



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ANDRESSA PANDINI**

**REDE SOCIAL DA FAMÍLIA DE USUÁRIOS DE DROGAS: CUIDADO DE  
ENFERMAGEM PELO PROCESSO *CLINICAL CARITAS***

**MARINGÁ  
2012**

**ANDRESSA PANDINI**

**REDE SOCIAL DA FAMÍLIA DE USUÁRIOS DE DROGAS: CUIDADO DE  
ENFERMAGEM PELO PROCESSO *CLINICAL CARITAS***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: O cuidado nos diferentes ciclos da vida.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Angélica Pagliarini Waidman (*in memoriam*)

**MARINGÁ  
2012**

### Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

P189r	<p>Pandini, Andressa</p> <p>Rede social da família de usuários de drogas : cuidado de enfermagem pelo processo <i>clinical caritas</i> / Andressa Pandini. -- Maringá, 2012. 140 f. : il.</p> <p>Orientador: Profa. Dra. Maria Angélica Pagliarini Waidman.</p> <p>Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2012.</p> <p>1. Saúde mental. 2. Usuários de drogas. 3. Doente mental - Família. 4. Rede social. 5. Cuidados de enfermagem. 6. Enfermagem. I. Waidman, Maria Angélica Pagliarini, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.</p> <p>CDD 22.ed. 610.73</p>
-------	---

ANDRESSA PANDINI

**REDE SOCIAL DA FAMÍLIA DE USUÁRIOS DE DROGAS: CUIDADO DE  
ENFERMAGEM PELO PROCESSO *CLINICAL CARITAS***

Aprovado em: 14 de dezembro de 2012.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Angélica Pagliarini Waidman (Orientadora) (*in memoriam*)  
Universidade Estadual de Maringá – UEM

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Valéria Cristina Christello Coimbra  
Universidade Federal de Pelotas – UFPEL

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Magda Lúcia Felix de Oliveira  
Universidade Estadual de Maringá – UEM

## DEDICO

À minha mãe, Rosali, que a vida toda me incentivou para realizar todos os meus sonhos, investiu em meus estudos e contribuiu com todo amor e carinho para que eu enfrentasse as dificuldades e delas extraíssem motivações para seguir adiante.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Angélica Pagliarini Waidman (*in memoriam*), ser iluminado, que tanto lutou para a concretização deste trabalho, por acreditar em meu potencial, pelo incentivo, pelas palavras de carinho, pelo exemplo de cuidadora e educadora e por me mostrar que é possível cuidar de forma diferente das pessoas com transtorno mental e sua família.

Às famílias de usuários de drogas que generosamente abriram as portas de suas casas e de suas vidas para a realização deste estudo.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, Ser supremo, por ter-me dado força e sabedoria para vencer mais essa etapa de minha vida pessoal e profissional. Que, principalmente, diante das dificuldades surgidas provou-me todo seu Amor, fazendo com que eu soubesse entender, pois tudo acontece de acordo com sua vontade e no tempo certo. Obrigada por me guiar, iluminar, preparar e abençoar.

À minha família, por depositarem confiança em mim e pelo apoio incondicional para a concretização desta etapa importante da minha vida. Agradeço aos meus pais, Altair e Rosali, em especial a minha mãe, pelo amor, carinho, incentivo e dedicação em todos os momentos dessa caminhada. Aos meus avôs, Eloi e Olívia, pelo carinho e palavras de conforto. Enfim, a toda a minha família. Vocês são minha fortaleza, meu exemplo, meu orgulho. Amo muito vocês!

Ao meu namorado, Jean, por sempre estar ao meu lado cobrindo-me de amor, carinho, apoio, incentivo e compreensão, em especial, no momento delicado de finalização deste trabalho.

À minha orientadora, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Angélica Pagliarini Waidman (*in memoriam*), que foi especialmente amiga e conselheira. Pela trajetória que me ajudou a traçar, pela confiança e respeito com que sempre me acolheu e o carinho com que esteve ao meu lado, apoiando e orientando com sabedoria a realização desta pesquisa. Obrigada pelos momentos que pude estar ao seu lado, sempre permeados por muito amor, carinho, compreensão e aprendizado, configurou-se como uma verdadeira mãe. Jamais esquecerei o exemplo de pessoa e profissional que me mostrou o verdadeiro caminho do cuidado. Não tenho palavras para agradecê-la, foi um prazer poder compartilhar de toda sua experiência.

À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sonia Silva Marcon, que tomou as rédeas na etapa de finalização desta pesquisa, apoiando-me e orientando-me com sabedoria.

Às amigas Marcelle e Eloana, pelo inestimável apoio, contribuição e incentivo nos momentos de dificuldades, angústias e desabafos, vocês foram fundamentais para a conclusão deste trabalho.

Aos colegas e amigos de turma, Jacqueline, Bruna, Jocimara, Danielle, Mayckel, Gabriela, Simone, Wiliam e Larissa que sempre estiveram presentes, cada um contribuindo

com suas experiências, complementando dia a dia nosso conhecimento e tornando a jornada mais leve.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, que cada um em suas áreas me possibilitou a melhor forma de trilhar este caminho acadêmico.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pela contribuição por meio da bolsa de estudo fornecida durante a realização deste Mestrado.

À secretária do mestrado, Cristiane de Azevedo Druciak, pela sua valiosa colaboração durante esses dois anos.

Às famílias de usuário de drogas que permitiram a realização desta pesquisa e com braços abertos me acolheram em seus lares.

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a execução dessa Dissertação de Mestrado.

Tudo que existe e vive precisa ser cuidado para continuar existindo.  
Uma planta, uma criança, um idoso, o planeta Terra. Tudo o que vive precisa ser alimentado.

Assim, o cuidado, a essência da vida humana, precisa ser continuamente alimentado. O cuidado vive do amor, da ternura, da carícia e da convivência.

(Leonardo Boff)



PANDINI, A. **Rede social da família de usuários de drogas: cuidado de enfermagem pelo processo *clinical caritas***. 140 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Maria Angélica Pagliarini Waidman (*in memoriam*). Maringá, 2012.

## RESUMO

O uso e abuso de drogas é atualmente um dos principais problemas sociais e de saúde pública em todo o mundo e gera consequências para a vida de usuários, famílias e comunidades. A convivência com o usuário de drogas pode causar grande impacto no núcleo familiar, dependendo da qualidade das relações entre seus membros, das características externas e internas da família, do estágio de seu ciclo vital e do contexto sociocultural em que ela está inserida. As intervenções às pessoas usuárias de drogas seguem os mesmos princípios da Reforma Psiquiátrica no Brasil, em que se busca a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade, nas redes sociais dos usuários e na atenção à família. Portanto, é muito importante conhecer a família que vivencia esta problemática, compreender seu comportamento, sentimentos e significados atribuídos a esta experiência. Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi compreender a rede social das famílias que convivem com usuários de álcool e outras drogas realizando uma experiência de cuidado de enfermagem a elas. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, realizada em Maringá-PR, e que utilizou como referencial teórico o processo *clinical caritas* da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson. Participaram do estudo dez famílias de usuários de drogas atendidas em uma unidade básica de saúde que possui em sua área de abrangência os maiores indicadores municipais de internação e violência relacionados às drogas de abuso. Os dados foram coletados no período de janeiro e março de 2012, por meio de entrevistas semiestruturadas, construção do Genograma e Ecomapa e de registros referentes ao desenvolvimento da prática assistencial realizada no domicílio de três famílias. Durante a mesma, foram realizados cuidados de enfermagem tendo como referencial o processo *clinical caritas* de Watson. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática. Os resultados revelaram que o convívio com o familiar usuário de drogas é difícil pelo seu comportamento imprevisível, o não-reconhecimento por parte da família do problema como doença, o isolamento social, além de sobrecarga financeira, física e psicológica. Tais problemas refletem de maneira negativa na rede social das famílias, que se apresentam fragilizada em relação a amigos, vizinhos e serviços de apoio. O Genograma e Ecomapa permitiram identificar que as famílias em estudo são do tipo monoparentais e/ou expandidas, que o usuário geralmente não trabalha e tem baixa escolaridade, e que a rede social destas famílias é constituída basicamente por membros da família extensa e por pessoas ligadas a crenças religiosas. A rede social do usuário de drogas está constituída por pessoas que frequentam o bar, a boca de fumo e em menor número o CAPS-AD. O cuidado às famílias no domicílio esteve centralizado nas fragilidades intra e extrafamiliares, e na valorização das redes sociais como fonte de apoio para o enfrentamento dos problemas, buscando tornar o convívio familiar mais harmonioso. A experiência de cuidado ajudou as famílias a lidarem com a realidade das drogas com menos sofrimento. Destarte, concluiu-se que é preciso conhecer o contexto de vida e a rede social das famílias de usuários de drogas para prestar uma assistência mais adequada às

suas reais necessidades e recursos, facilitando o processo de reorientação do tratamento e ampliando o rol de estratégias voltadas à reabilitação e a promoção da saúde familiar.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Usuários de Drogas. Família. Rede Social. Cuidado. Enfermagem.

PANDINI, A. **The social network of the drug users' family**: nursing care as from the *clinical caritas* process. 140 f. Dissertation (Master in Nursing) – State University of Maringá. Supervisor: Maria Angélica Pagliarini Waidman. Maringá, 2012.

## ABSTRACT

Drug use and abuse is currently one of the main social and public health problems worldwide with deep consequences for users, their families and communities. Since drug abuse is a mental illness, interventions are similar to the process involving Psychiatric Reform in Brazil by which the promotion of alternative models centered on the community, social networks and family care are provided. Conviviality with the drug user may have a great impact on the family nucleus and depends on relationship quality among members, external and internal family characteristics, on the stage of the life cycle and on the social and cultural context in which it is inserted. Knowledge on the family that experiences the problem and an understanding of its behavior, feelings and meaning attributed to the experience are highly relevant. Current essay investigates the social network of the families that live together with alcohol and drug users and the nursing care towards them. The descriptive qualitative research, the case study, performed in Maringá PR Brazil was foregrounded on the theoretical referential of the clinical caritas process of Jean Watson's Transpersonal Care Theory. Ten families of drug users attended to at a health unit in the above-mentioned municipality participated in the research. The unit was selected owing to its above-average indexes of hospitalization and violence related to drug abuse. Data were collected between January and March 2012 through half-structured interviews, by Genograms and Ecomaps and from reports on the development of a home assistance practice with three families. Nursing care, foregrounded on Watson's clinical caritas process, was conducted. Data underwent content analysis, theme mode. Results revealed that conviviality with drug users is difficult due to their unforeseen behavior, the lack of acknowledgement by the family with regard to the problem status as illness, social isolation, and financial, physical and psychological load. The problems negatively impact the families' social network which becomes fragile with regard to friends, neighbors, support services and others. Genogram and Ecomap reveal that families are mono-parental and/or expanded families, that the users are generally unemployed and have low schooling, and that the social network of the families is basically built by members of the extended family and by people linked by religious beliefs. The drug users' social network is made up of people who frequent the bar, the smoking site and CAPS-ad. Family care at home is centered on the intra and extra family fragilities and on the valorization of social networks as a support source to face problems and make harmonious the return to family conviviality. Care helped the families to deal with the world of drugs with the least pain. Life context and the families' social network of drug users should be understood so that a more adequate assistance could be provided. In fact, the above facilitates the process of reorientation of treatment and broadens the list of strategies towards rehabilitation and promotion of the family health.

**Keywords:** Mental health. Drug users. Family. Social network. Care. Nursing.

PANDINI, A. **Red social de la familia de usuarios de drogas: cuidado de enfermería a partir del proceso *clinical caritas***. 140 f. Dissertación (Maestría en Enfermería) – Universidad Estadual de Maringá. Líder: Maria Angélica Pagliarini Waidman. Maringá, 2012.

## RESUMEN

El uso y abuso de drogas es, actualmente, uno de los principales problemas sociales y de salud pública en todo el mundo, genera consecuencias para la vida de usuarios, familias y comunidades. Al ser considerada como enfermedad mental, pasa a ser Diana de las mismas intervenciones que señalan el proceso de Reforma Psiquiátrica en Brasil, en que se busca la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad, en las redes sociales de los usuarios y en la atención a la familia. La convivencia con el usuario de drogas puede causar gran impacto en el núcleo familiar, dependiendo de la calidad de las relaciones entre sus miembros, de las características externas e internas de la familia, de la etapa de su ciclo vital y del contexto sociocultural en que ella está inserida. Por lo tanto, es muy importante conocer a la familia que vivencia esta problemática, comprender su comportamiento, sentimientos y significados atribuidos a esta experiencia. Delante del expuesto, el objetivo de este estudio fue comprender la red social de las familias que conviven con usuarios de alcohol y otras drogas y realizar un cuidado de enfermería a ellas. Se trata de una investigación descriptiva con abordaje cualitativo, el estudio de caso, realizada en Maringá-PR, y que utilizó como referencial teórico el proceso *clinical caritas* de la Teoría del Cuidado Transpersonal de Jean Watson. Participaron del estudio diez familias de usuarios de drogas atendidas en una unidad básica de salud del municipio en cuestión, una vez que, esta unidad posee en su área de alcance los mayores indicadores municipales de internación y violencia relacionados a las drogas de abuso. Los datos fueron recolectados en el período de enero y marzo de 2012, por intermedio de entrevistas semi-estructuradas, construcción del Genograma y Ecomapa y a partir de los registros referentes al desarrollo de una práctica asistencial realizada en el domicilio de tres familias. Mientras tanto, fueron realizados cuidados de enfermería teniendo como referencial el proceso *clinical caritas* de Watson. Los datos fueron sometidos al análisis de contenido modalidad temática. Los resultados apuntaron que el convivio con el familiar usuario de drogas es difícil debido a su comportamiento imprevisible, el no reconocimiento por parte de la familia del problema como enfermedad, el aislamiento social, además de sobrecarga financiera, física y psicológica. Tales problemas reflejan de manera negativa en la red social de las familias, que se presentan fragilizadas en relación a amigos, vecinos, servicios de apoyo y otros. La utilización de los instrumentos Genograma y Ecomapa, permitieron identificar que las familias en estudio son del tipo monoparientales y/o expandidas, que el usuario generalmente no trabaja y tiene baja escolaridad, y que la red social de estas familias es constituida básicamente por miembros de la familia extensa y por personas ligadas a creencias religiosas. La red social del usuario de drogas está constituida por personas que frecuentan el bar, encuentro de drogadictos y CAPSad. El cuidado a las familias en el domicilio estuvo centralizado en las fragilidades intra y extra familiares, y en la valoración de las redes sociales como fuente de apoyo para el enfrentamiento de los problemas, buscando volver el convivio familiar más armonioso. El cuidado ayudó a las familias a lidiar con la realidad de las drogas con menos

sufrimiento. Además, se concluyó que es necesario conocer el contexto de vida y la red social de las familias de usuarios de drogas para dar una asistencia más adecuada a sus reales necesidades y recursos, facilitando el proceso de reorientación del tratamiento y ampliando el abanico de estrategias volcadas a la rehabilitación y la promoción de la salud familiar.

**Palabras-clave:** Salud mental. Usuarios de drogas. Familia. Red social. Cuidado. Enfermería.

## APRESENTAÇÃO

O presente estudo é parte integrante do projeto de pesquisa desenvolvido no “Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PET Saúde Mental UEM – Promoção, Prevenção e Recuperação/Reinserção Social em Saúde Mental: um olhar para portadores de transtornos mentais e suas famílias, principalmente usuários de Crack e Álcool”, desenvolvido com apoio financeiro do Ministério da Saúde. O projeto teve o objetivo de desenvolver atividades de promoção, prevenção e recuperação a usuários de álcool e outras drogas por meio de ações multiprofissionais realizadas por alunos, professores e profissionais de diferentes áreas da Saúde em todos os serviços que compõem a rede de saúde mental do município de Maringá-Paraná.

Um de seus subprojetos, o qual se refere a esta dissertação, teve como objetivo compreender a rede social das famílias que convivem com usuários de álcool e outras drogas realizando uma experiência de cuidado de enfermagem a elas.

Aderindo ao recente modelo sugerido pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá – PR, os resultados que compõem esta dissertação estão apresentados em forma de três artigos.

Artigo 1: **Percepção da família do usuário de drogas sobre rede social: estudo de caso**, que teve o intuito de conhecer a rede social das famílias de usuários de drogas na visão do familiar, e contemplou o seguinte objetivo da dissertação: depreender a percepção da família que convive com usuários de drogas sobre rede social.

Artigo 2: **Conhecendo a rede social de apoio do usuário de drogas: Genograma e Ecomapa como recurso**, o qual buscou conhecer as redes intra e extrafamiliar das famílias que convivem com usuários de drogas e, abarcou o objetivo: conhecer os aspectos da estrutura/dinâmica e a rede social das famílias de usuários de drogas por meio das ferramentas Genograma e Ecomapa.

Artigo 3: **Cuidado de enfermagem à família de usuários de drogas: o processo *clinical caritas* como subsídio**, que relatou a experiência de cuidado às famílias de usuários de drogas, segundo pressupostos da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson e, respondeu ao seguinte objetivo: realizar uma experiência de cuidado de enfermagem a famílias de usuários de drogas baseada no processo *clinical caritas* de Jean Watson.

## LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANEP	Associação Nacional de Empresas de Pesquisa
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial – infantil
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NIS	Núcleo Integrado de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCC	Processo <i>Clinical Caritas</i>
RD	Redução de Danos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
THD	Técnico em Higiene Dental
TM	Transtornos Mentais
UBS	Unidade Básica de Saúde
Unesco	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes
VD	Visita Domiciliar

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### ARTIGO 2

Quadro 1	Caracterização dos usuários de drogas e familiares participantes do estudo. Maringá – PR, janeiro a março de 2012 .....	77
Figura 1	Genograma Família 4. Maringá – PR, janeiro a março de 2012 .....	79
Quadro 2	Histórico das famílias com usuários de álcool e outras drogas. Maringá – PR, 2012 .....	81
Figura 2	Ecomapa Família 1. Maringá – PR, janeiro a março de 2012 .....	83

### ARTIGO 3

Quadro 1	Caracterização dos usuários e de suas famílias. Maringá – PR, janeiro a março de 2012 .....	95
----------	---	----



## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
1.1	Minha trajetória em Saúde Mental: do medo ao despertar da compreensão .....	17
1.2	A importância da rede social de apoio no cuidado a famílias que convivem com usuários de drogas .....	27
2	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	34
2.1	A Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson .....	35
2.2	Conceitos empregados da pesquisa .....	38
3	<b>OBJETIVOS</b> .....	44
3.1	Objetivo geral .....	44
3.2	Objetivos específicos .....	44
4	<b>METODOLOGIA</b> .....	45
4.1	Tipo de estudo .....	45
4.2	Local do estudo .....	46
4.3	Colaboradores da pesquisa .....	48
4.4	Técnica e coleta dos dados .....	49
4.5	Procedimento de análise dos dados .....	53
4.6	Aspectos éticos .....	54
5	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	56
5.1	Artigo 1: Percepção da família do usuário de drogas sobre rede social: estudo de caso .....	56
5.2	Artigo 2: Conhecendo a rede social de apoio do usuário de drogas: Genograma e Ecomapa como recurso .....	72
5.3	Artigo 3: Cuidado de enfermagem à família de usuários de drogas: o processo <i>clinical caritas</i> como subsídio .....	88
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	106
7	<b>IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, A PESQUISA E A PRÁTICA DA ENFERMAGEM</b> .....	109
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	111
	<b>APÊNDICES</b> .....	122
	<b>ANEXOS</b> .....	137

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Minha trajetória em Saúde Mental: do medo ao despertar da compreensão

Desde minha infância, tive pouco contato com pessoas com transtornos mentais, e nesses raros encontros, sempre surgia o sentimento de medo e apreensão que somados a falta de conhecimento gerava necessidade de distanciamento, uma vez que se ouvia: “Fique longe, nunca sabemos como eles podem agir”. Pela manifestação dos sintomas, o isolamento e as condições em que se encontravam tornava-se claro para mim o pedido de ajuda que eles transmitiam e que passou a me instigar o porquê estavam à margem da sociedade no momento em que precisavam tanto de assistência.

Com o decorrer do tempo, e a chegada da época do vestibular, a Enfermagem entrou em minha vida, a escolha por esse curso se deu por muita pesquisa e conversa com profissionais atuantes na área. Foi a profissão que mais me chamou a atenção dentre as da área da Saúde, pelo fato de a enfermagem se aproximar do ser humano e buscar entendê-lo em todas as suas necessidades, para que assim, possa formular estratégias de assistência adequadas. Portanto, esse lado humanista da enfermagem me conquistou, pois vinha de encontro com meus anseios, do agir com e para o outro.

No ano de 2006, ingressei no curso de enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. O meu primeiro contato com a saúde mental foi em 2007, no segundo ano de graduação, em que tive a oportunidade de participar de um projeto de iniciação científica que alavancou meu interesse pela pesquisa, intitulado “Transtornos Mentais e HIV/AIDS: um estudo bibliográfico”, com o objetivo de descrever a relação entre o diagnóstico positivo de HIV/AIDS e o desencadeamento de transtornos mentais. Por meio deste projeto, pude me aprofundar nas questões que envolvem esse tema, o sofrimento e as dificuldades da pessoa com transtorno mental e sua família, o paradigma da desinstitucionalização e a situação dos serviços públicos de atenção à saúde mental.

Por essa “contextualização da loucura”, passei a entender melhor o universo das pessoas com transtorno mental e o histórico de seu tratamento, muitas vezes desumano e baseado no isolamento, decorrentes de problemas assistenciais, políticos e econômicos. Foi pela informação e pelo conhecimento que passei do medo à compreensão.

Desde então, sensibilizada com a situação em que as pessoas com transtornos mentais e sua família se encontravam e pela precária assistência prestada a eles, continuei instigada a participar de projetos nessa área a fim de entender o porquê de o sistema de saúde pública na área da Saúde Mental não funcionar eficientemente, quais as dificuldades e limitações dos profissionais e, ainda, apreender o processo de cuidar das famílias para com seus membros que sofrem de transtornos mentais, já que estes retornaram ao convívio familiar com a reforma psiquiátrica.

Para tanto, em 2008, participei de outro projeto de iniciação científica também na área de Saúde Mental, “Família e Transtorno Mental: a Relação do Atendimento Recebido pelo Serviço Público de Saúde e as Atividades de Cuidado Desenvolvidas no Domicílio”, por meio deste projeto percebeu-se como as famílias se sentem despreparadas para lidar com seu membro com transtorno mental, e também a pouca participação dos profissionais de saúde neste processo. As famílias relatam que é difícil a convivência com o membro com transtorno mental, pois implica em mudança de rotina, sobrecarga física e emocional, questões financeiras, a manifestação dos sintomas, preconceito da comunidade, entre outros (WAIDMAN; SCARDOELLI; PANDINI, 2010).

Isto é corroborado por outros estudos que constataram que a presença do transtorno mental no ambiente familiar provoca mudanças na rotina, hábitos e costumes da família. O impacto do diagnóstico implica a necessidade de adaptação, pois a família vivencia uma situação de desgaste, como problemas com o relacionamento familiar, estresse, perda do controle, dependência, recaídas e comportamento do doente com transtorno mental no período das crises (PEREIRA; PEREIRA JR., 2003; WAIDMAN, 2004).

Por esse contexto, percebe-se a importância da presença da família na inserção das estratégias de cuidado em saúde mental, no entanto, as famílias sentem-se desamparadas e desassistidas pelos profissionais da saúde (WAIDMAN; SCARDOELLI; PANDINI, 2010). E, como futura enfermeira, busquei entender quais eram os motivos dessa falta de atenção dos profissionais da saúde, principalmente enfermeiros, para com os pacientes com transtorno mental e sua família.

Em 2009, participei de um último projeto de iniciação científica na graduação, que teve por objetivo abordar se os profissionais de saúde da atenção básica sentiam-se capacitados para prestar assistência aos pacientes com transtorno mental e sua família e, ainda, quais as atividades que desenvolviam com esse grupo na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Com este projeto, salientou-se que os profissionais de saúde de maneira geral não se sentem capacitados para lidar com o paciente com transtorno mental e família, conforme visto também no estudo de Ribeiro et al. (2010) revelando o despreparo dos profissionais para trabalhar com o transtorno mental e suas subjetividades no cotidiano, dificuldades de adequação da assistência às realidades locais, a tendência à medicalização dos sintomas e, por fim, a dificuldade de estabelecer de fato serviços de apoio e de referência e contrarreferência.

Ainda em 2009, no último ano da graduação, cursei a disciplina de Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica, realizando estágio em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), em uma Emergência Psiquiátrica e visita a um Hospital Psiquiátrico. Foi a primeira vez que entrei em contato com pessoas com doenças mentais. Nos anos anteriores em que participei de pesquisas, tive contato somente com suas famílias e profissionais de saúde.

O primeiro contato não foi fácil de imediato pela estranheza e um pouco de receio, no entanto, não me deparei com pessoas perigosas, agressivas ou loucas conforme o conceito popular, pelo contrário, deparei-me com indivíduos com história de vida, medo, angústias, sonhos e inteligência, fazendo-me visualizar o outro lado deste universo, não somente de indivíduos com diagnóstico de transtorno mental, mas todos os aspectos que transcendem a vida de qualquer ser humano.

Pude verificar em loco (serviço de saúde mental e domicílio) as reais condições de vida das pessoas com transtornos mentais e sua família, objetivando maior aproximação sem pré-preconceitos e estabelecer vínculos com os mesmos, a fim de contribuir com a melhora de sua saúde colocando em prática todo o embasamento teórico aprendido no decorrer da graduação.

Outro fato que me chamou atenção foi o estágio na emergência psiquiátrica, pelo grande número de pacientes internados por transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Até o momento, eu havia trabalhado na graduação apenas com transtornos mentais de outras ordens como depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia, entre outros. E neste local de estágio tive a oportunidade de ter contato com o universo das drogas, que também era um mundo a parte em minha vida, desconhecido, temeroso e permeado por preconceitos. Na relação com eles, pude perceber o uso de drogas como doença, uma vez que afeta todos os âmbitos de vida da pessoa, primeiramente a família, mas também o trabalho, amigos, vizinhos e vida social.

O contato com usuários de drogas me instigou muito interesse, e pelo gosto pela área de pesquisa sabia que assim que tivesse oportunidade de iniciar o mestrado gostaria de pesquisar essa área específica da saúde mental.

Em 2010, recém-formada fui à busca de meu primeiro emprego. Minha vida profissional como enfermeira teve início em um hospital privado que atende SUS, no município de Laranjeiras do Sul – PR, cidade com pouco mais de 30 mil habitantes, responsável por atender vários municípios e distritos vizinhos.

Apesar de o hospital atender todo tipo de população, o que novamente me chamou a atenção foi o grande número de atendimentos relacionados ao uso/abuso de álcool e outras drogas. Pude perceber que o tratamento ainda estava pautado no modelo tradicionalista, baseado no internamento com ações na medicalização das crises de abuso ou de abstinência. Após meses de trabalho, fui enfim aprovada no mestrado, e assim pude colocar em prática meu desejo de pesquisar e trabalhar com o universo das drogas a fim de oferecer um cuidado adequado a estas pessoas e sua família.

As drogas de abuso, ou também drogas psicotrópicas, são consideradas substâncias que, ao serem introduzidas no organismo, interferem no funcionamento do sistema nervoso central provocando mudanças da percepção, do humor, das sensações de prazer, no alívio do medo, da dor, das frustrações, das angústias, e podem ser classificadas em drogas de abuso lícitas e ilícitas (CARLINI et al., 2001; NICASTRI, 2011).

As drogas de abuso lícitas são produtos contendo substâncias psicoativas cuja produção, comercialização e uso não são criminalizados, incluindo tabaco, o álcool e os medicamentos. As drogas ilícitas, no entanto, têm comercialização, produção e uso proibidos e são passíveis de criminalização e repressão, tais como maconha, cocaína, heroína e solventes (BRASIL, 2010).

As drogas de abuso também são classificadas de acordo com a ação que exercem sobre o sistema nervoso central, em depressoras, estimulantes e perturbadoras. As drogas depressoras causam uma diminuição global ou de certos sistemas específicos do sistema nervoso central, reduzindo a atividade motora, a ansiedade, a atenção, a concentração, a capacidade de memorização e a capacidade intelectual. As estimulantes aceleram a atividade de determinados sistemas neuronais, trazendo como consequências o estado de alerta exagerado, insônia e aceleração dos processos psíquicos. As perturbadoras, produzem uma série de distorções qualitativas no funcionamento do cérebro, como delírios, alucinações e alteração na senso-percepção (NICASTRI, 2011).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem álcool e outras drogas de forma abusiva, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo (BRASIL, 2004a).

O consumo e o impacto social do uso de drogas de abuso são temas de grande preocupação social na atualidade. Resultados de diferentes pesquisas identificam crescente aumento do consumo de drogas de abuso para fins recreativos, redução da idade de iniciação e facilidade de obtenção das drogas, por diferentes formas de produção e preços mais acessíveis (BÜCHELE; COELHO; LINDNER, 2009; CARLINI, 2010; MOMBELLI; MARCON; COSTA, 2010).

Os documentos internacionais também expõem a falta de serviços para tratamento de usuários de drogas em todo o mundo. Estima-se que, em 2008, apenas um quinto dos usuários de drogas dependentes recebeu tratamento, o que significa cerca de 20 milhões de pessoas dependentes de drogas não tiveram tratamento adequado (OEDT, 2009; UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2010).

Apesar de o aumento do uso e abuso de drogas, os profissionais de saúde não se adequaram para essa realidade, o que se vê é uma assistência tradicionalista, voltada para a imagem do médico, com internamentos para remissão de crises de abstinência ou de excesso de uso com medicalização e falta de programas na atenção básica.

No entanto, o usuário de drogas também é um cidadão merecedor de direitos e em exercício pleno da cidadania, que deve ser acolhido e vinculado como qualquer outro usuário dos serviços de saúde e assistido de forma integral, equânime e justa em sua singularidade e inserção sociocultural. Este atendimento deve ser coerente com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), orientado pela universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, pelo vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social, com a mudança no paradigma de “doentes” para novos cidadãos (BRASIL, 2004).

Em relação às políticas públicas de enfrentamento dos problemas de saúde, decorrentes do uso de drogas e álcool, o governo brasileiro reconheceu o seu atraso histórico, consequência do fato de não ter sido considerada a possibilidade do desenvolvimento de transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias, o que retardou a visualização do problema sob a ótica da saúde mental (BRASIL, 2004).

Ao existir a possibilidade de desenvolver transtornos mentais pelo uso de substâncias, o uso de drogas passa a ser alvo das mesmas intervenções que marcam o

processo da reforma psiquiátrica no Brasil, em torno de 1980, que propôs a desconstrução e a desinstitucionalização das práticas hospitalares, sob a lógica de desmontar a exclusão, contenção e internamento desses pacientes (PINHO; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2008).

Em 2004, o Ministério da Saúde divulgou o documento *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*, com o objetivo de estruturar e fortalecer uma rede de assistência centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços de saúde e sociais, baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial, devidamente articulado à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde. Tais dispositivos devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, da lógica ampliada de redução de danos, da procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2004).

Com essa visão, houve a implantação de novos modelos de atenção à saúde mental principalmente usuários de drogas como os CAPS (Centro de Reabilitação Psicossocial) tipo I, II e III, NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), outros relacionados com o álcool, crack e outras drogas e transtornos mentais, como os Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS-AD), o CAPSi (crianças e adolescentes); redução dos leitos psiquiátricos e tempo de internação, instalação de Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais, consultórios de rua, centros de convivência e a inclusão da saúde mental na Atenção Primária que passaram a ser consideradas as principais estratégias de tratamento, bem como de redução de danos, prevenção, promoção e reabilitação da saúde (BEZERRA; DIMESTEIN, 2009).

Nesse contexto, os serviços extra-hospitalares de saúde mental surgiram em vários municípios do país e se consolidaram como dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial. Os CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e definidos como unidades de saúde locais, regionalizadas, que devem oferecer atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar (BRASIL, 2004). Entretanto, somente com a Portaria do Ministério da Saúde GM 336, de 19 de fevereiro de 2002, é que se estabelecem as diferentes modalidades pela classificação em CAPS I, II, III, CAPSi e CAPS-AD (BRASIL, 2004).

Esta Portaria acrescentou novos parâmetros aos definidos pela Portaria nº 224/92 para a área ambulatorial. Desta forma, ampliou-se a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária e estabeleceram-se portes diferenciados pelas características

populacionais e área de abrangência. Além disso, direcionaram-se novos serviços específicos para tratamento para dependência do álcool e outras drogas, bem como para as áreas da infância e adolescência (BRASIL, 2004).

Estas novas orientações tiveram como objetivos diminuir os leitos em hospitais psiquiátricos e regionalizar os atendimentos, de maneira que a pessoa com transtorno mental seja atendida conforme as suas características e necessidades sociais o mais próximo do contexto em que vive e que este atendimento não seja exclusivamente hospitalar (AMARANTE, 2009). Para tanto, o MS passou a incentivar o desenvolvimento de programas psicossociais, que priorizassem o acompanhamento comunitário, na perspectiva de viabilizar a inclusão na dinâmica da vida diária, em seus aspectos familiares, econômicos e sociais (BERLINCK; MAGTAZ; TEIXEIRA, 2008).

De acordo com a Portaria nº130/2012 do Ministério da Saúde, que define o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS-AD III), é o Ponto de Atenção do Componente da Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados, poderá se destinar a atender adultos ou crianças e adolescentes, conjunta ou separadamente. O Plano de Ação da Região de Saúde ou o instrumento equivalente deverá indicar o Hospital Geral de referência para o CAPS III regional, garantindo-se apoio qualificado aos usuários que apresentem quadros de abstinência, intoxicação aguda ou outros agravos clínicos relacionados ao consumo de álcool, crack e outras drogas (BRASIL, 2012).

A política de redução de danos (RD), também adotada pelo MS, acredita que a abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos de, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento (BRASIL, 2004).

A RD se oferece como um método (no sentido de *methodos*, caminho) e, portanto, não excludente de outros. Mas, vemos também que o método está vinculado à direção do tratamento e, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de corresponsabilidade daquele



que está se tratando. Implica, por outro lado, o estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser corresponsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam (BRASIL, 2004). E principalmente de ações voltadas para a prevenção de doenças como a Aids entre usuários de drogas.

As intervenções em nível hospitalar devem se restringir a situações como síndrome de abstinência grave (alucinações, *delirium tremens*, heteroagressividade), comorbidades clínicas ou psiquiátricas severas, incontrolável compulsão pelo consumo nocivo de uma ou mais substâncias ou ausência de suporte familiar ou social. No restante dos casos, a opção pelo acompanhamento ambulatorial se impõe como a melhor, não excluindo o paciente de seu ambiente e investindo na corresponsabilidade do próprio usuário pelo tratamento (ROSENSTOCK; NEVES, 2010).

Reconhecemos que a atenção em saúde mental para álcool e outras drogas pode ser realizada em nível de atenção básica, com programas de prevenção, promoção e recuperação voltadas para a realidade de cada pessoa e, quando não passível de se resolver na atenção primária utilizar os serviços especializados como o CAPS-AD, com emprego de referência e contrarreferência. Destarte, a falta de resolutividade destas questões advém, muitas vezes, da falta de conhecimento/informações dos profissionais da saúde na área, preconceito e também da falha de articulação entre os serviços que compõe a rede de assistência extra-hospitalar.

A noção de rede remete aos princípios da Reforma Psiquiátrica – enquanto um conjunto de serviços substitutivos – e aos princípios da reforma sanitária presentes no SUS (Sistema Único de Saúde) – que estabelece a hierarquização dos serviços e ações em saúde, bem como o fluxo de usuários por meio do mecanismo de referência e contrarreferência (ZAMBENEDETTI; PERRONI, 2008).

O princípio de hierarquização – que atravessa a organização das redes de ações e serviços do SUS –, ao mesmo tempo em que possibilitou um planejamento racional do sistema, propiciou a fragmentação, a burocratização e a dificuldade de acesso ao mesmo. No âmbito da saúde mental, dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b) apontam avanços na implantação dos serviços substitutivos, na diminuição do número de leitos em hospitais psiquiátricos e na reversão do financiamento do modelo assistencial. Apesar disso, à medida que o processo de reforma psiquiátrica busca avançar, novos problemas emergem no campo da atenção em saúde mental.

A hierarquização forçou os serviços de saúde mental a incorporarem-se na rede de saúde, caracterizando-se como primários, secundários ou terciários, dificultando, assim, o acesso aos serviços e levando à classificação de “crises e tipos de crises”. Tal princípio aliado ao mecanismo de referência e contrarreferência propiciou uma “assistência partida”, com destituição de vínculos entre usuários e profissionais. Deu margem ainda à denominada “empurroterapia”, que leva usuários a peregrinarem em busca de assistência (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008).

Em pesquisa realizada na rede pública de saúde mental, em um município do interior do RS, foram encontrados dados que apontam para a insuficiência de serviços de saúde mental (como os CAPS), na proporção preconizada pelo Ministério da Saúde, assim como uma intensa fragmentação da denominada rede assistencial, resultando em uma série de problemas em relação ao fluxo de pessoas, informações e comunicação entre os serviços existentes. Nesse sentido, apesar da implementação de serviços substitutivos, ainda não podemos dizer que, realmente, os municípios têm conseguido constituir uma rede integrada de serviços e ações em saúde mental (ZAMBENEDETTI, 2005).

