e reforma psiquiátrica*. Pelotas: UFPel, 2001.

KANTORSKI, L. P.; WETZEL, C.; MIRON, V. L. Resgatando práticas reformistas de atenção em psiquiatria e saúde mental no Rio Grande do Sul. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 16-18, 2002.

KANTORSKI, L. P. et al. Avaliação de quarta geração: contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. *Interface Comun. Saúde Educ.*, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 343-355, out./dez. 2009.

KANTORSKI, L. P. et al. Avaliação qualitativa de ambiência num Centro de Atenção Psicossocial. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2059-2066, 2011.

KANTORSKI, L. P. et al. Perfil dos familiares cuidadores de usuários de centros de atenção psicossocial do sul do Brasil. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 85-89, 2012.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento*. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

KESSLER, F.; PECHANSKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul*, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 96-98, 2008.

KOHLRAUSCH, E. R. *Avaliação das ações de saúde mental relacionadas ao indivíduo com comportamento suicida na Estratégia Saúde da Família*. 2012. 207 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

KUCZKOWSKI, K. M. Crack cocaine as a cause of acute postoperative edema in a pregnant drug addict. *Ann. Fr. Anesth. Réanim.*, Paris, v. 24, n. 4, p. 437-438, Apr. 2005.

LAM, W. K. K.; WECHSBERG, W.; ZULE, W. African-American women who use crack cocaine: a comparison of mothers who live with and have been separated from their children. *Child Abuse Negl.*, Oxford, v. 28, n. 11, p. 1229-1247, Nov. 2004.

LANCMAN, S. Instituições psiquiátricas e comunidades: um estudo de demanda em saúde mental no Estado de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 93-102, jan./mar. 1997.

LAVALL, E. *Família e o cuidado de saúde mental no domicílio: estudo avaliativo*. 2010. 116 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

LAVALL, E.; OLSCHOWSKY, A.; KANTORSKI, L. P. Avaliação de família: rede de apoio social na atenção em saúde mental. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 198-205, jun. 2009.

LEITE, M. A.; VILA, V. S. C. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p.145-150, 2005.

LIMA JÚNIOR, J. L.; MAIA, E. M. C.; ALCHIERI, J. C. Avaliação de serviços hospitalares na perspectiva dos profissionais de saúde. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 29, n. 4, p. 528-535, dez. 2008.

LOYOLA, C. M. D. et al. Uso de drogas ilícitas e perspectivas críticas de familiares e pessoas próximas na cidade do Rio de Janeiro – zona norte, Brasil. *Rev. Latino-Am. Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 17, n. esp., p. 817-823, nov./dez. 2009.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. *A pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.

MAGALHÃES, D. E. F.; SILVA, M. R. S. Cuidados requeridos por usuários de crack internados em uma instituição hospitalar. *Rev. Min. Enferm.*, Belo Horizonte, v. 14, n. 3, p. 408-415, jul./set. 2010.

MANDÚ, E. N. T. et al. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do Programa Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 131-140, 2008.

MARTINS, J. J.; ALBUQUERQUE, G. L. A utilização de tecnologias relacionais como estratégia para humanização do processo de trabalho em saúde. *Ciênc. Cuid. Saúde*, Maringá, v. 6, n. 3, p. 351-356, jul./set. 2007.

MARTINS, G. C. S. et al. O estigma da doença mental e as residências terapêuticas no município de Volta Redonda-RJ. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 327-334, 2013.

MARQUES, F. C.; RIBEIRO, K. S. M. A.; SANTOS, W. Q. Intersetorialidade: possibilidade de parcerias entre a Estratégia Saúde da Família e a Pastoral da Criança. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 544-553, 2012.

MCEWEN, M. Spiritual nursing care: state of the art. *Holist. Nurs. Pract.*, Frederick, v. 19, n. 4, p. 161-168, July/Aug. 2005.

