



PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DO CAPS AD FRENTE A INSERÇÃO DA FAMÍLIA NO CUIDADO DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Arianne Cristina da Silva, Nayara de Fátima Mazini Ferrari , Alexandre de Oliveira Leme , Paulo Celso Pardi , Fernanda Sebastiana Mendes Pitanga, Marcelo Marreira, Cristina Braga, Mônica Ribeiro Ventura, Fernanda Sebastiana Mendes Pitanga, Eduardo Filoni, Márcio Fernandes da Cunha, Meire Luci da Silva, Alfredo Ribeiro Filho, Sarah Malacrida Brocca, Dayene Gatto Altoe, Jackeline Lourenço Aristides



<https://doi.org/10.36557/2009-3578.2025v11n2p2218-2236>

Manuscript received on July 30 and published on September 10, 2025

ARTIGO ORIGINAL

RESUMO

Introdução: O uso e abuso de SPAs (Substâncias Psicoativas) tais como o álcool e outras drogas são compreendidos como multifatoriais, conseqüentemente faz-se importante observar causas para além das biológicas que estejam relacionadas ao contexto social, econômico, cultural, religioso e psicológico e pode impactar de forma negativa e danosa tanto usuários como seus familiares. **Objetivos:** compreender na perspectiva dos trabalhadores do CAPS ad como acontece a inserção das famílias no processo de cuidado dos usuários atendidos neste serviço; bem como se dá a influência da família no processo de cuidado dos usuários atendidos no serviço; e descrever as principais dificuldades que os trabalhadores identificam na relação cotidiana entre as famílias e os usuários. **Metodologia:** O presente estudo foi realizado em uma cidade do interior do Paraná. Para chegar aos objetivos o estudo, utilizou-se a pesquisa qualitativa exploratória, e para a interpretação a metodologia da Análise de Conteúdo. Foram realizadas 4 entrevistas semiestruturadas com os trabalhadores do CAPS ad, as quais foram gravadas e posteriormente transcritas e analisadas. **Resultados e Discussão:** O contexto familiar pode ser considerado como fator de risco e/ou de proteção em relação ao abuso de drogas. Se uma família acolhedora, com limites definidos, comunicação adequada, promotora de afeto e proteção se apresenta como fator de proteção ao uso de drogas; ao contrário, uma família com distanciamento afetivo com dificuldade na comunicação e fronteiras pouco definidas pode favorecer tanto o uso de substâncias como a permanência ativa da dependência. **Considerações Finais:** Neste estudo observou-se que é importante é que a família se insira de alguma forma, não precisa ser exclusivamente por meio do grupo, mas se necessário utilizar outras tecnologias de cuidado acima descritas, bem como visitas domiciliares ou mesmo a realização do genograma e ecomapa envolvendo a equipe, usuário e familiares.

Palavras chave: Trabalhadores, Caps Ad, Família, Usuário, Alcool, Drogas.



ABSTRACT

Introduction: The use and abuse of SPAs (Psychoactive Substances), such as alcohol and other drugs, are understood as multifactorial. Consequently, it is important to observe causes beyond biological ones that are related to the social, economic, cultural, religious, and psychological context, which can negatively and harmfully impact both users and their families. **Objectives:** The study aimed to understand, from the perspective of CAPS ad workers, how the insertion of families into the care process of users attended in this service occurs; as well as the influence of the family in the care process of users attended in the service; and to describe the main difficulties that workers identify in the daily relationship between families and users. **Methodology:** The present study was conducted in a city in the interior of Paraná. To achieve its objectives, the study utilised exploratory qualitative research, and for interpretation, the Content Analysis methodology. Four semi-structured interviews were conducted with CAPS ad workers, which were recorded and subsequently transcribed and analysed. **Results and Discussion:** The Family context can be considered as a risk and/or protective factor in relation to drug abuse. If a welcoming family, with defined limits, adequate communication, promoting affection and protection, presents itself as a protective factor against drug use, conversely, a family with emotional distance, difficulty in communication, and poorly defined boundaries can favour both substance use and the active permanence of dependence. **Final Considerations:** In this study, it was observed that it is important for the family to be involved in some way. This does not need to be exclusively through group activities, but if necessary, other care technologies described above can be used, such as home visits or even the creation of a genogram and ecomap involving the team, user, and family members.

Keywords: Workers, Caps Ad, Family, User, Alcohol, Drugs.



INTRODUÇÃO

O cuidado integral das pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas exige uma perspectiva que busque estratégias para além das internações psiquiátricas ou mesmo em comunidades terapêuticas, onde se preconiza o trânsito da pessoa em seu território, assim como o convívio familiar e comunitário, de maneira que o uso de substâncias psicoativas (SPA) não prejudique suas relações e suas atividades cotidianas, preservando sua liberdade, sua autonomia e conseqüentemente sua qualidade de vida (Santos, Ferla *et al* 2017).

A reforma psiquiátrica, hoje defendida, é fruto de maior maturidade teórica e política, alcançada ao longo das últimas décadas, com maior conscientização da sociedade civil organizada (Amarante, 1996).