Apesar de as falhas no sistema de redes, a estruturação de uma rede de assistência centrada na atenção primária em saúde, associada à rede de serviços de saúde e sociais, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, proporciona uma atenção integral à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham (ALMEIDA; GIOVANELA, 2008).

Nesta perspectiva, a atenção primária em saúde, atualmente desenvolvida por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e considerada a “porta de entrada” do SUS, é o local que deveria assumir, gradativamente, a posição de coordenador da assistência aos usuários de álcool e outras drogas (BARROS; PILLON, 2007). A ESF reúne condições que possibilitam a superação dos problemas relacionados ao abuso e à dependência de drogas, por suas características básicas: um programa em articulação com a atenção primária em saúde, que elege a família como unidade programática de atenção e atua em uma base territorial definida com a proposta de desenvolver um trabalho com a comunidade (GONÇALVES, 2002).

Com a adoção da ESF como eixo para a reorganização da atenção básica em novas bases assistenciais, as equipes têm sido instadas a atuarem frente a questões como dependência química, depressão e violência doméstica, de alta prevalência na população em geral (DALLA VECCHIA; MARTINS, 2009).

No contexto da atenção primária, os profissionais de enfermagem são agentes-chave, pois além de serem integrantes das equipes de saúde da família, estão em constante contato com a população local, podendo facilitar a identificação de problemas bem como a abordagem sobre drogas de abuso (SPRICIGO et al., 2004). Nesse sentido, devem, na sua prática, desenvolver programas e projetos de promoção à saúde, prevenção do abuso de álcool e outras drogas, bem como projetos de integração social, com o intuito de minimizar os problemas que ocorrem na comunidade em decorrência do uso indiscriminado das drogas de abuso (GELBCKE; PADILHA, 2004).

A construção de uma rede de assistência, baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial localizada no território e articulada a outros setores sociais, tem o objetivo de promover a reabilitação psicossocial e a reinserção social dos seus usuários que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas que realizam uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos (PINHO; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2008).

Assim, com a proposta da desinstitucionalização e novas formas de atenção a usuários de álcool e outras drogas, a família passou a ser uma parceira e alicerce para que a reforma psiquiátrica realmente se efetive, uma vez que o usuário tem seu tratamento baseado não mais no internamento, mas no seu retorno ao convívio social e familiar. No entanto, para que isso aconteça é preciso que a família esteja instrumentalizada para cuidar de seu familiar usuário de drogas, assim como os profissionais também precisam estar preparados para apoiar e ajudá-la orientando-a, apoiando-a e ensinando-a quando ela estiver desestruturada ou cansada do seu papel de cuidadora.

Apesar da mudança na lógica de atendimento a pessoas com problemas decorrente do uso de álcool e outras drogas, é preciso que os profissionais de saúde compreendam em que circunstâncias se encontram a convivência da família e possibilitar que esta seja agradável aos dois lados, considerando ainda as relações sociais que estes indivíduos estão envolvidos para que as estratégias de intervenção estejam baseadas nestes arcabouços, servindo como suporte positivo na recuperação dos mesmos.

Diante da magnitude do problema que envolve o álcool e outras drogas e do reconhecimento de suas consequências para o indivíduo, família e sociedade, é importante que o cuidado dispensado a essas pessoas sejam embasados nas particularidades de cada um, conhecendo aspectos como as relações sociais, pessoais e ambientais que vivenciam.

Pelo fato de o uso de drogas refletir no contexto afetivo e familiar do indivíduo envolvido com essas substâncias, e na comunidade onde ele vive, culminando em agravos sociais, é premente a necessidade de deslocar o foco das ações apenas sobre a conduta do usuário, ampliando-o para o conjunto de relações que levem o indivíduo a atividades prejudiciais nos âmbitos econômicos, produtivos, legais, afetivos e morais (NASCIMENTO, 2006).

Enfim, a contextualização da problemática da dependência às drogas urge por reflexão ampliada sobre o tratamento, considerando a influência da família e de outros grupos da rede social, acionadas por esse indivíduo, quer no percurso da dependência quer no processo de tratamento e manutenção da abstinência ou do consumo da substância.

O contexto de recuperação é favorecido por um conjunto de apoios contextuais como família, grupos e redes de amigos (RIGOTTO; GOMES, 2002). A definição de rede social pessoal é dada como a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas (SLUZKI, 2006). O conhecimento dessas redes sociais pelos profissionais permite elaborar estratégias de cuidado voltadas aos vínculos do indivíduo juntamente com sua família. Portanto, conhecer a rede social do usuário de drogas possibilita ajudá-lo no tratamento de acordo com sua realidade pessoal, de inter-relação individual, familiar, grupal e ocupacional.

## 1.2 A importância da rede social de apoio no cuidado a famílias que convivem com usuários de drogas

Estudos realizados no Brasil revelam que 12% da população necessitam de algum atendimento na área da Saúde Mental, seja ele contínuo ou eventual; 6% apresentam transtornos mentais graves decorrentes do uso de álcool e de outras drogas e 3% sofrem com transtornos mentais severos e persistentes (BRASIL, 2009b).

Ao discorrer sobre pós-modernidade e família, Pratta e Santos (2006) estabelecem uma relação do aparecimento de transtornos mentais com as condições de vida em família na população em geral, em que fica difícil conciliar trabalho, família e rede social de forma a não prejudicar a saúde individual. Problemas de ordem psíquica como, por exemplo, a delinquência, o alcoolismo, a dependência de drogas, a marginalização e a presença de

alguns transtornos mentais são apresentados como decorrentes da crise vivenciada pela família por causa de carências na socialização primária e nas condições de vida da família, envolvendo questões sociais, econômicas, espirituais e biológicas.

A epidemiologia psiquiátrica tem verificado a associação dos transtornos mentais a variáveis relativas às condições de vida e à estrutura ocupacional. No primeiro caso, com a escolaridade; com a posse de bens duráveis, de casa, de carro; e com as condições de moradia. No segundo, com a renda; com a ocupação; e com a exclusão do mercado formal de trabalho (IBGE, 1991; MURPHI et al., 2001).

Muitas das situações que acontecem no cotidiano das pessoas podem provocar uma desestrutura da saúde mental tanto delas individualmente quanto de seus familiares, e elas quando não preparadas física e emocionalmente para suportar a sobrecarga de alguns fatores estressantes podem apresentar mudanças de comportamentos. Alguns destes comportamentos e mudanças de atitudes em indivíduos na família podem provocar várias alterações nas rotinas familiares o que pode levar a comportamentos inadequados de alguns membros familiares gerando violência, desentendimentos, falta de atenção, dentre outros. Isto de certa forma repercute nas relações familiares, fazendo com que alguns membros da família busquem no uso de drogas resposta para o que não encontra no lar. Assim, quanto mais frágeis são os vínculos e os cuidados oferecidos pela rede familiar e social, menores ficam as chances de integração social dos membros familiares, aumentando desta forma o aparecimento de transtornos mentais (PRATTA; SANTOS, 2006) e, ainda, a vulnerabilidade para o uso de drogas de abuso.

O consumo de drogas, na atualidade, tem se tornado fato tão corriqueiro que pode ser visto como prática comum no cotidiano, notadamente, o uso de álcool é aceito e estimulado socialmente, em ambientes privados ou públicos. Daí para o uso abusivo, muitas vezes, o caminho é curto, passando do prazer produzido pelo consumo para os problemas provocados pelo uso abusivo, com consequências individuais e coletivas (CAVALCANTE et al., 2012).

A intensidade da alteração na vida da pessoa depende de vários fatores como tipo de droga, dosagem e administração, intervalos, contexto de consumo, influência do ambiente, pressões sofridas, estado de saúde física e mental, personalidade e história pregressa do usuário, família, razões (motivações) para recorrer a tóxicos (BUCHER, 1992).

Segundo Bucher, (1992), há quatro padrões de usuários de substâncias:

- usuário experimental ou experimentador: limita-se a experimentar uma ou várias drogas, por diversos motivos, como curiosidade, desejo de novas experiências, pressão de grupo. Na grande maioria dos casos, o contato com drogas não passa das primeiras experiências;
- usuário ocasional: utiliza vários produtos, de vez em quando, se o ambiente for favorável e a droga disponível. Não há dependência, nem ruptura das relações afetivas, profissionais e sociais;
- usuário habitual ou “funcional”: faz uso frequente de drogas. Em suas relações já se observam sinais de ruptura. Mesmo assim, ainda “funciona” socialmente, embora de forma precária e correndo riscos de dependência;
- usuário dependente ou “disfuncional”: vive pela droga e para a droga, quase que exclusivamente. Como consequência, rompe seus vínculos sociais, o que provoca isolamento e marginalização, acompanhados eventualmente de decadência física e moral.

O uso abusivo de drogas ou a instalação de um quadro de dependência química torna-se uma problemática complexa, com impacto, normalmente, negativo na rede de relações do usuário, intervindo no seu modo de vivenciar e lidar com o cotidiano. Instalada esta situação há o extrapolamento para o contexto social e a necessidade de ajuda e controle por meio de ações mais complexas de combate, controle e tratamento das pessoas envolvidas neste processo (CAVALCANTE et al., 2012).

O processo de atenção à saúde mental, que possibilitou o tratamento com base em estratégias psicossociais, tornou-se possível, em nível nacional, a partir da Lei 10.216/2001 que assegura o direito das pessoas com transtornos mentais e busca a criação de mecanismos que possam reunir recursos e serviços para a atuação junto a essa demanda, tendo como focos basilares a reinserção social e o uso de mecanismos de assistência com base comunitária (CAVALCANTE et al., 2012).

Estudos têm apontado para a importância da família e da rede social no tratamento do uso abusivo de álcool e outras drogas, para evidenciar as percepções sobre o uso e o abuso de substâncias, o engajamento, a adesão e participação no tratamento (LAVALL; OLSCHOWSKY; KANTORSKI, 2009). Contudo, conviver com a pessoa usuária de drogas não é tarefa fácil para a família e para sociedade em geral, o que necessita de dispositivos e estratégias de apoio social que possam estar unindo formas para dar conta das demandas oriundas desta condição.

A rede social consiste na estrutura de onde advém o apoio, constituindo-se um conjunto de vínculos (e seus respectivos papéis) relacionados ao indivíduo, quer por laços de parentesco, amizade ou conhecidos; ou ainda, um quadro de relações ou de ligações de um indivíduo em particular com um grupo de pessoas (SLUZKI, 2006). Estudos indicam que tanto a qualidade quanto a quantidade de relacionamentos sociais parecem afetar de forma significativa a morbidade e a mortalidade (SILVEIRA, 2011).

As redes sociais apresentam expressiva importância, na medida em que influenciam a autoimagem do indivíduo e são centrais para a experiência de identidade e competência, muito particularmente na atenção à saúde e adaptação em situações de crise (SLUZKI, 2006).

A rede social está na dinâmica do cotidiano, tanto no processo de doença, como também na saúde. É evidente que uma rede social funcional protege a pessoa do adoecimento e, se este fato ocorre, acelera o processo saúde, aumentando a sobrevida. Do contrário, independente de outras variáveis, as pessoas menos integradas socialmente têm maior probabilidade de adoecer (SLUZKI, 2006). Todos os processos tendem a se potencializar entre si e constituem o círculo virtuoso e vicioso da rede social.

O uso abusivo de drogas progride para o processo de cronificação, o que acarreta problemas na vida do indivíduo, da família e da sociedade, ou seja, gera prejuízos das condições e qualidade de vida, além das incapacidades biopsicossociais que se instalam, gerando indiretamente oportunidades perdidas em relação ao processo produtivo, social, afetivo e familiar (MIRANDA et al., 2006).

As diferentes repercussões desta problemática na sociedade têm gerado preocupações microssociais, na vida individual, familiar e comunitária, bem como macrossociais, na sociedade, sistema de saúde, jurídico e econômico (SOUZA et al., 2011).

Dessa forma, ao considerar que múltiplas dimensões da vida do indivíduo são afetadas em função do uso/abuso de drogas, entende-se que as demandas por serviços de saúde pública são também diversificadas e que contemplem esses diferentes contextos. Para tanto, é preciso ampliar o foco das ações para além do usuário, considerando o conjunto de relações que o levem a atividades prejudiciais em todos os âmbitos que envolvem seu processo de vida.

Nesse sentido, é essencial o reconhecimento da família como alvo de cuidados, que precisa de apoio para a normalização da rotina familiar, do apoio social e do

desenvolvimento de habilidades para soluções de problemas relacionados a manifestações dos sintomas e convivência com seu familiar usuário de drogas (WAIDMAN, 2006).

As diferentes doenças mentais apresentam diferentes desafios. No entanto, há similaridades aparentes na forma de impacto que causam na dinâmica de cada família e suas formas de enfrentamento. Para tanto, o envolvimento da família por parte dos profissionais no cuidado torna as intervenções mais eficientes, multiplica os recursos e principalmente sua adesão ao tratamento (SOARES; MUNARI, 2007). É importante que a equipe de saúde mental, principalmente enfermeiros, atente para a realidade da família, considerando suas reais condições, a fim de propiciar oportunidades de superar dificuldades e minimizar a sobrecarga, uma vez que esta intervenção não visa apenas instrumentalizá-los como cuidadores, mas que a veja como pessoas que também precisam de cuidados.

Não se pode partir do princípio genérico de que “a família é sempre o melhor lugar”, mas trabalhar com a realidade das famílias em que, em boa parte dos casos, é o melhor grupo de acolhida e permanência. Para trabalhar com as famílias na construção de parcerias é essencial reconhecer seu sofrimento, construir vínculos, laços de solidariedade num lugar ainda pouco confortável para trabalhadores de saúde mental que não têm respostas prontas a oferecer (SOARES; MUNARI, 2007).

Apesar do processo de desinstitucionalização incluir a família no tratamento, ainda não desenvolveu mecanismos que ajudam aliviar a sobrecarga, não consegue abarcar a demanda da população, atravessar a porta dos serviços substitutivos e expandir espaços terapêuticos para oferecer o apoio necessário a essas pessoas e sua família. O sistema apesar de “não” ser mais hospitalocêntrico, não está centrado na família, mas ainda na instituição (SOARES; MUNARI, 2007).

É importante pensar em redes de apoio e solidariedade que possibilitem ajuda no cuidado, nos momentos de crise, respeitando a subjetividade nos espaços de troca de experiências, espaços de expressão do sofrimento, de discussões sobre o preconceito e o estigma enfrentados pelas famílias e extensos a ela, acabando por contribuir para seu isolamento social, aumentando ainda mais a sobrecarga emocional (SOUZA; KANTORSKI; VASTERS; LUIZ, 2011).

É importante distinguir apoio social de rede social, pois são conceitos interligados, porém, com diferenças entre si. A rede social se refere à dimensão estrutural ou institucional ligada a um indivíduo. São exemplos de rede a vizinhança, as organizações



religiosas, o sistema de saúde e o escolar (BULLOCK, 2004). O apoio social encontra-se na dimensão pessoal, sendo constituído por membros dessa rede social, efetivamente importantes para as famílias.

Rede social é uma teia de relações que liga os diversos indivíduos que possuem vínculos sociais, propiciando que os recursos de apoio fluam por meio desses vínculos (BOWLING, 2003). As dimensões que compõem a rede social são tamanho (número de pessoas com as quais se têm contato social); dispersão geográfica (quanto maior a proximidade, maior a probabilidade de contato); força das ligações (grau de intimidade, reciprocidade, expectativas de duração e disponibilidade, intensidade emocional); densidade e integração dos contatos (quantidade de pessoas próximas); composição e homogeneidade dos membros (grau de semelhança entre indivíduos tais como idade, condição socioeconômica e outros); simetria (grau de reciprocidade dos relacionamentos); enraizamento social (identificação do indivíduo com seu meio) (BOWLING, 2003; BULLOCK, 2004).

A rede social é a estrutura por meio da qual o apoio social é fornecido, sendo definida como o grupo de pessoas com as quais o indivíduo mantém contato ou algum tipo de vínculo social. A rede social, quanto o apoio social, tem sido considerada nos últimos anos como recursos imprescindíveis para o enfrentamento de situações de dificuldades ocorrida na vida das pessoas, e que ambos favorecem a integração entre os membros, fortalecendo medidas de promoção à saúde e, conseqüentemente, diminuindo riscos de isolamento social (BOWLING, 2003).

Neste estudo, abordamos a rede social como uma rede de pessoas/serviços as quais o indivíduo mantém contato servindo como apoio social em suas necessidades, ou seja, o apoio social faz parte do sistema mais amplo de que trata a rede social.

Com base nessas premissas, destaca-se que, no contexto da problemática álcool e drogas, é premente a necessidade de deslocar o foco das ações apenas sobre a conduta do usuário, ampliando-o para a família e a rede social, pois permite o planejamento de intervenções baseadas no desenho de vida que cada indivíduo traça e está envolvido, quer no percurso da dependência quer no processo de tratamento, manutenção e convivência com a abstinência ou do consumo de drogas.

O contexto de recuperação/reabilitação é favorecido por um conjunto de apoios contextuais como família, grupos e rede de amigos, tais redes são fontes de recursos, informações e apoio emocional e caracterizam-se por possuir interações frequentes, afeto

positivo e apoio significativo (RIGOTTO; GOMES, 2002). Assim, as redes são sistemas dinâmicos, cujos vínculos precisam ser nutridos positivamente para a manutenção das funções positivas que exercem sobre o indivíduo. Portanto, a rede social de apoio pode contribuir para a promoção da saúde e autoimagem do indivíduo e sua família ou até mesmo ser fonte promissora de eventos nocivos (PICHON-RIVIÈRE, 1995; RIGOTTO, GOMES, 2002).

Estudos reforçam que quanto mais diversificadas as relações e quanto mais contextos abrangerem, maiores e mais variados serão os recursos psicossociais dessa rede social, estando o sujeito menos vulnerável em uma situação de crise (SOUZA; KANTORSKI; MIELKE, 2006).

Torna-se perceptível a relevância da análise da estrutura dessas redes para orientação à reabilitação e tratamento das pessoas com problemas de uso/abuso de drogas e sua família, pois permitem a organização das experiências pessoais e grupais que, depois de estudadas, propiciarão modos de intervenções mais adequados aos diferentes contextos.

Entender o mundo da família é pressuposto fundamental para auxiliar no momento da doença, o que requer inserção e compreensão por parte dos profissionais no tempo-espaço em que se desenrola a vida do grupo familiar. Neste processo de transformação social da psiquiatria destacam-se os profissionais de enfermagem, que são agentes-chave, participando no desenho e na implantação de programas e projetos de promoção de saúde, prevenção do uso e abuso de álcool e outras drogas e integração/reabilitação social.

Em suma, no atual histórico da atenção à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, marcado pela psiquiatria clássica e pelas formas alternativas de intervir nesse campo, os avanços das políticas públicas e a preconização de um modelo de atenção integral à saúde de usuários precisam ser compreendidos pela sua expressão por aqueles que vivenciam diariamente com esses problemas, a sua família e a sua rede de apoio social.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Ao refletir sobre a dimensão da prática do cuidado em enfermagem, percebe-se que os profissionais sentem a necessidade de superar o modelo de assistência tradicional que tem como foco a doença e o indivíduo para um cuidar que valorize a subjetividade e singularidade de cada pessoa em seu contexto de vida, a fim de oferecer um cuidado humanizado e de melhor qualidade.

Diante das transformações que a reforma psiquiátrica busca, no que se refere ao cuidado as pessoas com transtornos mentais, com foco na mudança da relação entre o profissional e o ser cuidado, de maneira que este seja valorizado como pessoa em sua totalidade, respeitando-se os seus direitos como cidadão, faz-se necessário utilizar um referencial que sustente essa nova concepção de cuidado.

Na década de 1960 é que passou a ser discutida a utilização de referenciais teóricos na prática de enfermagem, caracterizando-se como um demarcador para efetivar ações que privilegiem o ser humano inserido em um ambiente, no sentido de restabelecer a saúde por meio do cuidado de enfermagem (MATHIAS; ZAGONEL; LACERDA, 2006). Estas teorias compreendem um conjunto de pressupostos que subsidiam a prática de enfermagem, fornecendo um arcabouço teórico com vistas à organização e desenvolvimento de um cuidado de qualidade com um novo olhar, pois passa a considerar o indivíduo em seu contexto de vida.

Embora o cuidado tenha sido tradicionalmente considerado como um aspecto inerente à prática de enfermagem, investigações para identificar a natureza e a qualidade das práticas de cuidar, bem como suas origens, conhecimento e padrões, só recentemente vêm sendo reconhecidas como importantes e necessárias para o futuro da profissão (WALDOW, 1998). Buscar diferentes modos de agir em relação ao outro e discutir peculiaridades sobre o fenômeno do cuidado humano, compõe uma série de concepções teóricas sobre o cuidado no âmbito da saúde e da enfermagem (SILVA et al., 2009).

Para tanto, nas três últimas décadas a enfermagem vem sendo construída à luz de uma base humanista de atenção, que busca significado na existência do ser humano, pois a essência do cuidado é reconhecida pela relação com o outro (PAGANINI, 2000).

Durante a disciplina Sistemas de cuidado/Cuidado humano, ministrada no Curso de Mestrado, tive a oportunidade de conhecer diferentes teorias no campo da enfermagem,

porém, logo me identifiquei com Watson (2004, 2005), pela sua teoria apresentar uma conotação espiritual do cuidado, possibilitando, assim, atender o ser em sua totalidade (corpo, alma, espírito), além de distanciar o cuidado do modelo biomédico já institucionalizado.

Desse modo, elegi o Cuidado Transpessoal de Enfermagem, de Jean Watson, para nortear e sustentar o cuidado de enfermagem à pessoa usuária de drogas e sua família no domicílio, ou seja, um referencial teórico fundamentado em valores existenciais humanista altruístas, que estimula o desenvolvimento, autoconhecimento e autocontrole do ser cuidado, propiciando-lhe condições de se tornar responsável pelo seu próprio cuidado e, se possível, conduzindo-os à reconstituição e recomposição (*healing*) de sua saúde.

Dessa forma, a fim de melhor embasar o cuidado humanizado, acreditamos ser de grande valia ao presente estudo a aplicabilidade de um referencial teórico de enfermagem para que possa conferir-lhe maior autenticidade científica para a área.

## 2.1 A Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson

Nesta dissertação, o referencial teórico de sustentação são os pressupostos da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, que prioriza o cuidado do ser em todas as dimensões que envolvem o seu viver. Dessa forma, acreditamos que esta teoria, que vê o ser de maneira holística, é a que melhor embasa o estudo da rede social das famílias que convivem com pessoas usuárias de álcool e outras drogas, que por meio do conhecimento das relações familiares e sociais torna-se possível a elaboração de estratégias de cuidado específicas para o contexto em que vivem. Portanto, dentre as teorias de enfermagem já propostas, nos identificamos com os pressupostos da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson para desenvolver o estudo, pois traz uma nova visão do cuidado humano para a enfermagem, com o fundamento de cunho filosófico, trata de um cuidado que contempla e valoriza também o lado espiritual dos seres humanos envolvidos nesse processo de cuidado (WATSON, 2007).

Segundo a teoria de Watson (2007), os ideais morais possibilitam uma evolução e aprofundamento do cuidado humano, o qual é considerado como a essência da práxis de enfermagem comprometida com o ser em sua integralidade de corpo, mente e espírito,

permitindo ao profissional que este seja capaz de contemplar as múltiplas dimensões do ser humano (NUNES; SILVA, 2011) e, assim, ambos, enfermeiro e ser cuidado, possam crescer no processo de cuidado e restituição.

Na perspectiva da teoria trata-se de um processo que transcende o cuidado técnico, impessoal e mecanicista, em que há a visão fragmentada do ser cuidado por um modelo ampliado de assistir ao outro sob a valorização da dimensão existencial-espiritual. No entanto, ressaltamos que tal teoria não desconsidera a importância de um conhecimento teórico-científico que fundamente o cuidado, o que a diferencia de outras teorias é uma abordagem em que enfermeiro e ser cuidado envolvidos neste processo experienciem um momento de transformação e crescimento mútuo (FAVERO et al., 2009).

Watson (2004) diz que, para que o enfermeiro possa facilitar e promover a reconstituição do ser cuidado, é necessário entender o cuidar como fim em si mesmo, e não como meio para cura médica. Recompor e reconstruir, a partir do cuidar do enfermeiro, refere-se a auxiliar a reconstituição da própria pessoa, as perdas, os sentimentos, suas dificuldades existenciais, facilitando-lhe a aceitação de sua vida, mediante a relação de ajuda, confiança, cuidado, amor, imbuídos de um compromisso ético. Sendo assim, *healing*, para Watson (2004), é compreendido no sentido de recomposição e reestruturação da saúde da pessoa, da mente, do corpo e da alma, numa unicidade, e não no sentido de cura.

Para fins de aplicabilidade, não fizemos uso da teoria completa de Jean Watson neste estudo, mas a aplicação do processo *clinical caritas* no cuidado às famílias, pela grandeza e complexidade da teoria, e ainda, o número de famílias abordadas. Tal processo trata-se de uma evolução da teoria de cuidado humano de Jean Watson (2012), os quais dão forma e estrutura à teoria do cuidado humano e auxiliam as enfermeiras na resolução de problemas de forma criativa. Compõe-se de dez elementos de cuidado descritos a seguir.

1) *Praticar o amor, a gentileza e a equanimidade*: o cuidado deve estar imbuído de valores essenciais, como amor, desvelo, gentileza, imparcialidade, compreendendo-se a arte humana da enfermagem como um dar e receber, crescer e receber por toda uma vida. O cuidado dá-se de forma intencional, por escolha inicialmente da enfermeira, porém, acontece de maneira reconstituidora, quando a pessoa que cuida de forma amorosa e gentil adentra o espaço vital da pessoa cuidada.

2) *Ser autenticamente presente, fortalecer e sustentar o profundo sistema de crenças:* o enfermeiro, pelo seu marco de referência, ao conectar-se com o outro, honra-o e considera-o. Deve buscar um sentido existencial e de transcendência nesta conexão, que envolve alma e espírito. É necessário ir além da ciência moderna, sem se contrapor a ela, mas acrescentando-lhe fé e esperança.

3) *Cultivar práticas espirituais:* é necessário agir de modo sensível, o enfermeiro busca aumentar sua sensibilidade, torna-se mais autêntico e isso conduz ao autocrescimento. Para tanto, faz-se necessário cultivar as próprias práticas espirituais. À medida que a pessoa se torna mais consciente, torna-se mais sensível, o que possibilita ao enfermeiro transcender na relação, não permitindo que as diferenças tornem-se obstáculo.

4) *Desenvolver e manter a relação de ajuda-confiança no cuidado autêntico:* a interação deve ser calcada em sentimentos de respeito, honestidade e verdade, de forma a promover a aceitação do outro, sem julgamentos. A utilização da comunicação verbal e não-verbal, bem como ouvir o outro de forma empática, faz com que a enfermeira perceba o outro mais profundamente, por meio da empatia e calidez.

5) *Ser presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos como conexão profunda:* o enfermeiro consegue perceber-se e aceitar o sentir e o pensar do outro, para que a interação entre eles aconteça de forma efetiva. A expressão de sentimentos deve ser considerada e valorizada como instrumento de elaboração da situação vivida na relação de cuidado, pois ajuda a pessoa reconstituir a si mesma e a encontrar-se.

6) *Usar-se criativamente e todas as maneiras de conhecer:* o conhecimento teórico adquirido e vivenciado é apenas uma das maneiras pela qual se podem resolver os problemas. Deve-se agregar a consciência, sensibilidade, o saber estético, artístico e o conhecimento intuitivo, para identificar as necessidades que emergem do ser cuidado.

7) *Engajar-se em experiência genuína de ensino-aprendizagem, tentando manter-se no referencial do outro:* proporcionar às pessoas o máximo de controle sobre a sua própria saúde, fornecendo-lhe informações e alternativas, por meio de processo educativo que possibilite ao indivíduo cuidar de si mesmo considerando o marco de referência do outro.

8) *Criar um ambiente de reconstituição (healing), em todos os níveis, no qual a totalidade, beleza, o conforto, a dignidade e a paz sejam potencializados:* no que se refere ao ambiente do ser cuidado, devem-se considerar variáveis internas e externas. A primeira relaciona-se ao espaço físico e a segunda, ao sentir da pessoa. Deve-se, por meio da

observação e interação, auxiliar o indivíduo a enfrentar alterações nesse ambiente, oferecer apoio, auxiliando-o a encontrar mecanismos de enfrentamento para a situação.

9) *Ajudar nas necessidades básicas, o que potencializará o alinhamento de corpo-mente-espírito*: as necessidades humanas podem ser de ordem inferior e superior. As de ordem inferior são as necessidades biofísicas/sobrevivência e as psicofísicas/funcionais e as de ordem superior são as necessidades psicossociais/integradoras e as intra/interpessoais. O enfermeiro deve desenvolver o cuidado com o outro, de forma que cada uma dessas necessidades seja percebida, atendida e valorizada igualmente.

10) *Dar abertura e atenção aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida-morte*: existe a necessidade de o enfermeiro compreender-se, antes de auxiliar o outro nas difíceis situações durante sua trajetória de vida. Isso implica que, na relação de cuidado, pode-se atenuar o sofrimento do outro, ao reconhecer que cada pessoa é única e que, por meio dessa relação, ela pode encontrar significado e solução para os problemas vividos nas diferentes etapas de vida, tais como separação, solidão e morte.

Dessa forma, acreditamos que a utilização de tal teoria como suporte teórico para o estudo contribui num aspecto de inovação e desafio para a prática profissional, é preciso um processo pessoal de transformação e interiorização dos princípios que a regem para que depois, nos diferentes momentos de encontro ao outro realize-se um cuidado autêntico, a partir de uma postura diferenciada, de respeito ao outro e de estar disponível a ouvir.

## 2.2 Conceitos empregados na pesquisa

Destarte, entendemos necessária a definição de alguns conceitos utilizados no estudo para melhor contextualizar o marco teórico e que coadunam com as concepções da Teoria do Cuidado Transpessoal. Os conceitos que permeiam o marco são:

Família: “Uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família, que convivem por determinado espaço de tempo, com uma estrutura e organização para atingir objetivos comuns e uma história de vida, estão unidos por laços

consanguíneos, adoção de interesse e/ou afetividade” (PENNA, 1992, p. 92). A família atua no ambiente em que vive, transforma-o e é transformada, enfrenta crises, conflitos e contradições, construindo uma história, desenvolvendo-se, provendo meios para o crescimento e desenvolvimento dos membros familiares. Uma família saudável é aberta, seus membros interagem entre si, apresentando uma estrutura e organização flexíveis e por isso está em constante ação com o ambiente em que vive (WAIDMAN; JOUCLAS; STEFANELLI, 1999).

Em relação à tipologia de famílias, encontramos: a monoparental, representada pela mãe ou pai com filhos; a família nuclear, formada pelo pai, mãe e filhos; e a família ampliada/expandida que, além dos pais e filhos, é constituída pela presença de avós, tios, sobrinhos, entre outros (ELSEN, 1994).

Estrutura familiar: é a organização e posição reconhecida dos indivíduos na família e na sociedade. Entende-se por família estruturada aquela que possui uma forma de organização ou disposição de um número de componentes que se inter-relacionam de maneira específica (MINUCHIN, 1990). A família possui funções biológicas – garantir a sobrevivência dos membros por meio de cuidados; psicológicas – oferecer afeto e manutenção da homeostase psíquica, ambiente emocional adequado ao desenvolvimento do caráter e da personalidade; e sociais – transmissão de valores éticos, culturais, sociais, espiritualidade, cidadania, entre outros (OSÓRIO, 1996).

Pessoa com transtorno mental: pessoas que sofrem com algum tipo de desordem mental, vivenciam um momento de desintegração de seu *self* provocando dificuldade em desenvolver interações efetivas. O ser humano, como qual se procura desenvolver uma interação por intermédio do cuidado transpessoal e sua família (FONSECA; LACERDA; MAFTUM, 2006).

Uso/abuso de drogas: a fim de obter prazer e evasão de sofrimentos, buscar tentativas de escape, apesar de ser considerada uma transgressão às normas vigentes (LUIZ, 2000). O seu uso indiscriminado está associado à criminalidade e às práticas antissociais relacionadas ao comportamento irresponsável do usuário, que acaba por cometer atos de delinquência e envolver-se com problemas de ordem judiciária. Isso acarreta perdas individuais e sociais, o que leva o dependente à exclusão social.

A Organização Mundial de Saúde considera a dependência de drogas como um estado mental e muitas vezes físico, que resulta da interação entre um organismo vivo e



uma droga. Caracteriza-se por comportamento que sempre inclui uma compulsão de tomar a droga para experimentar seu efeito psíquico e, às vezes, evitar o desconforto provocado por sua ausência. Embora algumas pessoas sofram um grau considerável de tensão durante suas vidas e ocasionalmente lance mão de alguma droga para se aliviar, apenas uma parcela relativamente pequena, mas que numericamente importante, desenvolve um padrão de autoadministração periódico ou continuado, que leva tais pessoas a sofrerem graves prejuízos individuais e, em muitos casos, a infligirem danos a outrem, bem como à sociedade em geral (OMS, 1993).

A dependência começa com o abuso das drogas, isto ocorre quando a pessoa faz a escolha consciente de usar drogas. Mas a dependência não é apenas "o uso de grande quantidade de drogas" e sim, a frequência com a qual o indivíduo faz o uso destas drogas. Da mesma forma, qualquer droga é potencialmente tóxica e o grau de intoxicação depende da intensidade de seu uso, sendo diretamente proporcional (SEIBEL; TOSCANO JR., 2006).

Para isso, a Organização Mundial de Saúde trabalha com o conceito de funcionalidade, que trata de uma classificação relativa às consequências funcionais das doenças. Nessa classificação englobam aspectos diferentes da funcionalidade, as capacidades fisiológicas e cognitivas, a capacidade para desempenhar tarefas e a capacidade para manter papéis sociais. Após uma revisão, passa-se, então, a falar do *conceito de lesão* de forma mais extensa, passando a englobar quer a lesão estrutural, quer a disfunção; introduz-se a noção de atividade e das limitações da atividade definida como a natureza e a extensão das atividades que uma pessoa desenvolve na atualidade; e introduzem-se a *noção de participação* e das restrições à participação, definidas como a natureza e a extensão do envolvimento pessoal nas situações do cotidiano. Avança-se um pouco mais e define-se que cada uma destas dimensões é não só influenciada pelas condições de saúde, mas também pelas características pessoais e pelos fatores físicos, sociais e atitudinais (OMS, 2003).

A dependência divide-se em quatro fases (MOREIRA et al., 2006): **1ª fase:** experimentação e uso pela primeira vez – limita-se a experimentar a droga, por diversos motivos: curiosidade, desejo de novas experiências, pressão do grupo etc. Na maioria dos casos, o contato com a droga não passa das primeiras experiências. **2ª fase:** uso ocasional – o usuário utiliza um ou vários produtos, de vez em quando, se o ambiente for favorável e a

droga disponível. Durante essa fase, o consumo é pequeno e o usuário em início está seguro de que pode dominar a droga à sua vontade. Ele não rompe suas relações afetivas, profissionais e sociais. **3ª fase:** uso regular – o usuário habitual faz uso frequente da droga. Em sua vida, observam-se sinais de rupturas em níveis afetivo, profissional e social. Mesmo assim, ele ainda “funciona” socialmente, embora de forma precária. **4ª fase:** dependência – o usuário dependente (toxicômano) vive exclusivamente pela droga e para a droga. Nessa fase, a pessoa não é capaz de controlar-se, sentindo forte desejo de repetir a dose, mesmo sabendo que está afetando a sua saúde, seu estado psicológico ou conceito social. Como consequência, rompem-se todos os outros vínculos, o que provoca a marginalização.

Rede Social: o conjunto de vários vínculos que um indivíduo percebe como significativos, que culmina na formação de uma rede que, pelos seus diversos membros e respectivos vínculos, farão intersecção com outras redes, influenciando-as e sofrendo influências delas. Todo indivíduo pertence a uma rede que faz parte de subgrupo da sociedade (TRONCOSO; ALVAREZ; SEPULVEDA, 1996). Tais redes sociais são conjuntos de intercâmbios ou vínculos entre o indivíduo e as pessoas emocionalmente significativas para ele, há interação regularmente, diálogo, troca de ideias e funcionam como fonte de recursos, informações e apoio emocional com afeto positivo e apoio significativo, podem envolver a família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, pessoas que pertencem ao mesmo círculo religioso, profissionais da saúde entre outros (MARTELETO, 2001).

Genograma e Ecomapa: consistem em ferramentas eficazes que contribuem para o entendimento dos vários componentes da rede de suporte social do sujeito. O Genograma é um diagrama familiar que configura a estrutura intergeracional das relações familiares e o Ecomapa, que se refere a um diagrama da família em contato com outros grupos: pessoas, agências, instituições (PEREIRA et al., 2009). O Genograma permite o detalhamento da estrutura e relacionamento familiar ao fornecer informações sobre os papéis de seus membros nas diferentes gerações. Sua construção se dá por meio da representação dos indivíduos por símbolos (quadrados correspondem aos homens e círculos às mulheres), considerando-se sua posição e papel na constituição familiar (ROCHA; NASCIMENTO; LIMA, 2002). O Ecomapa serve para obter dados sobre os relacionamentos do indivíduo e/ou família com os demais sistemas, como amigos, trabalho, escola, igreja. Esse

instrumento tem como valor primário o impacto visual. Para desenhá-lo, coloca-se o Genograma da família num círculo central e constroem-se círculos ao redor, representando pessoas, órgãos ou instituições que contextualizam o indivíduo e sua família e, em seguida, são desenhadas linhas entre o indivíduo e/ou família e os círculos externos para indicar a natureza dos vínculos afetivos existentes (WRIGTH; LEAHEY, 2008).