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

MELOTTO, P. *Trajetórias e usos de crack: estudo antropológico sobre trajetórias de usuários de crack no contexto de bairros populares de São Leopoldo - RS*. 2009. 94 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde. In: CAMPOS, C.; REIS, D. M. A. (Org.). *O SUS em Belo Horizonte*. São Paulo: Xamã, 1999. p. 103-120.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida: ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde. In: CECILIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 117-160.

MERHY, E. E. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial: alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: MERHY, E. E.; AMARAL, H. (Org.). *Reforma Psiquiátrica no cotidiano II*. São Paulo: Hucitec, 2007a. p. 55-66.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MIELKE, F. B. *Ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família: um estudo avaliativo*. 2009. 141 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

- MIELKE, F. B.; OLSCHOWSKY, A. Ações de saúde mental na estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p. 762-768, out./dez. 2011.
- MIELKE, F. B. et al. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. *Rev. Eletrônica Enferm.*, Goiânia, v. 12, n. 4, p. 761-765, 2010.
- MILLER, L.; DAVIES, M.; GREENWALD, S. Religiosity and substance use and abuse among adolescents in the National Comorbidity Survey. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, Baltimore, v. 39, n. 9, p.1190-1197, Sept. 2000.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2008.
- MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 26. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
- MINOZZO, F. et al. Grupos de saúde mental na atenção primária à saúde. *Fractal: Rev. Psicol.*, Niterói, v. 24, n. 2, p. 323-340, maio/ago. 2012.
- MORAIS, A. S. et al. Qualidade e avaliação em saúde: publicações em periódicos de enfermagem nas últimas duas décadas. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 404-409, jul./set. 2008.
- MORAIS, E. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 121-133, 2008.
- MORENO, V. Familiares de portadores de transtornos mentais: vivenciando o cuidado em um Centro de Atenção Psicossocial. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 566-572, 2009.
- MORETTI, F. A. et al. Acesso a informações de saúde na Internet: uma questão de saúde pública? *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 58, n. 6, p. 650-658, 2012.
- MOSCHETA, M. S.; SANTOS, M. A. Grupos de apoio para homens com câncer de próstata: revisão integrativa da literatura. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1225-1233, 2012.
- MOURA, L. S.; KANTORSKI, L. P.; GALERA, S. A. F. Avaliação e intervenção nas famílias assistidas pela equipe de saúde da família. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 35-44, mar. 2006.
- NAPPO, A. S.; SANCHEZ, Z. M.; RIBEIRO, L. A. Há uma epidemia de crack entre estudantes no Brasil? Comentários sobre aspectos da mídia e da saúde pública. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1643-1649, set. 2012.
- NAPPO, S. A. et al. *O comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST-AIDS*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: Universidade Federal de São Paulo, 2003.