O uso e abuso de SPAs (Substâncias Psicoativas) tais como o álcool e outras drogas são compreendidos como multifatoriais, conseqüentemente faz-se importante observar causas para além das biológicas que estejam relacionadas ao contexto social, econômico, cultural, religioso e psicológico. Não existe, “uso de drogas” e sim “usos” que se demonstram à partir da realidade social, política e econômica de um espaço geográfico delimitado amplo e da realidade relacional, micropolítica, afetiva e humana presente em um determinado território (Nery Filho *et al*, 2012)

Em 2003 o Ministério da Saúde publica o documento intitulado como ‘A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas’, onde é reafirmado que o “uso de álcool e outras drogas é um grave problema de saúde pública”, e que a assistência prestada para estes usuários devem ser oferecidas em dispositivos extra hospitalares, tais como os CAPS ad (Cardoso *et al*, 2014).

No contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira temos como um marco a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Esta lei põe a cargo do Estado a criação de uma rede assistencial alternativa aos hospitais psiquiátricos (Souza, Braga, 2006).

Neste sentido a Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, lançada pelo Ministério da Saúde, que constitui dentre outras modalidades de serviços os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad), estabelece no seu Art. 4º que este serviço é responsável pela assistência a pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de SPA, instituindo que uma de suas atividades consiste em prestar atendimento à família. (Souza, Braga, 2006).

Cavalcante (2014) observa a importância do assunto “família” em relação ao cuidado de



peessoas que fazem uso abusivo de SPA.

A participação da família no tratamento do usuário de álcool, crack e outras drogas é um tema de extrema relevância, tendo em vista que o apoio destes pode ser um fator motivador, e até determinante, para a recuperação dos usuários de drogas (Cavalcante, p. 12, 2014)

Quanto ao papel da família Alvarez (2012) observou em seu estudo que “frente à percepção do uso de drogas por seu familiar, a família passa a conviver com esta realidade e sofre por não saber lidar com os problemas ocasionados pela drogadição”. Este estudo teve como objetivo compreender na perspectiva dos trabalhadores do CAPS ad como acontece à inserção das famílias no processo de cuidado dos usuários atendidos neste serviço; bem como se dá a influência da família no processo de cuidado dos usuários atendidos no serviço; e descrever as principais dificuldades que os trabalhadores identificam na relação cotidiana entre as famílias e os usuários.



METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado em uma cidade do interior do Paraná. Para chegar aos objetivos o estudo, utilizou-se a pesquisa qualitativa exploratória, e para a interpretação a metodologia da Análise de Conteúdo. Foram realizadas 4 entrevistas semiestruturadas com os trabalhadores do CAPS ad, as quais foram gravadas e posteriormente transcritas e analisadas.

De acordo com Moreira (2015): “Uma metodologia qualitativa é, fundamental para o desenvolvimento e consolidação dos conceitos. [...] Na base do paradigma qualitativo está à interpretação de uma dada realidade e não a sua quantificação”. Pois este método tem como objetividade a compreensão e interpretação da individualidade de cada contexto.

A pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil, sendo que o processo de submissão e aprovação foi direcionado ao Comitê de Ética e Pesquisa de uma Universidade Pública no interior do Paraná. .

Os profissionais que participaram das entrevistas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido sob o número da CAE 83137818.9.0000.5216 conforme as orientações éticas sobre a pesquisa. A amostra foi composta por quatro profissionais da CAPs Ad, um enfermeiro, um psicólogo, um médico e um técnico de enfermagem.

Foram elaboradas 4 questões, no sentido de compreender a percepção do trabalhador em relação ao papel da família no tratamento do usuário de álcool de drogas.

- 1ª Como a família pode influenciar no cuidado do usuário?
- 2ª Como a família é inserida no processo de cuidado?
- 3ª Quais as principais dificuldades identificadas no cotidiano da relação entre a família e o usuário?
- 4ª Quais estratégias o CAPS ad tem utilizado para trabalhar com as famílias?

Diante das entrevistas utilizou-se a análise de conteúdo conforme definição por Bardin (2007), categorização do conteúdo:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção; recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (Apud Desidério, 2010, p. 53).



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a categorização foram identificadas cinco grandes categorias, a saber: (1) A Influência da Família no Cuidado do Usuário; (2) A Inserção da Família no Processo do Cuidado; (3) Dificuldades Encontradas na Relação da Família com Usuário e Serviço; (4) Estratégia do Serviço Para o Trabalho com Famílias e (5) Cuidados na Perspectiva da Redução de Danos.

Segundo Mielke *et al* (2010) aponta que o fato de a família também se sentir cuidada, a torna mais participativa no cuidado do próprio usuário, corroborando com as falas dos trabalhadores entrevistados, tais autores afirmam que “o que se espera é uma corresponsabilização, uma aliança entre todos envolvidos no atendimento: usuário, familiar, equipe e comunidade, para transpor os momentos aflitivos”.

Os trabalhadores também destacaram que é corriqueira a demanda de familiares por internação psiquiátrica, apresentando-se como primeira e única solução, funcionando também como uma ameaça. Conforme vemos nas frases destacadas a seguir:

E3: *Acabou o problema da família, agora o problema é do CAPS. Eu não vejo assim. Tanto que a demanda de mais internamento é nesse sentido, porque joga lá, deixam eles lá 30/60/90 dias, em muitos casos não vai nem visitar, não vai nem ver o que está precisando, que necessidade o usuário precisa.*

E4: *Eu acho muito difícil também, até quando a família vem com uma demanda de internação psiquiátrica caindo nesse conceito da abstinência, porque no primeiro momento ocorre esse atrito entre profissional e família em virtude dessa demanda mais familiar do que do usuário.*

Porém esta demanda da família vai na contramão dos princípios da Reforma Psiquiátrica e da própria legislação vigente. Como se observa no artigo 4º da Lei 10.216/2001 a qual estabelece que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (BRASIL, 2001).

Entendendo a família como uma unidade de cuidado, ou seja, cuidadora nas situações de saúde e doença dos seus membros, compete aos profissionais apoiá-la, orientá-la e fortalecê-la quando esta se encontrar fragilizada. Assim, o tratamento não se restringe apenas a medicamentos e eventuais internações, mas, também a ações e procedimentos que visem a uma reintegração familiar, social e profissional, bem como a uma melhoria na qualidade de vida do doente e do familiar (Sharanck e Olschowsky (2008).



Além da afirmação quanto ao posicionamento contrário às internações psiquiátricas, os trabalhadores apontaram a Redução de Danos (RD) como estratégia de intervenção utilizada no cuidado dos usuários, porém discutem a necessidade de a RD ter mais crédito diante dos governantes.

E1: *Então assim é muito relativo isso, é por isso que a gente fala muito na RD, mas é um conceito que tem que cair muito, principalmente para os governantes.*

Schneider e Lima (2011) indicam em seu artigo que a Redução de Danos “tem, como principal meta terapêutica, reduzir os prejuízos provocados pelo uso/abuso de drogas, independente dos indivíduos conseguirem ou não interromper seu uso”. Desta forma a RD funciona também como uma estratégia para evitar que internação psiquiátrica seja utilizada como uma opção para o cuidado.

Ao abordar nas entrevistas sobre a influência da família no processo de cuidado os trabalhadores apontaram nas falas aspectos da família funcional e disfuncional.

E1: *Então a família, ela influencia positivamente principalmente aquela família que acaba aceitando mais o seu usuário, o seu sujeito, na dificuldade dele consegue entender, consegue diminuir um pouco aquele sofrimento seu mesmo, não pensar tanto no seu sofrimento, mais do sujeito. Fazer parte do cuidado, entender na sua uma questão de pactos, muito mais isso, do que a questão de ameaças.*

E3: *Sim, com certeza. Positiva eu vejo quando a família participa que o usuário se sente bem acolhido tanto com a equipe quanto com a família. Negativa quando a família o abandona, ele é um problema, vocês que resolvam. Para o usuário não é assim, lógico, eles tem os erros deles, como nós também temos os nossos erros, mas naquele momento ele precisa de uma ajuda psicológica, uma ajuda assistencialista e uma ajuda familiar (que entra CAPS, família e usuário como eu comentei)*

E2: *[...] a gente cresce dentro da família, mas a gente sabe que aqui tem usuário que não é desse jeito, que não teve a família presente. Então aqui o trabalho para a família aqui às vezes é muito difícil por causa disso, são famílias que às vezes nunca tiveram esse contato muito próximo, desde o desenvolvimento a formação, acho que construir isso junto seja difícil, a família não estar tão presente aqui.*

Essas frases se relacionam com o encontrado em Paz e Colossi (2013), quando os autores descrevem que:

O contexto familiar pode ser considerado como fator de risco e/ou de proteção em relação ao abuso de drogas. Se uma família acolhedora, com limites definidos, comunicação adequada, promotora de afeto e proteção se apresenta como fator de proteção ao uso de drogas; ao contrário, uma família com distanciamento afetivo com dificuldade na comunicação e fronteiras pouco definidas pode favorecer tanto o uso de substâncias como a permanência ativa da dependência.

Deste modo é importante aos profissionais ficarem atentos quanto à relação de cada usuário com seus familiares, e tratar deste assunto de forma singular e estratégica, compreendendo o



momento em que o usuário se encontra preservando o protagonismo dele no cuidado.

Na categoria Inserção da família no processo do cuidado encontramos as seguintes subcategorias: Participação em Grupos de Família e Instrumentalização da Família no Cuidado do Usuário.

Quando questionados quanto à inserção da família no cuidado os profissionais citam o Grupo de Famílias como um espaço em potencial para isso, porém eles apontam também que a adesão por parte das famílias a este grupo é um desafio, além de fazerem a autocrítica quanto à responsabilidade da equipe do CAPS ad nesta não adesão das famílias.

E2: *“Desde que eu entrei aqui, a gente tem um espaço do grupo de família, e a gente não consegue ter uma adesão muito grande nesse grupo, talvez porque seja um horário comercial, as pessoas não podem vir, mas já tentou fazer a noite também não teve uma adesão muito grande. Não sei só de vir, só de estar no grupo de família eu acho que seria só isso aqui, eu acho que a família teria que ta mais envolvida, com as atividades que acontecem aqui, talvez desde o começo na inserção do usuário quando ele vem para cá, ou quando ele retoma”*

E1: *“ficou na mesmice o grupo de família, o grupo de família não adere, não adere, como se a culpa fosse da família. A culpa é do serviço, se o usuário ou a família não adere, a culpa é do serviço, a gente esta com uma barreira ai, a gente tem que quebrar ela, achar outra forma de vincular com a família, não é a família que não vincula, é a gente que não abre espaço para vincular. Então assim, a gente tem que fazer uma autocrítica muito grande sobre isso! Se não esta funcionando o grupo de família, perai, a culpa é da família, ou do CAPS? Qual a linguagem que a gente ta falando? A gente não esta trabalhando convencimento? Estamos deixando solto? Não sei, a gente tem que pensar diferente, tem que pensar alguma estratégia. Mas por enquanto o que tem no CAPS é isso! O que tem pra hoje!”*

Pode-se perceber que a angústia e o descontentamento dos trabalhadores referente à participação da família no cuidado com usuário por não aderirem os grupos de família. De acordo com Scheneker e Minayo (2004) a família possui um papel essencial na participação do cuidado do usuário para que se possa estabelecer uma relação saudável não só com os membros familiares, mas também com todos envolvidos no seu contexto social.

O grupo de famílias é um momento onde se podem oferecer cuidados para a própria família, apoiando a construção de bases sólidas para lidar com as adversidades, os altos e baixos que permeiam o tratamento das pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, a família deve fazer a parte dela no acompanhamento do usuário na sua reabilitação, o CAPS ad também deve se comprometer para que isso aconteça, para que elas sejam acolhidas e sintam-se peças fundamentais no cuidado com o usuário de maneira a instrumentalizá-las não só no serviço, mas também em seu território.

De acordo com a fala de um dos trabalhadores a família do usuário que está no CAPS ad tem a oportunidade de ser orientada de alguma maneira, assim, também os familiares daqueles usuários que não acessam o serviço devem encontrar no CAPS ad um espaço para serem instrumentalizados.



E1: “o usuário já estava aqui, a família já esta interada disso, mas e aquela família que não esta interada disso, aquele sujeito que esta dando trabalho em casa, que não quer vir para o CAPS. Essa família que a gente tem que instrumentalizar essa família que a gente tem que dizer, não tudo bem, se ele não quer vir cuidar no CAPS, a gente tem que dar suporte a essa família, para que ela cuide dele, dentro do território dele, na casa dele”.

Bielemann et al (2009) relatam em seu trabalho que o caráter educativo das ações elaboradas junto a família tem muita importância pois “compreende-se que existe a possibilidade de construção e reconstrução de saberes favorecendo para que a família desenvolva um agir cuidador, mesmo que para isso precise remodelar comportamentos e atitudes”.

Através de ações educativas a família passa a conhecer melhor a esse agravo tornando-se uma aliada eficiente, em conjunto com a equipe do CAPS e do cuidado proposto (medicamentoso ou não), podendo evitar situações de estresse, como comentários de rejeição e censura ou também uma tutela excessiva desse usuário.

Quanto a categoria dificuldades encontradas na relação da família com o usuário e serviço descrevemos o que pode ser extraído das entrevistas quanto às dificuldades encontradas no cotidiano do trabalho com as famílias. Sendo as subcategorias: Expectativas da Família e Dificuldade do Reconhecimento da Autonomia do Sujeito

Observa-se que as expectativas que os familiares trazem referente à assistência do usuário ao CAPS AD estão relacionadas à vontade de uma (re) construção de vínculos com a família e o trabalho e que o uso da SPA (Substância Psociativa) seja abandonado por completo criando expectativas relacionadas à abstinência total do usuário. Trazendo na maioria das vezes demandas de internação para seu familiar, acreditando que o isolamento social seja a melhor solução para terem êxito no tratamento.

E4: A expectativa da família em relação ao usuário, que muitas vezes é bem diferente da expectativa que o usuário tem em relação ao tratamento.

Observou-se neste estudo que o familiar nem sempre traz a mesma expectativa que o usuário, como destaca esse trabalhador. Entende-se que a procura do serviço também pode ocorrer por uma forma de “alívio temporário”, devido à situação de vulnerabilidade social em que o familiar se encontra, com sua saúde fragilizada, seus direitos violados e com episódios de violência experienciada. Aqui podemos dizer que o rompimento do vínculo começa a acontecer, como esse trabalhador enfatiza:

E3: Esse vínculo quebrado, falta de confiança, não acreditar mais no usuário, porque sofreu muito, acha que ele não tem, não vai melhorar e não dá uma oportunidade. Vejo que muita família não dá oportunidade ao usuário, aí acontece a pessoa acaba saindo de casa, indo para rua, devido a uma nova oportunidade da família. Difícil? Difícil! Só que é igual eu falei, são seres humanos e nos erramos diariamente.



Não obstante disso, notou-se que a partir do momento em que o CAPS ad não atende a demanda familiar, a quebra do vínculo entre família e o serviço também pode suceder, por se frustrarem quando buscam uma forma de tratamento que não caminha com o cuidado que o usuário necessita no momento.

E4: Existe a quebra de vínculo, entre o usuário e o familiar, mas também existe quebra de vínculo entre a família e o serviço.

A Política Nacional de Humanização (PNH), em vigor desde 2003, foi pensada a partir dos princípios do SUS com vistas a garantir que as práticas cotidianas tanto no âmbito da gestão quanto no âmbito da assistência no SUS preconizem uma relação mais próxima e uma comunicação mais efetiva e eficaz entre gestores, trabalhadores e usuários. No documento base lançado pelo Ministério da Saúde em 2004 sobre a PNH encontramos a definição de “vínculo” (Pashe; Passos, Hennington, 2011).

O estabelecimento de vínculos através da comunicação qualificada e do reconhecimento da importância de cada ator envolvido no processo de cuidado é essencial para obter bons resultados.

No cotidiano de trabalho é perceptível que o esgotamento da família às vezes tão intenso, que elas mesmas não permitiam que o usuário pudesse ter autonomia no seu cuidado, não havendo nenhuma relação de confiança da família com o usuário e vice-versa. Não havia um reconhecimento do usuário como pessoa, como ser humano, mas sim aquele sujeito que não era capaz de tomar suas próprias decisões, como somente o familiar soubesse o que é bom para ele. Esta situação colabora com que se estabeleça uma relação onde o usuário é tutelado e perdendo seu protagonismo, passando a fazer a vontade do seu ente com a intenção de conquistar a credibilidade da família e de seus cuidadores. Na trecho da fala a seguir essa questão é apontada como uma dificuldade.

E2: ela que vai ser a guardiã da vida dessa pessoa e escolher por ela. E às vezes o usuário vem muito assim, “ah eu vou fazer, o que vocês me mandarem fazer eu vou fazer!” e na verdade não é isso que a gente quer, e aí eu acho que uma das dificuldades é essa questão da confiança que ela já está bem fragilizada.

Segundo o Guia Estratégico para o Cuidado de Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas: Guia AD (BRASIL, 2015A), documento produzido pelo Ministério da Saúde, o usuário deve ser o protagonista de seu cuidado e “o serviço deve atuar como fortalecedor de novas atitudes de vida, no qual o vínculo é encarado como estratégia



primando a sua autonomia". Promover autodeterminação do sujeito, responsabilidade sobre seus atos, estimular a gestão do seu cuidado diz muito da maneira que o usuário é acolhido no serviço e como a participação dele se faz presente em um planejamento de cuidado.

Nas estratégia de serviço para trabalho com a fam[ília esta categoria nos apontou componentes que, para os trabalhadores, iriam de encontro com algumas estratégias que poderiam e até mesmo deveriam ser realizadas pelo serviço e que contribuiriam para o cuidado desse usuário corroborando com sua autonomia e inserção social de uma maneira mais ampla e integral. Aqui as subcategorias são: Inserção do Uusário no Território de Articulação em Rede e Apoio Matricial.

A partir dessas foram criadas subcategorias referenciadas a partir das falas dos entrevistados.

A primeira foi Influência da família no cuidado ao usuário, nesta categoria encontramos cinco subcategorias: Dificuldades da Inserção e Corresponsabilização da Família no Cuidado; Da Internação Psiquiátrica à Redução de Danos e Cuidado da Família Funcional x Família Disfuncional.

A primeira escuta ou acolhimento no CAPS ad acontece através de livre demanda ou de encaminhamento, sem a necessidade de agendamento, com ou sem acompanhamento da família. Sendo assim, o primeiro atendimento já é potencialmente um espaço para a escuta e acolhimento da família. Porém, nas entrevistas os profissionais apontaram que há uma interpretação equivocada da família quando a mesma entende que uma vez acolhido no serviço, este usuário, passa a ser responsabilidade única e exclusiva do CAPS ad e da equipe, como podemos observar nos trechos abaixo:

E3: *Como eu acho? Na minha visão eu acho que ela interfere muito no cuidado por não trabalharem junto com a gente, a equipe. Pois eles tem uma consciência que chega no CAPS, resolvido o problema. Ou deixam o usuário com a gente e deixam que a gente arque com as consequências do usuário. No meu ver não, a gente tem que trabalhar unido família, CAPS e usuário.*

E2: *"[...] normalmente não é isso que acontece né, eles deixam muito o cuidado mais para a gente assim", "ah, ele esta dentro do serviço, então ele esta sendo cuidado e eu não preciso fazer mais nada! [...]"*

E2: *Normalmente não é isso que acontece, eles deixam muito o cuidado mais para a gente assim, ah, ele esta dentro do serviço, então ele esta sendo cuidado e eu não preciso fazer mais nada!" eu acredito que a família poderia estar inserida em varias outras atividades aqui, só que a gente não consegue muito aqui, a gente não entende o que dificulta esse acesso, tem algumas idéias né, mas a gente não sabe o que pode fazer dentro do serviço para que possa trazer essas famílias aqui.*

Qualquer momento em que se tenha a oportunidade de estabelecer um contato com os familiares dos usuários é uma situação a ser aproveitada de forma estratégica, pois, é onde potencialmente pode se estabelecer a corresponsabilização.

Nessa subcategoria percebemos um consenso dos trabalhadores referente a importância da inserção do usuário em seu território, porém, apesar de estarem em concordância, destaca-se a dificuldade em reconhecer importância de o familiar ocupar outros espaços na comunidade em que



vive e o quanto que essa tecnologia deve ser compartilhada com a família para que a mesma colabore com esse processo.

E2: *Mas hoje a gente tem tentado fazer uma articulação maior com o território, dentro das UBS, talvez fazer um trabalho lá dentro do território junto com essas famílias, já que o acesso é mais difícil por ser longe, e as vezes por conta do trabalho. Então a gente estando mais próximo lá, a gente consegue ter essa família mais perto.*

E4: *Tentar inserir o usuário em seu meio social, na sua região que ele habita. Porque a dificuldade é essa também, essa coisa de não prender ele no CAPS, ajudar a inserir ele no território.*

E4: *A reabilitação do usuário não é aqui, é no território. Mas desanimamos um pouco a gente discute o caso de como poderia ser, aí conversamos com ele não falamos com a família e a pessoa vai ficando aqui.*

Na pesquisa de Mielke *et al* (2010) intitulada “A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão” os autores enfatizam a priorização do cuidado no território, em serviços comunitários, devendo essa se tornarem parte das respostas apontadas pelos profissionais às demandas dos usuários e da família como uma construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Portanto, o PTS é configurado como uma ferramenta de cuidado única, construída coletivamente e exclusiva para cada pessoa. Através da participação do próprio usuário e dos demais envolvidos. Através de suas histórias, vivências e dos seus níveis de CONTRATUALIDADE, podemos construir um Projeto para o cuidado. (BRASIL, 2015B)

O PTS enquanto ferramenta permite a aproximação do profissional com as histórias e vivências dos usuários e familiares justamente por buscar “delimitar fronteiras daquilo que é possível e impossível, dentro de um ideal de baixa exigência de adesão ao cuidado como forma de promoção de autonomia e exercício de cidadania” (BRASIL, 2015B). Esta é uma estratégia que evidentemente coloca no centro do cuidado o usuário e considerando e contratualizando responsabilidades com todos os atores envolvidos (na família, no território, nos equipamentos de saúde, etc).

Refletindo sobre esse estudo, pode-se visualizar que os trabalhadores buscam novos vínculos que possam promover um melhor cuidado em saúde. Destacam a importância do trabalho em rede para prestar assistência ao usuário e seu familiar, porém, evidenciam a falha de articulação desta rede, hora por falta de comunicação, hora por não compreender como funcionam os serviços:

E2: *Então a gente tem tentado fazer essa articulação junto com a UBS, com CRAS, que eu acho que a questão do fortalecimento de vínculo seria no CRAS, mas a gente não tem nem conhecimento de como isso acontece e se acontece.*



Então eu acredito que estando perto desses outros serviços a gente possa conseguir uma adesão maior dessas famílias, trabalhar em rede que eu acho que essa é a idealização de todos os serviços.

E4: *Uma das dificuldades também é a falha de articulação com a rede, porque a gente acaba tentando construir uma ponte somente com a família.*

2: *Sim. Às vezes tem usuário que acessa lá e a gente nem sabe assim, ou eles nem sabem, que eles acessam aqui, então pode acontecer o inverso e às vezes eles nem sabiam que o usuário acessa o CAPS ad. Então a gente não tem essa troca, então daí fica ações muito individualizadas em cada serviço, e não algo que a gente consiga depois, que o objetivo aqui é que eles sejam inseridos em todos os espaços lá fora e a família é um dessas áreas que seria interessante, é essencial para ele estar se inserindo”.*

Quando falamos em rede de saúde mental vale ressaltar a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que traz os objetivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS):

I – ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; II – promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e III – garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011).

A RAPS tem componentes nas diferentes complexidades da RAS (Rede de Atenção a Saúde). Possui serviços na Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; estratégias de desinstitucionalização e estratégias de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

Consolidar a RAPS é estratégico e os trabalhadores do CAPS tem papel fundamental na execução desta tarefa pois podem oferecer tecnologias de cuidado em saúde mental aos componentes desta rede redirecionando o modelo de atenção em direção aos princípios da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial.

O trabalhador a seguir aborda a importância do apoio matricial nas Unidades Saúde da Família para a promoção de cuidado no território:

E1: *Na busca ativa, ou matriciamento para UBS, para UBS poder fazer isso, mas a gente tem que achar alguma forma. Eu acho que o matriciamento ia ajudar muito isso. Porque a gente já está tentando fazer isso, em que a família não necessariamente, o sujeito está vindo buscar o serviço, ele está sendo cuidado. Mas a família vai à UBS, quase diariamente, eu preciso disso, eu preciso daquilo, então a UBS mesmo estando no território dela, pode estar instrumentalizando essa família, fazendo um cuidado diferenciado desse sujeito. Então o matriciamento é uma estratégia boa, a gente tentou, a gente tá fazendo um levantamento na UBS dos casos mais graves, para a gente estar podendo ir lá fazer uma visita e chamar a família pra cá. Então assim, mas é um trabalho bem formiga, que a gente tem carro uma vez por semana, tem uma demanda já grande de visita domiciliar, a gente não consegue estar fazendo isso,*



a gente faz mais telefone. Eu até falei para as meninas, não vai ser para esse ano, mas a gente tem que começar a pôr a semente, talvez pro ano que vem, ou outro ano comece a ter o resultado, colher o resultado disso. Mas é uma visão diferente que não tinha até então.”

No Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental documento publicado em 2011 pelo Ministério da Saúde encontra-se a seguinte definição: “Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (Chiaverni, 2011).

Neste caso o processo do apoio matricial se dá entre a equipe do CAPS e da ESF, que por sua vez é por excelência articuladora da RAPS pois está instalada no território de vida dos sujeitos, o processo de matriciamento privilegia o compartilhamento do cuidado e potencializa a ativação de recursos territoriais que podem proporcionar para o sujeito um trânsito territorial mais fluido e resolutivo produzindo saúde em todos os aspectos tirando o foco da doença ou uso abusivo de SPA e ampliando cuidados também à família.

Assim cabe ao CAPS, como equipe matriciadora, trabalhar com os conceitos de cuidados à saúde, reiterando os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, desenvolvendo estratégias e intervenções com atividades de promoção, prevenção e reabilitação em saúde mental, trabalhando sim os riscos e as consequências que o uso abusivo de álcool e outras drogas podem acarretar lembrando sempre de colocar o sujeito no centro do cuidado formulando com a equipe de referência eventuais PTS quando necessário.

Na categoria cuidados na perspectiva da redução de danos encontramos duas subcategorias: Convencimento da famílias, Cuidado da população em Situação de Rua e Necessidade da Retomada da Educação Permanente/Popular.

Nestes depoimentos percebemos que a estratégia do convencimento foi exitosa com a família, refletindo no cuidado do usuário na perspectiva da RD:

E1: *“É... Eu tive um sucesso com um usuário aqui, em que ele fazia o uso de drogas pesadas, crack e tals, e aí a família não aceitava de jeito nenhum, não queria nem saber. Um dia eu conversando com a mãe, explicando sobre o uso protegido, sobre substituir uma substância que é mais pesada por uma mais leve, enriquecer ele com outras atividades. Aí a mãe, ela falou assim para mim: “você fala isso para meu marido?” porque ele não aceita! Eu disse: “falo, pode trazer ele aqui”, Ela o trouxe, eu conversei, ele estava bem irredutível no começo, aí eu comecei a explicar para ele, que o filho dele não era marginal, que o filho dele não era inimigo dele, que ele precisava conquistar a amizade do filho, que o filho não queria decepcionar ele, era importante, era o herói e tal. Coloquei assim, essa importância do pai, que*



às vezes o pai queria uma coisa para o filho, mas ele não estava entendendo o que o filho queria, e o pai entendeu. Um tempo depois, meses, um mês, dois meses o sujeito estava aqui e começou a trabalhar com o pai no caminhão, dirigia o caminhão com o pai, ia de ajudante com o pai. Então o pai dava um dinheirinho para ele. E aí o pai falou para mim assim, que ele estava indo comprar na boca de fumo a maconha para o filho. O pai não aceitava que ele fumasse dentro de casa, de repente o pai estava indo comprar com o traficante. O pai disse: “que quando o filho ia comprar, ele dava o dinheiro para ele comprar, o traficante falava para ele pegar uma pedra, aí ele comprava a maconha e o crack, e o pai indo comprar, ele só comprava a maconha”. Então o filho estava só na maconha, tava de boa, trabalhando com o pai. E está assim, já faz uns dois anos que está assim.”

E4: “Oh, redução de danos não funciona! O que funciona é a abstinência!

A portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004, *redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, inserindo a Redução de Danos (RD) como uma estratégia de saúde pública* pautada no princípio da ética do cuidado, que visa diminuir as vulnerabilidades de risco social, individual e comunitário, decorrentes do uso, abuso e dependência de drogas. A abordagem da RD reconhece o usuário em suas singularidades e, mais do que isso, constrói com ele estratégias focando na defesa de sua vida (BRASIL, 2004).

O profissional a seguir relata acerca da necessidade de cuidado mais singular ao usuário em situação de rua:

E2: *porque tem muitos que participam aqui que estão em situação de rua, mas a gente tenta ver se tem algum vínculo familiar mesmo em situação de rua, porque as vezes a pessoa tem família aqui, mas não tem mais esse contato com a família, ou faz anos que não se vem mais, até mesmo por conta dessa rotina deles da questão do uso, daí a família não aceita, enfim sai de casa.*

Conforme o Decreto Nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009, a Política Nacional para a População em Situação de Rua veio para implementar um cuidado de forma descentralizada promovendo uma articulação intersetorial, garantindo que essa população tenha sua dignidade preservada, direito a convivência familiar, sendo respeitado como ser humano, independente da sua raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa.

Segundo o relatório do Conselho dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas – ONU (2015) “A situação de rua é uma crise global de direitos humanos que requer uma resposta global e urgente [...] Ao mesmo tempo, a situação de rua é uma experiência individual de alguns dos membros mais vulneráveis da sociedade caracterizadas pelo abandono, desespero, baixa autoestima e negação da dignidade, consequências graves para a saúde e para a vida”.

Observa-se aqui um dos desafios encontrados pelos profissionais: a falta de educação permanente consistente no cotidiano dos serviços:

E1: *A gente está sem, acho que sem preparo teórico mesmo, acho que falta um, pouco de preparo teórico, acho que falta a gente estar engajado na educação permanente, até na educação popular, começar a fazer isso de novo.*

A Educação Permanente é na prática uma reflexão coletiva acerca do cotidiano, dos processos



internos e externos e ela é feita pelos próprios atores com vistas a qualificar a assistência prestada e ampliar o entrosamento e o funcionamento do trabalho em equipe, e por consequência capacitando os trabalhadores (Lemos, 2016).

Consta na Política de Educação Permanente em Saúde, lançada pelo Ministério da Saúde em 2009, que a Educação Permanente atua, o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem; , a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer; colocando as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores; abordando a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar; ampliando os espaços educativos fora da aula e dentro das organizações, na comunidade, em clubes e associações, em ações comunitárias (BRASIL, 2009).

No Guia AD em relação às dificuldades encontradas dentro dos serviços de saúde aponta-se que o trabalhador de saúde muitas vezes perde a dimensão do cuidado, em vez de apostar na construção de possibilidades. O sentimento de despreparo e frustração das equipes em lidar com padrões de comportamento de alto risco e padrões que não são considerados por eles um estilo de vida saudável (Brasil, 2015A).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo podemos observar que os trabalhadores entendem a importância da família nos cuidados das pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, porém, afirmam que estas famílias são resistentes frente à proposta do cuidado em liberdade, uma vez que, muitas delas priorizam e demandam por medidas de internamento, pois acreditam que essa forma de tratar é mais resolutiva. A interpretação do que seja redução de danos para os familiares ainda está longe de ser compreendida e apropriada no cuidado.

Os trabalhadores associam essa resistência com a não implicação e não adesão destas famílias que podem contribuir de forma negativa na responsabilização do cuidado. Se pensarmos em redução de danos, não há espaço para as não recaídas, essas fazem parte do processo. Sendo assim, é relevante que o profissional esteja presente para perceber a relação que o sujeito mantém com o familiar.

Destacam que como cuidado oferecido pelo serviço o grupo de família tem potencial, porém, relatam a falta de adesão dos mesmos, ressaltando como fragilidades a falta de vínculo dessas



famílias com o usuário.

Apresentaram uma autocrítica referente a quais abordagens o serviço esta tendo com essa família, e se estão trabalhando o convencimento nelas, visto que as inúmeras demandas que chegam ao serviço são de internação.

Os Autores deste estudo acredita que, a família pode estar inserida em um projeto maior que é o próprio PTS junto com o usuário, pois, assim consegue-se oferecer um apoio mais singular para o usuário e sua família. A inserção da família em momentos e horários mais flexíveis na agenda da equipe, de modo individual se necessário, pode ser uma estratégia mais apropriado para uma maior vinculação.

O importante é que a família se insira de alguma forma, não precisa ser exclusivamente por meio do grupo, mas se necessário utilizar outras tecnologias de cuidado acima descritas, bem como visitas domiciliares ou mesmo a realização do genograma e ecomapa envolvendo a equipe, usuário e familiares.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. O homem e a serpente: outras histórias para loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: **FIOCRUZ**; 1996.

ALVAREZ, S. Q. et al. **Grupo de apoio/suporte como estratégia de cuidado**: importância para familiares de usuários de drogas. Rev. Gaúcha Enferm. v. 33, n. 2, p. 102-108. Porto Alegre, 2012.

BEZERRA, Edilane; DIMENSTEIN, MO CAPS no processo do matriciamento da Saúde Mental na Atenção Básica. Anais do 14º Encontro Nacional da ABRAPSO, 2007.

BIELEMANN, V. L. M. et al. A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. **Rev. Texto contexto Enf.** 2009, vol.18, n.1, pp.131-139.

BRASIL. Portaria GM nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde–SUS, e dá outras providências. 2004.

BRASIL. Lei nº 10216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Brasília**, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002.**

_____. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: documento base para gestores e



- trabalhadores do SUS. 4. Ed. Brasília, DF, 2010.
- _____. Ministério da Saúde. Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. **Brasília: Ministério da Saúde**. 2003. Disponível
- _____. Ministério da Saúde Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. **Brasília**, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Brasília**, 2009.
- CARDOSO, A. J. C. *et al.* Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Saúde Mental. **Tempus–Actas de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. ág. 57-63, 2014.
- LEMOS, C. L. S.. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente?. **Ciência & saúde coletiva**, v. 21, p. 913-922, 2016.
- MATOSO, M. A População em Situação de Rua e o direito à saúde: refletindo sobre garantias e ofertas de serviços no município de Niterói-RJ. **Enepcp**, 2023.
- PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, É.A. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4541-4548, 2011.
- PEGORARO, Renata Fabiana; CASSIMIRO, Tiago José Luiz; LEÃO, Nara Cristina. Matriciamento em saúde mental segundo profissionais da estratégia de saúde da família. **Psicologia em Estudo** , v. 19, p. 621-631, 2014.
- SANTOS, F.F.dos; FERLA, A. A.. Saúde mental e atenção básica no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 63, p. 833-844, 2017.
- SOUZA, Â. M. A.; BRAGA, V. A. B. Reforma Psiquiátrica Brasileira: muito a refletir. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, p. 207-211, 200



**EDUCAÇÃO CONTINUADA E PERMANENTE EM SAÚDE: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS PARA A
QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM**

Araújo et. al.