Reinserção/reabilitação psicossocial: a reabilitação é um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, sua família e a comunidade circundante. Nesse sentido, a capacidade de engendrar contatos sociais, que permitirão ao usuário subverter o processo de reclusão, que é resultado dos efeitos da doença mental e da exclusão social. O conceito de reabilitação psicossocial propõe a ampliação da rede social, que envolve "profissionais e todos os atores do processo de saúde-doença, ou seja, todos os usuários e a comunidade inteira". O processo de reabilitação consiste em "reconstrução, um exercício pleno de cidadania e, também, de plena contratualidade nos três grandes eixos: hábitat, rede social e trabalho com valor social" (SARACENO, 2001).

A reabilitação psicossocial também pode ser considerada um "processo pelo qual se facilita ao indivíduo com limitações a restauração no melhor nível possível de autonomia de suas funções na comunidade" (SARACENO, 2001). No contexto da Reforma Psiquiátrica e da desinstitucionalização, a reabilitação psicossocial deve procurar restituir a subjetividade do indivíduo na sua relação com a instituição, possibilitando a recuperação da contratualidade, ou seja, da posse de recursos para trocas sociais e, conseqüentemente, para a cidadania social (SARACENO, 2001). É nessa perspectiva que se insere a discussão da reabilitação psicossocial para os usuários de álcool e outras drogas, no sentido de desenvolver estratégias e ações intra e intersetoriais efetivas, com o propósito de que estes possam assumir sua condição de sujeito social.

Enfermagem: é uma profissão pela qual o ser enfermeiro realiza interações com o ser cuidado de forma a promover o equilíbrio entre corpo, mente e alma, considerando as suas necessidades, transformando-o e se transformando por meio de uma relação de cuidado (FONSECA; LACERDA; MAFTUM, 2006).

Cuidado de enfermagem: Watson define o cuidado como o ideal moral da enfermagem, tendo como objetivo final a proteção, o engrandecimento e a preservação da dignidade humana. Para a autora, o cuidado é um valor humano que entrelaça o desejo de

cuidar, as suas ações, o seu conhecimento e as suas consequências (WATSON, 2008). O cuidado é considerado o foco central ou a essência da enfermagem. O cuidado é visto como fenômeno resultante do processo de cuidar (WALDOW, 1998); como experiência vivida entre os seres humanos e como forma de interação entre enfermeira e ser cuidado.

Visita domiciliar: refere-se ao acompanhamento feito nos domicílios das famílias de usuários de drogas. Foram realizadas pela enfermeira acompanhamento com objetivo de atender às necessidades da família, proporcionando efetivo funcionamento das relações, com intuito de melhorar o relacionamento familiar e sua rede social, favorecendo a reabilitação do usuário.

Cuidado transpessoal: o ser enfermeiro entra no campo fenomenológico do ser cuidado, influenciado pela consciência do cuidado de enfermagem, compartilhando experiências e sentimentos, revelando o ser interior de cada um e permitindo compreensão e crescimento pessoal de ambos. Busca conduzir o ser cuidado ao healing (recomposição, restauração e reconstituição e não-cura) em seu ser por inteiro (corpo, mente, alma), indo além do modelo biomédico. O cuidado transpessoal tem sua estrutura no processo clínico caritas e concretiza-se no momento de cuidado (FONSECA; LACERDA; MAFTUM, 2006).

Processo Clínico Caritas (PCC): modelo evolucionado do cuidado transpessoal, que operacionaliza e dá forma à teoria do cuidado humano e auxilia as enfermeiras na resolução de problemas de forma criativa. Compõe-se por dez elementos de cuidado já citados anteriormente.

Dessa forma, elaborar propostas de cuidado as famílias que convivem com um membro usuário de drogas, pela identificação das fragilidades destas por meio do Genograma e Ecomapa e embasadas na teoria de Jean Watson permitem contribuir com a melhora do convívio entre os membros familiares e auxiliar no processo de conhecimento da doença mental, seus sintomas, limites, crises e tratamento, proporcionando maior autonomia no processo de promoção/reabilitação da saúde mental do próprio sujeito e de seus familiares.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 Objetivo geral

- Compreender a rede social da família que convive com usuário de drogas realizando uma experiência de cuidado de enfermagem a elas.

#### 3.2 Objetivos específicos

- Depreender a percepção da família que convive com usuário de drogas sobre rede social.
- Conhecer aspectos da estrutura/dinâmica da rede social das famílias de usuários de drogas por meio das ferramentas Genograma e Ecomapa.
- Realizar uma experiência de cuidado de enfermagem a famílias de usuários de drogas baseada no processo *clinical caritas* de Jean Watson.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. Esse tipo de estudo tem como propósito observar, descrever e explorar a realidade e o contexto no qual o evento investigado se dá, buscando apreender os significados emergentes das relações sociais, do indivíduo e da sociedade (WOOD; HABER, 2001).

A pesquisa descritiva para Gil (1999) possibilita a descrição das características do fenômeno ou população de estudo, podendo ir além de relacionar variáveis para determinar a natureza da relação.

A pesquisa qualitativa busca a apreensão profunda dos significados e das relações sociais, focalizando o indivíduo e a sociedade em um nível de realidade que não pode ser quantificado. Por meio dela trabalha-se com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, ou seja, o pesquisador se aprofunda no universo dos relacionamentos dos pesquisados (MINAYO et al., 2004).

O estudo de caso, contribui, sobremaneira, para a compreensão dos fenômenos individuais, políticos, sociais e organizacionais, sendo indicado para estudar algo singular, embora possa ser similar a outros casos ou situações. É uma investigação empírica para analisar fenômenos contemporâneos dentro do contexto de vida real, sobretudo, quando o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos. Esta abordagem vem sendo utilizada em todas as áreas acadêmicas, pois permite uma investigação holística significativa dos eventos da vida real, tais como ciclos de vida individual, processos organizacionais e administrativos, mudanças ocorridas em regiões urbanas, relações internacionais e maturação de alguns setores (YIN, 2005).

Todos estes fenômenos fazem parte da realidade social, uma vez que não é somente pelo agir que o ser humano se diferencia, mas também por pensar suas ações e por interpretá-las no contexto da realidade vivida e dividida com seus semelhantes (MINAYO; DESLANDES; ROMEU, 2007).

## 4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no município de Maringá-Paraná, na área de abrangência de uma unidade de saúde/UBS de porte II, destinada e apta a abrigar, no mínimo, três equipes da ESF (BRASIL, 2009a).

O município de Maringá, localizado na região Noroeste do Paraná, possui uma população de 357.117 habitantes, e é sede da 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. Possui uma taxa de analfabetismo de 5,39% na população de 15 anos ou mais, renda *per capita* média de R\$ 465,37 e ocupa a 6ª posição em relação aos demais municípios paranaenses e 67ª posição em relação aos municípios brasileiros no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (IBGE, 2010; MARINGÁ, 2010b).

Em Maringá, o número de indivíduos com problemas relacionados a transtorno mental, álcool, crack e outras drogas está aumentando consideravelmente, de acordo com relatório do Conselho Municipal de Políticas Sobre Drogas. O número de pessoas presas por envolvimento com drogas em Maringá passou de 296 em 2006 para 898 em 2008 – crescimento de 203,38% em dois anos. Já o número de atendimentos no sistema de saúde no mesmo período aumentou apenas 12,47% (UNIAD, 2010).

O município possui uma rede de Saúde Mental composta por 25 Unidades Básicas de Saúde, Cism (Centro Integrado de Saúde Mental) que funciona como ambulatório de saúde mental disponibilizando acompanhamento psiquiátrico e psicológico, CAPS II, CAPS-AD, CAPSi, Consultório de rua, Emergência Psiquiátrica, Hospital Psiquiátrico e duas Residências Terapêuticas.

A distribuição espacial dos agravos relacionados ao consumo abusivo de drogas não é homogênea no território municipal, como em outras cidades brasileiras, pois geralmente o problema relaciona-se a baixos níveis socioeconômicos e de escolaridade e está concentrado em populações urbanas periféricas. A região Norte da cidade de Maringá é considerada a área de maior risco, pois além de manter as características mencionadas, possui os maiores indicadores de internação e violências relacionados às drogas de abuso (MARINGÁ, 2010a).

Para fins deste estudo, escolheram-se intencionalmente domicílios localizados na área de abrangência de uma UBS da região Norte, o NIS Requião Guaiapó, que além de atender uma região com risco potencial para o uso de drogas de abuso, serve como cenário

para diversas intervenções da Universidade Estadual de Maringá (UEM), em que são desenvolvidos os projetos PET - Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho), na área de Saúde Mental - Crack, Álcool e outras Drogas, o Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde), além de pesquisas vinculadas ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UEM .

A população atendida por esta UBS teve a maior prevalência de problemas de transtornos mentais relacionados ao uso de álcool e outras drogas do município no ano de 2009. Os atendimentos em saúde mental de maior frequência foram: dependência de álcool e outras drogas, depressão; esquizofrenia e transtorno bipolar. Ainda em relação aos TM, as internações psiquiátricas somaram um total de 18, sendo 14 em hospital psiquiátrico, e quatro na emergência psiquiátrica, destas quatro por abuso de álcool ou outras drogas (MARINGÁ, 2009).

Na Atenção Primária são desenvolvidas ações de psicoterapias individuais e grupais, reunião com as equipes da ESF, participação em grupos informativos e de programa da UBS e ESF, visitas domiciliares, consultas psicológicas, psicodiagnóstico, orientação a pais e atividades na comunidade. O município também conta com profissionais de Saúde Mental nas sete unidades do NASF.

A área de abrangência da UBS de estudo é composta pelos bairros Requião I, II, III e IV, Moradia dos Ipês, Jardim Paulista I e II e Guaiapó. A área rural de responsabilidade da UBS é composta pela Estrada Guaiapó, Estância Zaúna, Parolim, Caete, Paulo Guerra e Cunha. Existem duas escolas municipais e uma estadual, dois centros de educação infantil e um em construção, uma igreja católica e uma média de 30 igrejas evangélicas e quatro associações de bairro. Na área de assistência social tem o CRAS-Requião, Lins Vasconcelos, Casa de missão Sirlei Telles, Amém, dois Sacolões Comunitários e Ceducart. Na área de lazer/esporte existe uma quadra esportiva e uma Academia da Terceira Idade (ATI).

Trata-se de uma área de conjunto habitacional e bairros novos em crescimento. Segundo os dados do SIAB de outubro de 2009, 99,86% das casas era do tipo tijolo/adobe. O abastecimento de água é caracterizado por 99,83% da rede pública, destes 87,19% sem tratamento e apenas 12,60% com filtração e/ou cloração. A fossa é o destino dos dejetos usados por 99,51% dos moradores e 99,93% do lixo é destinado à coleta pública. Em 99,44% dos domicílios há cobertura de energia elétrica. Da população total, 1.045 pessoas



têm cobertura de plano de saúde o que representa 10,05% da população, sendo assim 89,95% da população é usuária do SUS.

Em relação ao perfil demográfico da população, tem-se 1,15% de crianças menores de um ano e 1.890 pessoas com idade entre dez e 19 anos, constituindo 18,17%. Avaliando a escolaridade/educação dessa parcela da população, temos 85,47% de sete a 14 anos, as quais estão na escola, e 96,21% da população com 15 anos e mais em processo de alfabetização (MARINGÁ, 2009).

Em relação ao restante da população, as mulheres de 15 a 59 perfazem 37,27% da população (3.876 mulheres) e os homens de 20 a 59 anos, 28,88%, (3.004 homens). O total de pessoas acima de 60 anos é de 756 representando 7,27% da população total.

A UBS conta com uma equipe de saúde composta por quatro enfermeiros, oito auxiliares de enfermagem, quatro médicos, 14 ACS, dois auxiliares administrativos, um psicólogo, três odontólogos, quatro ACD, um THD, dois auxiliares de serviços gerais e a equipe do NASF.

Os domicílios das famílias de abrangência da UBS foram os locais escolhidos para o estudo, uma vez que possibilitaram conhecer *in loco* a real situação e ambiente de vida de cada família, sendo imprescindível para responder aos objetivos propostos.

#### 4.3 Colaboradores da pesquisa

Os colaboradores deste estudo foram famílias que convivem com usuários de álcool e outras drogas, pertencentes à região de abrangência da UBS de escolha. A seleção das mesmas foi realizada por indicação das enfermeiras e agentes comunitárias de saúde da UBS escolhida, que destacaram as famílias com maior vulnerabilidade na situação de enfrentamento às drogas.

O fator de inclusão das famílias no estudo foi ter convivência com o ente usuário de álcool e/ou outras drogas no domicílio, excluindo-se casos com transtornos mentais por outras causas e aquelas que não convivem com o usuário. Mediante os critérios de inclusão e o objetivo proposto, o estudo foi composto de dez famílias de usuários de álcool e outras drogas. Na maioria dos casos houve a participação de apenas um dos membros da rede familiar que envolve o usuário. No entanto, em alguns encontros aconteceu a participação de mais de um

familiar, e até mesmo, casos em que o próprio usuário de drogas se dispôs a participar. Destarte, obteve-se um total de 15 colaboradores.

#### 4.4 Técnica e coleta dos dados

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a março de 2012, durante visitas domiciliares (VD) realizadas às famílias com agendamento prévio. Realizaram-se três visitas a cada família.

O conceito de visita domiciliar, enquanto técnica de abordagem de grupo familiar reúne pelo menos três tecnologias: a observação, indicando a atenção aos detalhes dos fatos e relatos apresentados durante a visita; a entrevista, implicando o diálogo com a sua devida finalidade e não apenas uma conversa empírica; e o relato oral ou história, espaço onde as pessoas revelam fatos de suas vidas, dentro dos limites e da liberdade que são concedidas (LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

Após a seleção das famílias que se enquadravam no estudo, foi realizado um primeiro contato com essas, por meio de visita domiciliar. Nessa primeira aproximação foram apresentados e esclarecidos os objetivos da pesquisa e, após concordarem, elegeu-se um representante familiar, geralmente a mãe, a qual registrou a anuência da inclusão da família na pesquisa, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Neste primeiro encontro foi possível iniciar um vínculo entre família e enfermeira, pois as famílias tiveram necessidades de expor sua história neste momento.

Além da primeira visita, foram realizados mais dois encontros, que ocorreram também no domicílio, possibilitando assim abarcar as interfaces, vivências e relações dos familiares acerca da problemática investigada. Após a realização das três visitas, escolheram-se três famílias de maneira intencional (selecionadas pelos diferentes tipos de usuário e do comprometimento familiar e social). A estas famílias realizaram-se mais duas visitas domiciliares, totalizando então cinco para realizar uma experiência de cuidado de enfermagem baseada no processo *clinical caritas* de Jean Watson.

A coleta de dados envolveu a entrevista semiestruturada e construção do Genograma e Ecomapa com 10 famílias, o desenvolvimento da experiência de cuidado de

enfermagem embasado no processo *clinical caritas* de Jean Watson a três famílias, além de anotações em um diário de campo.

A utilização de dois ou mais pontos de vista, fontes de dados, abordagens teóricas ou métodos de recolha de dados numa mesma pesquisa permite obter um retrato mais fidedigno da realidade, além de acrescentar rigor, amplitude e profundidade à investigação (COUTINHO, 2008).

A entrevista semiestruturada é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, as quais interessam à pesquisa, utilizando pontos-chave com o entrevistado, o qual tem a possibilidade de discorrer sobre suas experiências, a partir do foco principal proposto pelo pesquisador (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004; LIMA; ALMEIDA; LIMA, 1999).

A entrevista semiestruturada, realizada já no primeiro encontro com as famílias, abordou os aspectos sociodemográficos e as relações intra e extrafamiliares relacionadas ao familiar usuário de drogas. Foram direcionadas pelas seguintes questões norteadoras: 1) Fale-me qual é o tempo (em anos, meses) que a família enfrenta problemas decorrentes do uso/abuso de álcool e outras drogas, 2) Quais os locais de tratamento que o membro usuário da família já buscou tratamento? 3) Conte-me como é conviver com um familiar que é usuário de álcool e outras drogas e, 4) Qual é a rede de apoio social externa dos membros da família e como é a relação dos membros com esta (APÊNDICE B).

O instrumento de classificação econômica utilizado no estudo foi o Critério de Classificação Econômica Brasil, da Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ANEP), que estima o poder de compra das pessoas e famílias urbanas. A divisão de mercado definida pelas entidades é exclusivamente de classes econômicas (ANEP, 2008).

Buscou-se entrevistar os membros da família que participavam diretamente dos cuidados com o ente usuário de drogas, entretanto as mães foram as principais informantes. Com a realização da entrevista foi possível criar um vínculo com as famílias, sendo possível identificar as fragilidades advindas de sua rede familiar e social.

Na segunda visita realizou-se a construção do Genograma e Ecomapa com as famílias com o intuito de obter informações específicas da dinâmica/estrutura familiar e da rede social das famílias que convivem com usuários de drogas (APÊNDICE D). As entrevistas e os diálogos durante a construção do Genograma e Ecomapa foram gravadas em meio digital a fim de garantir maior fluência, fidelidade e agilidade do processo, bem como melhor interação entre a pesquisadora e os entrevistados. As entrevistas tiveram duração

média de 30 m e o processo de construção do Genograma e Ecomapa, cerca de 60 min. Todo o material gravado foi transcrito na íntegra.

O Genograma e Ecomapa são ferramentas facilitadoras da avaliação da estrutura familiar. Por meio deles é possível ter uma rápida visão da complexidade das relações familiares e são ricas fontes de informação para o planejamento de estratégias. A construção em conjuntos destes dois instrumentos fica mais rica e retratam a família de forma mais detalhada quando são feitos juntamente com a família e o enfermeiro (SIMPIONATO; CORREIA; ROCHA, 2005).

O Genograma é a representação gráfica de dados sobre a família, e durante sua construção há a visualização da dinâmica familiar e as relações entre seus membros, por meio de símbolos e códigos padronizados, em uma retrospectiva de gerações. É preciso definir uma pessoa de origem, definida como usuário índice, para tomarmos como referência para as relações interpessoais familiares (PEREIRA et al., 2009). Deste modo, foi eleito como usuário índice o familiar que participou da entrevista no primeiro encontro, em sua maioria composta por mães. Entretanto, em algumas famílias houve a participação de mais de um familiar (como pai e irmão) e por vezes o próprio usuário.

Já o Ecomapa é um diagrama das relações entre a família e a comunidade que ajuda a avaliar as redes e apoio sociais disponíveis e sua utilização pela família. Contêm os contatos da família com pessoas, grupos ou instituições. Portanto, trata-se de um processo dinâmico, pois as relações entre as pessoas em cada ciclo de vida então em constante transformação. Uma família que tem poucas conexões com a comunidade necessita maior investimento da enfermagem em intervenções que auxiliam na busca por mais conexões ou estabilizações das relações (ROCHA; NASCIMENTO; LIMA, 2002).

Na construção do Genograma, os homens estão representados por quadrados e as mulheres por círculos, identificados pelas iniciais do nome, idade, profissão e doenças de cada um, além de retratar o lugar ocupado por cada um dentro da estrutura familiar e também as características das inter-relações (DIAS et al., 2007). No Ecomapa, os membros da família estão representados no centro do círculo e a rede social da família aparece em círculos externos. As linhas indicam o tipo de conexão: mais de duas linhas contínuas – ligações fortes, menos de duas linhas contínuas – ligações frágeis, linhas tortuosas – aspectos estressantes e as setas significam fluxo de energia (NASCIMENTO; ROCHA; HAYES, 2005).

Os Genogramas e Ecomapas foram construídos manualmente em conjunto com as famílias na segunda visita domiciliar, a partir de instruções para sua elaboração. Visando a padronização dos elementos gráficos, o modelo de símbolos utilizado no estudo seguiu as recomendações de Wright e Leahey (2008) (APÊNDICE D).

Para a caracterização da intensidade e qualidade dos relacionamentos entre os membros da família, foram utilizados cinco tipos:

- Vínculo estressante/negativo: relações nas quais há constantes atritos que geram muita ansiedade e desavenças no meio familiar traduzidas por dificuldades de comunicação, podendo evoluir para violência física.
- Vínculo muito superficial: relações em que há comunicação, mas a maioria gera discussões.
- Vínculo superficial: caracteriza-se por pouco contato, principalmente de ordem emocional, são famílias desligadas, com fronteiras rígidas.
- Vínculo moderado: possui um contato melhor, mas ainda existindo certo atrito.
- Vínculo forte: união entre os membros que nutrem sentimentos positivos um para com o outro e que possuem interesses, atitudes ou valores recíprocos.

A construção desses instrumentos junto com a família permitiu o conhecimento de cada membro da família, suas inter-relações bem como sua rede social, e proporcionou as famílias identificarem os seus próprios problemas, com a ajuda da enfermeira.

Após o término dessa fase, foi possível identificar as situações familiares e aquelas com rede social mais prejudicadas. Assim, escolheu-se intencionalmente três famílias para realizar uma experiência de cuidado de enfermagem baseado no processo *clinical caritas* de Jean Watson. Nesta escolha considerou-se a possibilidade de incluir famílias com diferentes níveis de comprometimento na vida do indivíduo usuário e de sua família, bem como com diferenças na forma de enfrentar o problema.

Assim, foram realizadas mais duas visitas a essas três famílias, totalizando cinco visitas, em que foram realizadas experiências de cuidados de enfermagem baseadas no processo *clinical caritas* de Jean Watson, determinada pelas necessidades emergidas nos encontros e com atividades como ouvir com atenção e desvelo, orientações, esclarecimentos de dúvidas relacionadas aos comportamentos do usuário de drogas, os serviços de saúde que podem ser procurados, características do tratamento e o papel da família e da rede social no processo de recuperação, cujo objetivo foi de aumentar o conhecimento e autonomia acerca dos processos de impacto positivos e negativos advindos

da rede familiar e social, com implicação de um cuidar transpessoal e, ainda, descrever os efeitos desta ação.

As atividades de acompanhamento, orientações e cuidados realizadas junto às famílias, assim como as percepções da pesquisadora quanto às dúvidas e as necessidades das mesmas, foram registradas num diário de campo específico, a fim de permitir a análise dos dados ao longo da pesquisa (APÊNDICE C). Este registro foi realizado desde as primeiras visitas e sempre logo após o seu término com o intuito de ter uma recordação mais acurada dos fatos ocorridos.

Portanto, a pesquisadora esteve em interação junto a estas famílias, auxiliando no processo de reconhecimento das relações familiares, dela com a rede social, quais as dificuldades encontradas, dúvidas e formas de enfrentamento relacionado ao percurso da de seu familiar usuário de drogas.

Os momentos vividos junto às famílias foram registrados em um diário de campo. Nesse diário, buscou-se registrar, de forma mais fidedigna possível, as informações obtidas durante as interações com a família. Tais informações provieram de diálogos das VD, das observações e das atividades de cuidado realizadas no domicílio, bem como das reflexões e percepções da pesquisadora sobre o processo vivido com a família e as manifestações dos participantes com relação ao cuidado. Nessa fase, procurou-se manter os registros na ordem cronológica e por essa razão essas informações foram registradas o mais logo possível, sempre no mesmo dia, para evitar o risco de subtrair algum dado importante.

#### 4.5 Procedimento de análise dos dados

Os dados foram analisados mediante a técnica de análise de conteúdo temática (BARDIN, 2011) para alcançar a compreensão subjetiva da experiência da família ao conviver com um membro usuário de álcool e outras drogas no domicílio. Nesse tipo de análise, o ponto de partida é a mensagem, mas devem ser consideradas as condições contextuais como um dos principais requisitos como pano de fundo, no sentido de garantir a relevância dos resultados a serem divulgados (PUGLISI; FRANCO, 2005).

A técnica de análise de conteúdo se compõe de três grandes etapas: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados e interpretação. A mencionada

autora descreve a primeira etapa como a fase de organização, que pode utilizar vários procedimentos, tais como: leitura flutuante, hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação. Na segunda etapa, os dados são codificados a partir das unidades de registro. Na última etapa, faz-se a categorização que consiste na classificação dos elementos, segundo suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns. Portanto, a codificação e a categorização fazem parte da análise de conteúdo.

O tipo de análise escolhida foi a temática que é realizada por meio da codificação do texto e de seu desmembramento em unidades, seguidas de agrupamentos analógicos para a formação de categorias temáticas que expressem os resultados à luz da indagação proposta. Desse modo, por meio das leituras e releituras das falas dos sujeitos e dos registros nos diários de campo, buscou-se identificar os significados que eram mais comuns e mais frequentes, assim como aqueles discursos singulares, porém com grande relevância (BARDIN, 2011).

Os Genogramas e Ecomapas foram incluídos no programa computacional *Microsoft Office Word*, e para sua análise foi conduzido um processo semelhante ao da análise de conteúdo: todos os Genogramas e Ecomapas foram cuidadosamente observados, de modo a ser possível agrupá-los em categorias de princípio interpretativo (MCGOLDRICK; GERSON; SHELLENBERGE, 2008).

#### 4.6 Aspectos éticos

O estudo levou em consideração todos os preceitos éticos do Conselho Nacional de Saúde de acordo com a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer nº 721/2011 – ANEXO A).

Para solicitar a participação das famílias, o primeiro contato foi realizado com um familiar, geralmente a mãe, por meio de visita domiciliar, explicando-lhes os objetivos e os procedimentos da pesquisa. Em face de seu interesse, foi apresentado o TCLE (APÊNDICE A), o qual contém a identificação da pesquisadora, os objetivos do estudo e o

desenvolvimento da pesquisa, esclarecendo as garantias e os direitos relativos à livre participação, bem como a total liberdade de desistir em qualquer momento do estudo, assegurando-lhes o anonimato das informações fornecidas. O Termo foi assinado por um representante da família eleito e pela pesquisadora em duas vias, ficando cada um com uma via.

Para assegurar o anonimato dos participantes, as famílias foram nomeadas por sentimentos que designam o seu momento de vida e destacados pela pesquisadora como mais marcante em cada família, seguida pela posição familiar.



## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Artigo 1

#### PERCEPÇÃO DA FAMÍLIA DO USUÁRIO DE DROGAS SOBRE REDE SOCIAL: ESTUDO DE CASO

#### AWARENESS OF THE FAMILY OF DRUG USERS ON THE SOCIAL NETWORK: A CASE STUDY

#### PERCEPCIÓN DE LA FAMILIA DEL USUARIO DE DROGAS SOBRE RED SOCIAL: ESTUDIO DE CASO

#### RESUMO

**Objetivo:** Compreender a percepção da família que convive com usuário de drogas sobre rede social. **Métodos:** Pesquisa descritiva de natureza qualitativa, do tipo estudo de caso, realizada com dez famílias de usuários de drogas atendidas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de Maringá – Paraná. Os dados foram coletados no período de janeiro a março de 2012 por meio de entrevista semiestruturada e após foram submetidos à análise de conteúdo modalidade temática. **Resultados:** A convivência familiar é dificultada pelo comportamento do usuário de drogas, o desconhecimento da família acerca do problema, o isolamento social, além de sobrecarga financeira, física e psicológica. Tais problemas refletem de maneira negativa na rede social das famílias, que se apresenta fragilizada em relação aos vizinhos, serviços de apoio e outros. **Conclusão:** O enfermeiro precisa olhar para além do indivíduo usuário de drogas e considerar a família e em especial a existência ou não de uma rede social como foco de cuidado.

**Palavras-chave:** Rede social. Família. Usuários de drogas. Enfermagem.

#### ABSTRACT

**Aim:** Current investigation investigates the awareness of the family that cohabits with the drug user, on the social network. **Method:** The qualitative, descriptive, case study research was undertaken with ten families of illicit drug users attended to at a Basic Health Unit (BHU) in Maringá PR Brazil. Data were collected between January and March 2012 by a half-structured interview and selected to content analysis, thematic mode. **Results:** Family conviviality was made difficult because of the users' behavior, the lack of awareness by the family that the issue was actually an illness, social isolation, financial, physical and psychological overload. The above problems had negative effects on the family's social

network. In fact, the family saw itself fragmented with regard to neighbors, help services and others. **Conclusion:** Nurses should perceive beyond the addicted person and focus their care on the family and the existence of a social network.

**Keywords:** Social network. Family. Drug users. Nursing.

## RESUMEN

**Objetivo:** Comprender la percepción de la familia que convive con usuario de drogas sobre red social. **Métodos:** Investigación descriptiva de naturaleza cualitativa, el estudio de caso, realizada con diez familias de usuarios de drogas atendidas en una Unidad Básica de Salud (UBS) en el municipio de Maringá – Paraná. Los datos fueron recolectados en el período de enero a marzo de 2012 por intermedio de entrevista semi estructurada y tras sometidos al análisis de contenido modalidad temática. **Resultados:** La convivencia familiar es dificultada debido al comportamiento del usuario de drogas, el desconocimiento de la familia del problema como enfermedad, el aislamiento social, además de sobrecarga financiera, física y psicológica. Tales problemas reflejan de manera negativa en la red social de las familias, que se presenta fragilizada en relación a los vecinos, servicios de apoyo y otros. **Conclusión:** El enfermero necesita mirar más allá del individuo adicto y considerar la familia y en especial la existencia o no de una red social como foco de cuidado.

**Palabras-clave:** Red social. Familia. Usuarios de drogas. Enfermería.

## INTRODUÇÃO

O uso abusivo de drogas é um dos principais problemas sociais e de saúde pública em todo o mundo, gera consequências para a vida de usuários, famílias e comunidades. A droga, ao ser considerada como um problema de saúde mental, passa a ser alvo das mesmas intervenções que marcam o processo da reforma psiquiátrica no Brasil em 2001, em que se busca a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade, nas redes sociais dos usuários e principalmente de atenção à família (BEZERRA; DIMESTEIN, 2009)<sup>(1)</sup>.

Apesar das propostas de mudanças na estratégia de assistência em saúde mental com a reforma psiquiátrica, a maioria dos estudos realizados trata especialmente de questões relacionadas a usuários do serviço, profissionais de saúde, políticas ou instituições oficiais (VARGENS et al., 2009)<sup>(2)</sup>, sendo poucos aqueles que consideram a família como uma das entidades afetadas pelo problema e como núcleo que precisa de cuidado contínuo e integral, a fim de terem condições de saúde e poderem contribuir com o tratamento do membro usuário de drogas (SENA et al., 2011)<sup>(3)</sup>, até porque em muitos casos os serviços não estão preparados, tanto em relação à estrutura de serviços quanto no preparo de profissionais, para cuidarem destas famílias e apoiá-las em suas necessidades.

O despreparo de alguns profissionais e famílias para lidar com o usuário de drogas fora das instituições fechadas pode gerar problemas na reabilitação, na convivência e relações conturbadas desta pessoa com a família e a comunidade (WAIDMAN; SCARDELLI; PANDINI, 2010)<sup>(4)</sup>.

Diante desse cenário, é perceptível que a questão da reabilitação ao uso de drogas tem sido tratada sob a perspectiva tradicional, centrada na doença e no atendimento de comorbidades, com ações pautadas no internamento, na medicalização e na redução imediata dos problemas pontuais e abstinência.

Buscando reverter esse quadro, é importante que o cuidado dispensado a essas pessoas sejam embasado na particularidade de cada um deles, como se relacionam com a droga além de aspectos como as relações sociais, pessoais e ambientais que vivenciam. Conhecer a rede social do usuário de drogas possibilita ajudá-lo no tratamento de acordo com sua realidade pessoal, de inter-relação individual, familiar, grupal e ocupacional (SILVA, 2010)<sup>(5)</sup>.

A rede social pode ser dividida de duas formas, como uma rede primária constituída pela família e parentes, que é a estruturação que o indivíduo desenvolve no seu campo relacional, os tipos de relação, níveis de proximidade, e possibilidades de resolutividade no cotidiano. E como uma rede secundária constituída por amigos, vizinhos, instituições de assistência, saúde, educação, e comunitários, quer dizer a rede que o indivíduo utiliza como apoio, e que possibilita intervenções (SILVA, 2010)<sup>(5)</sup>.

Portanto, o uso de drogas causa grande impacto no núcleo familiar, e tal impacto é variável e depende das relações que a mesma tem com seus membros usuários, suas características externas e internas, o momento do ciclo vital em que vive e o contexto sociocultural em que a família está inserida (ARALD; NJAINE; OLIVEIRA, 2010)<sup>(6)</sup>.

Nessa perspectiva, este estudo tem como objetivo compreender a percepção da família que convive com usuário de drogas sobre a rede social.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. O estudo de caso contribui, sobremaneira, para a compreensão dos fenômenos individuais, políticos, sociais e organizacionais, sendo indicado para estudar algo singular, embora possa ser similar a outros casos ou situações (YIN, 2005)<sup>(7)</sup>.

O estudo foi desenvolvido no período de janeiro a março de 2012. Fizeram parte da pesquisa famílias de usuários de drogas atendidas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), no município de Maringá-Paraná. A escolha pela UBS se deu por esta apresentar os maiores indicadores municipais de internação e violência relacionados às drogas de abuso, além de ser considerada de baixo desenvolvimento social pelo Diagnóstico Social de Maringá (MARINGÁ, 2010a)<sup>(8)</sup>.

A seleção das famílias foi realizada por indicação das enfermeiras e agentes comunitárias de saúde da UBS de escolha, que destacaram as famílias com maior vulnerabilidade na situação de enfrentamento às drogas. O fator de inclusão das famílias no estudo foi ter convivência com ente usuário de álcool e/ou outras drogas, excluindo-se casos com transtornos mentais por outras causas e aquelas que não convivem com o usuário.

Mediante os critérios de inclusão e o objetivo proposto, foram incluídos no estudo dez famílias de usuários de drogas. Na maioria dos casos houve a participação de apenas um dos membros da família. No entanto, em alguns encontros aconteceu a participação de mais de um familiar, e até mesmo, casos em que o próprio usuário de drogas se dispôs a participar. Destarte, obteve-se um total de 15 colaboradores. A coleta de dados ocorreu por meio da entrevista semiestruturada que abordou os aspectos sociodemográficos e as relações intra e extrafamiliares relacionadas ao familiar usuário de drogas.

Após a seleção das famílias que se enquadravam no estudo, foi realizado um primeiro contato com as mesmas, por meio de visita domiciliar. Nessa primeira aproximação foram apresentados e esclarecidos os objetivos da pesquisa. Posteriormente, foram realizados mais dois encontros, que ocorreram também no domicílio, com intervalo aproximado de uma semana entre eles, possibilitando abarcar as interfaces, vivências e relações dos familiares, acerca da problemática investigada.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada abordando os aspectos sociodemográficos e aspectos das relações intra e extrafamiliares do membro usuário de drogas. Para tratamento e compreensão destas questões, os dados foram submetidos à técnica de análise de conteúdo, modalidade temática. A análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça. É uma busca por outras realidades por meio das mensagens, que proporciona ao pesquisador o conhecimento das palavras e de suas significações. Para tanto, essa análise compõe-se de três etapas: a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (BARDIN, 2011)<sup>(9)</sup>.

O desenvolvimento do estudo ocorreu em conformidade com o preconizado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e o projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Copep) pelo Parecer nº 721/2011.

Para garantir o anonimato das famílias colaboradoras da pesquisa, os participantes foram nomeados por sentimentos que evidenciaram e designaram o momento de vida em que se encontram e a posição familiar em relação ao usuário de drogas.

## **RESULTADOS**

A rede familiar primária que cerca os usuários desse estudo foi constituída em dois casos por casal e um filho; por casal, filho e netos e por mãe, filho e netos. Em três casos foi formada por mãe e filho e apenas um deles, por pai e filho.

Dos participantes da pesquisa, 12 eram do sexo feminino que possuíam idade compreendida entre 19 e 68 anos, e três do sexo masculino com idade entre 34 e 67 anos.

Em relação à escolaridade, dois eram analfabetos, oito possuíam o Ensino Fundamental incompleto, três o Ensino Médio incompleto e apenas um Ensino Médio completo. Em sete dos casos, a posição familiar do usuário de drogas, configurava-se como filho, sendo as outras três o pai, o marido e o neto.

O tempo (em meses ou anos) de problemas familiares decorrentes do uso de álcool e outras drogas variaram de dois a 15 anos, demonstrando a cronicidade e a dificuldade da família reverter tal problemática.

Assim, com vistas a responder aos objetivos que norteiam a execução do presente estudo, os depoimentos foram analisados, codificados e organizados em duas categorias, uma que trata da rede intrafamiliar e a outra da rede extrafamiliar, que são elucidadas a seguir.

### **A rede social primária do usuário de drogas: convivendo com o desconhecido**

A partir do processo de análise, percebemos que dentro da rede social do usuário, a rede primária é a mais influenciada pela problemática das drogas, visto que a convivência com o familiar usuário de drogas gera muitos problemas e necessidade de readaptação da rotina, tornando pertinente abordar mais afundo essa relação.

Frente à realidade estudada, os familiares demonstraram enfrentar dificuldades ao descobrir e conviver com um membro que é usuário de drogas, visto que representa uma ameaça ao equilíbrio familiar, pois gera conflitos, culpabilidade e mudanças na rotina familiar.