- NASCIMENTO, A. B. Uma visão crítica das políticas de discriminação e de patologização do usuário de drogas. *Psicol. Estud.*, Maringá, v. 11, n. 1, p. 185-190, 2006.
- NASCIMENTO, C. C.; PÍTIA, A. C. A. Oficina de trabalho corporal: uma estratégia de reabilitação psicossocial no trabalho em saúde mental. *Ciênc. Cuid. Saúde*, Maringá, v. 9, n. 3, p. 610-617, jul./set. 2010.
- NASI, C.; STUMM, L. K.; HILDEBRANDT, L. M. Convivendo com o doente mental psicótico na ótica do familiar. *Rev. Eletrônica Enferm.*, Goiânia, v. 6, n. 1, p. 59-67, 2004.
- NEALE, J.; SHEARD, L.; TOMPKINS, C. N. E. Factors that help injecting drug users to access and benefit from services: a qualitative study. *Susbst. Abuse Treat. Prev. Policy*, London, v. 2, p. 31, Oct. 2007.
- NEVES, A. C. L.; MIASSO, A. I. “Uma força que atrai”: o significado das drogas para usuários de uma ilha de Cabo Verde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.*, Ribeirão Preto, v. 18, n. esp., p. 589-597, maio/jun. 2010.
- NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. S. Instituições portas abertas: novas relação usuários-equipes-contextos na atenção em saúde mental de base comunitário-territorial. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 40-46, jan./abr. 2005.
- NICASTRI, S.; RAMOS, S. P. Drug abuse is a preventable behavior: drug addiction is a treatable disease. *JBDQ: J. Bras. Depend. Quím.*, Rio de Janeiro, v. 2, supl. 2, p. 25-29, 2001.
- NIELSEN-BOHLMAN, L.; PANZER, A. M.; KINDING, D. A. (Ed.). *Health literacy: a prescription to end confusion*. Washington, DC: The National Academies Press, 2004.
- NYAMATHI, A. et al. Impact of nursing intervention on decreasing substances among homeless youth. *Am. J. Addict.*, Washington, DC, v. 21, n. 6, p. 558-565. 2012.
- NOVAES, H. M. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-559, out. 2000.
- OHAERI, J. U. The burden of caregiving in families with a mental illness: a review of 2002. *Curr. Opin. Psychiatry*, Philadelphia, v. 16, n. 4, p. 457-465, 2003.
- OLIVEIRA, A. G. B. Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial: algumas reflexões. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 694-702, 2006.
- OLIVEIRA, E. B; MEDONÇA, J. L. S. Dificuldades enfrentadas pela família no acolhimento do paciente com transtorno mental após a alta hospitalar. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 198-203, abr./jun. 2011.
- OLIVEIRA, E. B; MEDONÇA, J. L. S. Family member with chemical dependency and consequent burden suffered by the family: descriptive research. *Online Braz J Nurs.*, Niterói, v. 11, n. 1, 2012. Available from: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3480>>. Access at: 10 June 2013.

- OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrões de uso controlado. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 664-671, 2008a.
- OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e forma de uso. *Rev. Psiquiatr. Clín.*, São Paulo, v. 35, n. 6, p. 212-218, 2008b.
- ONOCKO-CAMPO, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, maio 2006.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração de Caracas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 5. ed. Brasília, DF, 2004. p. 25-59.
- OSELKA, G. Direitos dos pacientes e legislação. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 104-105, 2001.
- PATTON, M. Q. *How to use qualitative methods in evaluation*. NewburyPark: Sage, 1987.
- PATTON, M. Q. *Qualitative research and evaluation methods*. 3. ed. Thousand Oaks: Sage, 2002.
- PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. L. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 82-94, 2008.
- PENA, A. P. S.; GONÇALVES, J. R. L. Assistência de enfermagem aos familiares cuidadores de alcoolistas. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Alcool Drog.*, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 1-13, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38707/41558>>. Acesso em: 05 02 2013.
- PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, 2003.
- PEREIRA, M. A. O. Representação da doença mental pela família do paciente. *Interface Comun. Saúde Educ.*, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 71-82, 2003.
- PEREIRA, M. A. O.; MACHADO, M. P.; NASCIMENTO, S. A. B. G. Inserção da saúde mental no Programa Saúde da Família com oficinas de sensibilização: relato de experiência. *Ciênc. Cuid. Saúde*, Maringá, v. 7, n. 1, p. 59-64, jan./mar. 2008.
- PESSOT, I. *O século dos manicômios*. São Paulo: Ed. 34, 1996.
- PIETROLUONGO, A. P. C.; RESENDE, T. I. M. Visita domiciliar em saúde mental: o papel do psicólogo em questão. *Psicol. Ciênc. Prof.*, Brasília, DF, v. 27, n. 1, p. 22-31, 2007.
- PINHO, L. B.; HERNANDEZ, A. M. B.; KANTORSKI, L. P. Reforma Psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a “parceria” da família: o discurso do distanciamento. *Interface Comun. Saúde Educ.*, Botucatu, v. 4, n. 32, p. 103-113, 2010.

PITTA, A. M. F. Os Centros de Atenção Psicossocial: espaços de reabilitação? *J. Bras. Psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 12, p. 647-654, dez. 1994.

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

POLCIN DL, M. L. et al. Perceptions of sober living houses among addiction counselors and mental health therapists: knowlwdge, views and perceived barriers. *J. Psychoactive Drugs.*, San Francisco, v. 44, n. 3, p. 224-236, 2012.

PORTOCARRERO, V. *Arquivo da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. (Coleção loucura e civilização, 4).

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. *Psicol. Teor. Pesqui.*, Brasília, DF, v. 25, n. 2, p. 203-211, 2009.

PULCHERIO, G. et al. Crack: da pedra ao tratamento. *Rev. AMRIGS*, Porto Alegre, v. 54, n. 3, p. 337-343, jul./set. 2010.

PULLEN, L. et al. Spiritual high vs high on spirits: is religiosity related to adolescent alcohol and drug abuse? *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.*, Oxford, v. 6, n. 1, p. 3-8, Feb. 1999.

REIS, D. C. et al. Vulnerabilidades à saúde na adolescência: condições socioeconômicas, redes sociais, drogas e violência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 588-594, 2013.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, A. S.; COSTA, N. R. (Org.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001. p. 15-19.

RIBEIRO, M.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. Organização de serviços para a dependência química. In: FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. (Org.). *Aconselhamento em dependência química*. São Paulo: Roca, 2004. p. 43-52.

RIBEIRO, R. P. M. *Saúde mental no Brasil*. São Paulo: Arte e Ciência, 1999.

RIBEIRO, V. V. et al. Grupo terapêutico em fonoaudiologia: revisão de literatura. *Rev. CEFAC*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 544-552, maio/jun. 2012.

RIGHI, L. B. Produção de redes de atenção à saúde: acordos, confrontos e reparos. In: PASCHE, D. F.; CRUZ, I. B. M. (Org.). *A saúde coletiva: diálogos contemporâneos*. Ijuí: UNIUI, 2005. p. 73-92.

RINALDI, D. L.; LIMA, M. C. N. Entre a clínica e o cuidado: a importância da curiosidade persistente para o campo da saúde mental. *Mental*, Barbacena, v. 4, n. 6, p. 53-68, jun. 2006.

RINHEL-SILVA, C. M.; CONSTANTINO, E. P.; RONDINI, C. A. Família, adolescência e estilos parentais. *Estud. Psicol.*, Campinas, v. 29, n. 2, p. 221-230, 2012.

ROCHA, R. M. *Enfermagem psiquiátrica: que papel é este?* Rio de Janeiro: Te Corá, 1994.

ROESE, M. A metodologia do estudo de caso. *Cad. Sociol.*, Porto Alegre, v. 9, p. 189-200, 1998.

ROMANINI, M.; ROSO, A. Mídia e crack: promovendo saúde ou reforçando relações de dominação? *Psicol. Ciênc. Prof.*, Brasília, DF, v. 32, n. 1, p. 82-97, 2012a.

ROMANINI, M.; ROSO, A. A. Psicanálise, instituição e laço social: o grupo como dispositivo. *Psicol. USP*, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 343-365, 2012b.

ROOS, C. M. Ações de Redução de Danos voltadas para usuários de drogas: uma revisão integrativa. 2011. 96 f. Mestrado (Dissertação) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

ROTELLI, F. et al. Desinstitucionalização, uma outra via: a Reforma Italiana no contexto da Europa ocidental e dos países avançados. In: NICÁCIO, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 10-39.

SANCHEZ, Z. V. D. M.; NAPPO, S. A. Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores indiferentes. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 420-430, 2002.

SANCHEZ, Z. V. D. M.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 43-55, 2004.

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

SANCHEZ, Z. V. D. M. et al. O papel da informação como medida preventiva ao uso de drogas entre jovens em situação de risco. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1257-1266, 2011.

SANTOS, A. F. O.; CARDOSO, C. L. Autopercepção do estresse em cuidadores de pessoa em sofrimento mental. *Psicol. Estud.*, Maringá, v. 17, n. 1, p. 93-101, jan./mar. 2012.