Diante dos relatos, verifica-se um cotidiano de imprevisibilidade pelo comportamento do usuário de drogas, ora demonstrando agressividade sob efeito das drogas, ora se apresentando alheio aos cuidados com o próprio corpo com perda do apetite, falta de higiene e cuidados pessoais. Esses fatores geram na família sentimentos como medo, impunidade, insegurança, falta de compreensão e necessidades de modificações no convívio domiciliar, como podemos notar:

A coisa é feia filha, bom é que você só participa de estudo, pesquisa, porque viver a vida disso daí [...] se você ta comendo você ta lembrando, ta dormindo você ta sonhando, ta tomando banho alguém chama no portão, sai ensaboada de medo de chegar uma pessoa e matar ele [...] Porque eu não tenho mais paciência, ele é safado [...] Só que tem um limite (chora de tristeza), dá vontade de matar ele, se ele morresse pra mim era um alívio (Medo - Mãe).

A cabeça dele já não ta boa, fica uma semana na rua desaparecido, às vezes chega em casa quando os meninos (filhos) tão trabalhando como se não tivesse acontecido nada, aí os meninos lascam a boca em mim que deixo ele entrar, ah eu sou a mãe, to limpando lá pra dentro e quando eu vejo ele ta aqui, não vou viver com a casa fechada, então ele entra toma banho [...] (Apreensão - Mãe).

As crianças ficam com medo do pai, das atitudes dele quando chega em casa assim (bêbado), grudam tudo em mim uma em cada lado, porque ele falava que tinha uma mulher flutuando, era a guerra do Vietnã, falava essas coisas assim. Isso quando não me bate e xinga as crianças [...] (Ansiedade - Esposa e usuária).

Todos estes fatores supracitados, somados à falta de reconhecimento do problema como uma doença, reforça o modelo de institucionalização da mesma, visto que os familiares não sabem lidar com essas situações e acreditam que o isolamento possa reverter tal quadro. Assim tem-se como consequência a dificuldade em lidar com esta realidade com prejuízo no relacionamento familiar e reabilitação do usuário.

Me falaram que isso é doença, eu já não acho doença, acho uma grande de uma safadeza pra fugir da realidade, se precisar de um tratamento, eu acho que eu é que preciso pra me convencer de que isso é uma doença, mais não é, é sem vergonhice, uma maneira de não trabalhar pra manter a família, não ter

responsabilidade, é uma 'coisa', tem que ter uma lei que obrigue a pessoa a se internar e fique lá fechada (Medo - Mãe).

Percebe-se que a convivência com usuário de drogas prejudica a saúde dos familiares que ficam expostos por todo o sofrimento, gerando sentimentos de medo diante de atitudes como a agressividade; vergonha perante a comunidade em relação à falta de higiene; desespero pela venda de objetos da casa para obter drogas; apreensão frente às tentativas de tratamento frustradas e ainda a sobrecarga física, emocional e financeira a que os familiares estão expostos.

Minha mãe já sofreu demais e vem sofrendo, essas doenças que ela tem diabetes, pressão alta, o derrame, esse pé, infarto é tudo culpa dele, tudo consequência dele. Do sofrimento que ela teve por ele, quem dá trabalho é ele (Medo - Irmã).

Depois que minha mãe morreu passei a cuidar dele, antes eu não via, quando ele passou a não trabalhar quem tinha que trabalhar era eu, e ainda tinha que buscar ele no bar, porque bebia e ligava que tava perdido (Solidão - Filho).

Não tem cabeça, a gente tenta de tudo jeito ajudar, já internaram ele quatro vezes, ele sai e quando dá três dias ele desce lá pra baixo (boca de fumo) e já era, não come e fica atrás das drogas. Eu fico tão revoltada dele sair assim e pegar as coisas aqui de casa e vender e os caras comprar, mais agora a gente não ta descuidando, não pode deixa a casa sozinha (Apreensão - Mãe).

Apesar dessas alterações e sofrimento frente às atitudes do ente usuário, as famílias demonstram ter atitudes de afeto, responsabilidade, amor, cuidado e proteção voltadas na busca da reabilitação do usuário e (re)inserção do mesmo no círculo familiar e social.

A minha mãe fala que prefere ele morto, porque seria um alívio para todos os problemas. Só que ela fala isso agora, mais ela ama o filho que ela tem. Porque já vieram aqui na porta de casa cobrar ele com revólver engatilhado (chorando) e ela (mãe) tirou da boca dela pra pagar o homem (Medo - Irmã).

Ele entrou numa fábrica de costura e tava costurando até jeans, é ele faz tudo, eu não sei o que ele pensa dessa vida, tem curso de tapeceiro, serigrafia e estamparia, corte e costura, tudo tem diploma, mais não dá valor (Apreensão - Mãe).

Minha filha, ele passa 3, 4 dias sem usar drogas. E senta no sofá, conversa, se você tiver uma lâmpada pra trocar ele troca, se tiver uma tomada pra

arrumar, agora se não [...]. Aí o que ele fez ele desmancha tudo, quebra tudo, pinta tudo [...] (Medo - Mãe).

### **Reflexos da convivência com o usuário de drogas na rede social familiar**

Diante desse universo de conflitos e incertezas, nota-se também que as relações sociais, ações recreacionais e ocupacionais influenciam o usuário e sua família, podendo fortalecer ou prejudicar o contexto que apoia a sobriedade e desencoraja o uso do álcool e outras drogas.

Em relação à rede social externa das famílias, verificou-se ser uma rede restrita, constituída no geral, por membros da família extensa, amigos, vizinhos, igreja, escola e UBS. Assim, vê-se que alguns familiares ao dispensar mais tempo com os cuidados ao ente usuário de drogas, por vezes se fecham para o mundo e esquecem de si mesmos, deixam de trabalhar ou trabalham para compensar a falta de ajuda do usuário, deixam de fazer e participar de atividades que gostam em prol da dura realidade que vivenciam.

Quando nós mudamos aqui eu trabalhava fora, e ele bebia, eu chegava e ele já tava embriagado. Depois passou para as drogas. Depois que o A começou com esses problemas eu parei de trabalhar [...] Ele passava a noite andando e depois voltava, as vezes se perdia, as pessoas traziam quando encontrava ele perdido (Vergonha - Mãe).

Eu que sempre cuidei dele depois que a minha mãe faleceu, os outros filhos não cuidam, quando ele quebrou o braço eu tava trabalhando, e me ligaram, vim correndo, os vizinhos estavam com ele, eles me ajudam bastante nessas horas [...] Mais eu perco serviço, eu não pego um emprego fixo porque não tem quem cuidar [...] (Solidão - filho).

Ele não sabe quanto que vem um talão de luz ou de água, tanto é que na realidade eu não podia trabalhar com o braço engessado, e ia assim mesmo, colocava um saco no braço e trabalhava com muita dificuldade, aí eu mesma tirei o gesso uma semana antes porque eu não agüentava, eu tinha que trabalhar lavar roupa fazer comida (Ansiedade - esposa).

[...] é triste você chegar em casa e não achar nada, enquanto eu to me divertindo e pulando ele ta aqui levando as coisas que tenho dentro de casa (Apreensão - mãe).

Por outro lado, em relação à rede social do usuário de drogas, percebe-se que se baseia substancialmente na frequência em bares, lanchonetes, boca de fumo e saídas com os colegas



usuários. A inclusão do familiar em um contexto que foge do olhar atento e preocupado dos familiares muitas vezes gera perturbações, pois cada saída do membro adicto pode significar a busca por alimentar o seu vício.

Ele vai pro serviço, de vez em quando na mãe dele e no bar, no bar ele vai todo dia, costuma falar que é a família dele, eu falei então manda sua família pagar a água pagar a luz comprar comida pagar prestação fazer tudo [...] (Ansiedade - esposa).

Eu falo pra ele, você tem que cair fora dessas amizades, não andar junto, pode cumprimentar, mas não ficar no meio, não sair junto. Que nem chegou aí sábado, ele tava tão bem, aí saiu no domingo com esse pessoal e chegou só na terça-feira [...] (Superação - Mãe).

Ah elas vão às biqueiras do bairro I e II, bar, lanchonete, vivem na rua, o que uma faz a outra faz também [...] (Desapego - Mãe).

Em relação aos serviços de saúde no apoio às famílias e usuários, apenas duas famílias citaram o CAPS-AD.

Eu vou ao CAPSad quatro vezes na semana, segunda e terça e quinta e sexta. Lá é bem legal, eu faço artesanato, pintura, mexo com pipa [...] Falo com a psicóloga [...]. A comida quem faz lá são os dependentes químicos, mais pensa numa comida que é boa, você conhece lá? (Insegurança - Usuário).

A UBS não foi citada como serviço de apoio às famílias estudadas, sendo utilizada apenas para casos pontuais como de consulta médica, medicamentos, vacinas e curativos.

As enfermeiras do postinho não sabem dos problemas dele, raramente aparecem aqui, tem que ir ao CAPSad que é muito longe, se tivesse um acompanhamento no postinho seria ótimo pra ajudar mais pessoas com esses problemas (Insegurança - Mãe).

E por último, um sistema muito utilizado na rede social das famílias foi a religião, apontada como local de refúgio nos momentos de dificuldades com o familiar usuário.

Vou à igreja, peço a Deus pra orientar a cabeça dessas meninas, pra elas desistirem desse mundo, tem tanta coisa boa esperando elas [...] (Descompromisso - Mãe).

A igreja é um local que gosto muito de ir, tenho os amigos de lá que também eram amigos da minha mãe. A gente vai ao culto, participa de

novena e todos me ajudam, rezam pelo meu pai, quem sabe um dia ele melhora [...] (Solidão - Filho).

Gosto de ir a igreja pedir pelos meus filhos, pedir ajuda pra enfrentar esses problemas, principalmente meu filho usuário de droga, isso me ajuda muito, a igreja me dá certo conforto [...] (Desconhecimento - Mãe).

## DISCUSSÃO

Como se pode perceber, a complexidade que envolve o fenômeno do consumo de drogas atinge os usuários, as famílias e a sociedade. Neste contexto, é imperativo refletir sobre os determinantes da rede social envolvidos nesse fenômeno.

Para a família, que é o alicerce fundamental das relações humanas, o fato de ter em seu núcleo um membro usuário de drogas, ocasiona para ambos uma experiência crítica, avassaladora, que marca profundamente as suas vidas (SILVA, 2010)<sup>(5)</sup>.

Frente à imprevisibilidade do comportamento do usuário que está sob efeito de drogas, a família passa a conviver com frequência com esta realidade de insegurança e sofre por não compreender os problemas ocasionados pelo uso dessas substâncias, tendo como consequência dificuldades no relacionamento familiar e na reabilitação do usuário.

Com estas situações de falta de preparo para lidar com os comportamentos e atitudes do familiar usuário de drogas, o apoio profissional da rede de serviços de saúde mental poderia atuar. No entanto, o que se observa na maioria dos casos é uma adaptação sem apoio e com enfrentamento das dificuldades através da práxis, o que ocasiona sobrecarga física, emocional e financeira entre os familiares.

Desta forma, os vínculos familiares são rompidos em decorrência do processo de uso do álcool e outras drogas; ou então estão permeados por ambiguidade e estresse, ou seja, as famílias encontram-se desgastadas e desacreditadas em decorrência de todo o processo de dependência e às recorrentes recaídas típicas durante o tratamento desses indivíduos.

Estes fatores somados à falta de compreensão do problema sob a perspectiva de um problema de saúde mental faz como que a família passe a acreditar no internamento como melhor forma de tratamento, fato citado por alguns familiares no estudo. No entanto, as intervenções em nível hospitalar deveriam se restringir a situações como síndrome de abstinência grave (alucinações, *delirium tremens*, heteroagressividade), comorbidades clínicas ou psiquiátricas severas, incontrolável compulsão pelo consumo nocivo de uma ou

mais substâncias ou ausência de suporte familiar ou social. No restante dos casos, a opção pelo acompanhamento ambulatorial se impõe como a melhor, não excluindo o paciente de seu ambiente e investindo na corresponsabilidade pelo tratamento (ROSENSTOCK; NEVES, 2010)<sup>(10)</sup>.

O investimento na corresponsabilização pelo tratamento por parte do usuário é fundamental no sentido de que a falta de apoio, angústia, raiva e ansiedade são propulsores para o uso e abuso de drogas induzindo às recaídas. Entre os fatores que comprometem a autoeficácia no processo de reabilitação estão as emoções negativas; as situações relacionadas com o prazer; as perspectivas retraídas em relação ao tratamento; e, principalmente, deparar-se com situações nas quais, habitualmente, consumiam drogas (BRITO; SILVA; AZEVEDO, 2012)<sup>(11)</sup>.

Diante desse universo, o ambiente onde o paciente faz parte está diretamente relacionado ao sucesso do tratamento ou também, como espaço favorecedor para o consumo de álcool e outras drogas, também a forma como a pessoa se relaciona com as drogas, sendo usuário controlado ou abusivo pode influenciar no seu tratamento. Estudo realizado com estudantes de uma moradia estudantil elegeu o ambiente de liberdade e o fácil acesso a esses produtos como favorecedor ao uso de drogas. Ao mesmo tempo, ressaltaram que a compulsão e a vontade da droga, as situações difíceis de sobrevivência e os conflitos emocionais também são condições fortemente favoráveis para esse consumo (ZALAF; FONSECA, 2009)<sup>(12)</sup>.

Portanto, neste momento de crise familiar e de difícil convivência, a rede social torna-se prioritária no sentido de proteção às famílias. Porém neste estudo, foi verificado que as famílias possuem uma rede social fragilizada, em que a principal rede social dentre as vinculações das famílias, se constitui na família extensa, amigos, vizinhos e igreja. A rede social do usuário de drogas na percepção da família se configura na frequência em bares, boca de fumo e colegas usuários. O serviço do CAPS-AD foi citado por uma minoria de usuários.

O sistema religioso foi citado como rede social de apoio positivo pelas famílias. A frequência constante a uma igreja, a prática dos conceitos propostos por uma religião e a importância dada à religião e à educação religiosa são fatores que podem auxiliar no enfrentamento dos problemas de consumo de drogas, especialmente, no tratamento da dependência, aliados a outros tipos de tratamentos, como o psicossocial (SANCHEZ; NAPPO, 2007)<sup>(13)</sup>.

Sendo assim, verificou-se que a convivência com usuário de drogas influencia negativamente a rede social da família, contribuindo para o seu fechamento para o mundo, com reflexos na vida profissional e social, podendo causar danos físicos, psíquicos e sociais, para o usuário e os que com ele convivem (CARÍCIO et al., 2011)<sup>(14)</sup>.

Com base neste panorama, tornam-se necessárias intervenções que transmitam conhecimento sobre a influência negativa que os ambientes frequentados pelos usuários de drogas têm no seu tratamento e, trabalhar no desenvolvimento de relacionamentos saudáveis com intuito de ampliar os recursos e potencialidades da rede social da família e seu ente usuário (SOUZA; KANTORSKI, 2009)<sup>(15)</sup>.

Sobre os documentos que reorganizam a atenção aos usuários de drogas, podemos citar a portaria 336/2002 que regulamenta as modalidades de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e estabelece normas de funcionamento e composição das equipes e mais recentemente a portaria 130/2012 que foi elaborada com o objetivo de redefinir os Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS-AD III) e os seus respectivos incentivos financeiros.

Além da regulamentação dos CAPS-AD, o Ministério da Saúde também instituiu, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, a partir da Portaria GM/816 de 30 de abril de 2002, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos usuários de álcool e outras drogas e na criação de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, integrada ao meio cultural e adequada aos princípios da Reforma Psiquiátrica (MORAES, 2008)<sup>(16)</sup>. Ademais, a Portaria 3088/2011 que Institui a Rede de Atenção Psicossocial com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

Apesar das políticas existentes sobre o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas, neste estudo foi possível perceber que as famílias ainda carecem de informações e suporte dos serviços de saúde e de outras redes de apoio, pois os profissionais ainda não estão preparados para abordar este tema. Em relação a isto, é possível observar a carência em relação aos treinamentos (educação continuada) ou mesmo o ensino formal dessa temática das drogas, a qual tem sido pouco explorada nos currículos de graduação em enfermagem. Por isso, reproduz-se o modelo de institucionalização do dependente químico que tem ficado entre o manicômio e o presídio, ocupando o lugar do louco e do

transgressor da lei, ambos excluídos pela sociedade e rotulados ora como doentes e ora como delinquentes (ROSENSTOCK; NEVES, 2010)<sup>(10)</sup>.

Frente a esta realidade, os familiares na tentativa de resgatar o ente usuário das drogas acabam readaptando sua rotina, gerando na maioria das vezes uma sobrecarga em toda estrutura familiar por falta de uma rede social que englobe os cuidados ao seu familiar-usuário. A sobrecarga de ordem emocional, física e financeira evidencia o sofrimento dos cuidadores frente à tensão cotidiana experienciada em seus lares, ao convívio com o sofrimento do outro, à falta de respostas sobre como atuar diante dos comportamentos apresentados na crise (PEGORARO; CALDANA, 2006)<sup>(17)</sup>. Dessa forma, a falta de serviços de apoio, faz com que o cuidador se torne alvo de atenção dos serviços de saúde mental onde se devam incluir ações que envolvam não apenas o usuário, mas toda a família.

A falta de domínio acerca da doença e meio de enfrentamentos evidenciados nos relatos apontam a necessidade de estratégias que forneçam informações em relação a aspectos que envolvem o uso de drogas, possibilitam o exercício de uma ação reflexiva, tanto dos profissionais como de usuários e familiares, tendo como desígnio (re)definir ações, minimizando assim consequências diretas e indiretas que o problema encerra.

Tais mudanças só serão possíveis quando a família compreender o uso de álcool e outras drogas como doença, pois o uso de drogas ainda é percebido na sociedade como algo marginal e o usuário de drogas se apresenta como alguém que possui uma importante falha de caráter. Por isso, tanto o usuário, como sua família são estigmatizados e sofrem preconceito (ALVAREZ et al., 2012)<sup>(18)</sup>.

Nesse contexto, as famílias encontram-se fragilizadas com a situação de conviver e não saber lidar com o usuário de drogas, sendo então, essencial o apoio profissional da atenção primária e secundária em Saúde Mental, como foco na rede social das mesmas de modo a minimizar as dificuldades enfrentadas pela família (OLIVEIRA; MENDONÇA, 2012)<sup>(19)</sup>.

Assim, torna-se importante promover o cuidado sob a ótica da intersubjetividade, considerando não somente os desvios de saúde, mas o ser em sua totalidade (SILVA, 2010)<sup>(5)</sup>. O interesse pela complexidade, que abrange o sujeito e sua rede social, seguido do acolhimento e empreendimento de estratégias, é capaz de promover melhorias nas condições de vida das pessoas, como acesso a serviços de apoio, profissionais e tratamento voltado para as necessidades biopsicossociais de cada indivíduo e família.

Portanto, ao se trabalhar com o universo de álcool e outras drogas, novas estratégias devem ser consideradas, tendo em vista sua dinâmica e complexidade. O profissional precisa olhar para além do indivíduo usuário de drogas e considerar a família e sua rede social também como foco de cuidado, desse modo se faz necessário o cuidado humanizado e flexível em torno da compreensão das necessidades humanas.

Buscando mudar tal realidade, é importante que haja entre a família, profissionais e usuários uma relação de troca de experiências e conhecimentos. Para tanto, os profissionais, especialmente os de enfermagem, por terem a oportunidade de uma relação de maior proximidade com essa comunidade, precisam transcender seu modo de cuidado tradicionalista pautada no atendimento de comorbidades ao usuário de álcool e drogas e investir suas potencialidades em quem é cuidado e de quem cuida.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por meio da experiência vivida, ao se trabalhar com famílias no domicílio, pode-se compreender que a família que convive com um membro usuário de drogas apresenta fragilidades em sua rede social, que se apresentam por meio de dificuldades no relacionamento familiar, e desta com amigos, vizinhos, serviços de apoio, atividades de lazer e outros.

No domicílio, verificou-se convivência dificultada pelo comportamento e atitudes do usuário de drogas, desconhecimento da família do problema das drogas, isolamento social, vergonha, além de sobrecarga financeira, física e psicológica.

As famílias referem situações cotidianas peculiares que proporcionam um ambiente não favorável à saúde física e mental de seus membros, fato que reflete negativamente na rede social de toda a família prejudicando a reabilitação do familiar usuário de drogas.

O estudo contribui na identificação de lacunas na rede de assistência em saúde mental, principalmente a famílias com usuários de drogas, que apresentam majoritariamente uma rede social fragilizada. Tal fato reflete a necessidade de estratégias que incluam a família e o contexto de vida da pessoa como unidade fundamental de assistência, favorecendo para um cuidado humanizado que satisfaça integralmente as necessidades da mesma.

Para a família conseguir viver em harmonia e ter uma rede social de qualidade é necessário que tenha esclarecimentos sobre o mundo das drogas, o comportamento dos usuários e as formas de tratamento, além de receber apoio profissional para que tenha autonomia ao lidar com o membro adicto. O profissional enfermeiro, ao cuidar no domicílio do

paciente e de sua família, deve privilegiar a escuta, o acolhimento, o diálogo e a compreensão do outro em sua realidade.

Como fragilidades do estudo, têm-se o número limitado de famílias estudadas, o fato de o bairro escolhido possuir muitos usuários de drogas e ser constituído por famílias com baixo nível socioeconômico, além dos diversos padrões de utilização das drogas pelos usuários. Todos estes aspectos poderão ser considerados em estudos futuros de modo a elucidar questões que podem ter interferido nos resultados encontrados.

## REFERÊNCIAS

1. Bezerra CG, Dimstein M. Acompanhamento terapêutico na proposta de alta-assistida implementada em hospital psiquiátrico: relato de uma experiência. *Psic. Clin.* 2009;21(1): 15-32.
2. Vargens OMC, Brands B, Adlaf E, Giesbrecht N, Simich L, Wright MGM. Uso de drogas ilícitas e perspectivas críticas de familiares e pessoas próximas, na cidade do Rio de Janeiro, Zona Norte, Brasil. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2009;17(esp.):776-82.
3. Sena ELS, Boery RNSO, Carvalho PAL, Reis HFT, Marques AMN. Alcoolismo no contexto familiar: um olhar fenomenológico. *Texto & Contexto Enferm.* 2011;20(2):310-8.
4. Waidman MAP, Scardelli MGC, Pandini A. Estratégias de cuidado ao portador de transtorno mental: atendimentos da equipe de saúde da família. *Cienc Cuid Saude.* 2010; 9(4):806-14.
5. Silva MNRMO. Redes sociais significativas na saúde mental: (des)cobrando relações no sofrimento psíquico grave e (redes)cobrando elos de encontro [dissertação de mestrado]. Brasília, DF: Universidade de Brasília, Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura; 2010.
6. Arald JC, Njaine K, Oliveira MC. Família e escola: uma parceria possível na prevenção de uso de drogas entre adolescentes. In: Osório LC, Valle MEP. *Manual de terapia familiar.* Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 59-83.
7. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e método.* 3ª ed. São Paulo: Bookman, 2005.
8. Maringá. Prefeitura Municipal. Secretaria de Assistência Social e Cidadania. Diretoria de Programas sobre Drogas. Relatório circunstanciado sobre ações de prevenção e tratamento do uso de drogas na cidade de Maringá. Maringá; 2010.
9. Bardin L. *Análise de conteúdo.* 1ª ed. São Paulo: Edições 70; 2011.
10. Rosenstock KIV, Neves MJ. Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil. *Rev. Bras. Enferm.* 2010;63(4):581-6.
11. Britto AAC, Silva DS, Azevedo DM. Formação do acadêmico de enfermagem: vivência na atenção a usuários de drogas psicoativas. *Esc. Anna Nery.* 2012;16(2): 395-400.
12. Zalaf MRR, Fonseca RMGS. Uso problemático de álcool e outras drogas em moradia estudantil: conhecer para enfrentar. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2009;43(1):131-150.
13. Sanchez ZVDM, Nappo SA. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. *Rev. Psiquiatr. Clín.* 2007;34(1):73-81.

14. Carício MR, Dias MD, Silveira MFA, Santana GMS, Sá LD, Lucena KDT. Estratégia saúde da família: proporcionando suporte familiar e social frente ao alcoolismo. *Saúde em Debate*. 2011;35(88):96-104.
15. Souza J, Kantorski LP. A rede social de indivíduos sob tratamento em um Caps ad: o Ecomapa como recurso. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2009;43(2):373-83.
16. Moraes M. O modelo de atenção integral a saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhamentos e profissionais. *Ciênc. Saúde Colet*. 2008;13(1):121-33.
17. Pegoraro RF, Caldana RHL. Sobrecarga de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Psicol. Estud*. 2006;11(3):569-77.
18. Alvarez SQ, Gomes GC, Oliveira AMN, Xavier DM. Grupo de apoio/suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2012;33(2):102-108.
19. Oliveira E, Medonça J. Family member with chemical dependency and consequent burden suffered by the family: descriptive research. *Online Braz J Nurs*. 2012; 11(1):15-25.



## 5.2 Artigo 2

### **CONHECENDO A REDE SOCIAL DE APOIO DO USUÁRIO DE DROGAS: GENOGRAMA E ECOMAPA COMO RECURSO**

### **KNOWLEDGE ON THE SOCIAL NETWORK OF THE FAMILY OF DRUG USERS: GENOGRAM AND ECO-MAP**

### **CONOCIENDO LA RED SOCIAL DE LA FAMILIA DE USUARIO DE DROGAS: GENOGRAMA Y ECOMAPA COMO RECURSO**

#### **RESUMO**

O uso e abuso de drogas é um problema de saúde pública, gera prejuízos para o indivíduo, família e sociedade. O estudo tem como objetivo conhecer aspectos da estrutura/dinâmica das famílias de usuários de drogas e caracterizar a sua rede social. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória que utilizou os instrumentos Genograma e Ecomapa para coleta de dados, que ocorreu no período de janeiro a março de 2012, com dez famílias que convivem com usuários de drogas assistidos por uma Unidade Básica de Saúde no município de Maringá-Paraná. Os resultados indicaram que as famílias de usuário de drogas são do tipo monoparentais e expandidas. O usuário não trabalha e tem baixa escolaridade. A rede social das famílias são membros da família extensa e a religião; do usuário de drogas o bar, boca de fumo e CAPS-AD. Conhecer a rede social das famílias permite uma assistência mais adequada às suas necessidades.

**Palavras-chave:** Rede social. Usuários de drogas. Família. Enfermagem.

#### **ABSTRACT**

The use and abuse of illicit drugs is a public health issue that causes liabilities to the persons concerned, to their family and to society. Current analysis investigates aspects of the structure and dynamics of illicit drug users' family and identifies the social network. Current descriptive and exploratory research employs the Genogram and the Eco-map for data collection, conducted between January and March 2012, with ten families that cohabit with drug users attended to at a Basic Health Unit (BHU) in Maringá PR Brazil. Results show that the families of drug users are mono-parental and extended; the illicit drug user is unemployed and has a low schooling level. Families' social network is made up of members of the extended family and religion denomination members, whereas the users' network comprises the bar, the drug-taking site and CAPSad. Knowledge on the social network of these families provides a more adequate assistance to their needs.

**Keywords:** Social network. Illicit drug users. Family. Nursing.

## RESUMEN

El uso y abuso de drogas es un problema de salud pública, genera prejuicios para el individuo, familia y sociedad. El estudio tiene como objetivo conocer aspectos de la estructura/dinámica de las familias de usuarios de drogas e identificar su red social. Se trata de una investigación descriptiva y exploratoria que utilizó los instrumentos Genograma y Ecomapa para recolección de datos, que ocurrió en el período de enero a marzo de 2012, con diez familias que conviven con usuarios de drogas asistidos por una Unidad Básica de Salud en el municipio de Maringá-Paraná. Los resultados indicaron que las familias de usuario de drogas, son del tipo monoparentales y expandidas. El usuario no trabaja y tiene baja escolaridad. La red social de las familias son miembros de la familia extensa y la religión; del usuario de drogas, el bar, local de consumo y CAPSad. Conocer la red social de las familias permite una asistencia más adecuada a sus necesidades.

**Palabras-clave:** Red social. Usuarios de drogas. Familia. Enfermería.

## INTRODUÇÃO

O consumo de drogas faz parte da história da humanidade ao longo dos tempos, passando de um uso com finalidades ritualísticas, terapêuticas e religiosas, para o consumo com várias finalidades, como busca de prazer e/ou alívio de desconforto físico, psíquico ou social, estando presente em todas as classes sociais (ORTH; MORÉ, 2008)<sup>(1)</sup>.

Cerca de 200 milhões de pessoas (quase 5% da população mundial entre 15 e 64 anos) consumiram drogas pelo menos uma vez ao ano ((UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2010)<sup>(2)</sup>). A elevação de seu uso descontrolado e abusivo traz agravos na vida do indivíduo, família e sociedade, gerando também desafios às políticas públicas.

O uso e abuso de drogas faz parte de uma problemática complexa, com impacto negativo na rede de relações do usuário, intervindo no seu modo de vivenciar e lidar com o cotidiano (CAVALCANTE et al., 2012)<sup>(3)</sup>. É preciso considerar a influência da família e de outros grupos da rede social quer no processo de tratamento quer na manutenção do consumo da substância. Reconhecer o consumidor, suas características e necessidades, favorece estratégias de prevenção, promoção, tratamento e reinserção social adaptada às diferentes necessidades do usuário, família e território em que vivem (BALLANI; OLIVEIRA, 2007)<sup>(4)</sup>.

Para tanto, ao se trabalhar com as redes sociais das famílias dos usuários de drogas, pensamos ser importante definir o que é família e rede social. Por família, entende-se um grupo de pessoas com vínculos afetivos de consanguinidade ou de convivência, sendo o primeiro núcleo de socialização que transmitirá valores e costumes que formarão a personalidade e patrimônio cultural do indivíduo. Atua como uma unidade primária na

saúde e no cuidado com seus membros (BRASIL, 2001)<sup>(5)</sup>. Em relação à tipologia de famílias temos: a monoparental, representada pela mãe ou pai com filhos; a família nuclear, formada pelo pai, mãe e filhos; e a família ampliada/expandida que, além dos pais e filhos, é constituída pela presença de avós, tios, sobrinhos, entre outros (ELSEN, 1994)<sup>(6)</sup>.

Por rede social entendem-se todas as relações do indivíduo, divididas em família, amizades, vizinhos, igreja, relações de trabalho ou escolares e relações comunitárias (SLUZKI, 2006)<sup>(7)</sup>. Permite entender o sujeito com tudo aquilo com o qual interage. Consiste na estrutura a partir do qual advém o apoio, constituindo-se de um conjunto de vínculos relacionados ao indivíduo, seja por parentesco, amizade ou conhecidos.

Pelo fato de ser apoio social, as redes sociais estão diretamente relacionadas à saúde física e mental das pessoas, portanto, quanto mais diversas as relações, maiores os recursos dessa rede social e menor a chance de vulnerabilidades em situações de crise (SOUZA; KANTORSKI; MIELKE, 2006)<sup>(8)</sup>. A identificação dessa rede possibilita sua utilização como recurso no cuidado, facilitando uma parceria entre a equipe de saúde e a família na atenção ao usuário de drogas, com um cuidado voltado para a realidade específica de usuários e família.

Os enfermeiros, neste caso, por estarem próximos à comunidade, em serviços da atenção básica e em serviços especializados como nos CAPS-AD (álcool e drogas), ambulatórios, hospitais e grupos de apoio à comunidade, encontram-se em uma posição privilegiada para identificar fragilidades na rede social dessas pessoas podendo desempenhar papel fundamental na prevenção, cuidado e reabilitação.

Assim, entender a rede social é pressuposto fundamental para auxiliar no processo de recuperação do usuário, o que requer inserção e compreensão por parte dos profissionais no tempo-espaço em que se desenrola a vida das pessoas. Para tanto, o objetivo do presente estudo foi conhecer aspectos da estrutura/dinâmica das famílias de usuários de drogas e caracterizar a sua rede social.

## **METODOLOGIA**

O estudo constitui-se de uma pesquisa descritiva e exploratória realizada no período de janeiro a março de 2012, com dez famílias que convivem com usuários de drogas assistidos por uma Unidade Básica de Saúde (UBS), no município de Maringá-Paraná.

A opção por essa UBS em questão se deu por apresentar os maiores indicadores municipais de internação e violência relacionados ao abuso de drogas, além de ser considerada de baixo desenvolvimento social pelo Diagnóstico Social de Maringá (MARINGÁ, 2010a)<sup>(9)</sup>.

Ao todo o estudo contou com a participação de 15 colaboradores, pois algumas famílias tiveram mais de um participante, por vezes o próprio usuário. A escolha das famílias se deu por indicação das enfermeiras e Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) do referido serviço, que selecionaram as famílias que apresentavam maior vulnerabilidade em relação ao enfrentamento da problemática do uso de álcool e outras drogas.

Para inclusão na pesquisa, as famílias tinham como requisito conviver com o membro usuário de álcool e outras drogas. Outros transtornos mentais foram excluídos do estudo. Mediante a identificação e seleção das famílias, acompanhado pelo ACS procedeu-se à abordagem individual, juntamente com o profissional de saúde da instituição, para esclarecimento e convite formal aos participantes. Após concordância em participar do estudo, nesta mesma ocasião, foi realizada entrevista semiestruturada abordando características intra e extrafamiliares e aspectos socioeconômicos das famílias.

Em uma segunda visita, realizada cerca de sete dias após a primeira, iniciou-se a construção do Genograma e Ecomapa com as famílias com o intuito de obter informações mais específicas do círculo familiar e da rede social das famílias que convivem com usuários de drogas. Na terceira visita, realizada cerca de uma semana após a segunda, a representação gráfica do Genograma e Ecomapa foi apresentada às famílias e após discutida com as mesmas sua pertinência, características e particularidades.

O Genograma consiste em uma árvore familiar que representa a estrutura familiar interna, inclui pelo menos três gerações da família, o que propicia a coleta de informações sobre relacionamentos ao longo do tempo, incluindo dados de saúde, doença, ocupação e religião. Muitas vezes, é capaz de gerar percepções das famílias sobre si mesmas e promover informações úteis tanto para a família como para os profissionais da saúde (WRIGHT, LEAHEY, 2008)<sup>(10)</sup>.

O Ecomapa é um diagrama das relações entre a família e a comunidade que ajuda a avaliar os apoios e suportes disponíveis e sua utilização pela família. É, essencialmente, um diagrama dos contatos da família com pessoas, grupos ou instituições, como escolas, serviços de saúde e comunidades religiosas (MILEWESKI-HERTLEIN, 2001)<sup>(11)</sup>. É um instrumento útil para análise individual da rede social de pacientes em reabilitação, pois

permite desenhar a família e o indivíduo associado aos sistemas que fazem parte da vida familiar, permitindo uma visualização das características das interações e intensidades dos vínculos. Mostra, também, o sistema de suporte da família, as fontes de estresse e as fontes de cuidado delineando os relacionamentos dos indivíduos em suas situações de vida (ANDRADE; VAITSMAN, 2002)<sup>(12)</sup>.

Para apresentação dos resultados, os entrevistados foram denominados sequencialmente de F1 a F10 (Família 1 a Família 10) seguido da posição familiar quando necessário. Ressalta-se que o presente estudo está em consonância com os aspectos éticos e legais vigentes e obteve parecer favorável, registrado sob o nº 721/2011 no Comitê Permanente de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Constituição familiar e características**

Foram informantes do estudo um total de 15 pessoas, sendo 12 do sexo feminino com idades entre 19 e 68 anos, e três do sexo masculino, com idades de 34 a 67 anos. Contudo, na maioria das famílias um de seus membros se destacou como informante, a maioria na figura da mãe, fornecendo riqueza de detalhes e lembranças.

Em relação à estrutura interna, observou-se que das dez famílias participantes, apenas três (famílias 1, 3 e 6) conservavam a estrutura nuclear, sendo composta pelo casal e os filhos; duas famílias (2 e 5) tinham a estrutura monoparental, constituída pela mãe ou pai e filhos; e as outras cinco famílias (4, 7, 8, 9 e 10) eram uma mistura de família monoparental e expandida, formadas por apenas um dos cônjuges (por motivo de viuvez ou separação do companheiro) e pelos filhos, tios e netos.

Ao analisar os Genogramas das famílias, deparamo-nos com a redução no tamanho das famílias nucleares e aumento no das famílias expandidas, algo muito comum nos dias de hoje e que evidencia a importância do enfermeiro ampliar seu conceito de família no cuidado, a fim de abranger a família expandida/ampliada (que inclui a família de origem, de procriação e agregados) e os sistemas mais amplos (pessoas com as quais a família tem contato significativo) com vistas a conhecer e ampliar a rede de suporte do grupo familiar para uma assistência integral e efetiva (CARTER; MCGOLDRICK, 2001)<sup>(13)</sup>.

Em se tratando dos usuários de droga, eles eram nove do sexo masculino e três do sexo feminino, com faixa etária entre 26 e 68 anos. Em sua maioria eram jovens, solteiros ou separados, de baixo nível econômico e de escolaridade, sem vínculos empregatícios formais. Quase todos iniciaram o uso de drogas entre os 12 e 18 anos com o uso de álcool e maconha, passando depois para o crack. Esta situação é coerente com os dados do Ministério da Saúde o qual aponta o poder indutor de dependência do crack, uma vez que, pelo grau de efeito e pela facilidade de acesso, acaba sendo a droga de escolha de indivíduos já usuários de outras drogas (BRASIL, 2008)<sup>(14)</sup>.

Família	Usuário					Familiares				
	Posição Familiar	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Tempo uso de drogas (anos)	Posição Familiar	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Renda familiar (SM)
1	Filho	39	SOL	EFI	23	Mãe Pai	65 67	CAS CAS	AN EFI	02
2	Filho	29	SOL	EFI	14	Mãe	54	SOL	EFI	03
3	Filho	26	SOL	EFI	4	Mãe	45	CAS	EFI	04
4	Filho	39	SEP	EFI	7	Mãe Irmã	62 32	SEP AMA	EFI EMI	02
5	Pai	68	VIU	AN	50	Filho	34	SOL	EMC	04
6	Mulher Marido	33 34	AMA AMA	EMI EFI	2 14	Usuária e mulher	33	AMA	EMI	03
7	Neto	27	SOL	EMI	10	Avó	66	CAS	AN	04
8	Filho	37	CAS	EMI	18	Mãe	58	SEP	EFI	03
9	Filho	35	AMA	EFI	12	Mãe	55	SEP	EFI	04
10	Filha Filha	26 26	SEP SOL	EMI EMI	8 8	Mãe	68	SEP	EFI	02

AN – Analfabeto; EFI – Ensino Fundamental incompleto; EMI – Ensino Médio incompleto; EMC – Ensino Médio completo  
SOL – Solteiro; SEP – Separado; VIU – Viúvo; AMA – Amasiado; CAS - Casado

Quadro 1 – Caracterização dos usuários de drogas e familiares participantes do estudo. Maringá – PR, janeiro a março de 2012.

As famílias visitadas eram, em sua maioria, de baixa renda, possuíam casa própria, que em geral eram simples, pequenas e de alvenaria. Em duas famílias (4 e 10), as casas tinham condição precária de limpeza e higiene. As demais se encontravam em bom estado (Notas de Diário de Campo).

O fato de a maior utilização de drogas ocorrer, predominantemente, no sexo masculino, entre adultos jovens e de baixa renda corrobora com outros estudos (DUALIBI; RIBEIRO; LARANJEIRAS, 2008; GUIMARÃES et al., 2008)<sup>(15-16)</sup>, em que a distribuição dos agravos relacionados ao consumo abusivo de drogas geralmente está relacionado ao sexo masculino, baixos níveis socioeconômicos e de escolaridade e está concentrado em populações urbanas periféricas.

Desse modo, podemos concluir que o consumo de drogas constitui ao mesmo tempo causa e consequência para os baixos níveis socioeconômicos e de escolaridade, pois o desemprego pode gerar diminuição da autoestima, além de suscitar nos usuários uma imagem mais negativa de si mesmo e de menos valia fato este que leva a maior dificuldade para enfrentar o mercado de trabalho.

O usuário que deixa de contribuir financeiramente nas despesas da casa em decorrência do uso das drogas, além de deixar de ser uma fonte de renda, acaba gerando mais gastos para a família, pois muitas vezes na tentativa de tirar o usuário deste universo, os familiares acabam investindo financeiramente no seu tratamento, e muitas vezes compromete parcela significativa de seu orçamento.

Em relação às condições de moradia das famílias, ressalta-se a limpeza precária e estrutura física mal acabada – realidade de algumas famílias do estudo - pode interferir ou predispor o indivíduo e a família à ocorrência de doenças e até mesmo agravamento da situação já instaurada (SILVA; BOUSSO; GALERA, 2009)<sup>(17)</sup>. Por isso, destacamos a importância de um cuidado domiciliar às famílias, uma vez que fornece subsídios para uma prática assistencial voltada ao contexto de vida e reais necessidades das pessoas. Serve ainda como fator de empoderamento, podendo fornecer às famílias autonomia sobre os processos de impacto negativos que o ambiente gera na saúde/doença das pessoas.

Sobre a constituição familiar, todas elas possuem três gerações, com grande número de filhos na segunda geração, geralmente a do usuário de álcool e outras drogas. Em relação à posição familiar, observou-se que o usuário ocupa a posição de filho em sete famílias e nas outras, a posição de pai, marido e neto. Na Figura 1, temos exemplo de Genograma da Família 4, que trata de uma família nuclear monoparental (pai separado). O usuário tem 39 anos e quatro filhos (os quais não moram com ele). É o primeiro filho de um total de cinco, não trabalha e vive pela rua.

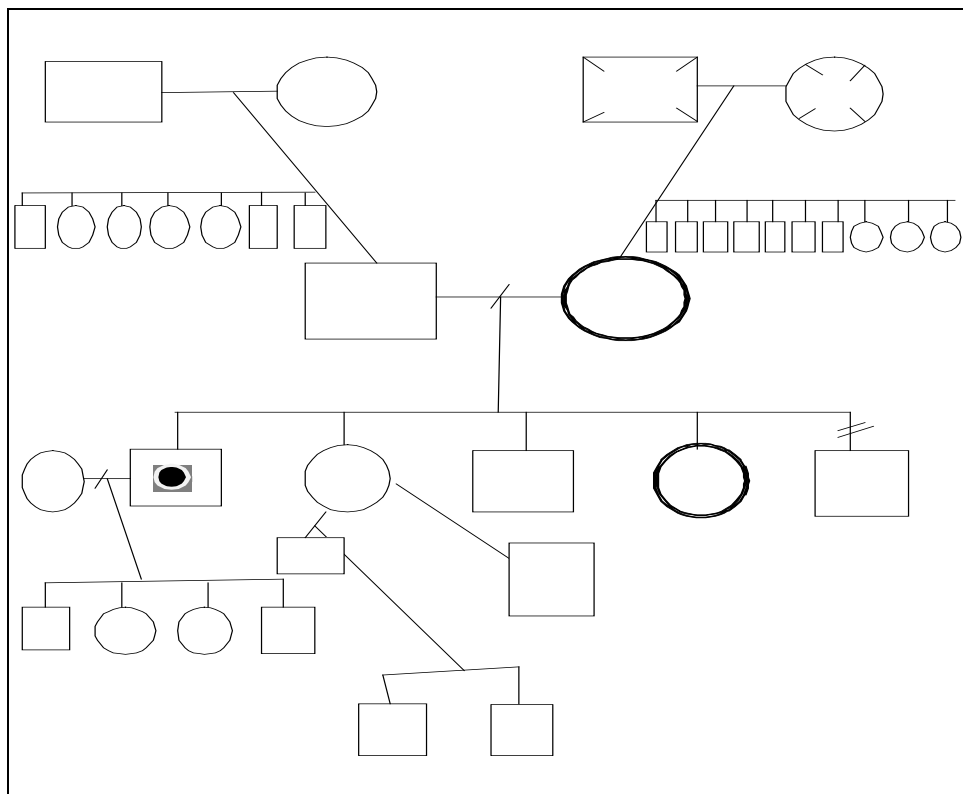


Figura 1 – Genograma Família 4. Maringá – PR, janeiro a março de 2012.

Em relação ao ciclo de vida familiar dos usuários, foram observados três padrões: **1)** o usuário tem família constituída com filhos pequenos e adolescentes (Famílias 8, 6 e 5); **2)** os usuários tiveram um relacionamento conjugal, com filhos ou não, e em função da separação agora vivem com os pais (Famílias 2, 4, 9 e 10); e **3)** os usuários não vivenciaram um relacionamento conjugal e ainda vivem com os pais (Famílias 1, 3 e 7). De forma majoritária, os usuários deste estudo moram com os pais e apresentam dificuldades de relacionamento com os familiares.

Ressalta-se nestes casos a importância da família, que pode ser considerada um dos elos mais fortes em relação ao uso da droga, funcionando tanto como desencadeador do uso ou como fator de proteção. A falta de suporte parental, o uso de drogas pelos próprios pais, a presença atitudes permissivas por parte dos pais perante o consumo e ainda a incapacidade dos pais para controlar os filhos são fatores predisponentes à iniciação ou continuação do uso de drogas (SELEGHIM et al., 2011)<sup>(18)</sup>.



## **Rede social de famílias de usuários de drogas: um breve relato**

A família constrói significados que podem estar baseados em suas crenças, regras, premissas, cultura, as quais irão orientar as interações entre seus membros além de moldar as relações sociais. Ao considerar os fatores que colaboram para o agravamento dos conflitos internos e externos das famílias, o alcoolismo e a dependência de outras drogas constituem fatores importantes de fragilização (SCHWERZ; BELLINI, 2012)<sup>(19)</sup>.

Quando alguém se torna dependente de uma substância, ela muda seu modo de ser, seus hábitos e suas relações, e passa a orbitar no universo particular das drogas, o que gradualmente, modifica sua condição enquanto ser humano e inclusive sua forma de relacionar-se com seus pares e familiares. Tal situação causa estranhamento às pessoas mais próximas como a família, e pode implicar em mudanças importantes na rotina familiar.

Os arranjos domésticos estabelecidos para combater o uso abusivo de álcool e outras drogas geram preocupação, desgaste e frustração quando não se alcança o objetivo almejado. A insegurança permanece uma constante, posto que os familiares não estão preparados para lidar com tamanha desordem e/ou reorganização provocadas pelas condições de incerteza (SIQUEIRA et al., 2012)<sup>(20)</sup>.

Nas famílias analisadas, os vínculos e o relacionamento familiar com o ente usuário de drogas eram conflituosos, com pouca comunicação e várias brigas. Há conflitos do usuário com a mãe, com o pai, filhos e com outros parentes (cunhada, sogra, tio), gerados pelo fato do usuário não parar em casa; não trabalhar ou não conseguir manter o trabalho; e apresentar dificuldade em estabelecer ou aderir a um tratamento. Em alguns casos, foi citado até mesmo a violência física e moral. Nas famílias 2, 4, 6 e 8, por exemplo, o vínculo dos usuários com seus filhos é conflituoso, pois os pais fazem questão de não participar da vida dos filhos, o que acaba afetando toda a família, principalmente a mãe e mulher, que fica sobrecarregada no cuidado.

A mulher, na qualidade de mãe ou esposa é a principal cuidadora do ente usuário de drogas, fato que põe em evidência a questão de gênero no cuidar, o que pode ser percebido ao se identificar que na maioria dos casos o participante informante do estudo foi uma mulher.

O papel de cuidador, tradicionalmente, tem sido delegado às mulheres, não apenas no âmbito da saúde mental, mas também em relação aos idosos, crianças e doentes em

geral. Este contexto nos remete à identificação das mulheres donas de casa, provedoras da saúde familiar e cuidadoras, como as responsáveis pelo equilíbrio do lar e pela procura de serviços de saúde que possam auxiliá-las na resolução dos problemas surgidos no dia a dia. No entanto, mesmo que haja dedicação e vontade por parte das mulheres e mais especificamente dos usuários de drogas, cuidar no caso de saúde mental, resulta em fragilidade e adoecimento (ALVES; SILVEIRA, 2011)<sup>(21)</sup>, fato que reforça a necessidade de oferecer atenção profissional para as mesmas.

Com as informações obtidas pelo Ecomapa, é apresentada no Quadro 2 uma síntese das trajetórias de vida dos usuários.

<b>Família 1</b>	Tem 39 anos. Começou a beber aos 13 anos, depois passou a usar maconha e crack. Mora com os pais, não tem filhos. Sua relação com a família é conflituosa, principalmente com o pai. Faz bicos como pedreiro. Esteve internado várias vezes em hospital psiquiátrico. Frequenta quando quer o CAPS-AD.
<b>Família 2</b>	Tem 29 anos. Começou a usar drogas aos 15 anos. Mora com a mãe, irmãos e filha. Expulso várias vezes de casa por roubar e vender objetos. Internado duas vezes em hospital psiquiátrico, já foi preso por roubo. Não tem boa relação com a filha e família. Vive pelas bocas de fumo.
<b>Família 3</b>	Tem 26 anos. Começou a usar drogas aos 22 anos. Mora com os pais e irmão. Não trabalha. Por vezes persegue mulheres e tira a roupa na rua. Internado várias vezes em hospital psiquiátrico.
<b>Família 4</b>	Tem 39 anos. Começou a usar drogas em torno dos 30 anos. Mora com a mãe, tia e irmãos. Faz bicos como pedreiro. É separado e tem dois filhos, que os agredia constantemente. Tem relacionamento conflituoso com a família, que também já agrediu; rouba objetos de casa. A família tem vergonha dele.
<b>Família 5</b>	Tem 68 anos. Uso de álcool desde os 12 anos. Viúvo, mora com o filho. Aposentado. Frequenta o bar perto de casa diversas vezes ao dia. Alimenta-se muito pouco. Sofreu acidentes e quedas pelo vício, internado quatro vezes em hospital psiquiátrico. Tem cirrose alcoólica.
<b>Família 6</b>	Tem 34 anos. Usuário de álcool desde os 15 anos. Mora com a mulher e dois filhos. Agrede fisicamente a mulher e não ajuda nas contas de casa. É pintor. Diz que sua família é o bar.
<b>Família 7</b>	Tem 27 anos. Começou a usar álcool e maconha aos 18 anos. Mora com os avós e tio. Desempregado no momento. Não conhece o pai. A avó conversa muito para que não ande mais com companhias ruins e o vício não se agrave. A namorada deixou dele pelo vício.
<b>Família 8</b>	Tem 37 anos. Uso de drogas com 16 anos. Mora nos fundos da casa da mãe com mulher e filho. É funcionário público. Perdeu um irmão pelo vício (também era usuário de drogas). Começou a frequentar o CAPS-AD. Mãe é ex-usuária de álcool.
<b>Família 9</b>	Tem 35 anos. Iniciou o uso de álcool e outras drogas com 15 anos. Mora com a mãe, três irmãos e cunhada. É separado e pai de dois filhos, com os quais não tem contato. Faz bicos como pedreiro, não ajuda com os custos em casa.
<b>Família 10</b>	Tem 36 anos. Gêmeas usuárias de drogas (crack, maconha, álcool, qualquer tipo), com início aos 18 anos, são garotas de programas, vivem nas ruas e bares. Moram com a mãe que é cadeirante e os filhos. Os filhos vivem largados pela rua. Tem uma irmã presidiária. A casa possui condições precárias de higiene.

Quadro 2 – Histórico das famílias com usuários de álcool e outras drogas. Maringá – PR, 2012.

A partir das informações prestadas pelas famílias, foi possível conhecer um pouco mais de sua rotina, e obter dados para a elaboração do Ecomapa visualizando desta forma as redes sociais com as quais as famílias podem (ou não) contar. Na análise dos Ecomapas e mesmo durante sua construção em conjunto famílias, pode-se perceber que os familiares possuem uma rede social restrita. No geral, compreende a família extensa, amigos,

vizinhos, igreja, escola e UBS. Para o usuário de drogas, especificamente, a rede é constituída por se trata de amigos também usuários de drogas, bar, boca de fumo e o CAPS-AD (citado apenas por duas famílias). Portanto, os usuários de modo geral perdem a referência de apoio advinda da família, do trabalho e/ou da escola.

Pode-se perceber que ao mesmo tempo em que a família tem dúvidas, incertezas, medos ou temores, relacionados ao comportamento do familiar usuário de drogas também sente vergonha, sensação de culpa e impotência diante desta situação de abuso de drogas pelo familiar, o que acaba prejudicando a atuação de sua rede social, pois seus integrantes, muitas vezes, deixam de sair de casa, de compartilhar seus problemas e de participar de programas de apoio por diversas dificuldades.

A partir da construção dos Ecomapas, a própria família passou a perceber que sua rede social encontra-se prejudicada em decorrência do comportamento negativo do ente usuário de drogas para com os vizinhos, amigos e comunidade. Relataram ter vergonha de sair na rua ou visitar um vizinho, pois sabe que seu familiar usuário de drogas já enganou, roubou e xingou todos os vizinhos e indivíduos da comunidade com quem teoricamente poderia manter algum contato.

Como apoio social no auxílio ao enfrentamento desta problemática, as famílias buscam ajuda na família extensa, constituída em alguns casos por mãe, irmãos, primos e tios e também na religião. A religião exerce um papel importante no processo de prevenção e no tratamento de drogas, abordando, tanto os usuários quanto os familiares que já vivenciaram momentos traumáticos, desde o início da dependência das drogas até a reabilitação e reinserção social (SANCHEZ; NAPPO, 2007)<sup>(22)</sup>.

Em relação aos profissionais de saúde e UBS, os relatos dos familiares permitiram identificar a pequena participação que estes possuem na vida dessas famílias, uma vez que eles foram pouco citados como rede social e, quando mencionados, foi em relação à serviços diversos como a realização de curativos, vacinas, busca de remédios e atendimento médico. Nenhum profissional ou UBS foi referido como apoio para o enfrentamento da problemática das drogas. Portanto, a ausência de suporte social e a deficiência no acesso e vínculo com os serviços de saúde na atenção primária, os quais se apresentam pouco acessíveis àquelas pessoas que mais necessitam, têm agravada a situação do uso de drogas na atualidade (SELEGHIM et al., 2011)<sup>(18)</sup>.

Na Figura 2 é apresentado o Ecomapa da família 1, onde se observa a sua rede social.

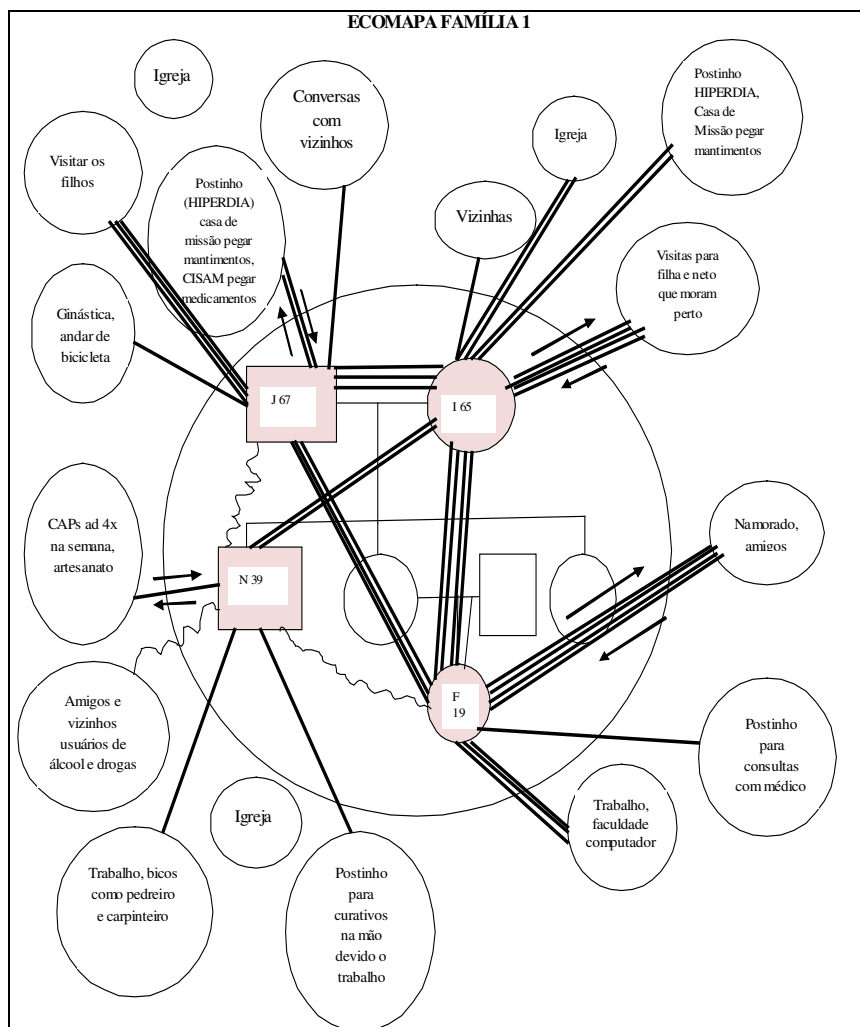


Figura 2 – Ecomapa Família 1. Maringá – PR, janeiro a março de 2012.

O usuário é solteiro, mora com os pais e sobrinha, não tem bom relacionamento com eles e com seus amigos. Tanto no lazer quanto no seu cotidiano no CAPS-AD tem preferência por atividades individuais. A rede geral da família é composta em sua maioria pela família extensa, poucos vizinhos, igreja e serviço de saúde como UBS. Revelam a preferência por permanecer em casa e reconhecem a fragilidade de sua rede social na visualização do Ecomapa.

Este fato destaca a necessidade do planejamento de ações que promovam maior socialização da família, bem como intervenções de enfermagem visando aumentar a qualidade de suporte social, pois os efeitos negativos do estresse são reduzidos na vida de indivíduos com fortes sistemas de sociais de apoio (SOUZA; KANTORSKI, 2009)<sup>(23)</sup>.

Um dos poucos serviços de apoio referido pelas famílias no processo de recuperação do familiar usuário de drogas foi o CAPS-AD. Sendo mencionado como espaço para tratamento e estabelecimento de vínculos de amizade, fortalecimento dos laços

sociais e afetivos com a família. Também citaram o aprendizado de atividades como pintura e artesanato que servem como fonte de renda e de lazer, com boa utilização do tempo ocioso. Os familiares relataram tranquilidade quando o usuário frequenta o CAPS-AD, pois sabem que está longe das drogas.

O CAPS-AD faz parte do novo processo de atenção em saúde mental, baseado em redes extra-hospitalares com assistência em foco na reabilitação psicossocial e, colabora para reconfiguração da rede de apoio social ao usuário de drogas, uma vez que propicia o resgate da autoestima e cidadania que foi perdido pelo preconceito social em torno do uso de drogas.

Outro serviço citado foi a emergência psiquiátrica, como serviço de apoio quando a situação se agrava e a família não tem outra opção de ajuda. No entanto, as intervenções hospitalares deveriam se restringir a situações como síndrome de abstinência grave (alucinações, *delirium tremens*, heteroagressividade), comorbidades clínicas ou psiquiátricas severas, incontrolável compulsão pelo consumo nocivo de uma ou mais substâncias ou ausência de suporte familiar ou social. No restante dos casos, a opção pelo acompanhamento ambulatorial se impõe como a melhor, não excluindo o paciente de seu ambiente e investindo na corresponsabilidade pelo tratamento (ROSENSTOCK; NEVES, 2010)<sup>(24)</sup>.

Percebe-se que grande parte dos problemas evidenciados pelos familiares poderia ser atendida pelas equipes de saúde na atenção primária, já que os usuários e suas famílias são acompanhados por esta unidade. Entretanto, neste âmbito da assistência, não existem programas de auxílio a usuários de drogas e suas famílias especificamente, nem tampouco os profissionais se sentem capacitados para esta assistência no âmbito da atenção primária. Como consequência, as famílias sentem dificuldade em encontrar auxílio de profissionais no sentido de instrumentalizá-las para enfrentar o problema, prevalecendo a visão de que o internamento é a melhor saída.

Diante do exposto, é preciso repensar o ser e o agir dos profissionais da área da saúde, principalmente enfermeiros, no sentido de reconhecer as necessidades destas famílias que se encontram fragilizadas, perceber as incertezas, desordens e dificuldades, a fim de assistir ao outro de maneira mais humana e procurar percebê-lo integralmente e em suas multiplicidades.

Nesse contexto, trabalhar em uma perspectiva de rede social de apoio à família significa trabalhar com ações voltadas para a reinserção social e ocupacional dos usuários e

familiares, na construção do fortalecimento da autonomia dos sujeitos pelo reconhecimento das suas múltiplas interações familiares e sociais, com apoio aos demais membros da família e sistemas que fazem parte da vida do indivíduo, e, por fim, um acompanhamento domiciliar, de acordo com a realidade vivenciada por cada família na tentativa de auxiliar as mesmas a lidarem melhor com tal situação (SCHWERZ; BELLINI, 2012)<sup>(19)</sup>.

## CONCLUSÃO

Os resultados do estudo evidenciaram que as famílias que convivem com usuário de drogas são caracterizadas, em sua maioria, por famílias do tipo monoparentais e expandidas, com filhos da segunda geração, ocupando a posição de usuário de drogas. Este é jovem, solteiro ou separado, não possui emprego formal e tem baixa escolaridade. Em geral, o consumo de drogas se iniciou em idade precoce, com o uso de álcool e maconha, findando em crack.

A presença de um membro usuário de drogas na família gera fragilidades em sua rede social, que se apresenta por meio de dificuldades no relacionamento familiar, e desta com amigos, vizinhos, atividades de lazer e serviços de saúde.

A construção do Genograma e Ecomapa permitiu identificar e compreender as situações vivenciadas pelas famílias com o usuário de drogas, e permitiu também perceber que a família precisa ser alvo de cuidados, necessita receber atenção em sua integralidade, como forma de fortalecê-la em períodos de crises e conflitos.

O estudo contribui ainda na identificação de lacunas na atenção primária, em relação ao atendimento em Saúde Mental, principalmente para famílias que convivem com usuários de drogas, que muitas vezes se encontram desassistidos por estes serviços. Cabe salientar que por tratar-se de uma questão de saúde pública, é função da atenção primária assistir a essa população, no entanto, o que se percebe é a precariedade na assistência aos usuários de drogas e suas famílias, que não se sentem sequer acolhidos por estes serviços.

Contudo, pelas repercussões da problemática das drogas na família, este tema merece discussões e aprofundamento em diversas áreas do conhecimento na busca de estratégias integradas e comprometidas com a assistência e o bem-estar do ser humano como um todo.

Com relação às limitações, aponta-se o fato de que nem todos os membros das famílias e demais membros da rede social foram acessados como fonte de informação de estudo, e que certamente a inclusão destes componentes refletiria muito nos resultados.

Por fim, acredita-se ser necessário conhecer as histórias de vida e a rede social das famílias de usuários de drogas para prestar uma assistência mais adequada às necessidades e recursos da família, facilitando o processo de reorientação do tratamento e ampliando estratégias voltadas à reabilitação e a promoção da saúde familiar.

## REFERÊNCIAS

1. Orth APS, Moré, CLOO. Funcionamento de famílias com membros dependentes de substâncias psicoativas. *Psicol. Argum.* 2008;26(55): 293-303.
2. United Nations Office on Drugs and Crime. World drugs report 2010 [Internet]. 2010 [acesso em 2011 Jun 25]. Disponível em: [http://www.unodc.org/documents/frontpage/UNODC\\_Annual\\_Report\\_2010\\_LowRes.pdf](http://www.unodc.org/documents/frontpage/UNODC_Annual_Report_2010_LowRes.pdf).
3. Cavalcante LP, Falcão RST, Lima HP, Marinho AM, Macedo JQ, Braga VAB. Rede de apoio social ao dependente químico: ecomapa como instrumental na assistência em saúde. *Rev. Rene.* 2012;13(2): 321-31.
4. Ballani TSL, Oliveira MLF. Uso de drogas de abuso e evento sentinela: construindo uma proposta para avaliação de políticas públicas. *Texto & Contexto Enferm.* 2007; 16(3):488-94.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. Cadernos de atenção básica, n.8. Série normas e manuais técnicos n.131.
6. Elsen I. Saúde familiar: a trajetória de um grupo. In: Bub LR, editor. Marcos para a prática de enfermagem com famílias. Florianópolis: UFSC; 1994.
7. Sluzki CE. A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006.
8. Souza J, Kantorski LP, Mielke FB. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em um CAPSAD. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas.* [internet]. 2006 [acesso em 2012 Jun 25];2(1). Disponível em: [http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S1806-69762006000100003&script=sci\\_arttext](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S1806-69762006000100003&script=sci_arttext)
9. Maringá. Prefeitura Municipal. Secretaria de Assistência Social e Cidadania. Diretoria de Programas sobre Drogas. Relatório circunstanciado sobre ações de prevenção e tratamento do uso de drogas na cidade de Maringá. Maringá; 2010.
10. Wrigth LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. São Paulo: Roca; 2008.
11. Mileweski-Hertlein KA. The use of a socially constructed genogram in clinical practice. *Am. J. Fam. Ther.* 2001;(29):23-38.
12. Andrade GRB, Vaitsman J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2002;7(4):925-34.
13. Carter B, McGoldrick M, organizadores. As mudanças do ciclo da vida familiar. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001.

14. Brasil. Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde. São Paulo: Ministério da Saúde; 2008.
15. Dualibi LB, Ribeiro M, Laranjeira R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(suppl 4):545-57.
16. Guimarães CF, Santos DVV, Freitas RC, et al. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre. *Rev Psiquiatr. Rio Gd. Sul*. 2008;30(2):101-8.
17. Silva L, Bousso RS, Galera SAF. Aplicação do modelo calgary para avaliação de famílias de idosos na prática clínica. *Rev. Bras. Enferm*. 2009;62(4):530-4.
18. Selegim MR, Marangoni SR, Marcon SS, Oliveira MLF. Vínculo familiar de usuários de crack atendidos em uma unidade de emergência psiquiátrica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2011.
19. Schwerz CI, Bellini MIB. A família como rede de apoio ao dependente químico: desafios e possibilidades no âmbito da saúde pública. In: Schwerz CI, Bellini MIB. *Serviço social, residência multiprofissional e pós-graduação: a excelência na formação do assistente social*. Porto Alegre: Edipucrs; 2012. p. 79.
20. Siqueira DF, Moreschi C, Backes DS, Lunardi VL, Filho WDL, Dalcin CB. Repercussões do uso do crack no cotidiano familiar. *Cogitare Enferm*. 2012;17(2):248-54.
21. Alves CCF, Silveira RP. Família e redes sociais no cuidado de pessoas com transtorno mental no Acre: o contexto do território na desinstitucionalização. *Rev. APS*. 2011;14(4):454-63.
22. Sanchez ZVDM, Nappo SA. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. *Rev. Psiquiatr. Clín*. 2007;34(1):73-81.
23. Souza J, Kantorski LP. A rede social de indivíduos sob tratamento em um CAPS ad: o ecomapa como recurso. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2009;43(2):373-83.
24. Rosenstock KIV, Neves MJ. Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil. *Rev. Bras. Enferm*. 2010;63(4):581-6.



## 5.3 Artigo 3

**CUIDADO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA DE USUÁRIOS DE DROGAS: O  
PROCESSO *CLINICAL CARITAS* COMO SUBSÍDIO**

**NURSING CARE TO THE FAMILY OF ILLICIT DRUG USERS: THE *CLINICAL  
CARITAS* PROCESS AS A HELP**

**CUIDADO DE ENFERMERÍA A LA FAMILIA DE USUARIOS DE DROGAS: EL  
PROCESO *CLINICAL CARITAS* COMO SUBSÍDIO**

**RESUMO**

**Objetivo:** Relatar a experiência do cuidado de enfermagem a famílias de usuários de drogas baseada no processo *clinical caritas* de Jean Watson. **Método:** Estudo de casos múltiplos realizado com três famílias que convivem com usuário de álcool e outras drogas atendidas por uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de Maringá-Paraná. Os dados foram coletados no período de janeiro a março de 2012 por meio de cuidados de enfermagem realizados com as famílias no domicílio e registrados em um diário de campo, após submetidos à análise de conteúdo modalidade temática. **Resultados:** A convivência com usuário de drogas gera dificuldades no relacionamento familiar e desta com sua rede social. O cuidado as famílias no domicílio na perspectiva de Watson, abordou estas fragilidades, o que permitiu tornar o convívio familiar mais harmonioso e ajudou as famílias a lidarem melhor com a realidade das drogas, o que pode tornar esta tarefa menos árdua. **Conclusão:** Com o referencial utilizado foi possível oferecer um cuidado humanizado à medida que compreendeu as vivências das famílias e as assistiu em sua integralidade.

**Palavras-chave:** Cuidado. Enfermagem. Família. Usuários de drogas.

**ABSTRACT**

**Aim:** Current research reports the experience of nursing care to families of illicit drug users, foregrounded on the Jean Watson's *clinical caritas* process. **Method:** Multiple cases with three families that cohabit with alcoholic persons and illicit drug users attended to at a Basic Health Unit (BHU) in Maringá PR Brazil, are investigated. Data were collected between January and March 2012 by nursing cares in home families, then submitted to content analysis, theme mode. **Results:** Conviviality with drug users causes difficulties in family relationship and the latter with its social network. Home family care dealt with these fragilities and permitted a more harmonious family conviviality. It also helped the families to deal better with the drug issue, making it a less strenuous task. **Conclusion:** The referential employed provided a more humane care in proportion to the comprehension of family conviviality and full assistance provided.

**Keywords:** Care. Nursing. Family. Illicit drug users.

## RESUMEN

**Objetivo:** Relatar la experiencia del cuidado de enfermería a las familias de usuarios de drogas basada en el proceso *clinical caritas* de Jean Watson. **Método:** Estudio de casos múltiples realizado con tres familias que conviven con usuario de alcohol y otras drogas atendidas por una Unidad Básica de Salud (UBS) en el municipio de Maringá-Paraná. Los datos fueron recolectados en el período de enero a marzo de 2012 por intermedio de cuidados de enfermería realizados con las familias en los domicilios y registrados en un diario de campo, y tras sometidos al análisis de contenido modalidad temática. **Resultados:** La convivencia con usuario de drogas genera dificultades en el relacionamiento familiar y de ésta con su red social. El cuidado a las familias en el domicilio según Watson, abordó estas fragilidades, lo que permitió volver el convivio familiar más armonioso y ayudó a las familias a lidiar mejor con la realidad de las drogas, lo que puede volver esta tarea menos ardua. **Conclusión:** Con el referencial utilizado fue posible ofrecer un cuidado humanizado en la medida que se comprendió las vivencias de las familias y se las asistió en su integralidad.

**Palabras-clave:** Cuidado. Enfermería. Familia. Usuarios de drogas.

## INTRODUÇÃO

O cuidado sempre esteve presente na história da humanidade, se caracteriza como um fenômeno vital de todos os seres humanos, pautado na própria identidade humana da coexistência e inter-relação, configurando-se numa relação de troca e empatia. É um modo de ser e estar com o outro como forma de interação e envolvimento pessoal, pode ser compreendido como solicitude, dedicação e inquietação pelo outro; e implica conhecimentos, comportamentos, valores, habilidades e atitudes do cuidador, o qual é influenciado por suas vivências sociais, culturais e psicológicas (BACKES et al., 2006)<sup>(1)</sup>.

A família pode ser compreendida como a unidade primária de cuidado, já que por meio das experiências nela vivenciadas, criam-se e cultivam-se valores e crenças que contribuem para a formação de seus membros, os quais interagem entre si, apoiando-se e trocando experiências para, juntos, buscarem e somarem esforços para superar limites e solucionar problemas (FIGUEIREDO; MARTINS, 2010)<sup>(2)</sup>.

A presença de um membro usuário de álcool e outras drogas na família gera conflitos, culpabilidade e necessidades de readaptação da rotina decorrentes do comportamento do ente usuário de drogas. Para a família, que é um dos alicerces das relações humanas, o fato de ter em seu núcleo um membro usuário de drogas, ocasiona para ambos uma experiência que marca intensamente as suas vidas (NAVARINI; HIRDES, 2008)<sup>(3)</sup>.

O fenômeno das drogas constitui um dos problemas sociais mais sérios e de difícil solução para governos de todo o mundo. O uso das drogas gera problemas à vida e à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades (BÜCHELE; COELHO; LINDNER, 2009)<sup>(4)</sup>. Reconhecer o usuário de drogas, suas características e necessidades, favorece estratégias de contato e de vínculo com ele e seus familiares, para que se possa implantar programas de prevenção, promoção, tratamento e reinserção social adaptada às diferentes necessidades do usuário, família de acordo com o território em que vivem (BALLANI; OLIVEIRA, 2007)<sup>(5)</sup>.

Cada família é única e vivencia esse processo de maneira própria. Portanto, é importante conhecê-la, compreender seu comportamento, seus sentimentos e os significados dessa vivência e, a partir do conhecimento dos contextos familiares específicos de cada usuário, promover uma assistência centrada em suas necessidades individuais, reconhecendo-as enquanto sujeitos que mantêm relações com seu cenário social e com seu grupo familiar.

Ao enfermeiro, envolvido no cuidado aos usuários de drogas e de suas famílias, cabe o papel de proporcionar healing e minimizar as consequências do convívio a fim de facilitar as mudanças e ajudar a família, direcionando sua atenção às necessidades emanadas desse contexto e estimulando mecanismos de enfrentamento para cada unidade familiar.

Neste contexto, podemos utilizar o conceito de redução de danos com a família de usuários, em que se busca não a abstinência do uso da droga, mas incentivar o usuário a cuidar de si, sem que a condição para isso seja a interrupção total do uso da droga. Com esta visão, a interrupção total do uso da droga não constitui condição *sine qua non* para o cuidado de si existir, e ao mesmo tempo permite ao indivíduo manter atividades sociais como trabalho, estudo, amizades. Ao reduzirem os problemas associados com o uso de drogas no âmbito social, econômico e de saúde, estas estratégias beneficiam o usuário, seus familiares e a própria comunidade. Também pode evitar a exposição a outras situações de risco, por meio da distribuição de preservativos, a disponibilização de informações sobre os riscos de contaminação pelo compartilhamento de cachimbos e sobre os cuidados para a prática de sexo mais seguro, buscando aproximar o usuário das instituições de saúde (FONSECA, 2005)<sup>(6)</sup>.

Portanto, partindo do pressuposto de que ao conhecer e avaliar a família é possível observar as interações entre seus membros e os eventos que afetam o

funcionamento individual e coletivo de cada um deles, assim como, subsidiar o cuidado de enfermagem a ser implementada nesse contexto, o estudo tem como objetivo relatar a experiência do cuidado de enfermagem à famílias de usuários de drogas baseada no processo *clinical caritas* de Jean Watson.

## REFERENCIAL TEÓRICO

A Teoria do Cuidado Transpessoal, desenvolvido pela Doutora Jean Watson, foi escolhida para compor o referencial teórico deste trabalho pela identificação com seus propósitos de assistir ao outro em uma relação especial de cuidado, valorizando o que o outro seja em todas as suas dimensões de vida, em que enfermeiro e ser cuidado se transformam e crescem nessa relação.

O cuidado transpessoal está fundamentado em valores existenciais humanista-altruístas, que estimula o desenvolvimento, autoconhecimento e autocontrole do ser cuidado, propiciando-lhe condições de se tornar responsável pelo seu próprio cuidado e, se possível, conduzindo-os à reconstituição e recomposição (*healing*) da saúde, da mente, do corpo e da alma, o cuidado passa da perspectiva da cura para o da reconstituição e amor (WATSON, 2008)<sup>(7)</sup>.

O cuidar é considerado por Watson como o ideal moral da Enfermagem e na sua forma de qualificar este cuidado como transpessoal há a união com a outra pessoa, considerando o seu todo e seu estar no mundo em que enfermeiro e ser cuidado tornam-se um, é o momento em que o cuidado é concretizado e os dois seres estão sintonizados de corpo e alma nesta relação (WATSON, 2004)<sup>(8)</sup>.

Para este estudo, pela complexidade da teoria de Jean Watson não fizemos uso completa dela, mas sim um recorte com a aplicação do processo *clinical caritas* no cuidado às famílias.

Tal processo trata-se de uma evolução da teoria de cuidado humano de Jean Watson (2012)<sup>(9)</sup>, o que dá forma e estrutura à teoria do cuidado humano e auxiliam as enfermeiras na resolução de problemas de forma criativa, o processo compõe-se de dez elementos de cuidado: **Elemento 1-** Praticar o amor-gentileza; **Elemento 2-** ser autenticamente presente, honrando o profundo sistema de crenças; **Elemento 3-** cultivar práticas espirituais; **Elemento 4-** desenvolver e sustentar uma autêntica relação de cuidado, ajuda-confiança; **Elemento 5-** ser presente e apoiar a expressão de sentimentos;

**Elemento 6-** usar criativamente o eu e os caminhos do conhecimento; **Elemento 7-** experiências de ensino-aprendizagem que atendam a pessoa inteira, permanecendo dentro do referencial do outro; **Elemento 8-** criar um ambiente de reconstituição; **Elemento 9-** ajudar nas necessidades básicas; **Elemento 10-** dar abertura e atender aos mistérios espirituais e dimensões da vida-morte (FAVERO; MAZZA; LACERDA, 2010)<sup>(10)</sup>.

## PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, por meio de estudo de casos múltiplos, realizada com três famílias que convivem com usuário de álcool e outras drogas atendidas por uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de Maringá-PR.

Estudo de caso múltiplo é a seleção de dois ou mais casos que se acredita ser replicações literais, como um conjunto de casos com resultados exemplares em relação a alguma teoria de avaliação. Esse tipo de pesquisa possibilita responder a questões muito particulares, pois ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, trabalha com o universo de significado, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (YIN, 2005)<sup>(11)</sup>.

A escolha por essa unidade de saúde foi intencional, pois a sua área de abrangência possui os maiores indicadores municipais de internação e violência relacionados às drogas de abuso, além de ser considerada de baixo desenvolvimento social pelo Diagnóstico Social de Maringá (MARINGÁ, 2010a)<sup>(12)</sup>.

No total foram três famílias, sendo que em alguns casos mais de um familiar participou, e por vezes até mesmo o próprio usuário, formando um total de seis participantes. A escolha das famílias aconteceu por indicação das enfermeiras e agentes comunitárias de saúde do serviço referido, que selecionaram as famílias que apresentavam maior vulnerabilidade em relação ao enfrentamento do uso e abuso de álcool e outras drogas.

O critério para inclusão das famílias no estudo foi conviver com ente usuário de drogas e ser atendido pela UBS escolhida.

Após adquirir o endereço das famílias, realizou-se visita domiciliar (VD) durante o período de janeiro a março de 2012, que tiveram duração média de 60 min cada uma.

Foram cinco visitas a cada família. Na primeira VD, após a apresentação dos aspectos éticos e legais, foi realizada a entrevista semiestruturada, a fim de identificar e caracterizar a posição familiar das pessoas que convivem na casa, dados sociodemográficos e os problemas decorrentes do uso de drogas, objetivando conhecer melhor as famílias.

Na segunda VD realizou-se a construção do Genograma e Ecomapa sendo possível identificar as fragilidades e potencialidades da rede social de cada família na visão delas. Sendo assim, esses dados serviram de base para o planejamento do cuidado nos encontros posteriores.

Nas visitas seguintes foram realizados cuidados de enfermagem baseados no processo *clinical caritas* de Jean Watson, determinados pelas necessidades emergidas nos encontros e abrangeu atividades como ouvir com atenção e carinho; orientações; esclarecimentos de dúvidas relacionadas aos comportamentos do usuário de drogas e dos serviços de saúde que podem ser procurados; características do tratamento; e o papel da família e da rede social no processo de recuperação. As visitas tiveram o intuito de aumentar o conhecimento e autonomia acerca dos processos de impacto positivos e negativos advindos da rede familiar e social, com implicação de um cuidar transpessoal e ainda, descrever os efeitos desta ação.

As atividades de acompanhamento, orientações e cuidados realizadas junto às famílias, assim como as percepções da pesquisadora quanto às dúvidas e as necessidades das mesmas, foram registradas num diário de campo específico, a fim de permitir a análise dos dados ao longo da pesquisa após cada visita domiciliar.

Para a análise dos dados utilizou-se a análise de conteúdo temática (BARDIN, 2010)<sup>(13)</sup>, que funciona por meio da codificação do texto e de seu desmembramento em unidades, seguida de agrupamentos analógicos para a formação de categorias temáticas que expressem os resultados à luz da indagação proposta. Desse modo, por meio das leituras e releituras dos registros nos diários de campo nesse processo interativo, buscou-se identificar os significados que eram mais comuns e mais frequentes, assim como aqueles episódios singulares, mas com grande relevância.

O estudo respeitou os preceitos éticos e foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer nº 721/2011). Os colaboradores foram informados quanto os objetivos do estudo, tipo de participação e quanto à livre opção em participar e desistir a qualquer hora. Todos os

familiares assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. Para resguardar a identificação dos colaboradores, as famílias foram nomeadas por sentimentos que designam o momento de vida em que se encontram, e iniciais do familiar quando preciso.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

### **Conhecendo as famílias**

A idade em que os usuários deram início ao uso de drogas foi em média aos 19 anos, sendo a droga de escolha o álcool e a maconha, passando depois para o crack. Aparentavam maior idade do que realmente tinham, com rosto envelhecido, dentes escurecidos, magros e de olhar triste.

Fazem parte de famílias com estrutura nuclear (Família Insegurança), constituída pelo usuário, seus pais e sobrinha; família mononuclear expandida (Família Medo), o usuário mora com a mãe, tia, irmãos e primo; e por último, família mononuclear (Família Superação) em que o usuário mora com a mãe, mulher e filho.

Quanto à atividade laboral dos membros familiares, na família insegurança, a renda procedia da aposentadoria dos pais do usuário, e este não trabalhava. Na família medo, a mãe e os irmãos sustentavam a casa, pois o usuário também não trabalhava. Já na família superação o usuário trabalhava e ajudava com as despesas da casa.

As famílias estudadas possuem renda familiar de até três salários mínimos, todas moravam em casa própria, as quais eram simples, pequenas e de alvenaria. Apenas uma apresentava condições precárias de higiene.

O bairro em que moram é considerado área de maior risco, por possuir os maiores indicadores de internação e violências relacionados às drogas de abuso em Maringá (MARINGÁ, 2010a)<sup>(12)</sup> e ainda, como socialmente prioritária, pois de acordo com os indicadores intraurbanos (saúde, educação, condições de vida, vínculo, atendimento em saúde e equipamentos) e indicadores municipais (emprego, concentração de renda, gênero, juventude e trabalho) são avaliados como de baixo desenvolvimento social.

Família	Colaborador				Usuário				Tempo de uso de drogas (anos)
	Posição familiar	Idade	Escolaridade	Renda familiar/salário mínimo	Posição familiar	Idade	Estado civil	Escolaridade	
Insegurança	Mãe/Pai/Filho (usuário)	65/67/39	AN/EFI/EFI	02	Filho	39	Solteiro	EFI	15
Medo	Mãe/Irmã	62/32	EFI/EMI	03	Filho	39	Separado	EFI	7
Superação	Mãe	58	EFI	02	Filho	37	Casado	EMI	21

AN – Analfabeto; EFI – Ensino Fundamental incompleto; EMI – Ensino Médio incompleto

Quadro 1 – Caracterização dos usuários e de suas famílias. Maringá – PR, janeiro a março de 2012.

De maneira geral, as famílias revelaram dificuldades ao conviver com um membro que é usuário de drogas no seio familiar. O comportamento imprevisível originado pelos efeitos da droga ou pela sua falta gera situações peculiares, como agressão, perda de emprego, desaparecimento por dias, fazendo com que a família não saiba lidar com essas atitudes e comportamentos, necessitando de apoio profissional. Segue abaixo um breve histórico dos problemas familiares relacionado ao ente usuário.

Na família Insegurança, a relação do usuário com a família é conflituosa, esse já esteve internado diversas vezes em hospital psiquiátrico e frequenta o CAPS-AD quando quer, e tais fatores somados ao fato de não trabalhar e a dificuldade em se tratar, gera dificuldades na relação familiar.

Relatou que tem vezes que não sabe mais o que fazer com seu filho, que gostaria que ele ficasse internado pelo menos dois meses para que viesse um pouco melhor e desse paz para a família. Que 'N' não permanecia em emprego algum, pois logo começava com 'corpo mole' e que de uns tempos para cá vivia de 'bicos', porém não trazia dinheiro nenhum para casa, o que ganhava era apenas para sustentar seus vícios (Diário de Campo - Família Insegurança).

A família Medo enfrenta problemas de progressão maior, o usuário tem relacionamento péssimo com toda a família, já chegou a agredi-los fisicamente, rouba objetos de casa para obter drogas e não aceita nenhum tratamento.



A mãe contou que sofre demais com “M”, ele xinga, bate nela, reclama de tudo, vende as coisas de casa (chorou diversas vezes contando essas histórias). Já tentaram internar, fazer tratamento, mais ele é resistente e não assume estar doente (Diário de Campo - Família Medo).

A família Superação tem um histórico familiar de uso de álcool e outras drogas. O usuário perdeu um irmão que também era usuário de drogas, foi assassinado vítima do vício. A mãe é ex-alcoolista, hoje em dia em recuperação, conta com orgulho sua superação e busca forças no lado espiritual para tentar ajudar seu filho, que atualmente pediu ajuda, esteve internado e frequenta o CAPS-AD.

Disse que seu filho não é agressivo, mas já perdeu várias coisas para o vício, como carro, moto [...] Há pouco tempo pediu ajuda aos familiares, que o levaram para o hospital psiquiátrico e depois foi encaminhado ao CAPS-AD, no entanto, esse processo ainda é recente, que ainda tem muita coisa pra acontecer, mais que admira a força de vontade do filho e o pedido de ajuda (Diário de Campo - Família Superação).

Do processo de análise dos registros, pôde-se depreender que as famílias dos usuários de álcool e outras drogas apresentam necessidades de cuidado domiciliar baseadas, sobretudo, na dificuldade de relacionamento, falta de entendimento do comportamento do usuário como dependente e ainda, o problema em estabelecer um tratamento efetivo.

Percebe-se que a presença de um profissional de saúde é importante para ajudar as famílias a enfrentar este processo, pois é um núcleo que precisa de tratamento contínuo e integral, a fim de terem condições de saúde e poderem contribuir com a recuperação do membro usuário de drogas (SENA et al., 2011)<sup>(14)</sup>. Neste contexto, torna-se relevante a abordagem com a família baseadas em circunstâncias humanísticas, que possam entender realmente suas dificuldades e intervir por meio de maior aproximação com seu cotidiano e da captação dos sentidos que emergem de suas histórias.

### **As dificuldades na rede familiar do usuário de drogas: um olhar transpessoal da enfermeira**

Nos encontros que tive com as famílias, foi possível perceber que, quando alguém se torna dependente de uma substância, muda seu modo de ser, seus hábitos e suas relações; passa a girar em volta de um contexto particular - ao universo das drogas, o que,

gradualmente, vai modificando seu estado natural enquanto ser humano e, também seu modo de se relacionar com o mundo (SCHWERZ; BELLINI, 2012)<sup>(15)</sup>. Essas modificações podem causar estranhamento às pessoas mais próximas e implicar mudanças também de sua parte. Tal situação pode transformar-se em um ciclo de conflitos em que o relacionamento e comunicação ficam prejudicados, com dificuldades de manter ou restabelecer os vínculos que um dia os uniu.

Disse que ele ficava 'doente da cabeça' e também agressivo, que ano passado pegou uma faca e falava que ia matar alguém. Se acontecesse novamente iria denunciá-lo. O dia que seu filho não estava permanecia uma paz, sem brigas e caso ele não melhorasse ia expulsá-lo de casa, pois sua família fazia tudo para ele e mesmo assim ele não dava valor (Diário de Campo - Família Insegurança).

Dona C. mostrou-se carente, sofredora e com vergonha diante de todos os problemas do filho. Emocionou-se várias vezes contando sua história de sofrimento, diz que as vezes prefere ter o filho morto do que desse jeito, pois não acha que seja uma doença, mas sim sem-vergonhice dele. Ela ficou agradecida por poder desabafar desse jeito com alguém e sentiu-se mais leve após a nossa conversa (Diário de Campo - Família Medo).

Conforme as visitas foram acontecendo, o vínculo entre enfermeira e família tornou-se mais fortalecido, as mesmas se sentiram à vontade para falar de seus sentimentos mais difíceis, como vontade de não ter o filho por perto pelos problemas que ele gera.

Nestes momentos, por perceber a fragilidade e desamparo das famílias, coloquei-me à disposição para ouvi-las com desvelo e atenção, numa relação de ajuda e confiança. Utilizei os elementos 1 e 4 do processo *clinical caritas*, mediante o ouvir de forma empática, e pude percebê-las com maior profundidade, ou seja, ao estar com a família, foi possível uma proximidade em que pude colocar o meu self em contato com o self do outro, e ao ouvir a sua história ser capaz de compreender e vivenciar as suas emoções e sofrimentos em veracidade.

Utilizei também o elemento 5, que remete à expressão de sentimentos positivos e negativos aceitando o sentir e o pensar do ser cuidado, pois a expressão dos sentimentos deve ser considerada e valorizada positivamente, como instrumento de elaboração da situação vivida na relação de cuidado. Assim, ao escutar a família sem preconceitos e com desvelo, foi possível ajudá-las em relação aos seus sentimentos, suas dificuldades existenciais e dúvidas na relação com o familiar usuário, facilitando-lhe a aceitação de sua

vida mediante uma relação de ajuda, baseada na confiança, cuidado e amor, no sentido de re-estruturação da saúde mental, do corpo e da alma (WATSON, 2008)<sup>(7)</sup>.

Estes familiares carregam consigo experiências diversas de sofrimento, angústias e vergonha vivenciados a partir do uso de drogas de seu familiar. Com estas situações verifica-se a falta de preparo para lidar com os comportamentos e atitudes do ente usuário de drogas sobre a lógica de um transtorno. Este é o momento em que o apoio profissional da rede de serviços de saúde mental poderia atuar, no entanto, o que se observa na maioria dos casos é uma adaptação sem apoio e com enfrentamento das dificuldades por meio da práxis, o que ocasiona sobrecarga física e sofrimento psíquico entre os familiares.

Contaram que é muito difícil ter alguém da família passando por isso, existe o sentimento de inutilidade por não conseguir ajudar, são vários internamentos, altos e baixos, melhoras e pioras, dificuldades financeiras, emocionais e de relacionamento e tudo sem contar com uma ajuda profissional (Diário de Campo - Família Insegurança).

Ao me deparar com o desconhecimento da família perante o processo de adoecimento do familiar usuário apliquei o elemento 6 do processo *clinical caritas*, que utiliza a criatividade no processo de cuidar (WATSON, 2008)<sup>(7)</sup>. Nestes casos, busquei esclarecer com exemplos, na especificidade de cada família, que as atitudes do usuário de drogas muitas vezes deploráveis, gira em torno da busca por saciar o vício e com a sagacidade pelo efeito da droga esquecem a família, amigos e emprego, mudando seu jeito de se relacionar com as pessoas, deixando de viver a vida para viver a droga. Citei também o fato de que quando o familiar não está sob o efeito de drogas se torna uma pessoa diferente, mais calma e de fácil comunicação (fato este citado pelos familiares) e que reforça a caracterização dos problemas decorrentes do uso/abuso de drogas.

Abordei ainda que as recaídas fazem parte do processo de tratamento e da recuperação do usuário de drogas, e que muitas vezes é preciso trabalhar sobre a perspectiva da redução de danos, ou seja, não almejar apenas a abstinência total, mas a diminuição dos níveis de danos relacionados ao uso de drogas, seja por meio da educação/conhecimento oferecida aos usuários para que tenha autonomia sobre suas ações.

A possibilidade de o grupo familiar entender o consumo de drogas enquanto transtorno, bem como os prejuízos que decorrem dela desmistificando julgamentos morais, possibilitou outras formas de relacionamento intrafamiliar, calcadas em sentimentos de cuidado, respeito, tolerância. Como ainda o fato de os membros da família do usuário

falarem de seus sentimentos e percepções em relação às situações vivenciadas deu-lhes também possibilidade de organizarem as suas questões.

Dessa forma, é preciso que a família mude a visão que tem sobre si, passando de vítima a coparticipante, de culpada a corresponsável, de impotente a competente (GUIMARÃES; COSTA; PESSINA; SUDBRACK, 2009)<sup>(16)</sup>. Convocar a família para assumir a responsabilidade do cuidado ao usuário conjuntamente com um profissional de saúde e oferecer espaços de participação exige mais do que um simples redirecionamento de práticas. Exige também comprometimento e responsabilidade pela construção de um cuidado que, deve ser coletivo, na busca da promoção e manutenção da autonomia do usuário, reconquistando sua cidadania e seu espaço na sociedade (AZEVEDO; MIRANDA, 2011)<sup>(17)</sup>.

A família relatou que minhas visitas foram muito boas, ao passo que podem conversar sem serem julgadas e ainda, aprenderam a ter mais paciência no relacionamento com o ente usuário de drogas e a importância que têm no processo de recuperação do mesmo (Diário de Campo - Família Medo).

Contou que o filho estava frequentando o CAPSad três vezes na semana e que sua mulher estava acompanhando, 'D' apresentou melhora desde então, aos poucos estava deixando de lado suas antigas companhias e apresentando vontade de recuperar-se. Falou que isso se deve ao incentivo da família nesse processo (Diário de Campo - Família Superação).

Em relação a estas situações e na busca por estimular sentimentos positivos como desvelo e atenção no auxílio à reabilitação do familiar usuário, utilizei os elementos 8 e 9 do processo *clinical caritas*, que tratam de criar um ambiente de reconstituição em todos os níveis, realizado com as famílias neste estudo por meio de um diálogo que incitasse as famílias a lidar com o ente usuário com amor e gentileza, demonstrando importância nas pequenas atividades executadas por eles a fim de elevar a autoestima e promover atitudes de acolhimento, em que se torna possível estabelecer comunicação, iniciar um processo de resgate e possível tratamento, potencializado por um ambiente agradável para convivência.

Já em relação ao elemento 9, que aborda a ajuda nas necessidades básicas, demonstra que o cuidado deve ter sua essência no alinhamento corpo-mente-espírito, ou seja, o cuidado é dispensado de modo único e que assista o ser em sua totalidade. Assim, destacou para a família, destacou-se a importância de um cuidado ao usuário de drogas

voltado para todos os âmbitos que envolvem a vida da pessoa como a família, os amigos, a comunidade, o trabalho, a saúde, a religião e outros, pois é disso que uma pessoa se alimenta para viver, e que muitas vezes é a primeira rede atingida na vida do usuário de drogas.

Portanto, trabalhar na perspectiva de cidadania e do fortalecimento da autoestima dos sujeitos inclui receptividade, respeito, apoio, afeto, preocupação, compreensão empática, comprometimento e interesse pelo que pensam, sentem e fazem.

Nesse sentido, o cuidado ao usuário e sua família é entendido como um processo que implica uma escuta ativa, visando à criação de um espaço para o diálogo com avaliação de interesses e necessidades, com uma análise de causas e soluções, e planejamento de ações inovadoras a partir das possibilidades e circunstâncias que estão sendo vivenciadas no momento, independentemente da manutenção da abstinência, o envolvimento familiar durante o tratamento teve destaque enquanto vantagem dessa modalidade de tratamento (NUNES; SILVA, 2011)<sup>(18)</sup>.

Não se trata de a família ser a “cuidadora de seu doente”, mas de ela receber atenção em sua integralidade, como forma de fortalecê-la em períodos de crises e conflitos, nos quais comumente perpassam sentimentos de derrota, culpa, enfim, sentimentos punitivos, presentes em situações de familiar de usuário de drogas. Assim, buscar a motivação desse grupo para a proposta faz parte da mediação e do início do fortalecimento da rede familiar. A aceitação para esse tipo de cuidado sinaliza que há laços e sentimentos positivos ainda presentes, fato que, por ele próprio, dá início ao fortalecimento da família, pois se reconhece a importância que um membro tem para o outro (SCHWERZ, BELLINI, 2012)<sup>(15)</sup>.

### **A rede social da família do usuário de drogas sob a ótica do cuidado transpessoal**

No atual contexto de mudança das práticas em saúde mental, a constituição de uma rede de atenção deve levar em consideração não somente as unidades de saúde, mas também uma rede comunitária de serviços mediada por canais de comunicação entre seus constituintes, que são primariamente unidades de saúde, mas que tem em instituições de parceria intersetorial, como igrejas, escolas e cooperativas, importantes pontos de produção de cuidado em parcerias intra e interinstitucionais (ALVES; SILVEIRA, 2011)<sup>(19)</sup>.

As relações de cuidar da família muitas vezes estão relacionadas ao seu suporte social (vizinhos, amigos; profissionais de Saúde da Família, igreja, escola, grupos religiosos, trabalho, entre outros). Ter em seu núcleo um familiar usuário de drogas pode prejudicar as relações sociais da família com essa rede. Nesse estudo, as redes sociais das famílias são compostas principalmente por membros da família extensa, vizinhos, trabalho, igrejas e unidades de saúde.

A mãe ex-alcoolista frequenta o AA (Alcoólicos Anônimos), o centro espírita e trabalha. Disse que os amigos de antes se afastaram todos, não queriam saber dessa nova fase. Passou a cuidar mais de si mesma e da casa. Percebe-se o orgulho que tem ao contar sua história de superação, enchendo seus olhos de lágrimas (Diário de Campo - Família Superação).

Pode-se depreender que os grupos religiosos oferecem suporte às famílias que convivem com esse problema. Essa busca é mediada pela expectativa de melhora do quadro, de evitar crises e até de cura. Representa uma forma de apoio social às famílias, em que as mesmas encontram algum grau de conforto em meio à sobrecarga no cuidado. Assim como grupos específicos destinados a ajudar no tratamento do uso de álcool e outras drogas, como AA (Alcoólicos Anônimos) (ALVES; SILVEIRA, 2011)<sup>(19)</sup>.

Na família Insegurança e Medo constatou-se que apresentavam escasso relacionamento de seus membros com os sistemas mais amplos, o que poderia contribuir com a sobrecarga relatada pelo familiar, visto que a rede social constitui-se em importante forma de ajuda para o enfrentamento das dificuldades familiares do dia a dia.

A mãe relatou que não gosta de sair de casa, não participa de nada, não tem atividades de lazer. Mostrou-se uma pessoa muito triste, sozinha e sofrida com os acontecimentos que envolvem o filho, no entanto foi receptiva e demonstrava uma necessidade muito grande de conversar (Diário de Campo - Família Insegurança).

Contou que não sai casa, até parou de trabalhar, estava com problemas de saúde. Todo dia aparecia na sua casa traficantes cobrando dinheiro, ameaçando seu filho de morte, os vizinhos já tem conhecimento de todo o caso, às vezes chamam a polícia, não dá pra sair (Diário de Campo - Família Medo).

Diante disso, coube a aplicação dos elementos 2, 3, 7, 8, 9 e 10 do processo *clinical caritas* (WATSON, 2004)<sup>(8)</sup>, a fim de subsidiar um cuidado voltado para o incentivo das práticas sociais e espirituais, com orientações sobre a importância de manter

uma rede social para a melhora da saúde mental de cada membro da família. Dessa forma, foi abordado que a participação em atividades que gostam e o relacionamento com outras pessoas auxiliam a lidar com os problemas com menos encargo.

Nesse contexto, trabalhar em uma perspectiva de rede de apoio à família significa trabalhar para que os vínculos da família e sua rede sejam reconectados, na construção do fortalecimento da autonomia dos sujeitos a partir do reconhecimento de sua rede de pertencimento, na tentativa de auxiliar as pessoas a contatarem com aqueles que fazem parte da sua história (SCHWERZ; BELLINI, 2012)<sup>(15)</sup>.

Identificou-se que a rede social do próprio usuário de álcool e outras drogas nas famílias se encontrava limitada ao bar, amigos usuários (Família Insegurança e Medo) e o CAPS-AD (Família Insegurança e Superação). Esta dificuldade de inserção dos usuários em atividades terapêuticas e ocupacionais no território faz com que os mesmos fiquem restritos ao ambiente doméstico, sem ter oportunidade de expandir os laços de amizade e sem desenvolver habilidades sociais (ALVES; SILVEIRA, 2011)<sup>(19)</sup>.

Dessa forma, abordei com as famílias a necessidade de incentivar o membro usuário de drogas a participar de atividades saudáveis de integração social e investir nos recursos da rede social. Para atingir tal intuito, os elementos 6 e 7 do processo *clinical caritas* foram aplicados com a família; foi abordada a importância de participar junto com o ente usuário de drogas em programas de reabilitação, como o CAPS-AD, locais de apoio religioso e o incentivo de retorno ao trabalho como forma de auxílio em seu tratamento/recuperação.

A utilização das redes sociais não somente servem como dispositivo de análise como também de intervenção, e é nesse sentido que os profissionais que atuam na área de saúde mental podem utilizar essa ferramenta para fortalecer a luta por um tratamento digno e de qualidade para os usuários (SOUZA; KANTORSKI, 2009)<sup>(20)</sup>.

Portanto, ao se trabalhar com o universo de álcool e outras drogas, novas estratégias devem ser consideradas, tendo em vista sua dinâmica e complexidade. A enfermeira precisa olhar para além do indivíduo usuário de drogas, e considerar a família e sua rede social também como foco de cuidado. Desse modo, faz-se necessário um cuidado flexível em torno da compreensão humana e da prática do amor e gentileza.

E, ainda, na despedida com as famílias, pude perceber que o cuidado teve repercussão positiva, tornando o convívio familiar mais harmonioso e ajudando a família a lidar melhor com a realidade das drogas. Portanto, a enfermagem deve voltar seu olhar

para além do indivíduo e para além da doença, devendo abordar e cuidar a família de maneira autêntica, compreendendo seu lado biopsicoespiritual, em uma completitude em que família e enfermeira possam evoluir no conjunto de ações.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por meio da experiência vivida, ao trabalhar com famílias no domicílio, pode-se compreender que a família que convive com um membro usuário de drogas apresenta fragilidades em sua rede social, que se apresentam por meio de dificuldades no relacionamento e comunicação familiar, e desta com amigos, vizinhos, serviços de apoio, atividades de lazer e outros.

Verificou-se que a convivência é dificultada pelo comportamento e atitudes do usuário de drogas, desconhecimento do problema, isolamento social, vergonha, além de sobrecarga física, emocional e financeira.

O estudo contribui na identificação de lacunas na rede de assistência em saúde mental, principalmente a famílias com usuários de drogas, que pouco possuem ou não possuem acompanhamento de profissionais de saúde. O que se percebe é a falta de programas de promoção, prevenção e recuperação em nível de atenção básica, sendo essas pessoas encaminhadas para serviços especializados como CAPS-AD. O que reflete a necessidade de estratégias locais que atendam o usuário de drogas e sua família, favorecendo um cuidado humanizado que satisfaça integralmente as necessidades da mesma.

Ao descrever a vivência como enfermeira domiciliar às famílias de usuários de drogas e, utilizando o processo *clinical caritas* da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, a qual sustentou e norteou o desenvolvimento deste estudo, foi possível oferecer um cuidado humanizado que pudesse compreender e atender os seus anseios e fragilidades.

Cuidar da família sobre a perspectiva transpessoal de enfermagem foi um desafio, pois mudou o meu modo de pensar e assistir ao outro, desmistificando o rótulo de enfermeiro e paciente no cuidado para uma interação pessoa-pessoa. Dessa forma, o cuidado tornou-se uma relação em que o cuidador e o ser cuidado puderam ter crescimento mútuo, em que o enfermeiro coloca a sua humanidade em relação à humanidade do outro, criando uma oportunidade de atendê-lo em sua integralidade, corpo-mente-espírito.



Por meio da visita domiciliar, a enfermeira pode captar a realidade dos indivíduos assistidos, reconhecendo seus problemas e suas necessidades e, desse modo, adaptar os conhecimentos e os cuidados ao contexto social, econômico, cultural e ambiente existentes de acordo com o referencial escolhido. As famílias revelaram ser de grande importância o acompanhamento de um profissional em seu domicílio, como forma de subsidiá-las com autonomia para lidar melhor com o problema.

Portanto, a experiência de um cuidado domiciliar teve resposta positiva das famílias, que apresentaram interação/envolvimento com a enfermeira, revelando suas dificuldades e a contribuição que o enfermeiro promove para a melhora do convívio familiar

Em relação aos limites do estudo, percebemos a complexidade de transcender o cuidado e buscar entender o outro como a si mesmo, em corpo-mente-espírito, despir-se de preconceitos e paradigmas no cuidado, buscando a reconstituição e não a cura. No entanto, somente desta forma será possível compadecer e entender realmente as necessidades dessas famílias e poder oferecer a elas o cuidado de acordo com seu contexto e sua realidade de vida.

## REFERÊNCIAS

1. Backes DS, Sousa FGM, Mello ALSF, et al. Concepções de cuidado: uma análise das teses apresentadas para um programa de pós-graduação em enfermagem. *Texto & Contexto Enferm.* 2006;15(esp):71-8.
2. Figueiredo MHJS, Martins MMFS. Avaliação familiar: do Modelo Calgary de Avaliação da Família aos focos da prática de enfermagem. *Ciênc. Cuid. Saúde.* 2010; 9(3):552-9.
3. Navarini V, Hirdes A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. *Texto & Contexto Enferm.* 2008;17(4):680-8.
4. Büchele F, Coelho EBS, Lindner SR. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. *Ciênc. Saúde Colet.* 2009;14(1):267-73.
5. Ballani TSL, Oliveira MLF. Uso de drogas de abuso e evento sentinela: construindo uma proposta para avaliação de políticas públicas. *Texto & Contexto Enferm.* 2007; 16(3):488-94.
6. Fonseca EM. Políticas de redução de danos ao uso de drogas: o contexto internacional e uma análise preliminar dos programas brasileiros [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2005.
7. Watson J. *Nursing: the philosophy and science of caring.* Colorado: University Press of Colorado; 2008.
8. Watson J. *Caring science as sacred science.* Philadelphia: F.A. Davis; 2004.
9. Watson J. *Human caring science: a theory of nursing.* 2<sup>nd</sup> ed. Ontario: Jones e Bartlett Learning; 2012.

10. Favero L, Mazza VA, Lacerda MR. Vivência de enfermeira no cuidado transpessoal às famílias de neonatos egressos da unidade de terapia intensiva. *Acta Paul. Enferm.* [Internet]. 2012 [acesso 2012 Set 13];25(4):490-6. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000400002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400002&lng=en)
11. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3ª ed. São Paulo: Boohman; 2005.
12. Maringá. Prefeitura Municipal. Secretaria de Assistência Social e Cidadania. Diretoria de Programas sobre Drogas. Relatório circunstanciado sobre ações de prevenção e tratamento do uso de drogas na cidade de Maringá. Maringá; 2010a.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010.
14. Sena ELS, Boery RNSO, Carvalho PAL, Reis HFT, Marques AMN. Alcoolismo no contexto familiar: um olhar fenomenológico. *Texto & Contexto Enferm.* 2011;20(2):310-8.
15. Schwerz CI, Bellini MIB. A família como rede de apoio ao dependente químico: desafios e possibilidades no âmbito da saúde pública. In: Schwerz CI, Bellini MIB. Serviço social, residência multiprofissional e pós-graduação: a excelência na formação do assistente social. Porto Alegre: Edipucrs; 2012. p. 79.
16. Guimarães FL, Costa LF, Pessina LM, Sudbrack MFO. Famílias, adolescência e drogadição: manual de terapia familiar. Porto Alegre: Artmed; 2009.
17. Azevedo DM, Miranda FAN. A representação social de familiares nos centros de Atenção psicossocial. *Esc Anna Nery.* 2011;15(2):354-60.
18. Nunes ECDA, Silva LWS. Enfermeiros de família: olhares e sentidos à práxis educativa. *Revista Temática Kairós Gerontologia.* 2011;4(3):55-73.
19. Alves CCF, Silveira RP. Família e redes sociais no cuidado de pessoas com transtorno mental no acre: O contexto do território na desinstitucionalização. *Rev. APS.* 2011;14(4): 454-63.
20. Souza J, Kantorski LP. A rede social de indivíduos sob tratamento em um Caps ad: o Ecomapa como recurso. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2009;43(2):373-83.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso de drogas é um fenômeno complexo que merece ser estudado em sua diversidade, e a abordagem multidimensional deste problema de saúde torna-se importante ferramenta para a prevenção e aplicação de medidas efetivas e específicas a esta população. Os resultados do presente estudo foram apresentados em três propostas de artigos científicos que buscam articular a complexidade do fenômeno uso de drogas e os reflexos na vida familiar e social das famílias que convivem com usuário de álcool e outras drogas e ainda, relatar a experiência de um cuidado de enfermagem ofertado a essas famílias.

O estudo evidenciou que a maioria das famílias é do tipo monoparental e expandida, com filhos na segunda geração, geralmente a posição do usuário. Este é geralmente jovem, solteiro ou separado, não possui emprego formal e tem baixa escolaridade. O início do consumo de drogas se deu em idade precoce, com o uso de álcool e maconha, passando em alguns casos para o crack.

O contato com as famílias no domicílio e a construção do Genograma e Ecomapa permitiu perceber que a convivência com usuário de drogas reflete negativamente na rede social das famílias, que se apresentam por meio de fragilidades no relacionamento familiar, com amigos, vizinhos, serviços de apoio, atividades de lazer e outros.

As dificuldades em nível familiar estiveram relacionadas principalmente ao comportamento imprevisível do ente usuário de drogas e a falta de conhecimento do problema como doença, que geram insegurança, medo, culpabilidade e complicações no relacionamento. Todos esses fatores têm como consequência a sobrecarga física, psíquica e financeira da família, que atinge um familiar, geralmente o cuidador, que neste estudo teve a figura da mãe.

A rede social em consequência também se encontra prejudicada, composta apenas por membros da família extensa, poucos amigos, vizinhos, igreja e em minoria o CAPS-AD. A influência do histórico familiar de convivência com uso de drogas, a presença de usuários de drogas na rede social e ambientes sociais restritos reflete como interferências negativas no processo de tratamento desses indivíduos.

Reconhecemos que cada família vivencia este processo de maneira única, para tanto se ressalta a necessidade dos serviços de saúde mental direcionarem suas ações para o

contexto de vida das famílias permeada por intervenções que contribuam para a melhoria da qualidade dos vínculos e, eventualmente, a ampliação da rede social dessas pessoas.

A partir do reconhecimento de quais estruturas, relações e tarefas sustentam a convivência no lar com usuário de drogas, novas compreensões e soluções de cuidado podem ser evidenciadas pelo enfermeiro, possibilitando que este auxilie a família na identificação de suas fragilidades e potencialidades. Ao mesmo tempo, isso permite ao profissional buscar a melhor maneira de se organizar para o cuidado, de modo a oferecer subsídios de cuidado para a família.

Por meio da visita domiciliar, a enfermeira pode captar a realidade dos indivíduos assistidos, reconhecendo seus problemas e suas necessidades e, desse modo, adaptar os conhecimentos e os cuidados ao contexto social, econômico, cultural e ambiente existentes de acordo com o referencial escolhido.

Deste modo, ao descrever a vivência como enfermeira domiciliar às famílias de usuários de drogas e, utilizando o processo *clinical caritas* da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, a qual sustentou e norteou o desenvolvimento deste estudo, foi possível oferecer um cuidado humanizado que pudesse compreender e atender os anseios e fragilidades das famílias.

Dar espaço para que a família falasse sobre seus medos, dúvidas e incertezas permitiu melhor compreender o significado da experiência por ela vivida e, assim, realizar um cuidado voltado para amenizar as angústias que permeavam a convivência com usuário de drogas. Portanto, depreende-se que as famílias precisam receber apoio e cuidado, para que assim possam esclarecer dúvidas e inseguranças, bem como obter informações perante as dificuldades.

Nesse contexto, destacou-se que o cuidado de enfermagem, realizado no domicílio, demonstrou favorecer a adaptação da família e permitiu que esta fosse atendida conforme as necessidades emergidas em seu lar, considerando suas peculiaridades socioeconômicas e culturais, além daquelas referentes ao usuário de drogas. A presença do profissional na casa trouxe tranquilidade e fortaleceu as famílias para vivenciarem esse período delicado e o apoio nesse momento se tornou essencial e possibilitou o enfrentamento mais ameno dessa situação familiar.

Cuidar sobre a perspectiva transpessoal de enfermagem foi um desafio, pois mudou o meu modo de pensar e assistir ao outro, desmistificando o rótulo de enfermeiro e paciente no cuidado para uma interação pessoa-pessoa. O cuidado tornou-se uma relação

em que cuidador e ser cuidado puderam ter um crescimento mútuo, uma vez que o enfermeiro pode colocar a sua humanidade em relação à humanidade do outro, criando uma oportunidade de atendê-lo em sua integralidade corpo-mente-espírito.

Portanto, ao se trabalhar com o universo de álcool e outras drogas, novas estratégias devem ser consideradas, tendo em vista sua dinâmica e complexidade. A enfermeira precisa olhar para além do indivíduo adicto e considerar a família e sua rede social também como foco de cuidado, desse modo se faz necessário um cuidado flexível em torno da compreensão humana e da prática do amor e gentileza.

Neste processo, foi importante reconhecer como as famílias se fecham para o mundo em decorrência dos problemas com seu familiar usuário de droga, convivem com o medo, anseios e dificuldades, e a falta de um profissional que os oriente faz com que se sintam desamparados, sozinhos, sobrecarregados e sem forças para lutar.

Dessa forma, o estudo contribui na identificação de lacunas na rede de assistência em saúde mental, principalmente a famílias com usuários de drogas, que pouco possuem ou não possuem acompanhamento de profissionais de saúde. O que se percebe é a falta de programas de promoção, prevenção e recuperação em nível de atenção básica, sendo essas pessoas encaminhadas para serviços como emergência psiquiátrica quando em estado agravado. Isto reflete a necessidade de estratégias locais que atendam o usuário de drogas e sua família, favorecendo um cuidado humanizado que aborde o contexto de vida em que estão inseridas e satisfaça integralmente as necessidades da mesma.

É importante, ainda, refletir sobre a aplicação do processo *clinical caritas* e dos conceitos selecionados neste estudo, pois, a própria Watson sugere que se desenvolvam estudos no sentido de aplicar a sua teoria do cuidado transpessoal, para que se confirmem as bases teóricas do seu modelo de cuidar, podendo-se, dessa forma, validá-lo. Assim sendo, após desenvolver este estudo, podemos dizer que a utilização do marco referencial proporcionou cuidar das famílias de forma a valorizar sua condição de ser humano e desenvolver o cuidado, que é a essência da enfermagem.

Finalmente, este estudo contribui para o desenvolvimento de novos estudos na área de cuidado transpessoal domiciliar, saúde mental e saúde da família, bem como demonstra a necessidade de replicar o estudo com esses e novos casos, como forma de validar novos saberes e, também, como meio de confirmar a autonomia do profissional enfermeiro nesse locus do cuidado.

## **7 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, A PESQUISA E A PRÁTICA DA ENFERMAGEM**

Para o ensino, demonstra a importância do preparo do profissional desde a graduação, para que este seja capaz de reconhecer a família e a rede social como objeto de cuidado, considerando aspectos culturais, sociais e ambientais que influenciam a vivência de cada família. E ao abordar tais aspectos possa oferecer um cuidado individualizado e humanizado, voltado para todas as dimensões que envolvem o viver das famílias e que valorize o seu contexto de vida. Ressalta também a importância de serem incluídos no processo de ensino e nas grades curriculares, conceitos e teorias que reflitam o dinamismo familiar e o cuidado humanizado, pois cada acontecimento que atinge a família influencia sua organização e relacionamento, fazendo com que esta necessite de apoio e compreensão para se re-estruturar e reconhecer as próprias potencialidades diante de uma situação inesperada, como um filho que é usuário de drogas. Além disso, destaca o domicílio como campo de cuidado para o acadêmico e profissional, reconhecendo-o como local potencial para compreender e assistir os indivíduos, aproximando-se de sua realidade e elencando a disponibilidade de recursos familiares e comunitários que possam otimizar o enfrentamento de adversidades.

No que tange à pesquisa, evidencia experiências positivas, principalmente relacionadas à utilização dos instrumentos Genograma e Ecomapa, que contribuem para o reconhecimento de informações específicas do círculo familiar e da rede social das famílias. Portanto, são instrumentos aliados para o cuidado do profissional enfermeiro, uma vez que servem para o diagnóstico situacional familiar como também objeto de intervenção. Somado a isso, a aplicação dos pressupostos da teoria de Jean Watson no domicílio demonstra a possibilidade e importância da aplicabilidade de uma teoria no cuidado às famílias, uma vez que permite abordá-las em sua individualidade por meio do cuidado humanizado e sistematizado, fazendo com que as famílias possam encarar os seus problemas com menos encargo. Propõem-se novos estudos que abordem outras realidades familiares e ampliem as compreensões sobre as necessidades das famílias de usuários de drogas, com o objetivo de subsidiar o planejamento de ações e programas que prezem o atendimento a essas famílias.

No tocante à prática, percebe-se que o cuidado de enfermagem as famílias de usuários de drogas deve se voltar para a realidade vivenciada no domicílio e desta com sua rede social. As famílias, ao conviverem com um ente usuário de drogas se deparam com necessidades especiais e passam a contar com a ajuda profissional para oferecer a eles todo o suporte para promover, proteger e manter sua saúde. Logo, compreender quais os sentimentos, as crenças e os valores que permeiam essa realidade *in loco*, assim como conhecer a forma como cada família se organiza para enfrentá-lo, permitiu que a enfermeira formulasse estratégias específicas para atender às necessidades de cada família, e pudesse reajustá-las às práticas culturais e familiares existentes em cada domicílio. O papel desse profissional de saúde, como orientador e guia para demarcar as ações de cuidado à família, ficou evidente nesse estudo. A experiência demonstrou que realizar um cuidado individualizado, respeitando o pensamento e conhecimento de cada família, permitiu que a mesma pudesse lidar com seus problemas com menos sobrecarga.

Aos demais profissionais envolvidos na rede de atenção em saúde mental é importante que reconheçam a necessidade de se prepararem para atender às especificidades dessa população e, por meio do aprimoramento, buscar melhor assistir, orientar e encaminhar essas famílias, valorizando-as em suas peculiaridades, principalmente referentes à reabilitação do familiar usuário de drogas.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. F.; GIOVANELA, L. Avaliação em atenção básica à saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1727-1742, 2008.
- ALVAREZ, S. Q. et al. Grupo de apoio/suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 102-108, 2012.
- ALVES, C. C. F.; SILVEIRA, R. P. Família e redes sociais no cuidado de pessoas com transtorno mental no Acre: o contexto do território na desinstitucionalização. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 14, n. 4, p. 454-463, 2011.
- AMARANTE, P. Reforma psiquiátrica e epistemologia. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 1, 2009. Disponível em: <[http://abrasme.org.br/cbsm/artigos/artigos/04\\_Paulo\\_Amarante.pdf](http://abrasme.org.br/cbsm/artigos/artigos/04_Paulo_Amarante.pdf)>. Acesso em: 25 nov. 2012.
- ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002.
- ANEP-Associação Nacional de Empresas de Pesquisa. **Dados com base no levantamento socioeconômico**. Brasília, DF: IBOPE, 2008.
- ARALD, J. C.; NJAINE, K.; OLIVEIRA, M. C. Família e escola: uma parceria possível na prevenção de uso de drogas entre adolescentes. In: OSÓRIO, L. C.; VALLE, M. E. P. do. **Manual de terapia familiar**. Porto Alegre: Artmed, 2010. v. 2, p. 59-83.
- AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N. A representação social de familiares nos centros de atenção psicossocial. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 354-360, 2011.
- BACKES, D. S. et al. Concepções de cuidado: uma análise das teses apresentadas para um programa de pós-graduação em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n. esp., p. 71-78, 2006.
- BALLANI, T. S. L.; OLIVEIRA, M. L. F. Uso de drogas de abuso e evento sentinela: construindo uma proposta para avaliação de políticas públicas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 488-494, 2007.
- BARBOSA, A. P. L. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UECE, 2001.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2011.



BARROS, M. A.; PILLON, S. C. Assistência aos usuários de drogas: a visão dos profissionais do Programa Saúde da Família. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 261-266, 2007.

BERLINCK, M. T.; MAGTAZ, A. C.; TEIXEIRA, M. A reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas e problemas. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 21-27, 2008.

BEZERRA, C. G.; DIMENSTEIN, M. Acompanhamento terapêutico na proposta de alta-assistida implementada em hospital psiquiátrico: relato de uma experiência. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-32, 2009.

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

BRASIL. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas, cria o seu comitê gestor, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 7179, 21 maio 2010. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm)>. Acesso em: 12 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF: CN-DST/AIDS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. São Paulo: [Unifesp], 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.226, de 18 de setembro de 2009. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 182, de 23 de set. 2009a. Disponível em: <<http://www.fns.saude.gov.br/fafweb>>. Acesso em: 20 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, DF, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. Brasília, DF, 2001. (Cadernos de atenção básica, n. 8. Série normas e manuais técnicos, n. 131).

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Legislação 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, 2012. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html)>. Acesso em: 11 jun. 2012.

- BRASIL. Ministério Nacional da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, Brasília, DF, v. 4, n. 2, p. 15-25, 1996.
- BRITTO, A. A. C.; SILVA, D. S.; AZEVEDO, D. M. Formação do acadêmico de enfermagem: vivência na atenção a usuários de drogas psicoativas. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 395-400, 2012.
- BÜCHELE, F.; COELHO, E. B. S.; LINDNER, S. R. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 267-273, 2009.
- BUCHER, R. **Drogas, o que é preciso saber**. 5. ed. São Paulo: Melhoramentos, 1992.
- BULLOCK, K. Family social support: Conceptual frameworks for nursing practice to promote and protect health. In: BOMAR, P. J. **Promoting health in families: applying family research and theory to nursing practice**. Philadelphia: Saunders, 2004. p. 142-161.
- CARÍCIO, M. R. et al. Estratégia Saúde da Família: proporcionando suporte familiar e social frente ao alcoolismo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 88, p. 96-104, 2011.
- CARLINI, E. A. Drogas, delírio, ilusão e alucinação. **Scientific American Brasil**, São Paulo, n. 38, p. 10-13, 2010.
- CARLINI, E. A. et al. Drogas psicotrópicas: o que são e como agem. **Revista do IMESC**, São Paulo, v. 3, p. 9-35, 2001.
- CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. (Org.). **As mudanças do ciclo da vida familiar**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 2001.
- CAVALCANTE, L. P. et al. Rede de apoio social ao dependente químico: ecomapa como instrumental na assistência em saúde. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 2, p. 321-331, 2012.
- COUTINHO, P. C. A qualidade da investigação educativa de natureza qualitativa: questões relativas à fidelidade e validade. Educação Unisinos, **São Leopoldo**, v. 12, n. 1, p. 5-15, 2008.
- DALLA VECCHIA, M.; MARTINS, S. T. F. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 183-193, 2009.
- DIAS, J. et al. Promoção de saúde das famílias de docentes de enfermagem: apoio, rede social e papéis na família. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.16, n.4, p.688-695, 2007.
- DUALIBI, L. B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, suppl. 4, p. 545-557, 2008.

ELSEN, I. Saúde familiar: a trajetória de um grupo. In: BUB, L. R. (ed.). **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994. p. 19-60.

FAVERO, L.; MAZZA, V. A.; LACERDA, M. R. Vivência de enfermeira no cuidado transpessoal às famílias de neonatos egressos da unidade de terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 490-496, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000400002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400002&lng=en)>. Acesso: 13 set. 2012.

FAVERO, L. et al. Aplicação da teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson: uma década de produção brasileira. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 213-218, 2009.

FIGUEIREDO, M. H. J. S.; MARTINS, M. M. F. S. Avaliação familiar: do Modelo Calgary de Avaliação da Família aos focos da prática de enfermagem. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 552-559, 2010.

FONSECA, A. L. N.; LACERDA, M. R.; MAFTUM, M. A. O cuidado transpessoal de enfermagem no domicílio ao portador de transtorno mental e sua família. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 1, p. 7-15; 2006.

GELBCKE, F. L.; PADILHA, M. I. C. S. O fenômeno das drogas no contexto da promoção da saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 2, p. 272-279, 2004.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GONÇALVES, A. M. **Cuidados diante do abuso e da dependência de drogas: um desafio da prática do programa saúde da família**. 209 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade Estadual de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

GUIMARÃES, F. L. et al. **Famílias, adolescência e drogadição: manual de terapia familiar**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GUIMARÃES, C. F. et al. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 101-108, 2008.

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 1 jul. 2011.

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores IBGE**. Rio de Janeiro, 1991.

LAVALL, E.; OLSCHOWSKY, A.; KANTORSKI, L. P. Avaliação de família: rede de apoio social na atenção em saúde mental. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 198-205, 2009.

LIMA, M. A. D. S.; ALMEIDA, M. C. P.; LIMA, C. C. A utilização da observação participante e da entrevista semi-estruturada na pesquisa em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. esp., p. 130-142, 1999.

LOPES, W. O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 241-247, 2008.

LUIZ, M. V. (Org.). **Uso e abuso de álcool e drogas**. Ribeirão Preto: Legis Summa, 2000.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. Secretaria de Assistência Social e Cidadania. Diretoria de Programas sobre Drogas. **Relatório circunstanciado sobre ações de prevenção e tratamento do uso de drogas na cidade de Maringá**. Maringá, 2010a.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. Secretária de Saúde de Maringá. **Plano municipal de saúde 2010-2013**. Maringá, 2010b.

MARINGÁ. Secretaria de Saúde. **Relatório anual do serviço**. Maringá, 2009.

MARTELETO, R. M. Análise de redes sociais - aplicação nos estudos de transferência da informação. **Ciência da Informação**, Brasília, DF, v. 30, n. 1, p. 71-81, 2001.

MATHIAS, J. J. S.; ZAGONEL, I. P. S.; LACERDA, M. R. Processo clinical caritas: novos rumos para o cuidado de enfermagem transpessoal. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 332-337, 2006.

MCGOLDRICK, M.; GERSON, R.; SHELLENBERGER, S. **Genograms assessment and intervention**. New York: SecEd. W.W. Norton & Company, 1985.

MILEWESKI-HERTLEIN, K. A. The use of a socially constructed genogram in clinical practice. **American Journal of Family Therapy**, New York, v. 29, n. 1, p. 23-38, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, S. C.; DESLANDES, F. S.; ROMEU, G. **Pesquisa Social teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes; 2007.

MINUCHIN, S. **Famílias: funcionamento & tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

MIRANDA, F. A. N. et al. O impacto negativo do uso e abuso do álcool na convivência familiar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 2, p. 222-232, 2006. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_2/v8n2a07.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a07.htm)>. Acesso em: 20 maio 2011.

MOMBELLI, M. A.; MARCON, S. S.; COSTA, J. B. Caracterização das internações psiquiátricas para desintoxicação de adolescentes dependentes químicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, DF, v. 63, n. 5, p. 735-740, 2010.

MORAES, M. O modelo de atenção integral a saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhamentos e profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 121-133, 2008.

MOREIRA, J. S. et al. **Problema dos tóxicos e tráfico de armamento no Brasil**: fatores de violência e corrupção: contrabando de drogas e armas, 2006. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAABDIUAC/problemas-toxicos-trafico-armamentos-no-brasil>>. Acesso em : 10 maio 2011.

MURPHY, J. M. et al. Depression and anxiety in relation to social status. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 48, n. 3, p. 223-229, 1991.

NASCIMENTO, A. B. Uma visão crítica das políticas de descriminalização e de patologização do usuário de drogas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 185-90, 2006.

NASCIMENTO, L. C.; ROCHA, S. M. M.; HAYES, V. E. Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 280-286, 2005.

NAVARINI, V.; HIRDES, A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 680-688, 2008.

NICASTRI, S. Drogas: classificação e efeitos no organismo. In: **PREVENÇÃO ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Justiça. Secretária Nacional de Políticas Sobre Drogas - Senad, 2011. p. 17-40.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 44-57, 2004.

NUNES, E. C. D. A.; SILVA, L. W. S. Enfermeiros de família: olhares e sentidos à práxis cuidativa. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 55-73, 2011.

OEDT-Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. Relatório anual 2009: a evolução do fenômeno da droga na Europa. In: \_\_\_\_\_. **Novas drogas e tendências emergentes**. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Européia, 2009. cap. 8. Disponível em: <[http://www.emcdda.europa.eu/...cfm/att\\_37253\\_PT\\_ar2004-pt1.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/...cfm/att_37253_PT_ar2004-pt1.pdf)>. Acesso em: 12 jun. 2011.

OLIVEIRA, E.; MEDONÇA, J. Family member with chemical dependency and consequent burden suffered by the family: descriptive research. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 11, n. 1, p. 15-25, 2012.

OMS-Organização Mundial da Saúde. **CID-10**: classificação de transtornos mentais e de comportamento: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

OMS-Organização Mundial de Saúde. **CID-10**. Tradução do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 9. ed. rev. São Paulo: Edusp, 2003.

ORTH, A. P. S.; MORÉ, C. L. O. O. Funcionamento de famílias com membros dependentes de substâncias psicoativas. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 26, n. 55, p. 293-303, 2008.

OSÓRIO, L. C. **Família hoje**. Porto Alegre: ArtesMédicas, 1996.

PAGANINI, M. C. Humanização da prática pelo cuidado: um marco de referência para a Enfermagem em unidades críticas. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 5, n. esp., p. 73-82, 2000.

PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. L. Sobrecarga de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 569-577, 2006.

PEREIRA, A. P. S. et al. O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 3, p. 407-416, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672009000300012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 jul. 2011.

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

PENNA, C. M. M. Família saudável: uma análise conceitual. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 89-99, 1992.

PICHON-RIVIÈRE, E. **Teoria do vínculo**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

PINHO, P. H.; OLIVEIRA, M. A.; ALMEIDA, M. M. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível?. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, supl.1, p. 82-88, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832008000700017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000700017&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 22 abr. 2011.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 11, n. 3, p. 315-322, 2006.

PUGLISI, M. L.; FRANCO, B. **Análise de conteúdo**. 2. ed. Brasília, DF: Liber Livro, 2005.

RIBEIRO, L. M. et al. Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 376-382, 2010. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reensp/>>. Acesso em: 15 maio 2011.

- RIGOTTO, S. D.; GOMES, W. B. Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, DF, v. 18, n. 1, p. 95-106, 2002.
- ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO, L. C.; LIMA, R. A. G. Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 709-714, 2002.
- ROSENSTOCK, K. I. V.; NEVES, M. J. Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 4, p. 581-586, 2010.
- SANCHEZ, Z. V. D. M.; NAPPO, S. A. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 73-81, 2007.
- SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte: Instituto Franco Basaglia, 2001.
- SEIBEL, S. D.; TOSCANO JR., A. **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2006.
- SELEGHIM, M. R. et al. Vínculo familiar de usuários de crack atendidos em uma unidade de emergência psiquiátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1163-1170, 2011.
- SENA, E. L. S. et al. Alcoolismo no contexto familiar: um olhar fenomenológico. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 310-318, 2011.
- SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica**: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006.
- SILVA, I. J. et al. Cuidado, auto cuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 697-703, 2009. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000300028&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300028&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000300028>>. Acesso em: 02 abr. 2011.
- SILVA, L.; BOUSSO, R. S.; GALERA, S. A. F. Aplicação do modelo calgary para avaliação de famílias de idosos na prática clínica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 4, p. 530-534, 2009.
- SILVA, M. N. R. M. O. **Redes sociais significativas na saúde mental**: (des)coabrindo relações no sofrimento psíquico grave e (redes)coabrindo elos de encontro. 2010. 167 f. Dissertação (Mestrado)-Programa de Pós-graduação em psicologia clínica e cultura, Universidade de Brasília, Maringá, 2010.
- SILVEIRA, C. S. **Rede de apoio social dos cuidadores de familiares com doença crônica de uma comunidade remanescente de quilombos**. 2011. 132 f. Dissertação (Mestrado)-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2011.

SIMPIONATO, E.; CORREIA, C. C.; ROCHA, S. M. M. Histórico familiar de crianças com insuficiência renal crônica: coleta de dados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 6, p. 682-5, 2005.

SIQUEIRA, D. F. et al. Repercussões do uso do crack no cotidiano familiar. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 2, p. 248-54, 2012.

SOARES, C. B.; MUNARI, D. B. Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtornos mentais. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 6, n. 4, p. 357-362, 2007.

SOUZA, J.; KANSTORSKI, L. P.; MIELKE, F. B. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. SMAD. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, 2006. Disponível em: <[www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.aps](http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.aps)>. Acesso em: 09 jun. 2011.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P. A rede social de indivíduos sob tratamento em um Caps ad: O Ecomapa como recurso. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 373-383, 2009.

SOUZA, J. et al. Red social de adictos al alcohol bajo tratamiento en un servicio de salud mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, 2011. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 22 abr. 2011.

SPRICIGO, J. S. et al. Atenção ao usuário de drogas: um espaço para o enfermeiro. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 2, p. 296-302, 2004.

SCHWERZ, C. I.; BELLINI, M. I. B. A família como rede de apoio ao dependente químico: desafios e possibilidades no âmbito da saúde pública. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Serviço social, residência multiprofissional e pós-graduação: a excelência na formação do assistente social**. Porto Alegre: Edipucrs, 2012. p. 79. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/edupucrs>>. Acesso em: 12 ago. 2010.

TRONCOSO, M.; ALVAREZ, C.; SEPÚLVEDA, R. Redes sociales, salud mental y esquizofrenia: una revisión del tema. **Revista de Psiquiatria**, Santiago de Chile, v. 12, n. 2, p. 67-73, 1996.

UNIAD-Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas. **Número de presos com drogas cresce 200% em dois anos; crack é o maior problema**. Disponível em: <[http://www.uniad.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1559:numero-de-presos-com-drogas-cresce-200-em-dois-anos-crack-e-o-maior-problema&catid=29:dependencia-quimica-noticias&Itemid=94](http://www.uniad.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1559:numero-de-presos-com-drogas-cresce-200-em-dois-anos-crack-e-o-maior-problema&catid=29:dependencia-quimica-noticias&Itemid=94)>. Acesso em: 1 jul. 2011.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World drugs report 2010**. Disponível em: <[http://www.unodc.org/documents/frontpage/UNODC\\_Annual\\_Report\\_2010\\_LowRes.pdf](http://www.unodc.org/documents/frontpage/UNODC_Annual_Report_2010_LowRes.pdf)>. Acesso em: 25 jun. 2011.



VARGENS, O. M. C. et al. Uso de drogas ilícitas e perspectivas críticas de familiares e pessoas próximas, na cidade do Rio de Janeiro, Zona Norte, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. esp., p. 776-782, 2009.

VECCHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 183-193, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000100024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100024&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 maio 2011.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. São Paulo: Boohman, 2005.

WAIMAN, M. A. P.; ELSEIN, I. Os caminhos para cuidar da família no paradigma da desinstitucionalização: da utopia a realidade. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, supl., p. 107-112, 2006.

WAIMAN, M. A. P. **O cuidado às famílias de portadores de transtornos mentais no paradigma da desinstitucionalização**. 2004. 277 f. Tese (Doutorado)-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

WAIMAN, M. A. P.; JOUCLAS, V. M. G.; STEFANELLI, M. C. Família e doença mental. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 1, n. 1/2, p. 27-32, 1999.

WAIMAN, M. A. P.; SCARDOELLI, M. G. C.; PANDINI, A. Estratégias de cuidado ao portador de transtorno mental: atendimentos da equipe de saúde da família. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 4, p. 806-814, 2010.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra, 1998.

WATSON, J. **Caring science as sacred science**. 1. ed. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2005.

WATSON, J. **Caring science as sacred science**. Philadelphia: F.A. Davis, 2004.

WATSON, J. **Human caring science: a theory of nursing**. 2. ed. Ontario: Jones e Bartlett Learning, 2012.

WATSON, J. **Nursing: the philosophy and science of caring**. Colorado: University Press of Colorado, 2008.

WATSON, J. Watson's theory of human caring and subjective living experience: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 129-135, 2007.

WRIGTH, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. São Paulo: Roca, 2008.

WOOD, G. L.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

ZAMBENEDETTI, G.; PERRONE, C. M. O Processo de construção de uma rede de atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de reforma psiquiátrica. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 277-293, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312008000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000200005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 maio 2011.

ZALAF, M. R. R.; FONSECA, R. M. G. S. Uso problemático de álcool e outras drogas em moradia estudantil: conhecer para enfrentar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 131-150, 2009.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 131-150, 2008.

ZAMBENEDETTI, G. **O processo de construção da rede de atenção em saúde mental no município de Santa Maria-RS**. Monografia (Graduação)- Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2005. Disponível em <<http://www.bvs-psi.org.br>>. Acesso em 30 jul. 2011.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada "**REDE SOCIAL DA FAMÍLIA DE USUÁRIOS DE DROGAS: CUIDADO DE ENFERMAGEM PELO PROCESSO CLINICAL CARITAS**", que faz parte do curso de mestrado da Universidade Estadual de Maringá, e tem como pesquisadora Andressa Pandini que é orientada pela Prof<sup>ª</sup> Maria Angélica Pagliarini Waidman. O objetivo da pesquisa é compreender como se estabelece a rede social da pessoa com transtorno mental e sua família e propor ações de intervenção/reinserção social em saúde mental para melhora do convívio social.

Para isto, a sua participação é muito importante, e ela se daria por meio de encontros com a pesquisadora por meio de visitas domiciliares em que irão identificar em conjunto a rede familiar e social da pessoa dependente química, pretende-se realizar no domicílio, em dia e horário previamente agendado de acordo com a sua disponibilidade e a dos pesquisadores. Informamos que durante os encontros você poderá experimentar desconforto emocional, e nestes casos, a mesma poderá ser encerrada se esta for sua vontade. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. A gravação do encontro, caso autorizada, será destruída após sua transcrição. Não são previstos benefícios diretos da pesquisa, mas acreditamos que poderá esclarecer as dúvidas o que promoverá sensação de alívio e bem-estar, além disso, as informações obtidas poderão subsidiar a atuação futura dos profissionais de saúde junto a outras pessoas e famílias que possam vivenciar a mesma situação. Caso você tenha mais dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta deste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Eu,....., declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pela Prof<sup>ª</sup> Maria Angélica Pagliarini Waidman.

\_\_\_\_\_ Data:.....  
Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu,....., declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

\_\_\_\_\_ Data:.....  
Assinatura do pesquisador

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (Copep) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo:

Copep/UEM Universidade Estadual de Maringá.

Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM. Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM. CEP 87020-900. Maringá-PR. Tel: (44) 3261-4444 E-mail: [copep@uem.br](mailto:copep@uem.br)

**APÊNDICE B – Planilha para Caracterização dos Participantes**

ORDEM DA FAMÍLIA ENTREVISTADA: \_\_\_\_\_

1. Identificação: \_\_\_\_\_
2. Idade: \_\_\_\_\_
3. Posição familiar: \_\_\_\_\_
4. Estado Civil: \_\_\_\_\_
5. Escolaridade: \_\_\_\_\_
6. Renda familiar em salários mínimos: \_\_\_\_\_
7. Fale-me qual é o tempo (em anos, meses) que a família enfrenta problemas decorrentes do uso/abuso de álcool e outras drogas.
8. Quais os locais de tratamento que o membro usuário da família já buscou tratamento? (Atendimento na UBS; acompanhamento no CAPS-AD, internamentos em emergência/hospital psiquiátrico). Conte-me sobre essa experiência.
9. Identificação e posição familiar das pessoas que convivem na casa.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. Conte-me como é conviver com um familiar que é usuário de álcool e outras drogas.
11. Qual é a rede de apoio social externa dos membros da família e como é a relação dos membros com esta.

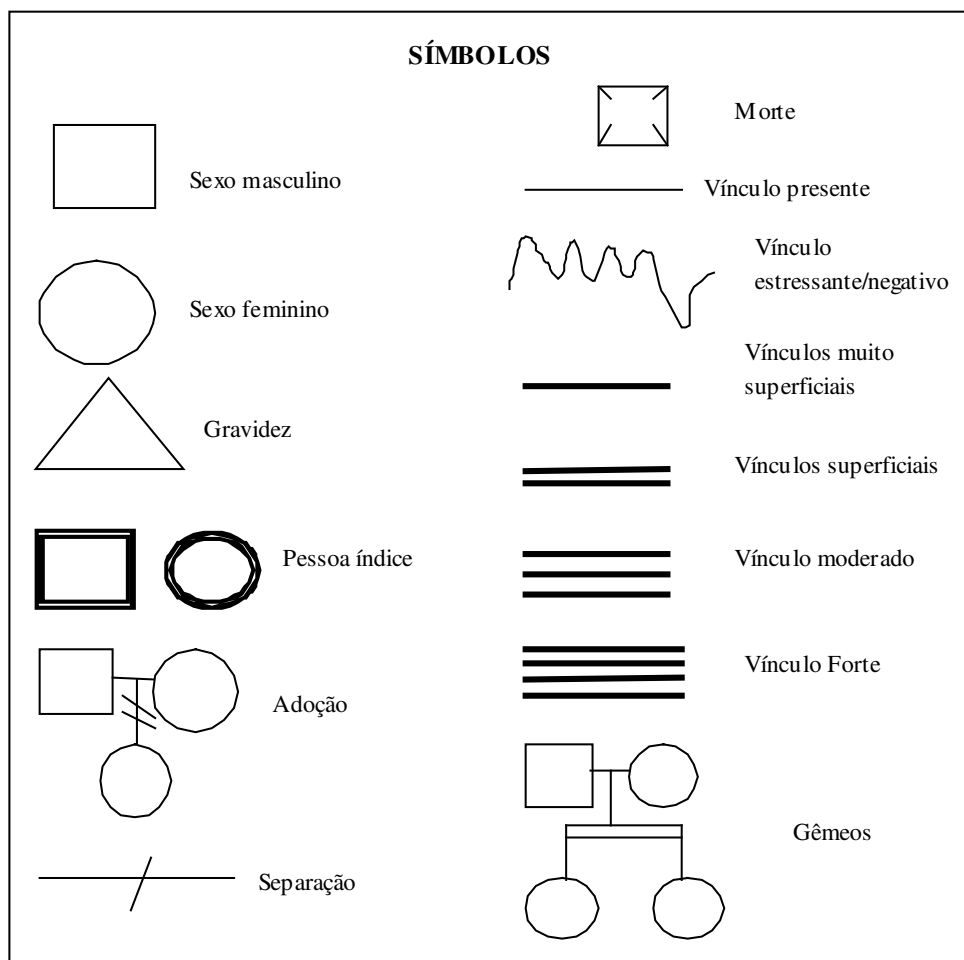
## APÊNDICE C – Roteiro do Diário de Campo

**Data** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_    **Início:** \_\_:\_\_\_    **Término:** \_\_:\_\_\_

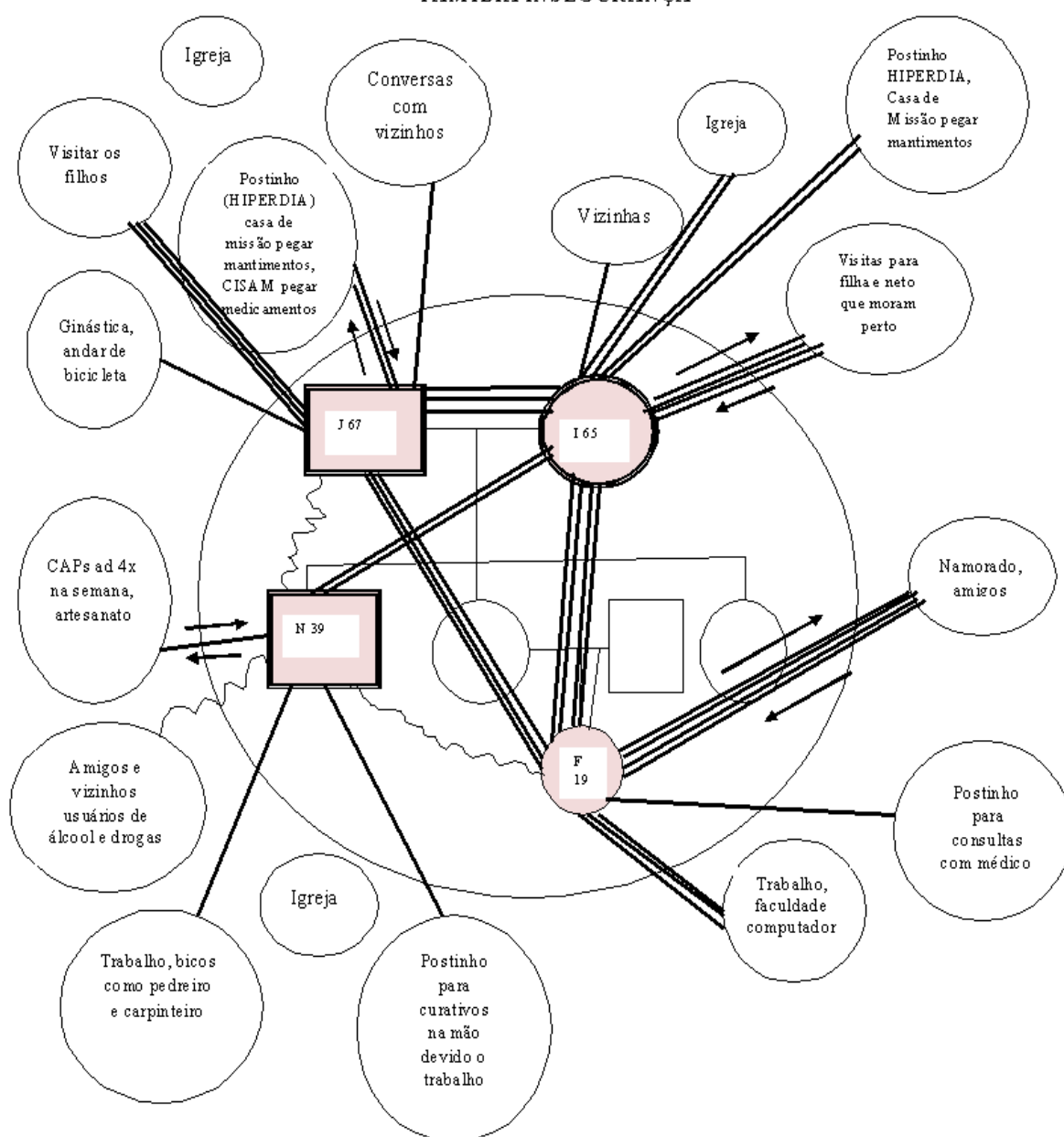
Relato de tudo que o pesquisador vê, ouve, experiencia, sente e pensa no decorrer do encontro com as famílias.

- Quem faz parte desta família?
- Desses, quais participaram da pesquisa e qual a posição familiar de cada um?
- Aspectos físicos e ambientais do domicílio.
- Como é a relação da família com o usuário de droga? E entre os demais membros da família?
- Como a família tem se organizado para conviver com este problema? Quais as dificuldades?
- O que mudou com a descoberta de um usuário de drogas no ambiente familiar?
- Quando a família precisa de ajuda, quem ela procura? Quais os serviços de saúde procura, quais acredita que tem maior resolutividade?
- Quais são os serviços da comunidade com quem a família se relaciona? Pratica alguma atividade de lazer?
- Como é o relacionamento com os vizinhos?
- Como está e quais as características do relacionamento intra e extrafamiliar percebidas pela pesquisadora?
- Qual o envolvimento dos participantes com a pesquisadora?
- Como a família reagiu aos cuidados, orientações e acompanhamento da enfermeira no domicílio?

**APÊNDICE D – Genogramas e Ecomapas das Famílias de Usuários de Drogas –  
janeiro a março 2012**

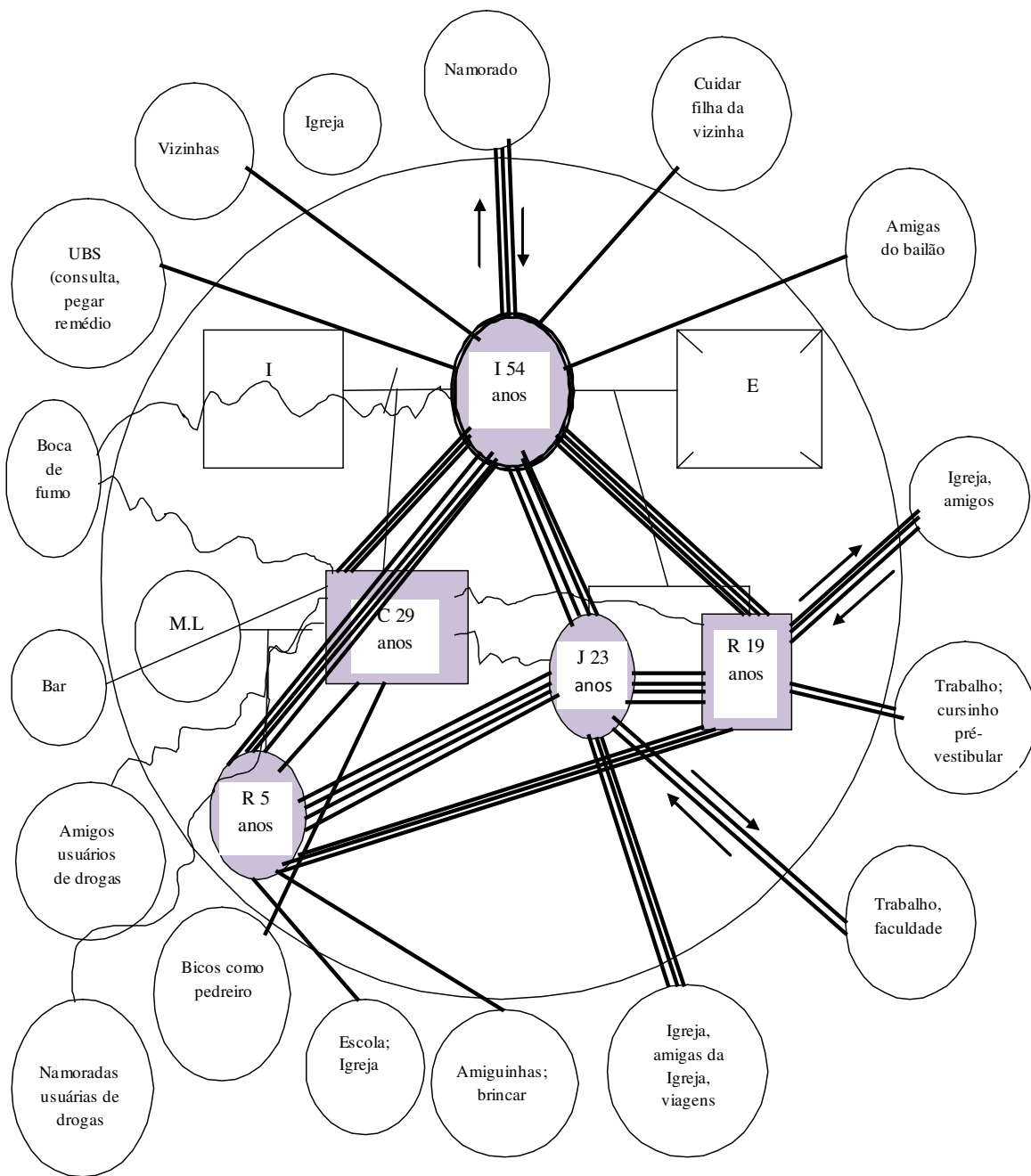


## FAMÍLIA INSEGURANÇA

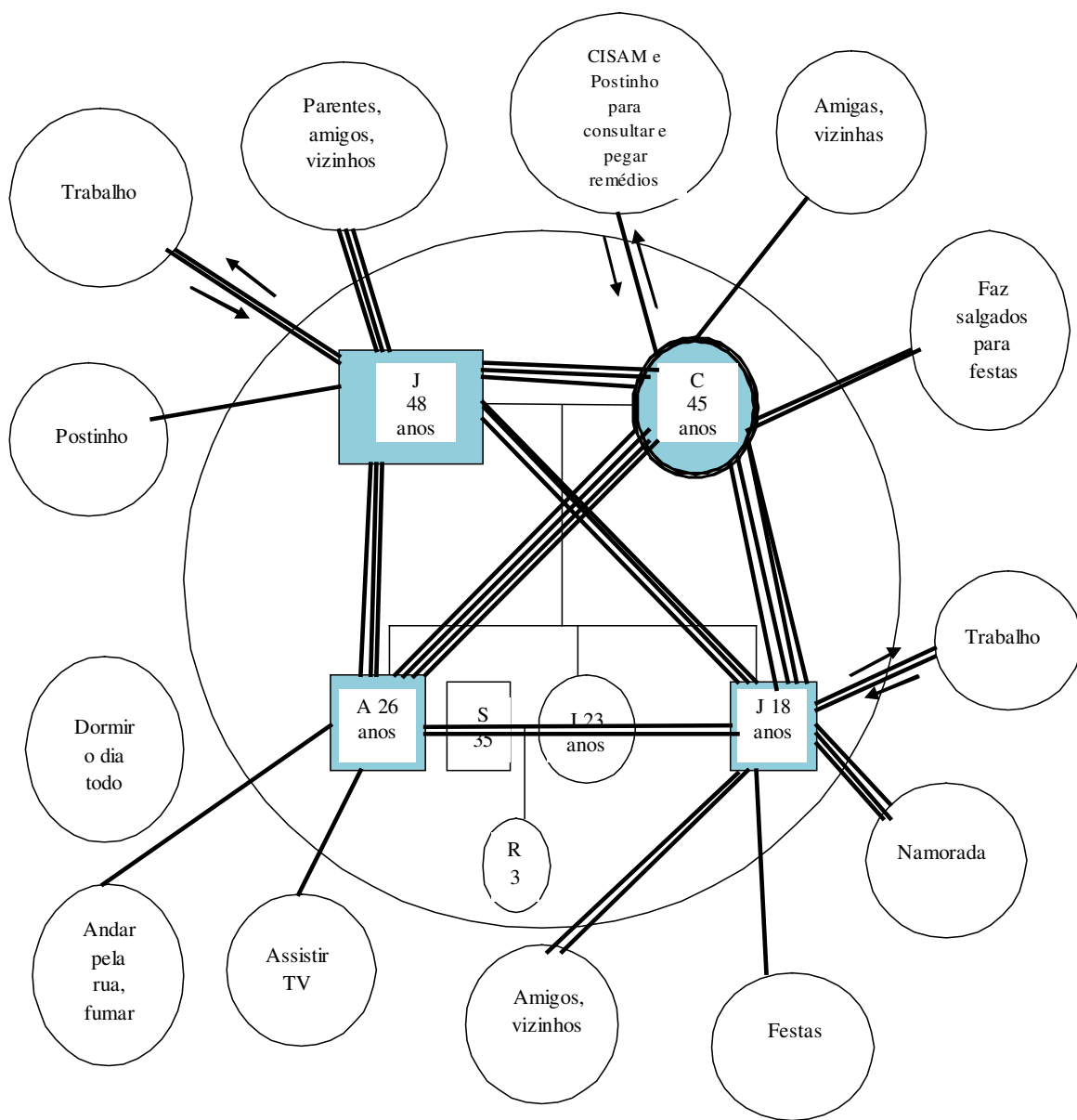




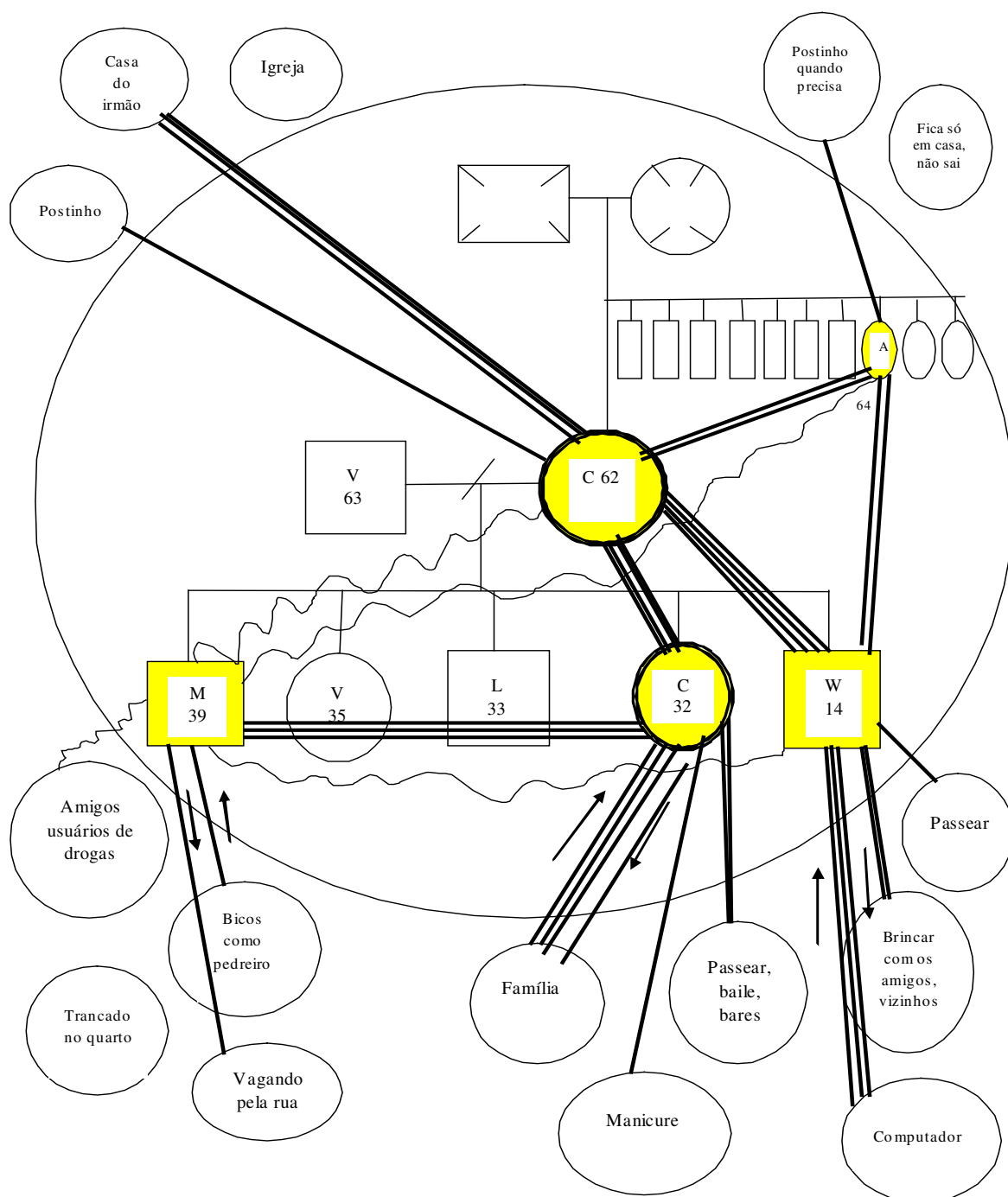
### FAMÍLIA APREENSÃO



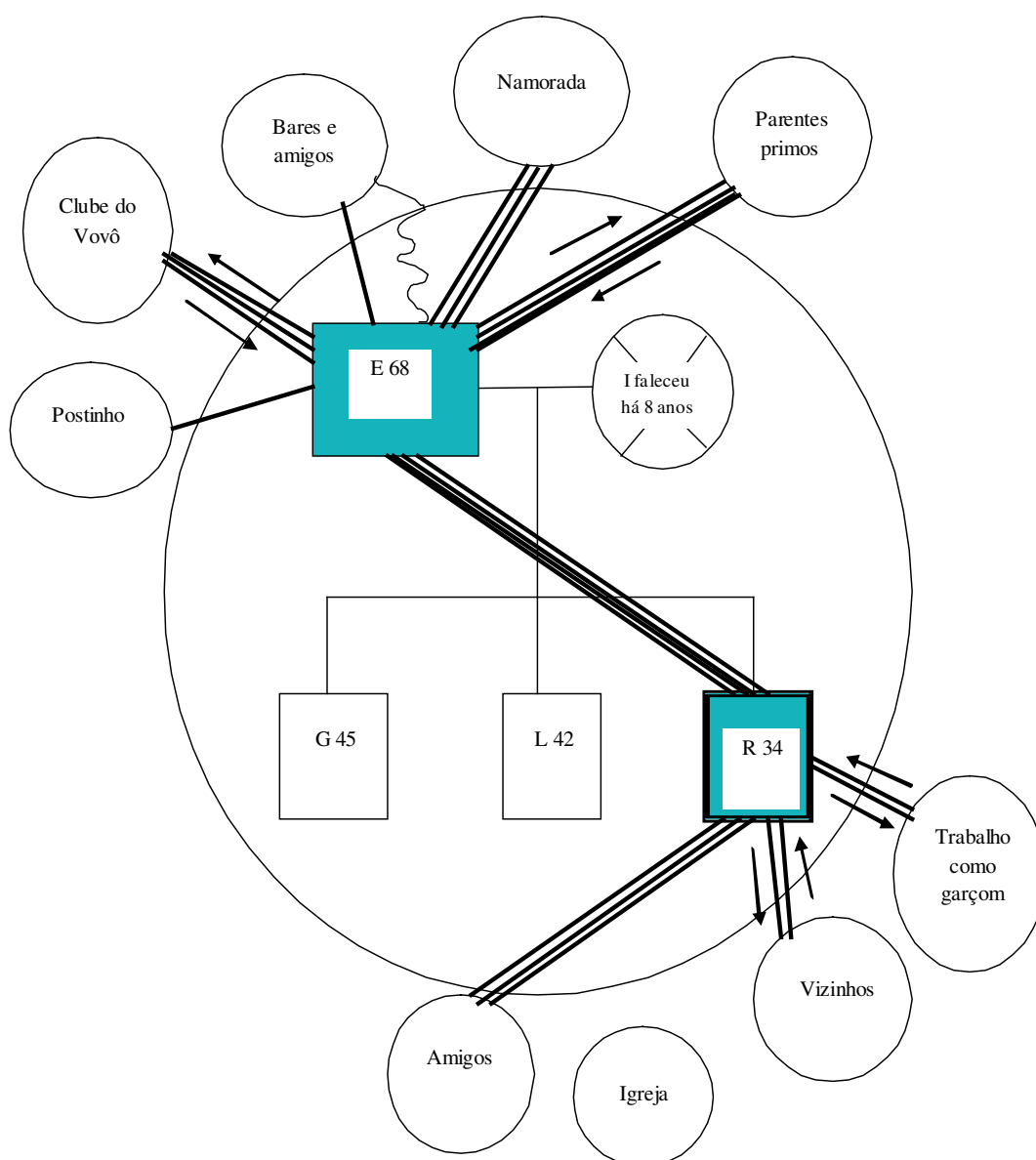
FAMÍLIA VERGONHA



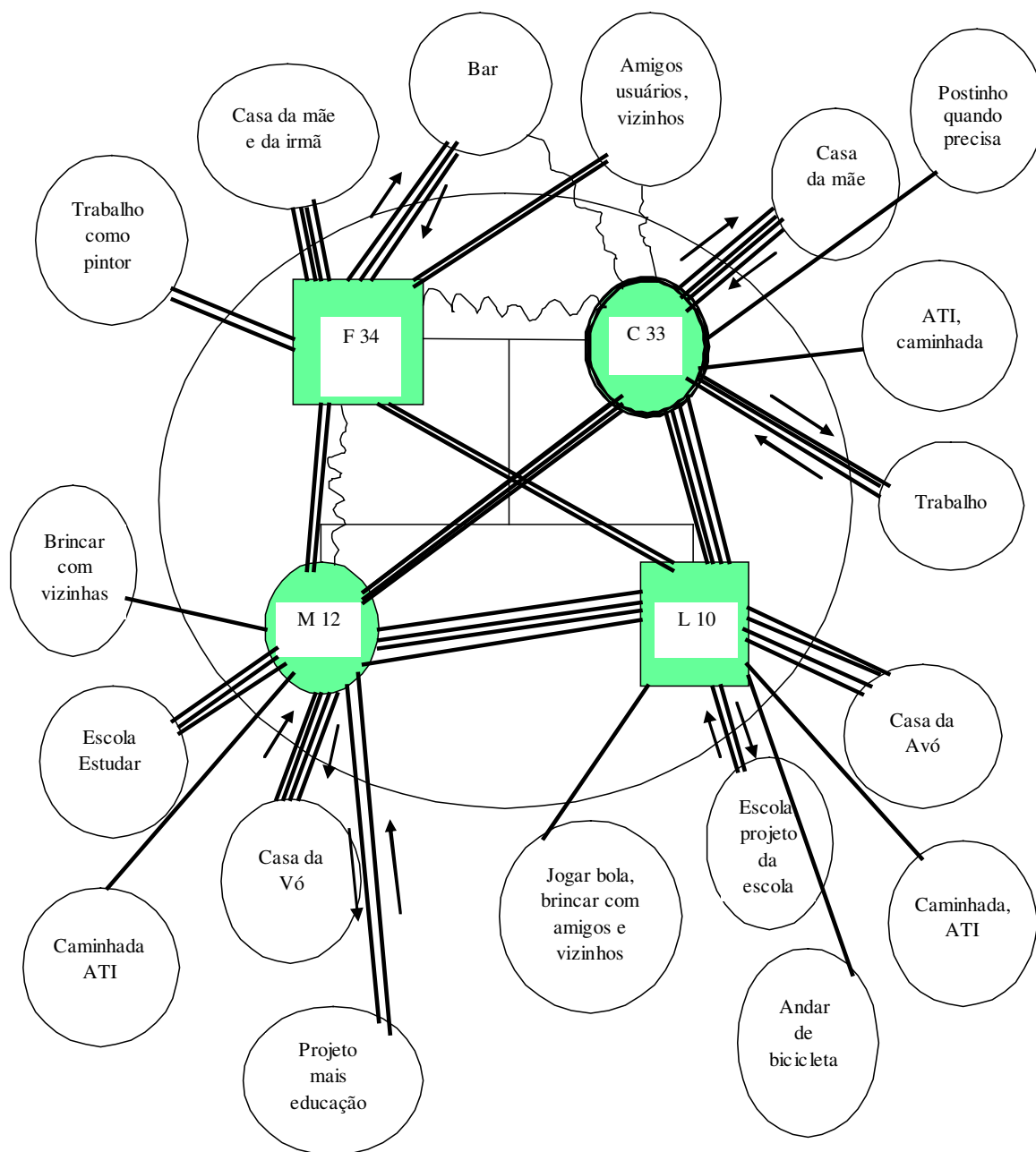
## FAMÍLIA MEDO



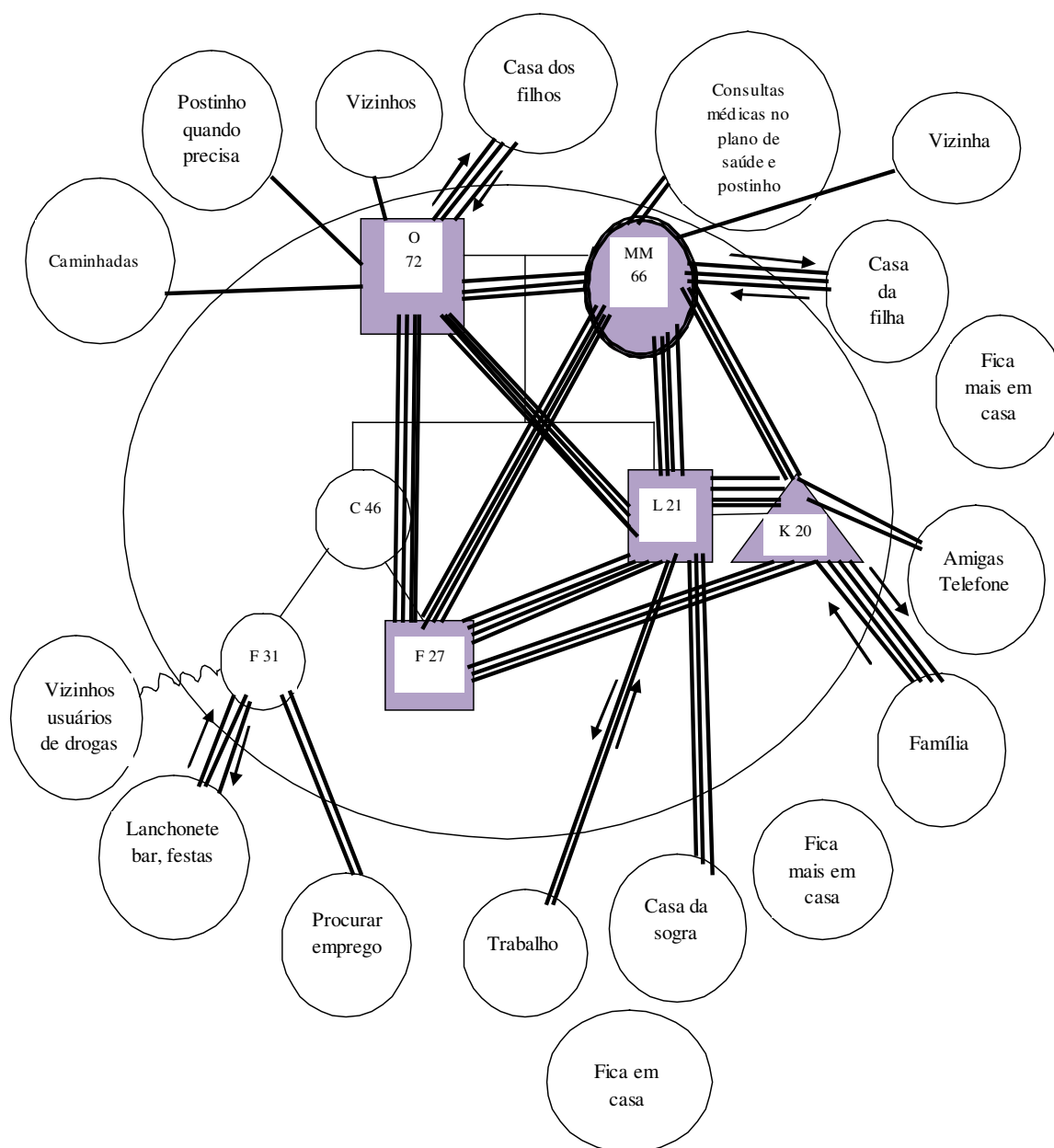
## FAMÍLIA SOLIDÃO



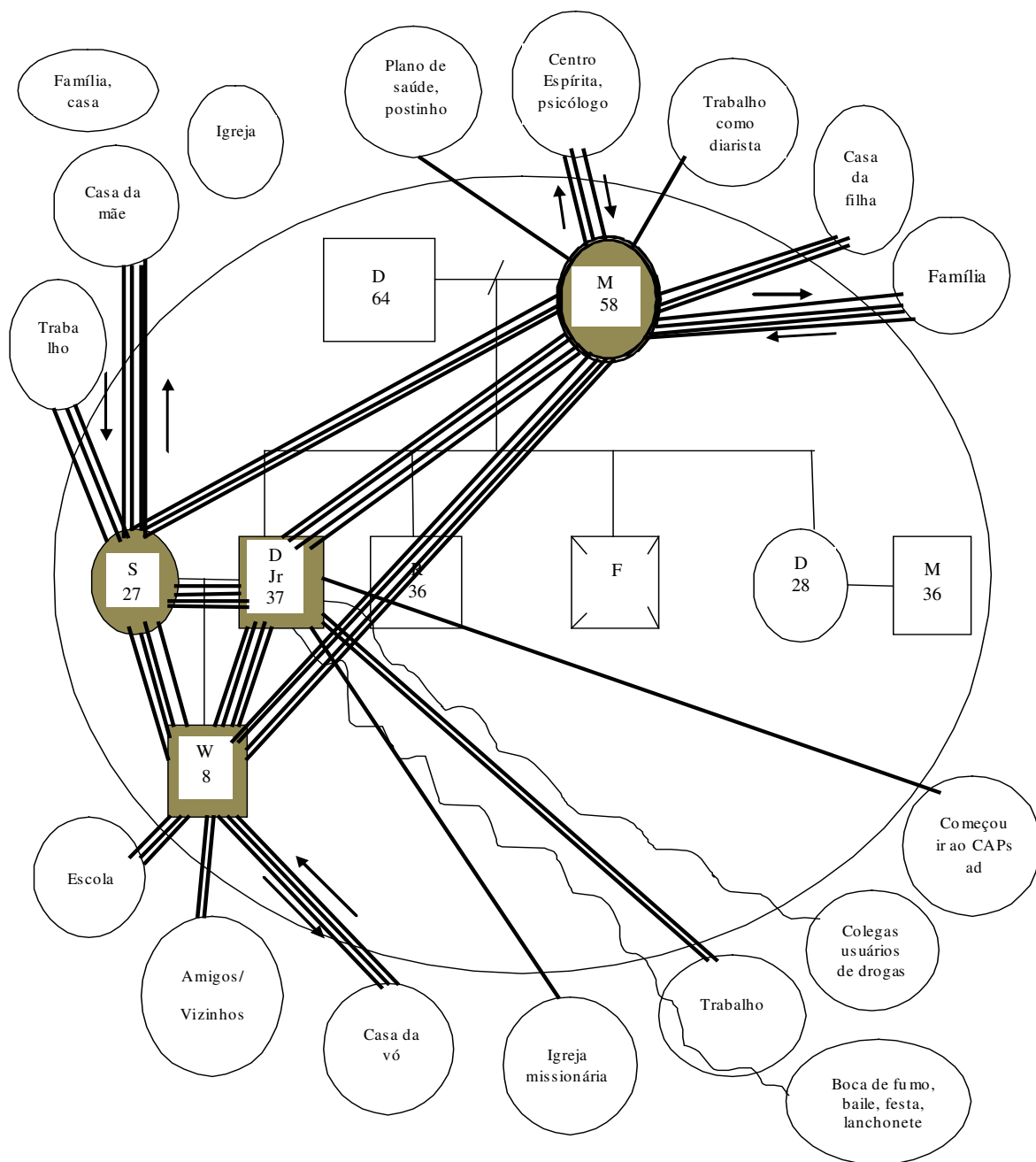
## FAMÍLIA ANSIEDADE



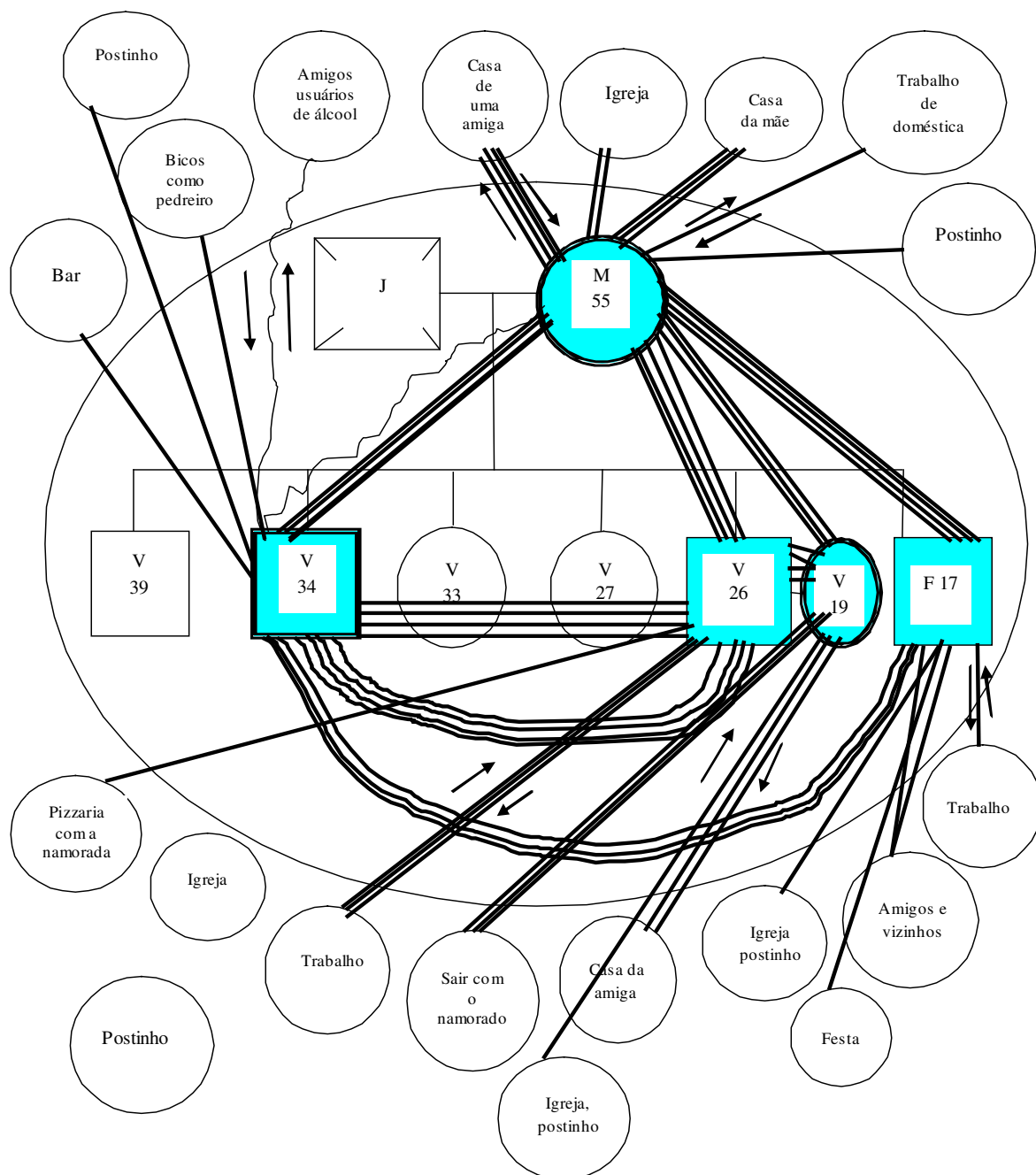
## FAMÍLIA INTUIÇÃO



FAMÍLIA SUPERAÇÃO

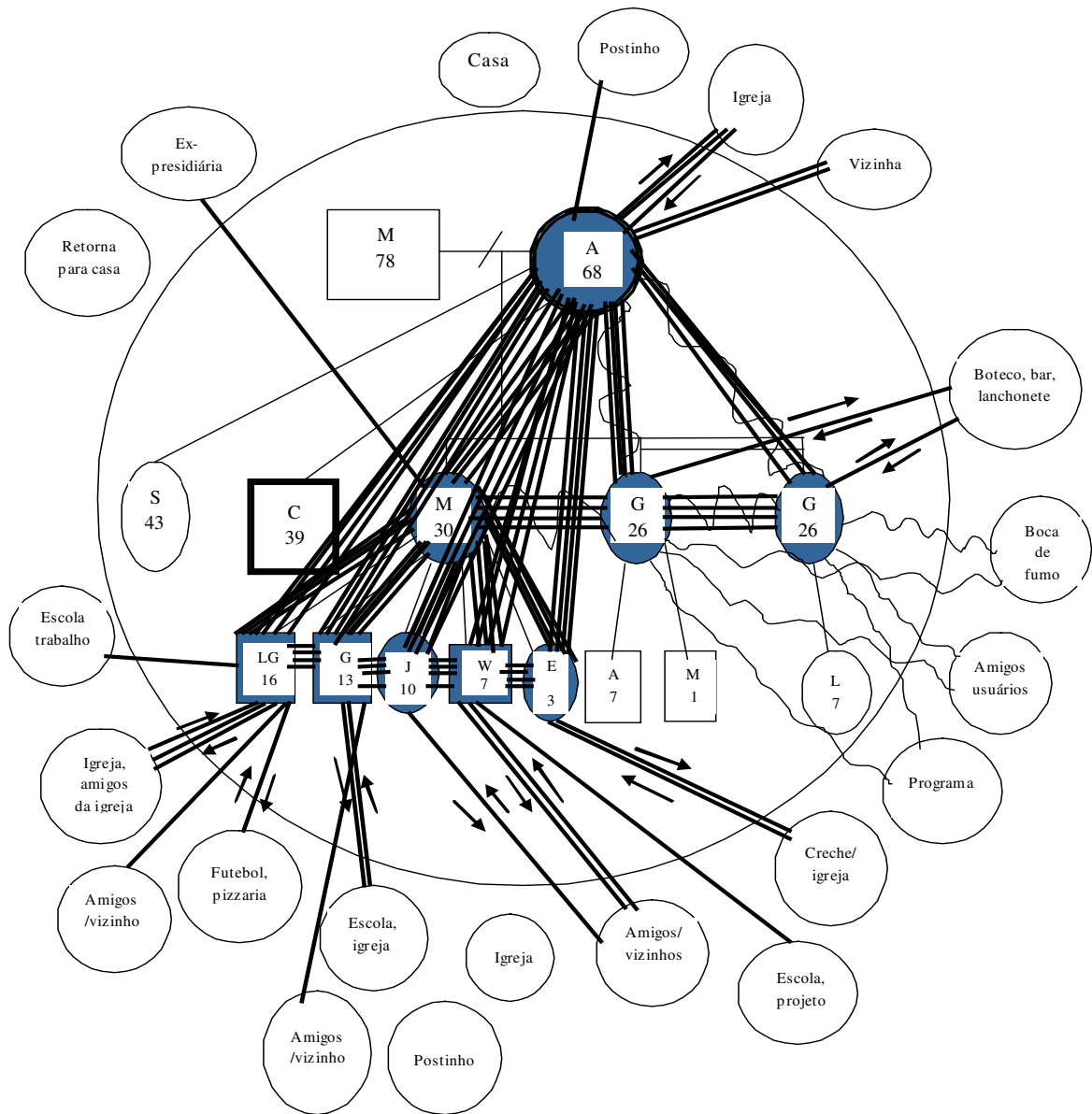


## FAMÍLIA DES CONHECIMENTO



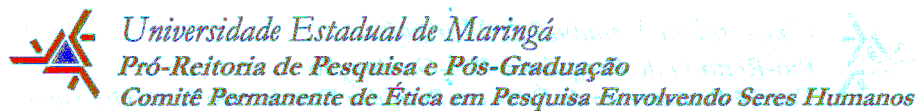


FAMÍLIA DESAPEGO



## **ANEXOS**

## ANEXO A



CAAE Nº. 0491.0.093.000-11

PARECER Nº.721/2011

**Pesquisadora Responsável:** Maria Angélica Pagliarini Waldman**Centro/Departamento:** CCS/Departamento de Enfermagem**Título do projeto:** Rede social de família que convive com transtorno mental: um enfoque em álcool e outras drogas**Considerações:**

Trata-se de protocolo de pesquisa de Mestrado classificada como projeto de área temática do Grupo III.

O protocolo em tela tem como **objetivo primário** de compreender a rede social da família de usuários de drogas egressos de internação psiquiátrica.

Para o estudo serão entrevistados 10 sujeitos, que fazem parte de famílias que convivem com pessoas com transtorno mental devido ao uso/abuso de álcool e outras drogas, pertencentes à região de abrangência do NIS Requião Guaiapó. A pesquisa será realizada por um estudo qualitativo, com a metodologia da pesquisa-ação.

Em primeira submissão a este Comitê o projeto restou pendente, conforme parecer 682/2011-COPEP. A seguir são apresentados os aspectos que levaram o protocolo à condição de pendência, seguidos dos ajustes e esclarecimentos da pesquisadora, bem como da análise desta relatoria quanto à sua adequação:

**Pendência 1:** Não apresenta a carta de anuência da instituição Casa de Missão para que a pesquisa possa ser realizada em suas dependências

**Resposta da pesquisadora:** Foi apresentado documento de autorização assinado por Cleonice dos Santos, identificada como coordenadora da Casa de Missão. O documento apresenta carimbo de identificação da Associação Cultural e Beneficente Nossa Senhora de Sião.

**Análise da relatoria:** face o exposto considera-se a pendência atendida.

**Pendência 2:** Não consta como serão escolhidos os sujeitos da pesquisa, mesmo fazendo parte de uma pesquisa maior.

**Resposta da pesquisadora:** A pesquisadora esclarece que os colaboradores do estudo serão famílias que convivem com pessoas com transtorno mental devido ao uso e abuso de álcool e outras drogas, pertencentes à região de abrangência da UBS de escolha, que indicará as famílias para realização de visita e convite à participação no estudo.

**Análise da relatoria:** face o exposto considera-se a pendência atendida, recomendando que as visitas e acesso aos potenciais sujeitos sejam sempre intermediados pela equipe da unidade básica de saúde, de modo a evitar qualquer tipo de constrangimento, e observando o caráter totalmente voluntário da participação.

Considerando o exposto, e tendo em vista o atendimento das pendências previamente arroladas, e considerando que as recomendações contidas no presente parecer poderão ser devidamente atendidas sem necessidade de nova submissão à análise, este comitê de ética em pesquisa se manifesta por aprovar o protocolo na forma em que ora se apresenta.

.../

## ANEXO B



**Prof. Dra. Sandra Marisa Peloso**

Diretora do Centro de Ciências da Saúde



**Profa. Dra. Ednéia Regina Rossi**

Pró-Reitora de Ensino da UEM



**Júlio Santiago Prates Filho**

Reitor da Universidade Estadual de Maringá



**Dr. Antonio Carlos Figueiredo Nardi**  
Secretário de Saúde do Município de Maringá

## ANEXO C



**PREFEITURA DO MUNICIPIO DE MARINGÁ**  
**ESTADO DO PARANÁ**

**TERMO DE COMPROMISSO**

A Secretaria Municipal de Saúde de Maringá, Estado do Paraná, vem pelo presente, firmar o compromisso de implementar o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/**Saúde Mental - Crack, Álcool e outras Drogas**, em parceria com a Universidade Estadual de Maringá, na qualidade de Instituição de Educação Superior executora do projeto, para fins de atendimento ao disposto no Edital Conjunto nº 27 da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde e da Secretaria de Educação Superior, do Ministério da Educação, publicado no Diário Oficial da União de 17 de setembro de 2010.

Por constituir a expressão da verdade, firmamos o presente Termo de Compromisso nesta data, sob as penas da lei.

Maringá, 11 de novembro de 2010.

**ANTONIO CARLOS FIGUEIREDO NARDI**  
Secretário de Saúde