SANTOS, E. C. V.; MARTIN, D. Cuidadoras de pacientes alcoolistas no município de Santos, SP, Brasil. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, DF, v. 62, n. 2, p. 194-199, mar./abr. 2009.

SANTOS, M. R. P.; NUNES, M. O. Território e saúde mental: um estudo sobre experiência de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, Salvador, Bahia, Brasil. *Interface Comun. Saúde Educ.*, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 715-726, 2011.

SANTOS, L. F. et al. Fatores terapêuticos em grupo de suporte na perspectiva da coordenação e dos membros do grupo. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 122-127, 2012.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 13-18.

SAUNDERS, J. C. Families living with severe mental illness: a literature review. *Issues Ment. Health Nurs.*, New York, v. 24, n. 2, p. 175-198, Mar. 2003.

- SCHAURICH, D. et al. Conhecimentos produzidos acerca do crack: uma incursão nas dissertações e teses brasileiras. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1247-1258, 2012.
- SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão sistemática. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 299-306, 2003.
- SCHIFANO, F.; CORKERY, J. Cocaine/Crack consumption, treatment demand, seizures, related offences, prices, average purity levels and deaths in the UK (1990-2004). *J. Psychopharmacol.*, Oxford, v. 22, n. 1, p. 71-79, Jan. 2008.
- SCHRANK, G. *O Centro de Atenção Psicossocial e a inserção da família*. 2006. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.
- SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 127-134, 2008.
- SCHRODER, A. F. *Da campana à pose: estudo do fotojornalismo na cobertura do crack no jornal Zero Hora*. 2009. 94 f. Monografia (Graduação em Comunicação Social) – Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.
- SEIBEL, S. Equilíbrio precário no uso das pedras. *Sci. Am. Bras.*, São Paulo, n. 38, p. 51-78, 2010. Edição especial.
- SELEGHIM, M. R. et al. Aspectos da estrutura familiar de jovens usuários de crack: um estudo do genograma. *Ciênc. Cuid. Saúde*, Maringá, v. 10, n. 4, p. 795-802, 2011a.
- SELEGHIM, M. R. et al. Vínculo familiar de usuários de crack atendidos em uma unidade de emergência psiquiátrica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1163-1170, set./out. 2011b.
- SENA, L. A. et al. Intersetorialidade e ESF: limites e possibilidades no território de uma unidade integrada de saúde da família. *Rev. Bras. Ciênc. Saúde*, São Caetano do Sul, v. 16, n. 3, p. 337-342, 2012.
- SILVA, C. M. C. et al. Visita domiciliar na atenção à saúde mental. *Cienc. Enferm.*, Concepción, v. 17, n. 3, p. 125-136, 2011.
- SILVA, J. et al. Illicit drug use in seven Latin American countries: critical perspectives of families and familiars. *Rev. Latino-Am. Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 17, n. esp., p. 763-769, nov./dez. 2009.
- SILVA, L.; BOUSSO, R. S.; GALERA, S. A. F. Aplicação do Modelo Calgary para avaliação de famílias de idosos na prática clínica. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, DF, v. 62, n. 4, p. 530-534, jul./ago. 2009.
- SILVA JUNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.;

MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 3. ed. Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ, 2006. p. 241-257.

SODELLI, M. A prevenção em nova perspectiva: ações redutoras de vulnerabilidade ao uso nocivo de drogas. *Saúde Ment.*, Lisboa, v. 9, n. 2, p. 3-58, mar./abr. 2007.

SODELLI, M. A abogagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 633-644, 2010.

SOUTO-DE-MOURA, L. C.; SOUTO-DE-MOURA, G. M. S. Notas de aula sobre a evolução histórica das políticas de saúde no Brasil. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 94-103, 1997.

SOUSA, F. S. P. et al. Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, out./dez. 2011.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P. Embasamento político das concepções e práticas referentes às drogas no Brasil. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.*, Ribeirão Preto, v. 3, n. 2, p. 1-16, 2007. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38656/41503>>. Acesso em: 03 abr. 2012.

SOUZA, J. et al. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e redução de danos: novas propostas, novos desafios. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 210-217, abr./jun. 2007.

SPOHR, B.; LEITÃO, C.; SCHENEIDER, D. Caracterização dos serviços de atenção à dependência de álcool e outras drogas na Região da Grande Florianópolis. *Rev. Ciênc. Hum.*, Florianópolis, n. 39, p. 219-236, 2006.

STAUDT, D. T. A interdisciplinaridade em atenção básica à saúde. *Bol. Saúde*, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 75-84, jan./jun. 2008.

STENZEL, A. C. B. *A temática da avaliação no campo da saúde coletiva: uma bibliografia comentada*. 1996. 251 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

STORMSHAK, E. A.; DISHION, T. J. A school-based, family-centered intervention to prevent substance use: the family check-up. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, London, v. 35, n. 4, p. 227-232, 2009.

STRACKE, E. *Humanizapampa: a caminhada da construção*. 2008. 77 f. Monografia (Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. *Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer*. São Paulo: EDUSP, 2001.

TEIXEIRA JUNIOR, S. *Trajetórias assistenciais de usuários com transtornos psíquicos na rede de saúde do município de Porto Alegre*. 2010. 131 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

TRACTENBERG, S. G. et al. Exposição a trauma e transtorno de estresse pós-traumático em usuárias de crack. *J. Bras. Psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 61, n. 4, p. 206-213, 2012.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 2011.

TULLER, N. G. N.; ROSA, D. T. M.; MENEGATTI, R. P. Crack e os perigos de uma viagem sem retorno. *Iniciaç. Cient. CESUMAR*, Maringá, v. 2, n. 9, p. 153-160, 2007.

UCHÔA, M. *Crack: o caminho das pedras*. São Paulo: Ática, 1996.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA. *Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: PET-Saúde/Saúde Mental/Crack: edital conjunto nº 27, de 17 de setembro de 2010 [projeto de pesquisa]*. Uruguaiana: Universidade Federal do Pampa, 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. *ViaREDE: avaliação qualitativa da rede de serviços em saúde mental para atendimento a usuários de crack [projeto de pesquisa]*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

URUGUAIANA. Prefeitura Municipal. Uruguaiana, 2011a. Disponível em: <<http://www.uruguaiana.rs.gov.br/>>. Acesso em: 14 jul. 2011.

URUGUAIANA. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Atenção Psicossocial aos Usuários de Álcool e Outras Drogas. *Projeto de implantação do CAPS III com ênfase em AD*. Uruguaiana, 2010.

URUGUAIANA. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Atenção Psicossocial Asas da Liberdade. *Projeto terapêutico*. Uruguaiana, 2011b.

VALERIANO, R. S.; DIAS, C. A. Análise do impacto da falta de recursos materiais no desempenho do profissional de enfermagem. *Ciênc. Consciênc.*, Ji-Paraná, v. 2, p. 15-22, 2010.

VARGAS, D. et al. Representação social de enfermeiros de centros de atenção psicossocial em álcool e drogas (CAPS AD) sobre o dependente químico. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 242-248, 2013.

VASCONCELLO, V. C. Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Alcool Drog.*, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38712/41563>>. Acesso em: 22 jul. 2013.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 525-531, jul./ago. 2003.

VOERMAN, B. et al. Determinants of participation in social support groups for prostate cancer patients. *Psychooncology*, Chichester, v. 16, n. 12, p. 1092-1099, Dec. 2007.

WETZEL, C. *Desinstitucionalização em saúde mental: a experiência de São Lourenço do Sul - RS*. 1995. 216 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

WETZEL, C. *Avaliação de serviços em saúde mental: a construção de um processo participativo*. 2005. 291 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

WHITE, S. M.; LAMBE, C. J. T. The pathophysiology of cocaine abuse. *J. Clin. Forensic Med.*, Edinburgh, v. 10, n. 1, p. 27-39, Mar. 2003.

WILLS, T. A.; YAEGER, A. M.; SANDY, J. M. Buffering effect of religiosity for adolescent substance use. *Psychol. Addict. Behav.*, Indianapolis, v. 17, n. 1, p. 24-31, Mar. 2003.

YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. 2006. 208 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

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

ZENI, T. C.; ARAUJO, R. B. O relaxamento respiratório no manejo do craving e dos sintomas de ansiedade em dependentes de crack. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul*, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 116-119, 2009.

ZILLMER, J. G. V; SCHWARTZ, E.; MUNIZ, R. M. O olhar da enfermagem sobre as práticas de cuidado de famílias rurais à pessoa com câncer. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1371-1378, 2012.

ZOBOLI, E. L. C. P. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma Bioética clínica amplificada. *Mundo Saúde*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 195-204, 2009.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar do estudo **“Familiares dos usuários de crack em um CAPS: avaliação das necessidades de cuidados”**, que tem por objetivo avaliar as necessidades de cuidados dos familiares de usuários de crack em um Centro de Atenção Psicossocial.

Para a coleta de dados será utilizada observação e entrevista semiestruturada. Essa entrevista terá duração média de 60 (sessenta) minutos, e compreenderá questões abertas sobre as necessidades identificadas pelos familiares.

A entrevista será gravada para posterior transcrição e análise de informações. Será respeitada a identidade dos participantes, quanto às informações prestadas. Você poderá interromper a entrevista, se necessário, como também não responder perguntas e solicitar que o gravador seja desligado.

No presente consentimento, declaro que fui informado(a) de forma clara, sem constrangimento ou coerção, dos objetivos, da justificativa e da metodologia do presente estudo.

E também é informado da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa e destino das fitas após a coleta de dados, da liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, e do sigilo de suas informações. Salienta-se que os possíveis riscos aos participantes não são previsíveis neste estudo. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado em duas (2) vias idênticas, sendo que uma (1) cópia fica com o participante e a outra com o pesquisador.

A aluna e pesquisadora deste trabalho é Maria de Lourdes Custódio Duarte (malulcd@yahoo.com.br, 51 92650696) e a professora orientadora é a Dra. Agnes Olschowsky (agnes@enf.ufrgs.com.br, 51 96538685). Permite-se ser chamada a cobrar.

Uruguaiana ___/___/___

Assinatura e telefone do Participante: _____

Assinatura do Aluno Pesquisador: _____

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul(UFRGS) F: (51)33083738, em _____.

APÊNDICE B – Roteiro de Observação

Serviço

- Número de salas e distribuição;
- Ambiente (privacidade, ruídos, limpeza, iluminação);
- Adequação para o trabalho desenvolvido (espaço, decoração, luminosidade);
- Oferta de atendimentos (tipo de atividades, oficinas, atendimentos individuais, grupos, visitas domiciliares);
- Característica dos familiares (forma de acesso ao serviço, condição social e econômica, etc);
- Funcionamento do serviço (características, horários, entre outros);
- Cronograma de atividades;
- Ofertas de atendimento (tipos, distribuição, características);
- Como se dá o planejamento das ações no serviço (em que momento e espaço se planeja, com que periodicidade);
- Existe algum tipo de planejamento das ações?
- Como se dá o acesso, acolhimento dos familiares e usuários de *crack* no serviço? Como é estabelecido o plano terapêutico?
- Como o serviço faz movimentos de articulação no território?
- Quais as propostas do serviço no sentido da inserção social do usuário de *crack* e se familiar no território?
- Observar relações se serviço (coordenador, trabalhadores, usuários de *crack* e seus familiares) com a Secretaria Municipal de Saúde e com o Conselho Municipal de Saúde – movimentos de diálogo, negociação, enfrentamento, participação, representatividade;
- Que tipo de reuniões são realizadas no Serviço?
- Quais temas, conteúdos, características e coordenador dessa reunião?

Atendimento aos Familiares de usuários de crack

- Que atividades são destinadas a essas famílias?
- Profissional (is) que realizou (aram) o atendimento;
- Identificação do problema que levou a procurar o serviço;
- Relação familiar e profissional;
- Escuta;
- Uso de normas do serviço (rígida ou não);
- Conduta do profissional frente ao caso;
- Como esse familiar foi resolvido;
- Recebimento de informações necessárias sobre a intervenção;
- Quem e que orientação é feita para quem não consegue atendimento no CAPS;
- Como é o acesso a outros atendimentos, como oficinas, visitas domiciliares, grupos, etc?
- Como é realizado esses registros? Qual seu conteúdo?
- Quais os critérios utilizados para viabilizar o acesso ao atendimento?
- Que critérios são utilizados para rechaço de demanda (reprimida). Se há familiares de usuários de *crack* que voltam sem serem atendidos.
- Como se dá a participação dos Familiares nas decisões em relação ao plano terapêutico?

Trabalhadores (foco no atendimento aos Familiares de usuários de crack)

- Observar as características do vínculo de cada profissional com os Familiares de usuários de crack;
- Observar o conhecimento dos profissionais acerca dessas famílias e do seu meio social;
- Observar as dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho da equipe para o atendimento a essas famílias e quais as estratégias de superação dessas dificuldades;
- Observar afinidades ou não da equipe no atendimento a essas famílias.

APÊNDICE C – Roteiro da Entrevista: Equipe**1- Identificação**

Nome: _____

Formação Profissional: _____

Idade: _____

Sexo: () M () F

Tempo em que trabalha no serviço: _____

2- Roteiro da Entrevista SemiestruturadaA) Fale sobre o atendimento dos familiares dos usuários de *crack* no CAPS AD.B) Fale sobre as facilidades e dificuldades para o atendimento dos familiares de *crack* no CAPS AD.

APÊNDICE D – Roteiro da Entrevista: Usuários**1- Identificação**

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: () M () F

Tempo em que frequenta o serviço: _____

Tempo de uso do *crack*: _____**2- Roteiro da Entrevista Semiestruturada**

A) Fale como você percebe o atendimento da sua família no CAPS AD.

APÊNDICE E – Roteiro da Entrevista: Família**1- Identificação**

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: () M () F

Tempo em que frequenta o serviço: _____

2- Roteiro da Entrevista Semiestruturada

A) Fale sobre o atendimento que você recebe no CAPS AD.

B) Fale sobre as facilidades e dificuldade para que você seja atendido no CAPS AD.

APÊNDICE F – Termo de cessão de direito do uso de imagem

Termo de cessão de direito de uso da imagem

(Lei nº 9610, de 19/2/1998)

Pelo presente instrumento, eu, abaixo identificado, autorizo a utilização da minha imagem para fins de divulgação e relatório do estudo “Familiares dos usuários de *crack* em um CAPS AD III: avaliação das necessidades de cuidados”.

Esta autorização inclui o uso de todo material criado que contenha as imagens fotográficas cujo uso ora é cedido, a UFRGS, notadamente para comunicação ao público, tais como apresentações, palestras, exposições, material impresso, CD, DVD, rádio, televisão, bem como sua disseminação via internet, sem limitação de tempo ou número de exposições.

A Universidade Federal do Rio Grande do Sul, na condição de única titular dos direitos de imagem sobre o material produzido, poderá dispor dele livremente para qualquer modalidade de utilização que tenha por finalidade divulgar o estudo “Familiares dos usuários de *crack* em um CAPS AD III: avaliação das necessidades de cuidados”, não cabendo a mim qualquer direito ou remuneração, a qualquer tempo e título.

Uruguaiana, _____, setembro de 2012.

Assinatura: _____

Nome: _____

ANEXO A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética

