

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

LEONE MENDES DIAS

**O COTIDIANO DE FAMILIARES DE PESSOAS DEPENDENTES DE
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

**Juiz de Fora
2019**

Leone Mendes Dias

**O COTIDIANO DE FAMILIARES DE PESSOAS DEPENDENTES DE
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação (stricto sensu), Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Fundamentos Teóricos, Políticos e Culturais do cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo da Silva Alves.

Juiz de Fora

2019

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Mendes Dias, Leone .

O COTIDIANO DE FAMILIARES DE PESSOAS DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE / Leone Mendes Dias. -- 2019.

165 p.

Orientador: Marcelo da Silva Alves

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2019.

1. Enfermagem. 2. Codependência. 3. Relações familiares. 4. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. 5. Atenção Primária à Saúde. I. Alves, Marcelo da Silva , orient. II. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA- FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSO- Mestrado em Enfermagem- FACENF-UFJF



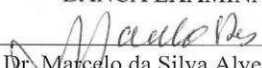
LEONE MENDES DIAS

**O COTIDIANO DE FAMILIARES DE PESSOAS DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE**

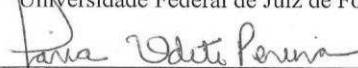
Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 28/06/19


BANCA EXAMINADORA



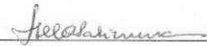
Dr. Marcelo da Silva Alves - Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora



Dra. Maria Odete Pereira
Universidade Federal de Minas Gerais



Dra. Geovana Brandão Santana Almeida
Universidade Federal de Juiz de Fora



Dra. Anna Maria de Oliveira Salimena
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dra. Meiriele Tavares Araújo
Universidade Federal de Minas Gerais

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação primeiramente a Deus, a Minha mãe, Marlene Mendes (minha base, razão da minha vida), Amigxs, Família e a todos que (com)partilham e vivenciam comigo o ESTAR-JUNTO-COM. E a cada participante desta pesquisa que luta, resiste e não desisti. Em especial, a meu eterno amigo Abelardo Romão (in memoriam).

AGRADECIMENTOS

A Gratidão é algo que ultrapassa um "obrigado", gestos gentis e supera todo interesse... Gratidão é uma dádiva de quem tem a humildade de reconhecer em Deus e no próximo a importância e o valor que ele tem e o que ele faz sem cobrar nada em troca. Agradecer é um ato nobre que denota a evolução humana de seres sublimes e únicos.

Agradeço a **Deus** em primeiro lugar que é o meu ABA-PAI! Agradecer por seu amor e misericórdia que me alcançou gratuitamente pela graça, em um momento em que nem eu mesmo me amava e a cada dia tenho certeza e posso sentir sua vida em mim.

Agradeço a minha amada **mãe, Marlene Mendes**, que é a razão de todo o meu viver. Mãe, obrigado por tudo o que fez e faz por mim em mais essa etapa, eu não teria conseguido vencer se não fosse por você. Sou eternamente grato a Deus pela dádiva de ser seu filho e apreciar o Ser humano Sublime e de uma evolução espiritual inenarrável. Obrigado por me ensinar sobre o amor de Deus, não só com palavras, mas também com atitudes, sempre mostrou o que é o AMOR! Obrigado pelas vezes que entendeu minha ausência dentro e fora de casa por longas horas, a porta do quarto fechada, os sinais de silêncio. Obrigado pelas vezes em que eu esquecia de me alimentar e você sempre vinha com um lanche dizendo: "*É para a cachola funcionar melhor!*"... Obrigado por todas as vezes que sustentou a casa sozinha quando eu não podia ajudar. Receber o seu cuidado me afagando em dias difíceis, me acolhendo, facilitando meu descanso é algo que faz com que me pergunte se sou digno de ser seu filho! Obrigado pela sua vida.

Desejo agradecer aos meus irmãos, **Leonardo e Leandro**, Minha Amiga-Irmã **Joana** e minha cunhada **Renata**, além de minhas sobrinhas **Letícia e Emanuelly**, que, durante o mestrado, me propiciaram momentos de diversão, comilança, "quebra-pau" para que eu pudesse extravasar, vocês dão significado especial a minha vida.

Agradeço ao meu orientador **Marcelo Alves**, por toda experiência vivida, cada momento compartilhado, cada sorriso e lágrimas compartilhadas, cada conversa e conselho. Obrigado por acreditar em mim e me impulsionar a seguir em frente de forma autônoma, e agradeço pela confiança de me entregar disciplinas, orientações, projetos e relatórios. Grato por sua vida!

Agradeço aos meus **amigxs** por todo o companheirismo, amor e fraternidade que me trouxeram até aqui.

Ana Luiza Pippa (Nãna), ter você ao meu lado nesse momento de desafios foi tão confortante, você apareceu como um porto seguro! **Gisele Carla (Giselda/Gigiba)**, ela agora é minha "chefa"! Amiga, como sou grato a Deus por ter você ao meu lado todo esse tempo me incentivando. **Sarita (Sara Santos)**, obrigado por você e sua família me cobrirem de oração, isso fez toda a diferença. Obrigado **Pri Cavalcanti** por toda vibração positiva. **Debora Scoralick, Gisele Assis e Marcelo Campos**, obrigado por cada palavra de incentivo, ideia compartilhada e carinho. **Elisa Finamore (Elisinea)**, nossa ligação é inexplicável! Eu sinto que, em algum momento, iremos para outra dimensão. Obrigado por cada afago, gesto de carinho, por me ouvir e aliviar meu coração. Agradeço aos meus amigxs "Rafaeis", **Rafael virtual** que durante esses dois anos foi um amigo e um direcionador. E ao **Rafael Gonçalves** (FisioLindo- My Friend), por toda compartilha e "Gossip", seu apoio foi fundamental e do Ed também "My favorite Couple".

Minha Gata Preta – **Giane Elisa!** Quanta alegria para nós e nosso povo, que em meio a tantos desafios e entraves, lutando e resistindo, chegamos até aqui, mas bem sabemos que a nossa luta é contínua. Quero agradecer a você por me acolher em sua vida, ensinando-me tanto..., mas tanto! Nosso encontro se deu nessa ciranda da vida, e agora, juntxs, de mãos dadas, fazemos essa roda girar, aqui tem muita contribuição sua, tanto pessoal como profissional. Obrigado por ser minha amiga e, durante todo esse momento, ter sido minha mentora para a vida.

Agradeço imensamente à **UFJF**, por meio do programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem, a oportunidade de acessar uma experiência gratuita e de qualidade no ensino. Agradeço ao **PPG** e à Coordenação, **Nádia e Fábio**, que, com competência, diálogo e humanidade, acolheu a mim e a minha turma. Agradeço a todo o **corpo docente**, que contribuiu para o meu aprimoramento pessoal e profissional, em especial à **Profa. Cristina Arreguy**, por quem tenho profunda admiração, carinho e respeito. É impossível deixar de agradecer às MaraviLindas secretárias do mestrado Wanessa Alonso e Aninha, com quem dividimos momentos ímpares de alegrias e tristezas, pessoas que se tornaram amigas muito amadas.

Agradeço ao pessoal da higiene e limpeza, da copa e vigilância que, de forma nobre, zelaram para que ficássemos em ambientes limpos, aconchegantes e

seguros. Agradeço ao **Edimar** do xerox, que, com presteza e atenção, nunca nos deixou na mão.

Agradeço ao departamento EMP: **Zuleyce Lessa, Izza Pallitot, Natália Anna, Ana Abraão e digníssima Marileia**, que me acolheram calorosamente e com cuidado.

Agradeço ao **Grupo de pesquisa** “Filosofia e sociologia no cotidiano da saúde e enfermagem” o apoio, a condução e a contribuição nesta pesquisa. Em especial minha M2 **Tatiane Ribeiro**, que me acolheu em primeiro momento e me direcionou com competência, à querida **Patrícia Braz** pelo privilégio de acompanhar todo o seu crescimento e cada membro do grupo de forma carinhosa.

Grazila Lonardoní e Dionassom! Vocês foram pessoas fundamentais para que eu chegasse até aqui. Vocês investiram em mim, me incentivaram, me ajudaram e me deram a companhia de vocês. **Grazi**, você será sempre minha referência de professora, nutro carinho, admiração, respeito e afeto por você. **Dion!** Faltam-me palavras para descrever o carinho que sinto por você, o tenho como irmão, amigo e conselheiro. Sem você, esse sonho nunca teria se realizado, a você dedico essa realização, por toda a acolhida com verdade e palavras de conforto e tranquilidade. Que Jesus lhe devolva duplicado tudo o que fez por mim.

Agradeço à **Capes** pelo investimento direcionado a minha pesquisa, por ter me "empregado" por 18 meses, tempo durante o qual fiz jus a cada centavo recebido. Essa iniciativa foi muito importante para chegar ao resultado final. Não poderia deixar de citar o Grupo "**Bolsistas Capes no Facebook**", que muito me alegrou e me ensinou com diversas discussões e fórum de dúvidas.

Agradeço ricamente aos meus colegxs de Mestrado - **Turma Diamante**. De forma especial e singela, fomos caminhando com união, maturidade e solidariedade, como nos ajudamos e nos fortalecemos! Em especial, quero agradecer pela vida da minha amiga **Yamileth**, que foi um anjo vindo do Peru! Uma pessoa doce, meiga, decidida, desbravadora e "virona". Admiração e gratidão por compartilhar momentos com você, tornamo-nos cúmplices nessa caminhada. Obrigado por isso e por você existir.

Agradeço a minha Banca Avaliadora, composta pelos professores **Maria Odete, Geovana, Marcelo, Anna Salimena e Mariele**, que, desde o início, foram tão especiais e gentis em aceitar contribuir para esta pesquisa.

Agradeço carinhosamente à **equipe multiprofissional** cenário do estudo e, em especial, aos **ACSs** que foram os facilitadores da pesquisa.

Camila Domingos, a melhor Psicóloga de JF, a responsável pelo Leone verdadeiro, que mediou o meu processo de autoconhecimento, aceitação e empoderamento. Obrigado!

Gostaria de agradecer a uma pessoa que não está mais aqui em matéria, mas que marcou minha vida pessoal e profissional, **Abelardo Romão (Abelardinho)**. Como sou grato por nosso encontro na vida, com você aprendi a ser um ser humano e profissional melhor. Alguém com quem estabeleci um vínculo puro e genuíno de amizade, para quem, em sua última fala comigo, além de enfermeiro, eu era amigo, o meu muito obrigado à Família Ronzani.

Camila Gregório, você devia estar se procurando no texto acima, né?! Foi proposital esse último agradecimento.

Amiga/Irmã/Confidente/Conselheira/Consultora... Você, juntamente com minha mãe, foi a força vital que me manteve de pé para superação desse momento e conseguir chegar até o final. Eu não sei, não quero e não posso viver sem você! Contigo os sonhos tornam-se realidade, têm significado e são divertidos. Nosso encontro tinha que acontecer, **nossa ligação é de Alma!** Eu só sei dizer muito obrigado por tudo! Por segurar a minha mão e nunca me deixar cair, nossa irmandade é abençoada por Deus. Louvo a ele com gratidão por ter me dado você.

E não poderia deixar de agradecer a todxs que, de forma direta ou indireta, contribuíram, me ajudaram e participaram desse sonho. **Essa vitória é minha, é de vocês e é nossa.**

DIAS, L. M. O COTIDIANO DE FAMILIARES DE PESSOAS DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. 2019. Xf. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2019.

RESUMO

A dependência de Substâncias Psicoativas é um grave problema de saúde pública mundial, com ônus para o indivíduo, a família e a sociedade. Nessa perspectiva, é indissociável o papel familiar na recuperação do membro adoecido. Considerando o abalo biopsicossocioespiritual que afeta a família, a desinformação e o despreparo para o enfrentamento de situações cotidianas, ela se torna codependente e um doente em potencial, desenvolvendo patologias que interferem em suas dimensões de vida. Diante desse cotidiano que frequentemente permeia o sofrimento, o adoecimento familiar ocorre gradativamente. Nesse contexto, a porta de entrada para o serviço em saúde, que deve acolher essa família e esse indivíduo, é o serviço de Atenção Primária à Saúde, percebida com muitos desafios frente a esta problemática. Esta pesquisa objetiva compreender o cotidiano de familiares de pessoas dependentes de substâncias psicoativas no contexto da atenção primária à saúde. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa descritiva, com abordagem fenomenológica, fundamentado no referencial metodológico de Michel Maffesoli, visando à aproximação com o objeto proposto. A coleta de dados ocorreu entre fevereiro e julho de 2018, por meio de entrevistas particulares e semiestruturadas, contou com oito mulheres participantes e teve como cenário uma unidade básica de saúde orientada pela estratégia saúde da família. A finalização da coleta de entrevistas se deu pelo adensamento dos dados pertinentes ao objetivo da pesquisa. A análise de dados ocorreu respeitando as etapas do método proposto por Maffesoli, além da proposta estabelecida por Minayo. Como resultado emergiram cinco categorias, a saber: Sentimentos relacionados ao conviver com o adicto cotidianamente; Casa: Lar, doce lar ou prisão domiciliar? A dor na alma: da exaustão emocional à depressão; Deus como único auxílio; Profissionais da Atenção primária à Saúde: aptos ou inaptos frente ao cotidiano do familiar codependente de substâncias psicoativas? Esta pesquisa revela o cotidiano de familiares que convivem com um adicto, carregado de muito sofrimento e uma gama de

sentimentos, os quais adquirem uma patologia emocional de codependência, com grave desfecho para a ideação suicida, e a esfera domiciliar é principal cenário negativo. A figura divina e a fé configuram-se como única fonte de esperança e possibilidade de melhoria. Revelaram-se os desafios que essa problemática apresenta à Atenção Primária à Saúde, que se mostrou deficitária e limitada para enfrentá-los. Evidenciou-se o anseio dos usuários por um acolhimento solidário e humanizado. A pesquisa contribui para criar possibilidades, ferramentas e ações que visem ao empoderamento familiar no cotidiano vivido, de forma a amenizar os impactos gerados pela adicção, destacar o importante papel de uma Atenção Primária à Saúde com profissionais proativos e empáticos, aptos para o manejo clínico e pessoal, com respostas efetivas, resolutivas e eficazes no enfrentamento da adicção no território. Além disso, chama atenção de diversos setores sociais e do governo para a criação de políticas públicas de saúde e sociais voltadas exclusivamente para a família, visando a sua autonomia e auxiliando nas tomadas de decisão na abordagem desse problema. Contribui também com a literatura científica e conclama que mais estudos sejam realizados em diferentes contextos com foco na família codependente de substâncias psicoativas.

Palavras-chave: Enfermagem. Codependência. Relações familiares. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. Atenção Primária à Saúde.

DIAS, L. M. THE DAILY OF FAMILIES OF PERSONS DEPENDING ON PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN THE CONTEXT OF THE HEALTH PRIMARY ATTENTION. 2019. Xf. Dissertation (Master degree) - Faculty of Nursing, Federal University of Juiz de Fora, 2019.

ABSTRACT

The dependence of Psychoactive Substances is configured in the current scenario as a serious problem of world public health, with burdens for the individual, family and society. In this perspective, the family role in the recovery of the sick member is indissociable. To the detriment of the biopsychosocioespiritual concussion that affects the family, the disinformation and the lack of preparation to face daily situations, the family becomes codependent and a potential patient, developing diseases that interfere in their dimensions of life. And faced with this daily life that often permeates suffering, family sickness occurs gradually. In this context, the door of entry for the health service that should welcome this family and this individual is the primary care service, perceived with many challenges in face of this problem. This research aims to understand the daily life of relatives of people dependent on psychoactive substances in the context of primary health care. A descriptive qualitative study, with a phenomenological approach, based on the methodological framework of Michel Maffesoli, aiming at the approximation with the proposed object. The data collection took place between February and July of 2018, through private and semi-structured interviews, with eight women participants and had as scenario a basic health unit guided by the family health strategy. The conclusion of the interview collection was due to the increase in the data pertinent to the research objective. The analysis of data occurred respecting the steps of the method proposed by Maffesoli, in addition to the proposal established by Minayo. As a result, five categories emerged, namely: Feelings related to living with the addict daily; Home: Home sweet home or house arrest ?; The pain in the soul: From emotional exhaustion to depression; God as sole help; Basic care professionals: fit or unfit for the everyday life of the codependent relative of psychoactive substances ?. This research reveals the daily life of family members who live with an addict family member burdened with much suffering and a range of feelings, in which they enter into an emotional

pathology of codependency, with a serious outcome for suicidal ideation, with the domicile sphere as the main negative scenario. The divine figure and faith are the only source of hope and possibility for improvement. It revealed the challenges faced by basic care in face of this problem, which proved to be deficient and limited in solving and serving these clients. The users' longing for a solidary and humanized welcome was evidenced. The understanding of the research contributes to create possibilities, tools and actions that aim at the family empowerment in the daily life lived, in order to mitigate the impacts generated by the addiction, to highlight the important role of a basic attention with proactive and empathic professionals, suitable for the management clinical and personal, that present effective, resolute and effective responses in the face of addiction in the territory. In addition, to draw the attention of various social sectors and the government to the creation of public health and social policies aimed exclusively at the family aiming at their autonomy and helping in the decision making of this problem. The research contributes with the scientific literature and calls for more studies to be carried out in different contexts with a focus on the codependent family of psychoactive substances.

Keywords: Nursing. Codependency. Family relationships. Substance-Related Disorders. Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C	Antes de Cristo
AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIS	Ações Integradas em Saúde
APS	Atenção Primária à saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS – IJ	Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CEP-UFJF	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora
CID	Código Internacional de Doenças
CMC	Central de Marcação de Consultas
CNPQ/UFJF	Conselho Nacional de Pesquisas- Universidade Federal de Juiz de Fora
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
CONFEN	Conselho Federal de Entorpecentes
DA	Dopamina
Dr.	Doutor
eAB	Equipe de Atenção Básica
eCR	Equipe Consultório na Rua
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESFF	Equipes de Saúde da Famílias F
eSFR	Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas
EUA	Estados Unidos da América
HIV	Human Immunodeficiency Vírus (Vírus da Imunodeficiência Humana)

IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LISDP	Livreto Informativo sobre Drogas Psicotrópicas
LSD-25	Lysergsaure-Diathylamid (Dietilamida do ácido lisérgico)
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MRSB	Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PSF	Programa Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção em Saúde
RBSD	Relatório Brasileiro sobre Drogas
SENAD	Secretária Nacional sobre Drogas
SF	Saúde da Família
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas
SNC	Sistema Nervoso Central
SNP	Sistema Nervoso Periférico
SPAs	Substâncias Psicoativas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
VDs	Visitas Domiciliares

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
1 INTRODUÇÃO	21
2 REFERENCIAL TEÓRICO	26
2.1 CONTEXTUALIZANDO A CONSTITUIÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	26
2.2 TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	38
2.3 HISTÓRIA DO COTIDIANO EM FAMÍLIA E CODEPENDÊNCIA	50
3. MÉTODO	60
3.1 DELINEAMENTO	60
3.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	61
3.3 PARTICIPANTES, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	63
3.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	63
3.5 PROCEDIMENTOS DE AÇÃO E COLETA DE DADOS	64
3.6 ANÁLISE DE DADOS.....	68
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	70
4.1 “SENTIMENTOS RELACIONADOS AO CONVIVER COM O ADICTO COTIDIANAMENTE”	71
4.2 “CASA: LAR, DOCE LAR OU PRISÃO DOMICILIAR?”	87
4.3 A DOR NA ALMA: DA EXAUSTÃO EMOCIONAL À DEPRESSÃO	101
4.4 “DEUS COMO ÚNICO AUXÍLIO”	115
4.5 “PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: APTOS OU INAPTOS FRENTE AO COTIDIANO DO FAMILIAR CODEPENDENTE DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS”	122
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	139
REFERÊNCIAS	145
APÊNDICE	164
ANEXO	165

APRESENTAÇÃO

Durante anos de sua vida, o mestrando se perguntava: Quando isso vai terminar? Quando esse sofrimento chegará ao fim? Será que tem solução? Deus, o senhor, não pode ter se esquecido de nós! Eu não posso fazer nada!... Dias vazios, tristes, sem vida, sem esperança e noites frias, sombrias, amedrontadoras e desafiadoras; eram tão tensas e intensas que, como um espelho, traziam à tona um sentimento de tristeza, angústia e aflição, que de tão fortes espremiavam lágrimas no interior, que escorriam pelos olhos, que nos faziam sentir o paladar salgado da prisão que é conviver com um familiar doente em decorrência do uso de substâncias psicoativas.

Foram momentos muito difíceis e instáveis, nos quais o mestrando e sua mãe eram cerceados por dúvidas, incertezas, situações conflitantes e perigosas. Tinham que, muitas das vezes, partir para o enfrentamento contra traficantes armados, outros usuários de drogas, ou passar pela constrangedora situação de ter vizinhos ou conhecidos batendo à porta cobrando algum objeto roubado, ou até mesmo para saber se estavam bem, pois, para obter dinheiro alheio, os familiares adictos contavam mentiras a respeito da saúde de seus familiares, ou situações de precariedade para obter ajuda financeira, que teria a finalidade de comprar a droga.

Com o passar dos anos, o mestrando, que outrora era adolescente e que, para ajudar em casa, dava aulas particulares para crianças do primeiro ao sexto ano do ensino fundamental, ingressou em uma faculdade particular, no Curso de Enfermagem, por meio de um programa social do Governo federal, que facilitava a entrada de estudantes de baixa renda e vulnerabilidade social no ensino superior. Atitude essa que seria um divisor de águas na vida do mestrando: ampliaria de forma enriquecedora sua visão de mundo, despertar-lhe-ia o senso crítico para problemas sociais tão presentes no cotidiano e acarretaria o desejo de dar um retorno para a sociedade.

O ensino superior propiciou ao mestrando inúmeras oportunidades de aprendizagem, fossem elas teóricas ou práticas. O mestrando cada vez mais buscava ampliar seu campo de conhecimento, porém sempre com aquela inquietação, de que outras pessoas passavam por situações semelhantes relacionadas ao mundo da droga e de que era possível contribuir de alguma forma com sua formação profissional e como cidadão que cotidianamente busca ter

empatia com o próximo. No ano de 2015, o mestrando cursou a disciplina de saúde mental, na qual o mesmo se apaixonou pela lógica da subjetivação do sujeito em seu contexto multifacetado. A participação em um projeto de extensão com indivíduos em sofrimento mental, denominado “Acompanhante terapêutico”, cada vez mais fazia o mestrando ter aproximação com a temática de saúde mental. Outro fato importantíssimo na vida do autor foi a participação ativa em um grupo de pesquisa sobre Filosofia e Sociologia no cotidiano da saúde e da Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Esse grupo de pesquisa, criado em 2010, é ativo e composto por um líder e vice-líder, bem como pesquisadores de outras áreas de conhecimento, como graduandos, residentes, mestrandos, doutorandos, pós-doutorandos e profissionais de diversos serviços, das mais variadas formações. E daí, com a aproximação do ensino e da pesquisa e de um melhor entendimento dos benefícios que as pesquisas poderiam trazer para a sociedade, o mestrando não teve mais dúvidas e viu na pós-graduação *stricto sensu* uma oportunidade de estudar mais profundamente o fenômeno que é conviver com um familiar doente em decorrência do uso de substâncias psicoativas.

Com isso, a pesquisa teve como motivação, além do interesse pela temática, as experiências pessoais do mestrando, que conviveu com familiares adictos, e que, no decorrer dessa situação, passou a observar quais eram os aparatos de saúde que poderiam intervir positivamente nessa problemática. Então, o mestrando passou a observar em especial sua Unidade Básica de Saúde (UBS), por estar inserida em seu território e mais próxima da realidade vivida, observação essa que fez com que fossem identificadas lacunas por parte da equipe de saúde e do serviço, em relação ao lidar com o cotidiano dos familiares que convivem com entes dependentes químicos.

O mestrando em sua observação notou como a equipe apresentava falhas em lidar com esse tipo de situação, de forma que qualquer demanda subjetiva que fosse vocalizada era logo encaminhada para outros centros de referência, e, quando esta não era dita, a equipe não estava apta a buscar e se aproximar da origem do que estava gerando um mal físico, corroborando para a não identificação desses familiares como doentes em potenciais. O que levou o mestrando a ter um sentimento de desamparo social e à percepção de fragilidade na assistência à família por parte dos serviços de saúde, aumentando também a percepção de que

os cuidados prestados por aquela unidade eram, em sua grande maioria, dispensados aos dependentes químicos e a família destes não era considerada como enquadrada nessa esfera, como “cuidadora” desses indivíduos.

1 INTRODUÇÃO

A Lógica de cuidado proposta pela Reforma Sanitária preconiza que os profissionais do serviço de Atenção Primária à Saúde sejam mediadores no processo de saúde, que propiciem aos cidadãos e à comunidade recursos igualitários para se capacitar e que todas as pessoas sejam capazes de realizar completamente seu potencial em saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Paiva e Teixeira (2014) salientam que o movimento da Reforma Sanitária brasileira ocorrida na década de 70 agregou críticas às práticas assistenciais da época, que se baseavam em um modelo curativista, modelo este que tinha como foco principal a doença. Com o advento da Reforma Sanitária percebe-se uma expansão no cenário político, econômico, social e de saúde, em que a sociedade civil passou a ganhar com as propostas defendidas pela reforma. Entre elas, pode-se destacar o anseio pela democratização da saúde, as ações de saúde integradas em sistema único, a participação social e a luta pela cidadania.

Tais propostas culminaram na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1986, sendo um marco para a sociedade. O evento contou com a participação de técnicos e gestores do governo e a sociedade nos debates sobre as propostas apresentadas: a reorganização do sistema em saúde de forma unificada, um serviço de saúde que contemplasse toda a sociedade e não apenas a elite, democracia e liberdade de expressão (STEDILE et al., 2015).

Esse movimento deu origem à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988, que foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 e pela Lei Complementar nº 8.142/90.

Prates et al. (2017) complementam que não se pode esquecer que tais movimentos sofreram forte influência da Conferência Internacional sobre os cuidados primários da saúde em 1978, conhecida como Alma-Ata, que estabelecia, entre suas propostas, o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS).

A APS consiste no primeiro contato do indivíduo e da sociedade com o SUS, implantada nas comunidades respeitando o princípio de regionalização em saúde. É a partir desse modelo de atenção que o indivíduo de forma sistematizada é direcionado, quando necessário, para outros níveis de atendimento. A APS, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), visa à promoção da saúde, ao amparo

de riscos não elevados ou à redução dos mesmos, à identificação rápida e ao mapeamento de patologias, além de tratamentos e recuperação dos indivíduos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Considerando a extrema importância da APS, vale destacar que as práticas assistenciais realizadas neste cenário são constituídas por uma equipe multiprofissional, no entanto o enfermeiro apresenta um papel relevante. É considerado um dos principais articuladores no nível primário de atenção, favorecendo o vínculo entre o indivíduo, a comunidade e os serviços de saúde, uma vez que o enfermeiro está apto para criar e executar ações de promoção e cuidados em saúde, decorrentes de sua prática profissional (FREITAS; SANTOS, 2014).

Nesse cenário de profundas transformações em saúde, podem-se destacar os avanços em saúde mental a partir da sanção da Lei nº 10.216/2001, que garante direitos às pessoas portadoras de transtornos mentais. Nesse contexto, os dependentes químicos se enquadram como indivíduos portadores de transtornos mentais, amparados pela política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Segundo Soccol et al. (2014) e o Ministério da Saúde (2013), a dependência de substâncias psicoativas (SPAs) configura-se no cenário atual como um grave problema de saúde pública mundial, caracterizado pela situação em que o indivíduo depende de uso contínuo de drogas como meio de fuga de situações desagradáveis em seu cotidiano, ou para sentir-se aliviado, não possuindo o controle do consumo de drogas, mesmo havendo ônus para si e seus laços sociais.

Por vezes, a pessoa com transtorno por uso de substância psicoativa e sua família sofrem com variados estigmas. Esses sujeitos são considerados como improdutivos e chegam até a ser culpabilizados por seus respectivos familiares (ALVARES et al., 2012).

A família origina-se de um conjunto de indivíduos que executam diversos papéis na sociedade e somam características de fundo sentimental, cognitivo ou sociocultural, podendo ser parental, matrimonial e afetivo. Nessa perspectiva, é indissociável o papel familiar na recuperação do membro usuário de substância psicoativa. Porém, devido à situação física e psicológica desgastante vivenciada pela família e pelo fato de, em vários momentos, sentir-se impotente pela falta de informação e despreparo para o enfrentamento de situações cotidianas, a família

torna-se doente em potencial, desenvolvendo patologias biopsicossociais (BRAUN; ZANON; HALPERN, 2014).

Diante desse cotidiano que frequentemente permeia o sofrimento, a tensão e a falta de informação por maior parte da família, o adoecimento familiar ocorre de forma gradual (PRATA et al., 2017).

Nesse cenário, a porta de entrada para o serviço em saúde que dê apoio a essa família e a esse indivíduo é a APS, como instituição principal. Destarte, passa-se a indagar qual o papel do enfermeiro frente a esse cotidiano, sendo que, frequentemente, a demanda maior desses indivíduos e de suas famílias é de origem subjetiva, algo que irá requerer do profissional uma escuta qualificada. É pela escuta que se estabelecerá o elo entre usuário e o profissional que iniciará a interação terapêutica, podendo, por meio dessa ferramenta, planejar as ações voltadas à família da pessoa com transtorno mental por uso de substâncias psicoativas, que visem promover o enfrentamento da situação e a saúde mental (CAETANO et al., 2016).

Diante das circunstâncias apresentadas, a temática objetiva compreender o cotidiano dos familiares de pessoas dependentes de substâncias psicoativas em relação ao contexto da atenção primária à saúde. Trata-se de uma questão relevante, uma vez que a dependência de SPAs é um grave problema de saúde mundial, comprometendo os laços sociais dos usuários e, no que diz respeito aos familiares, percebe-se que estão em constante vulnerabilidade biopsicossocial. Observa-se também que as práticas de saúde estão normalmente voltadas a recuperação e reabilitação da pessoa com transtornos por uso de substâncias psicoativas, não pensando a família como doente em potencial como foi percebido pelo mestrando, mediante sua vivência pessoal sobre a temática.

Durante a busca de estudos que tivessem como foco a família de adictos para construção e embasamento desta pesquisa, verificou-se escassez destes, o que aponta a importância da realização de mais pesquisas sobre o entendimento do cotidiano destes familiares para sua promoção de saúde e seu empoderamento cotidiano.

Nesse contexto de reflexão, justifica-se a realização da pesquisa que tem como questão norteadora: Como é o dia a dia das famílias dos dependentes químicos na atenção primária à saúde?

Frente ao exposto, torna-se necessário ampliar os estudos relacionados a esse tema, visando contribuir com a comunidade científica no sentido de apresentar a realidade vivenciada por familiares de dependentes de substâncias psicoativas no contexto da APS.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONTEXTUALIZANDO A CONSTITUIÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Antes de se falar da Atenção Primária à Saúde, é importante rememorar os marcos importantes na sociedade civil brasileira que levaram a essa grande conquista, de um Sistema Único de Saúde, saúde como direito para todas as pessoas e um dever do Estado, independentemente do contexto pessoal ou social. Tem em sua essência uma proposta universal e igualitária, equânime voltada aos que buscam por saúde, direito garantido por lei. Dito isso, passa-se a explanar sobre o modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) que se tem hoje, no Brasil e a forma como seu dia a dia é orientado.

A Guerra Fria, que corresponde ao final da Segunda Guerra Mundial (1945) até a extinção da União Soviética em 1991, deu-se em decorrência de conflitos multivariados entre Estados Unidos da América (EUA) e União Soviética (Rússia), e culminou com a queda do Muro de Berlim, na Alemanha, em 1989. Este significava a divisão da nação alemã, tendo no Ocidente os capitalistas e no Oriente os socialistas. O mundo vivia também às margens dessa dualidade Socialistas versus Capitalistas. Com o declínio da Guerra Fria, e conseqüentemente a “vitória” dos EUA, o cenário mundial é visto como um arcabouço de profundas transformações no cenário político, econômico e social, destacando-se o surgimento da Globalização e da Terceira Revolução Técnico-Científica (RIBERA, 2012).

Com base nesses acontecimentos, é possível perceber de forma acentuada a consolidação da lógica capitalista, que se expande maciçamente aos mais variados países, fossem eles de primeiro mundo ou Países emergentes (terceiro mundo). O Brasil, como um País emergente, vinha também passando por inúmeras transformações e se estruturando de acordo com o tempo. Passou pela colonização a partir do ano de 1500, pela República Velha (1889-1930), uma alternância governamental entre oligarquias mineiras e paulistas, conhecida como Política do Café com Leite, até que, no ano de 1929, a quebra da Bolsa de valores abalou fortemente a economia brasileira e também a economia mundial (BOIANOVSKAY, 2014).

Até que, no ano de 1930, Getúlio Vargas assumiu a Presidência do Brasil e colocou fim à República Velha, trazendo avanços significativos aos brasileiros, principalmente no cenário trabalhista, com a criação de leis e padronização referente a essa esfera. Em 1942, o Brasil se aliou aos Estados Unidos na Segunda Guerra Mundial; no ano de 1945, com a volta dos militares da guerra, a população brasileira se viu em meio a uma euforia social, e o ideário de democratização nos diversos setores passou a ser conclamado. Com a renúncia do então presidente Vargas, um militar assumiu a Presidência até o ano de 1950, ano em que Vargas ganhou novamente as eleições presidenciais e, tristemente, em 1954, o mesmo se suicidou (COELHO, 2005).

Assim, assumiu a Presidência Juscelino Kubitschek, tendo sido esse governante um destaque na sociedade brasileira, por sua competência em governar o país, propiciar crescimento em diversos setores. Um marco de seu governo foi a construção de Brasília em 1960, que atualmente é a capital do Brasil. De 1961 a 1964, o Brasil se viu em meio ao início de uma crise que não se poderia entrever os contornos, com a Presidência de Jânio Quadros, que renunciou ao cargo, assumindo seu sucessor João Goulart, que tinha como modelo de governar iniciativas nacionalistas que iam na contramão do poder militar. Assim, em 1964, os militares assumiram o poder por meio de um golpe, levando o país a mais grave situação de autoritarismo, repressão, opressão, violência, violação de direitos, cerceamento da liberdade de expressão, em nome de um pseudo(re)alinhamento moral da sociedade (DELGADO, 2009).

Carlos Neto, Dendasck e Oliveira (2016) destacam que, entre tantas transformações no cenário mundial e nacional, o acesso aos serviços de saúde caminhava em uma dualidade discrepante, entre privado e público. O primeiro recebia incentivos fiscais do governo militar, bem como a compra de serviços, estava restrito a uma população urbana, que detinha poder aquisitivo para custear o acesso à saúde; já o segundo, sob responsabilidade do Ministério da Saúde, estava para atender populações de áreas longínquas, tais como populações de zona rural, e não tinha do governo incentivos ou proteção, muito menos investimentos decentes para seu crescimento, podendo abarcar somente ações preventivas para população.

Em decorrência da lógica capitalista, os serviços de saúde, em sua maioria, eram privados, comandados pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e só tinham acesso a eles os trabalhadores registrados formalmente, contavam ainda

com forte apoio de expansão da iniciativa privada por meio do governo militar. Mais tarde, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) pelo militarismo sob a justificativa de que o país estava em situação de devedor, com isso foi padronizada a forma de contribuição das pessoas e descabidamente extinguida a tríade: União, empregadores e empregados, tirando deles o poder de participação no órgão criado. Diante de diversas articulações, incentivos à iniciativa privada, exclusão da participação popular, ocorreu em 1970, em nível internacional, uma crise no setor de petróleo, o que abalou fortemente o Governo brasileiro (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Ocorre então no Brasil uma cessação no crescimento econômico – é preciso lembrar que o crescimento era para as grandes elites e corporações. Diante desse cenário, tiveram início movimentos organizados por iniciativa da população em diferentes estados do Brasil, reivindicando uma mudança política, social, bem como melhores condições de vida e saúde para a população. A década de 70 se consagra como uma nova perspectiva no que dizia respeito à saúde (PAIM, 2008).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que é uma organização internacional, referência em saúde mais antiga do mundo, criada em 1920, já demonstrava nos Encontros e Conferências realizados uma preocupação com o cenário brasileiro de saúde, relacionada ao fato de grande parte da população menos favorecida economicamente ter sua assistência em saúde negligenciada. Isso propiciaria um cenário de calamidade pública e disseminação em larga escala de doenças e infecções contagiosas ou não, levando-se em conta os determinantes sociais em saúde que, na época, não tinham a devida importância. Destarte, a Opas começou a se mobilizar de forma a garantir o bem-estar social da população por meio de nova ótica em saúde (STEDILE, 2015).

Para o Brasil, esses debates, aliados ao segundo Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) proposto pelos militares, de certa forma contribuíram, para que assuntos de cunho social, como educação e saúde, entrassem na agenda de planejamento do Estado. Possibilitaram, ainda que de forma muito tímida, a criação de um Sistema Nacional de Saúde no ano de 1975, por meio da Lei de nº 6.229, sendo ainda um sistema voltado para o modelo curativista, que abrangia limitadamente doenças infectocontagiosas. Iniciativas do Ministério da Saúde, em consonância com o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS),

colaboraram assim para um modelo individualizado de assistência e não coletivo (MENICUCCI, 2014).

Nesse contexto, o Brasil foi caminhando de forma linear em aspectos relacionados à saúde, mas ainda insuficientemente para atender às demandas de um país com a sua proporção. Ainda na década de 70, surgiram duas grandes e importantes instituições que foram determinantes para o processo inicial de fortificação do movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), a criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), em 1976, e a criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), em 1979, tendo ainda o Instituto de Medicina Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) como um grande defensor e consolidador das propostas que emergiam em torno do movimento de reforma (PAIM, 2008).

Paim (2008) afirma que o MRSB já contava com a participação de diversos atores sociais, podem-se destacar lideranças religiosas, partidos esquerdistas, bem como uma parcela significativa da população menos favorecida da época, que ansiava participar socialmente, uma vez que a Ditadura Militar eliminou e suprimiu qualquer chance de participação popular, sempre agindo de forma coercitiva e aniquiladora para o silenciamento do povo. Sanitaristas de esquerda, engendrados no poder, começaram de forma intelectual a cooperar articuladamente em assuntos de saúde, propondo, então, em 1976, um programa que preconizava uma maior abrangência da rede de Atenção Primária em Saúde, que já estava em pauta pela Opas e a Organização Mundial de Saúde (OMS), que foi o Programa de Interiorização de Ações em Saúde e Saneamento.

Cada vez mais, o movimento de RSB ia ganhando força, até que, ainda em 1979, ocorreu, na Câmara dos Deputados, o primeiro simpósio sobre política nacional de saúde, que discutia amplamente a saúde no cenário brasileiro. A situação político-econômica brasileira não estava nada boa, e os movimentos importantes para as transformações em saúde da época se ampliavam, citam-se os movimentos populares pela saúde e o movimento dos médicos. Este, mais tarde, mudaria sua ótica, visando manter o corporativismo de sua profissão. Cada vez mais, a situação do MPAS ficava insustentável, em decorrência da crise econômica do país, uma vez que havia sido criado visando reduzir gastos o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), condensando saúde pública e assistência médica previdenciária (MENICUCCI, 2014).

Para Paiva e Teixeira (2014) e Stedile *et. al.* (2015), esse fato colaborou para as ações integradas em saúde (AIS), bem como para a aproximação da saúde pública com as unidades federativas tripartidas: municipal, estadual e federal. Até que, em 1986, um ano após o fim da Ditadura Militar no Brasil, aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que foi a consolidação para a Reforma Sanitária Brasileira, com uma participação considerável de diversos segmentos e atores sociais e principalmente a participação popular. Esse marco histórico para a saúde brasileira teve forte influência da Conferência em Alma-Ata, ocorrida no Cazaquistão, em 1978, que trazia em seu escopo a discussão sobre atendimento e cuidados primários de saúde. Resultou em um documento conhecido como a Declaração de Alma-Ata, que continha a expectativa de saúde para todos até o ano 2000. Esses fatos esses que instigaram ainda mais o apoio popular nas transformações em saúde.

O movimento de reforma conseguiu a aceitação de seus tópicos principais, que foi a criação de um sistema unificado de saúde, o atendimento de forma integral a toda população, com a garantia de seu direito de cidadão, (re)conquistado pós-ditadura e passando ao Estado o dever de garantir saúde para toda a população. Até que, em 1988, foi apresentada a nova Constituição Federal do Brasil, tendo a população brasileira conquistado, com muitas lutas, debates e movimentos de resistência, um de seus maiores bens sociais, que foi o direito a saúde e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), garantido no artigo 198 e regulamentado pela Lei 8.080/90 e a Lei Orgânica de nº 8.142, que garante o controle social do SUS à população (PAIM, 2008).

O SUS é um sistema de saúde que oferece atendimento à população de forma gratuita, em todos os níveis de atenção, primário, secundário e terciário. É regido por diretrizes/princípios e princípios organizativos, sendo suas diretrizes: Universalidade, Equidade e Integralidade. O primeiro faz menção a um atendimento em saúde que garanta acesso aos serviços para todas as pessoas, independentemente de suas características pessoais, sociais, étnicas, religiosas, sexuais e psicológicas. O segundo se refere a um atendimento que visa atender de forma subjetiva os indivíduos, buscando extinguir qualquer forma de desigualdade. Já o terceiro se relaciona a um atendimento integral, de forma que o indivíduo tenha acesso a toda a rede de serviços do SUS (BRASIL, 1990).

Dos seus princípios organizativos, podem-se destacar os três principais, que são: Regionalização e Hierarquização; Descentralização e Participação Popular. A hierarquização se refere ao acesso em saúde de forma a respeitar os níveis crescentes de complexidade da demanda no atendimento de saúde e à regionalização cabe garantir o atendimento de forma organizada por localidades. No que tange à descentralização, esta significa a divisão de responsabilidades entre os entes federativos: federal, estadual e municipal, a fim de que o município atue de forma autônoma em suas ações de proteção e promoção da saúde. E, por fim, a participação popular que garante o controle e participação social no sistema por meio dos conselhos e conferências de saúde (BRASIL, 1990).

O SUS tem ainda sua estrutura organizativa de forma hierárquica, estruturada por meio dos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Conselho Nacional de Secretário da Saúde (Conass), Comissão Intergestores Bipartite (CIB), Comissão Intergestores Tripartite (CIB), Conselhos de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Secretaria Estadual de Saúde (SES) e o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2016).

Segundo Ohland (2010), no que tange às responsabilidades dos entes federativos em relação ao SUS, cabe ao Governo federal ser o principal provedor financeiro do sistema público de saúde, e ao Ministério da Saúde, criar políticas de saúde em nível nacional. Ao Estado cabe aplicar recursos próprios nos estados e municípios. Os estados, como facilitadores da execução de políticas nacionais, têm autonomia para criação de leis em saúde, desde que respeitados os padrões nacionais já estabelecidos. E aos municípios cabe a responsabilidade de execução das atividades e serviços no seu território de abrangência, bem como aplicação de recursos próprios e os oriundos do estado e União, têm garantido o direito de formulação de leis para a saúde desde que respeitadas as normativas estaduais e federais.

Pode-se destacar que o SUS opera de forma articulada e organizada, buscando sempre a intersectorialidade, que garanta uma Rede de atenção à Saúde (RAS), visando à integralidade do atendimento prestado, elencada pela Portaria nº 4.279, de dezembro de 2010. A RAS, bem articulada e bem executada, possibilita uma maior resolubilidade para o indivíduo e o serviço e também uma melhor otimização dos custos em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O acesso aos serviços do SUS tem como porta de entrada a Atenção Primária à Saúde (APS), também denominada Atenção Primária à Saúde (APS), que se constitui a primeira forma de contato do indivíduo com esse sistema público e gratuito de saúde. A APS, decorrente da Estratégia Saúde da Família (ESF), propõe a promoção da saúde, resposta eficaz aos riscos não elevados ou a redução dos mesmos, a agilidade na identificação de variadas patologias, bem como tratamento, recuperação e reabilitação dos indivíduos (BRASIL, 2012).

Atualmente, um fato que gerou inúmeras dúvidas, incertezas e instabilidade na sociedade brasileira foram as mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), por meio da Portaria n° 2.488, de 21 de outubro de 2011, que sofreu uma drástica mudança, passando por uma reformulação e sendo então revogada pela nova Pnab, de 21 de setembro de 2017, por meio da portaria n° 2.436. Esta política tem grande importância para a população brasileira, uma vez que ela rege todas as ações, promoções de saúde e atuação profissional da equipe alocada no território (BRASIL, 2011; 2017).

A Atenção Primária à Saúde se apresenta como um arcabouço de ações de saúde no que diz respeito ao individual, abarcando as consultas de acolhimento, bem como as consultas voltadas para a saúde da mulher, do adolescente, do recém-nascido e da criança, do homem, da população idosa, e também as de cunho coletivo, como as visitas domiciliares, buscas ativas, campanhas nacionais de conscientização, proteção e promoção de saúde e prevenção de agravos, tratamento, recuperação, minimização de danos e preservação da saúde, pensadas a partir de uma lógica multiprofissional, visando a uma maior cobertura assistencial (FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016).

Fontana; Lacerda e Machado (2016) ressaltam que, na Atenção Primária à Saúde, são desenvolvidas ações de atenção integral à saúde da população, as quais corroboram para uma esfera de saúde. Busca-se uma maior autonomia das pessoas, de forma que cada vez mais sejam capazes de advogar em prol de sua saúde e assim possam escolher e participar ativamente nesse processo. A AB busca cotidianamente estratégias e articulações que impactem a situação dos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades e do indivíduo, parcerias intersetoriais para o fortalecimento da atenção primária e redução das iniquidades em saúde.

Bueno, Moises e Bueno (2017) enfatizam que ações intersetoriais colaboram para uma melhor qualidade de vida, minimização de vulnerabilidade e perigos à saúde em decorrência de fatores determinantes e condicionantes de saúde, como: alimentação, situação de habitação, emprego, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços fundamentais, a uma condição digna de vida. Tudo por meio da contribuição de estratégias, objetivos e recursos em comum entre os parceiros envolvidos nesse processo.

A Atenção Primária à Saúde tem como política prioritária a Estratégia Saúde da Família, antes conhecida como Programa Saúde da Família (PSF), pois ela objetiva o redirecionamento e uma melhor organização da AB no Brasil, considerada pelo Ministério da Saúde (MS) como uma estratégia de ampliação, aperfeiçoamento e efetivação da AB. Propicia uma linha racional de trabalho para os profissionais de saúde e, conseqüentemente, oportuniza ainda mais o respeito aos princípios, diretrizes e embasamento da AB, facilitando a expansão e resolubilidade na situação de saúde na vida das pessoas (BRITO; MENDES; NETO, 2018).

Em relação a infraestrutura, ambiente e funcionamento da AB, é estabelecido que esta seja alocada próximo à comunidade, visando garantir um maior acesso ao serviço, atua com carga horária mínima de 40 horas semanais, por no mínimo cinco dias da semana e nos 12 meses do ano. Pode ainda ter horários e dias extras, desde que pactuados através de instâncias de participação social, tais como campanhas, situação de emergência ou calamidade pública. O critério de população adstrita na nova Pnab tanto para a Equipe da Atenção Básica (eAB) como para a Equipe da Saúde da Família (eSF), que antes era de 4 mil pessoas por localidade dentro do território, passa a ser de 2 mil até 3,5 mil pessoas (BRASIL, 2011; 2017).

No entanto é possível que haja outras modalidades de adstrição, conforme vulnerabilidade e riscos sociais, bem com a dinâmica comunitária, o que acaba por gerar conflitos no que diz respeito aos princípios e diretrizes do SUS, uma vez que coloca em voga o direito de acesso de toda a população e faz emergir uma separação dentro do território entre “vulneráveis e não vulneráveis”. O princípio da equidade defende que, independentemente de qualquer coisa, toda pessoa deve ser atendida de forma justa e imparcial, respeitando a igualdade de direitos (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

A composição da equipe de atenção básica pode ser classificada em Equipe de Saúde da Família (eSF), equipe de atenção Básica (eAB), Núcleo Ampliado de

Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR), Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF) e Equipe Consultório na Rua (eCR) (BRASIL, 2017).

A eSF é composta por profissionais que atuam 40 horas semanais, tendo minimamente um enfermeiro e médico, preferencialmente com especialização em Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade respectivamente, um técnico ou auxiliar de enfermagem. Não há obrigatoriedade de profissionais de saúde bucal, mas se podem acrescentar um cirurgião-dentista, um auxiliar ou técnico de saúde bucal. E a nova Pnab apresenta a possibilidade de se acrescentar agentes de endemias, que ainda têm um papel não muito definido dentro da equipe, e os agentes comunitários de saúde (ACSs), cada qual sendo responsável por até 750 pessoas dentro do território (BRASIL, 2017).

Outro fator de conflito na nova Pnab foi a não obrigatoriedade de a população ser coberta cem por cento pelos ACSs, sendo o critério de vulnerabilidade e risco social parâmetro para uma cobertura integral de saúde, assim como uma área territorial grande. Isso gera malefícios potenciais à população, colocando-se em risco a busca ativa, a visita domiciliar e principalmente a quebra de vínculo entre profissionais e população. A Pnab determina que

O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe (BRASIL, 2011, p. 55).

Boviot (2016) destaca que o ACS é compreendido como um profissional-chave no processo de criação e mediação de vínculo entre a comunidade e a equipe da saúde da família. Por ter a obrigatoriedade de residir no território, o ACS atua efetivamente no acolhimento dos usuários, prestando uma escuta compreensiva aos problemas da população, realizando o contato primário. Busca avaliar o grau de necessidade, riscos e vulnerabilidades, coletando o máximo de informações e sinais clínicos e intervém junto a equipe por meio de um cuidado humanizado, garantindo seguimento nas ações de saúde voltadas aos indivíduos e maior fortalecimento entre os pares. Colabora para uma maior autonomia dos indivíduos atendidos, caracterizando-se assim como o grupo que são os “olhos” da saúde no âmbito primário.

Já a composição da eAB foi outro fator de conflito, por permitir que profissionais se revezem dentro da carga horária de 40 horas. A carga horária mínima por categoria deverá ser de 10 horas, com no máximo três profissionais perfazendo 40 horas, fato esse que prejudica e põe em risco a situação relacional entre profissional e cliente. Na eAB, é facultativa a participação do ACS, o que destoa completamente do que propõe ESF e afronta sua ideologia, permitindo mais iniquidades em saúde (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018; SILVA, 2016).

Em relação ao Nasf-AB, este é composta por uma equipe multiprofissional, que visa dar amparo clínico, sanitário e pedagógico às equipes de SF e AB. Participa diretamente em parceria na construção do planejamento com as equipes vinculadas, visando à ampliação de uma maior abrangência dos serviços, auxiliando as equipes em interconsultas, discussão de casos, elaboração de planos de impacto e intervenções no território e consolidando ainda mais ações intersetoriais (FIGUEIREDO, 2013).

As eSFRs e eSFFs concentraram suas ações para populações específicas no Brasil, como a Região da Amazônia Legal e Pantanal Mato-Grossense, possibilitando, além dos formatos de equipes já existentes em todo o território brasileiro, a incorporação e a possibilidade de duas novas modalidades, sendo que a eSFR desenvolve suas ações por meio de pontos estratégico estabelecidos em locais próximos a ribeiros, rios a que se tenha acesso por meio fluvial, e as eSFFs executam todo o seu atendimento em nível fluvial (FIGUEIREDO, 2013).

Para Medeiros, Paixão e Miranda (2017), a estratégia Consultório na Rua objetiva propiciar às pessoas que moram em situação de rua uma maior possibilidade de atendimento e acesso aos serviços de saúde. Essa modalidade é composta por uma equipe multiprofissional que desenvolve suas ações em conjunto com as unidades básicas de saúde do território. Há três modalidades classificadas como I, II e III. Na modalidade I, a composição é de quatro profissionais, sendo que dois deles devem ter formação em Enfermagem, Psicologia, Assistência Social ou Terapia Ocupacional, e os demais poderão ter formação em Agente Social, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem, Técnico em Saúde Bucal, Cirurgião-Dentista, profissional de Educação Física e profissional com formação em Arte e Educação.

Na modalidade II, a composição é de seis profissionais, sendo que três devem ter formação específica como na modalidade I, e, na modalidade III, são os mesmos profissionais da II, acrescidos de um profissional médico. É importante

destacar que os cuidados em saúde para as populações em maior vulnerabilidade ou não são de toda a esfera do SUS, e, no território em que não haja uma eCR, fica a cargo da UBS o compromisso maior para com toda a população no âmbito primário (MEDEIROS; PAIXÃO; MIRANDA, 2017).

Dessa forma, é possível perceber que as estratégias em saúde são norteadas por um modelo de saúde que parte de uma lógica organizativa, que é o trabalho em rede, ou seja, a RAS. Prima sempre por uma relação singular, entre a proximidade da população separada por riscos, bem como os pontos de intervenção do sistema de atenção à saúde e os mais variados modos de intervenção, de acordo com os determinantes sociais de saúde. Estes, além da ponderação dos recursos, abarcam também, de maneira igualitária, as densas necessidades que colaboram para um cenário político, econômico, social e cultural das populações.

Por meio dessa lógica, os profissionais da AB, mediante um contato próximo com a comunidade, têm papel fundamental na minimização dos riscos à saúde e na promoção da saúde de forma equânime, seja a demanda de ordem objetiva, seja subjetiva, tal como a densidade de demandas em saúde mental, decorrentes da temática de álcool e outras drogas (MENDES, 2011; RONZANI, 2016).

Ronzani (2016) salienta que a temática sobre dependência química para os profissionais e para o serviço da AB requer um maior conhecimento acerca dessa profunda dimensão.

Entende-se que os problemas relacionados à questão do uso de drogas, com suas origens multifatoriais, requerem a mobilização dessa rede de serviços e desses movimentos capazes de potencializar formas mais amplas de intervir em saúde. Assim, tratar da questão do uso abusivo e da dependência de substâncias psicoativas implica discutir não só as questões orgânicas e psicológicas, mas também os aspectos sociais, culturais e econômicos que perpassam esse fenômeno (BÜCHELE, *et al*, 2009; PRATTA e SANTOS, 2009, apud RONZANI, 2016, p. 2).

Segundo Waidman *et al.* (2012), antes de mais nada, é necessária uma reformulação da forma como o indivíduo e sua família são recebidos pelo serviço. Faz-se importante uma desconstrução de lógicas que arremetam pessoas a asilo, manicômio, locais que são capazes de segregar e colocar em risco o atendimento integral para com essa clientela e principalmente sua família. A ESF, embora apresente princípios de aproximação do usuário com o profissional, não tem conseguido atender de forma satisfatória a família desses pacientes, a qual também

necessita de suporte, tendo em vista o enfrentamento desse transtorno junto com os portadores. O suporte familiar para a reinserção dessas pessoas junto à comunidade, desde o início da reforma psiquiátrica, tem sido um aparato importante para o desenvolvimento de uma melhor qualidade de vida para elas. Sendo assim, há ainda um despreparo dos profissionais de saúde para atender esses indivíduos, assim como sua família.

A falta de conhecimento da temática acerca da dependência química, tanto para profissionais quanto para a população em geral, alimenta cada vez mais o estigma que envolve essa esfera, densa e complexa. Esse estigma negativo cria barreiras, prejudicando a criação de vínculo, bem como a resistência e empenho dos profissionais para investir no tratamento do indivíduo. Contudo, percebe-se que essa falha e falta de manejo para com essas pessoas em sofrimento mental, especificamente os que fazem uso de substâncias psicoativas, vêm desde a formação dos profissionais. Esta é fortemente arraigada nos moldes da biomedicina, a qual se fundamenta na lógica física e curativista, que se apresenta aos profissionais como medida puramente centrada na doença. A combinação desse modelo com o déficit de iniciativas voltadas à atenção aos indivíduos dependentes de substâncias psicoativas e a sua família torna mais árdua a realização de atividades de caráter preventivo e também a promoção de saúde desse conjunto familiar assolado pela droga (HIRDES; SCAPARO; KOCHENBORG, 2015; RONZANI, 2016).

Prates *et al.* (2016) realizaram um estudo de revisão sistemática acerca do desempenho da APS, por meio de um instrumento chamado *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) – Ferramenta de avaliação de cuidados primários, utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Consiste em um questionário estruturado que mensura subjetivamente os itens essenciais e decorrentes da APS, por meio da avaliação de usuários, gestores e profissionais de saúde, é uma ferramenta utilizada no Brasil. Com este estudo, constataram uma falha no que diz respeito a itens de orientação comunitária e orientação para as famílias, que obtiveram os piores resultados de todo o estudo, os quais refletem negativamente e tornam visível a dificuldade de a APS conseguir prestar um atendimento integral às populações e famílias adstritas em suas áreas, mantendo-se ainda afastada do modelo de produção social de saúde.

Soalheiro (2017) ressalta que as ações da APS e demandas subjetivas que envolvem a complexidade da individualidade humana devem ter como foco a dupla vertente da vida, coletiva ou individual. Concomitantemente, deve-se zelar pelo cuidado singular dos indivíduos em seu dia a dia e inovar em ações de cuidado que não estão sempre presentes no contexto dos indivíduos, de modo a incrementá-lo no convívio em sociedade, para que possam conhecer a si mesmos e ser conhecidos em sua totalidade de vida. Com isso, as ações da APS devem ser baseadas em uma práxis que não aborde somente áreas e problemas físicos, mas que tenha sentido, sendo capaz de acolher os indivíduos e suas demandas, com compromisso acerca dos impactos das ações aplicadas.

É sabido que nem sempre esse encontro intersubjetivo entre profissionais da APS e indivíduos do território será pacífico ou feliz; em muitas das vezes, será difícil, conturbado, árduo, envolvendo experiências, expectativas e visões de mundo diferentes. Por isso, é crucial uma visão multidisciplinar nesse momento, a fim de que se possa inventar e reinventar formas de cuidar que tornem palpáveis os elementos assistenciais, singulares e sociais para possibilitar a criação de saúde.

Essa proposta vai ao encontro de um cuidado pautado na clínica ampliada, que propõe um atendimento que leve em consideração o sujeito em todas as suas formas de viver, de se ver e estar no mundo, o que possibilita relações socioculturais sob a visão de um cuidado que se aproxime do integral (SOALHEIRO, 2017).

Cuidado e acolhimento de forma integral e escuta qualificada são capazes de criar inúmeras possibilidades e caminhos para fazer com que seja palpável ao indivíduo ressignificações que o impulsionem a ter atitudes, a fim de que seja capaz de ter uma autonomia digna em sua vida. Para além da multidisciplinaridade, a intersetorialidade, como vimos, é articulação fundamental para ampliação e facilitação de atendimento às populações.

Nessa perspectiva, a APS seria capaz de dar conta da criação de planos terapêuticos multiprofissionais, sem a necessidade de encaminhamentos, que, geralmente, fragilizam as ações de referência e contrarreferência, sem que ninguém assuma a responsabilidade do cuidar, o que coloca em risco a produção de saúde da população (DELFINI et al., 2009).

2.2 TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Este capítulo trata de aspectos relacionados aos indivíduos com transtornos derivados do uso de substâncias psicotrópicas, ou mais conhecidas como substâncias psicoativas (SPAs).

Segundo Pratta e Santos (2009), o conceito e a história da dependência de SPAs estão diretamente atrelados ao processo de saúde e doença, uma vez que, na Idade Média, já se tinha a sacralização do corpo baseada no Teocentrismo, ou seja, tudo o que acontecia com determinado indivíduo era proveniente da vontade divina. Concomitante a esse período, após o aparecimento da escola hipocrática, a medicina passou a ter uma postura mais naturalista, observando que toda doença e cura eram processos intrínsecos à natureza do ser humano, passando então à prescrição dos chamados *Pharmákon*, que significam veneno ou remédio, utilizados visando à cura do indivíduo, que seria determinada pela dosagem com a qual a substância fosse administrada.

Pratta e Santos (2009) apontam ainda que os povos gregos foram grandes exploradores de substâncias e plantas da natureza, porém essa prática passa a ser considerada como sacrilégio e um ato de feitiçaria pela Igreja Católica, o que fez com que os estudos “farmacológicos” ocorressem de forma secreta. Era permitido apenas o uso de vinhos e bebidas alcoólicas pela Igreja em cerimônias e rituais. Com o advento da assolção da sociedade pela peste negra, no final da Idade Média, os estudos com as “substâncias e plantas” passam a ser amplamente explorados e difundidos, e a Igreja Católica já não se opunha contra essa prática, uma vez que seu poder começa a decair com o período do Renascimento.

O transtorno relacionado ao uso de SPAs, como já citado anteriormente neste trabalho, configura-se como grave e crescente problema de saúde pública mundial, caracterizando um quadro de dependência pelo indivíduo de determinada substância psicoativa, na qual ocorre, de forma gradual e diária, a necessidade de fazer uso a qualquer custo da substância. O início do uso/abuso das SPAs é movido pela curiosidade, falta de informação, ruptura familiar, disfunções emocionais ou sociais, vulnerabilidade social, aceitação em determinado grupo que a pessoa anseia integrar, desejo de cometer infrações de normas, rebeldia (SOCCOL *et al.*, 2014; BRASIL, 2013).

Diante desse desafio, posterior à 20ª Assembleia Geral Especial das Nações Unidas, ocorrida em 1998, levantaram-se debates sobre questões e estratégias, visando à diminuição de situações relativas a drogas. Foi criado um novo Conselho

Nacional Antidrogas (Conad), antigo Conselho Federal de Entorpecentes (Confen). Quatro anos após a criação do Conad, em parceria com a Secretária Nacional sobre Drogas (Senad), em 26 de agosto de 2002, foi promulgada a Política Nacional Antidrogas, por meio do Decreto nº 4.345, que, em 2004, passou a se denominar Política Nacional sobre Drogas. A lei é considerada um avanço para indivíduo, família, sociedade e Governo, pois estabelece diretrizes e estratégias, que, de forma planejada, visam a melhores resultados, pois a lei está agrupada em cinco categorias: prevenção e tratamento, recuperação e reinserção social; redução de danos sociais à saúde; redução da oferta; estudos, pesquisas e avaliações (BRASIL, 2002).

A política brasileira assumiu destaque fora do Brasil em 2006, por estabelecer um Sistema Nacional de Políticas sobre drogas (Sisnad), por meio da Lei nº 11.343/2006, pois ela, de forma dinâmica e ativa, realinha pontos da Pnad que destoavam com o preconizado pela política. Destaca-se a forma de tratamento para usuário e traficante, que passa a ser diferenciada. A Política conta ainda com ações descentralizadas, atuação popular e governamental e se agrega às políticas públicas setoriais (BRASIL, 2006).

Para reforçar e intensificar ainda mais as estratégias e parcerias intersetoriais, o Ministério da Saúde (MS), no ano de 2003, tornou pública a Política para a Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas, que objetiva reforçar o compromisso da saúde frente a essa problemática dos transtornos por uso de SPAs. Traz em seu escopo estratégias de intersetorialidade, atenção integral ao indivíduo, abordando prevenção de doenças, promoção e proteção da saúde dos sujeitos, bem como contribuindo para um modelo de atenção apoiado sobre os centros de atenção psicossociais (Caps) e redes assistenciais e também colabora para um melhor delineamento dos serviços controladores de entorpecentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Em decorrência da Reforma Psiquiátrica ocorrida em 2001, instituída pela Lei 10.216, que dispõe sobre a Política de Saúde Mental, álcool e outras drogas, as formas de tratamento voltadas aos indivíduos em sofrimento mental passam a ter uma nova perspectiva, desde o ato de desospitalização até o ideário da desinstitucionalização, que traz em sua essência não somente tirar o indivíduo de uma estrutura segregacionista e alienante. Passa pela desconstrução de um ideário

ideológico acerca da loucura, buscando de fato a quebra de paradigmas e estigmas acerca do indivíduo em sofrimento mental (BRASIL, 2001).

No decorrer dos anos, as pessoas com transtornos por uso de substâncias psicoativas eram fortemente tratadas pela sociedade e a família como seres improdutivos, ociosos, que não se comprometiam com as normas e deveres em sociedade, descaracterizando seu quadro de doença, estigmas esses presentes nos dias atuais. Tal ideário passou por separar esses indivíduos da sociedade, mas não sendo vistos como indivíduos carentes de cuidados, pois o imaginário de doença psíquica para a sociedade é diferente da forma como a pessoa com transtorno por uso de substâncias psicoativas se apresenta (BARD *et. al.*, 2016).

Com a evolução dos movimentos pré-reforma psiquiátrica e o avanço tecnológico e científico, constata-se que os transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas são uma doença. Assim ocorre a mudança de *status*, de estigma negativo para o *status* de doença, ou seja, a pessoa com transtorno por uso de substâncias psicoativas passa a ser vista com um ser em sofrimento mental decorrente do uso dessas substâncias (CHAIM; BANDEIRA; ANDRADE, 2015).

Mediante a isso, uma das diretrizes propostas pela Política Nacional de Saúde Mental Álcool e outras drogas, que visa uma padronização dos serviços em saúde mental, é a Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Instituída em 23 de dezembro de 2011 pela Portaria de nº 3.088 – Raps, pois, além de padronizar o atendimento às pessoas em sofrimento mental e com demandas resultantes do uso de álcool e outras drogas. A Portaria visa criar, executar e abranger estratégias articuladas que garantam atendimento equânime nos ponto de atenção à saúde sob a responsabilidade do Sistema Único de Saúde, ou seja, no nível de Atenção Primária à Saúde, atenção psicossocial especializada, serviço de urgência e emergência, serviço residencial de caráter transitório, serviço hospitalar, estratégias de desinstitucionalização (residência terapêutica) e reabilitação psicossocial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

É importante salientar que, entre esses aparatos, os serviços de atenção psicossocial especializado dizem respeito aos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), que se constituíram um dos principais aparatos substitutivos contra o modelo manicomial.

Os Caps estabelecidos pela Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, são serviços e espaços de atendimento a pessoas em sofrimento mental e ou

provenientes do sofrimento psíquico relacionado ao uso de substâncias psicoativas. São subclassificados em seis modalidades: Sendo Caps-I, de caráter municipal com população acima de 20 mil habitantes; Caps-II, que tem o mesmo caráter municipal que o primeiro, mas com índice populacional acima de 70 mil habitantes, e Caps-III, com funcionamento 24 horas, oferecendo atendimento contínuo, referência de encaminhamento e procura de indivíduos atendidos nos Caps- I, II, AD e IJ, localizado em município com mais de 200 mil habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; 2002)

Temos também o Caps – Infante Juvenil/IJ, para atendimento de população específica de adolescentes e crianças e com município com população acima de 150 mil habitantes. E, por fim, o Caps – Álcool e drogas/AD e Caps -AD III, que são responsáveis especializados no atendimento de indivíduos com transtornos por uso de SPAs e com outros transtornos mentais associados, diferindo apenas quanto ao horário de atendimento e número de habitantes no município, pois o Caps- AD opera em horário comercial e está em município com mais de 70 mil pessoas, já o Caps-AD III funciona 24 horas, está em município com mais de 200 mil habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

É notório o efeito negativo que as SPAs causam no indivíduo, na família e na sociedade, o papel familiar na criação de novas pessoas, que, em determinado momento, assumirão seus direitos como cidadão, para daí, então, exercer seu papel em sociedade. E, mesmo que esteja havendo uma transição para uma sociedade pós-moderna, ainda é muito forte a ideia de que a família, nesse caso a tradicional, é o núcleo central para constituição e seguimento de uma sociedade (ASSIS; LIMA, 2011).

Diante do exposto, faz-se necessário conhecer às estatísticas mundiais a respeito dos aspectos relacionados à dependência de substâncias psicoativas. Segundo os últimos levantamentos do relatório Mundial Sobre Drogas, referentes aos dados coletados em 2015, são preocupantes os achados sobre o uso abusivo de drogas. Apontam uma estimativa alarmante, em torno de 250 milhões de pessoas têm transtorno por uso de SPAs, o que corresponde a quase 5% da população mundial na idade adulta, sendo um número consideravelmente chamativo, visto que a população no Planeta Terra tem mais de 7 bilhões de pessoas (WORLD DRUG REPORT, 2017).

Tal problemática se torna mais agravada, quando o estudo mostra que quase 30 milhões de pessoas sofrem com algum tipo de transtorno mental decorrente do uso de SPAs. Outros problemas apontados e correlacionados com o transtorno por SPAs se relacionam ao alto índice de mortalidade notificada, que atingiu mais de 52 mil mortes em 2015; aos crescentes casos do vírus da imunodeficiência humana (HIV), decorrente do uso de drogas injetáveis, e também ao acometimento por Hepatite C nessa população (WORLD DRUG REPORT, 2017).

Entendido o cenário mundial caótico devido aos transtornos por SPAs, torna-se relevante conhecer algumas informações referentes ao Brasil, para, então, compreender-se essa problemática, que também faz parte da realidade brasileira.

De acordo com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebid), no Brasil, podem-se destacar três estudos de grande abrangência, que trouxeram informações esclarecedoras sobre o panorama do transtorno por uso de SPAs no país: o “II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil” em 2005, servindo como base para o estudo ocorrido em 2009, que aborda os anos de 2001 até 2007, que foi o Relatório Brasileiro sobre drogas (RBSD), e também o “VI Levantamento nacional sobre consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras” em 2010. Nesse caso, ater-se-á à RBSD, por abordar aspectos populacionais mais abrangentes (CEBRID, 2010).

Segundo o Cebid (2009) em relação ao RBSD, além dos problemas mundiais relacionados ao uso de drogas já citados, como a mortalidade, HIV e hpatites, o estudo realizado no Brasil destaca ainda o crescente gasto público com internações no sistema único de saúde (SUS), o afastamento do indivíduo do trabalho, mortes ocorridas em acidentes automobilísticos com o condutor, passageiros e transeuntes e a contribuição para o cenário de violência e o narcotráfico, além do adoecimento de ordem física ou psíquica gradativo de toda a rede familiar do sujeito.

No Brasil, o percentual de casos de utilização, abuso e dependência de SPAs na vida dos indivíduos entrevistados em 2005 chegou a quase 75%, ganhando maior destaque a dependência e o abuso de álcool, seguido de maconha, solventes e benzodiazepínicos. Apontando ainda uma maior prevalência em pessoas do gênero masculino, tendo como faixa etária mais desenvolvida de transtornos por uso de SPAs a de 18 a 24 anos, seguida da faixa de 25 a 34 anos. O relatório destaca

ainda que a incidência de uso de substâncias psicoativas entre estudantes do ensino médio e fundamental superou alguns países da América do Sul (CEBRID, 2009).

Tal estudo mostra em dados estatísticos um cenário brasileiro e mundial caótico, tendo os transtornos por uso de SPAs, talvez, como um dos maiores e principais desafios para a saúde de forma geral. É notório que esse indivíduo gera um impacto com dimensões e magnitudes difíceis de ser mensuradas, uma vez que compromete suas relações sociais, familiares, situação de saúde individual e coletiva, impacto na economia. Além disso, tal situação repercute nos sistemas de saúde público (SUS) e privado, ficando a cargo do SUS a maior responsabilidade de prover meios para que o indivíduo e sua família se restabeleçam. Vale lembrar que afeta de forma indireta questões relacionadas aos acidentes de trânsito, infecções sexualmente transmissíveis, bem como outras demandas de cunho social (SOUSA; OLIVEIRA, 2008).

Para a discussão desse tema, faz-se necessário conhecer alguns conceitos, bem como as alterações psicológicas, físicas, orgânicas e sociais que colaboram para que esse indivíduo esteja vulnerável para vir a ser uma pessoa com transtorno por uso de substâncias psicoativas.

Adicção não é um termo de fácil conceituação, pois se refere a um determinado comportamento, que não é restrito somente ao uso/abuso de SPAs, mas a variados vícios compulsivos e que envolve uma série de fatores, como um meio ambiente propício ao desenvolvimento do comportamento, porque, nesse ambiente, há a presença de determinado agente atuando sobre um “hospedeiro”. O que, dentro da esfera de adicção, é uma perspectiva que pode envolver estressores biológicos, psicológicos, farmacológicos e ou sociais que motivem o desenvolvimento para tal (MOREIRA, 2016).

Gérard Pilort *apud* Costa (2017) classifica a adicção como:

O termo “adicção” abrange as condutas de toxicomania, de alcoolismo e todas as demais que acarretam dependência, com ou sem substância tóxica. Pode-se ser adicto de alimentos (bulimia) ou da “ausência de alimento” (anorexia), do suicídio, de aquisições patológicas de tóxicos (álcool, tabaco, haxixe, heroína, morfina, cocaína, ecstasy, crack, psilocibina), de psicotrópicos, de jogos, – aí compreendidos de vídeo e computador – de medicamentos – sobretudo os psicotrópicos de sexo, de trabalho, de atos criminosos, adictos de sacrifícios e de cortes dolorosos, de relações amorosas (PILORT, 2014, p. 14 e 15 *apud* COSTA, 2017, p.4).

O Código Internacional de Doenças – CID 11 a conceitua como:

Um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o uso de uma substância ou uma classe de substâncias alcança uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo que outros comportamentos que antes tinham maior valor. Uma característica descritiva central da síndrome de dependência é o desejo de consumir drogas psicoativas (as quais podem ou não ter sido medicamente prescritas), álcool e tabaco (CID-11).

Dessa forma, o indivíduo que assume tais comportamentos recebe o nome de adicto, que designa alguém totalmente dependente de determinada coisa, obtendo um comportamento repetitivo que se torna viciante, a fim de buscar experienciar o prazer. Tal comportamento tem impacto multidimensional físico, psíquico e social para o indivíduo. Pode-se considerar que o sujeito busca algo que por ele próprio não há como conquistar, então o comportamento viciante lhe permite sentir rápido e densamente um prazer intenso, bem como obter a fuga ou o distanciamento da realidade vivida, tristezas, questões mal resolvidas ou insucessos e, na maioria das vezes, adentra o mundo das drogas como primeira escolha (COSTA, 2017).

A droga é entendida como toda e qualquer substância natural ou produzida artificialmente que pode ser utilizada por via inalatória, injetável ou ingerida por via oral, que propicia alterações psíquicas, físicas, orgânicas, bem como alteração comportamental e preceptoria, que levam à necessidade constante de sua utilização, ocasionando a dependência da substância (SILVA et al., 2017).

Segundo o Livro Informativo sobre Drogas Psicotrópicas (LISDP) (2014), é importante destacar que, para o senso comum, a palavra droga tem conotação negativa, mas, para a saúde, é sinônimo de medicamentos, uma vez que esse termo traz em sua origem uma ligação com medicamentos, no sentido de cura. Deriva da palavra *droog* (holandês antigo), que significa “folha seca”, isso porque, na sociedade antiga, os remédios eram produzidos à base de folha de vegetal. As drogas se dividem em três grupos: depressoras, estimulantes e perturbadoras da atividade do sistema nervoso central (SNC).

O Sistema Nervoso Central ou Neuroeixo, como também é conhecido, é formado por encéfalo e medula espinhal, sendo um complexo de sistemas responsáveis por receber e enviar informações e estímulos para todo o corpo humano, ou seja, é o centro responsável por coordenar todas as atividades do corpo, como os sentidos: audição, visão, olfato, tato e paladar. Diferente do Sistema

Nervoso Periférico (SNP), que é formado por nervos e gânglios nervosos que fazem a ligação do SNC com o restante do corpo, levando estímulo por músculos e glândulas através de neurotransmissores. Localizado dentro do esqueleto axial, o encéfalo é protegido pelo crânio e a medula espinhal, pela coluna vertebral (PINHEIRO, 2007).

Ferreira et al. (2017) dizem que os neurotransmissores são biomoléculas liberadas na ligação dos neurônios, quando ocorre a troca de impulsos nervosos de uma célula para outra, conhecida como sinapse dos neurônios, que tem a função de repassar ou alterar a transmissão da informação. Um neurotransmissor importante para este estudo é a dopamina (DA), conhecida como o neurotransmissor do prazer. Ela atua tanto ativando como inibindo o funcionamento cerebral em detrimento da área que é liberada. Sintetizada por aminoácidos tirosina, é agrupado em vesículas sinápticas nos terminais axônicos, dos neurônios dopaminérgicos, concentrados em uma parte do cérebro chamada substância negra, que se subdivide para outras partes e assumem funções, auxiliando até mesmo na produção láctea do período de amamentação.

A dopamina pode agir em diferentes vias como a dopaminérgica: mesolímbica, mesocortical, nigroestriada, tuberoinfundibular e talâmica. As duas vias mais envolvidas com o processo de alteração por substâncias psicoativas são a mesolímbica e mesocortical. A primeira é responsável pelo sistema límbico, atua em comportamentos emocionais e é também responsável pelo sistema de recompensa do cérebro (SRC), que, quando se faz algo que o corpo reconhece como positivo, a dopamina é liberada nessa via, dando sensação de prazer que ocasiona a repetição do ato. Já a segunda via é responsável por aptidões de execução, sendo-lhe possível planejar e decidir, tendo uma maior resposta cognitiva (FERREIRA et al., 2017; CHAIM; BANDEIRA; ANDRADE, 2015).

Chaim, Bandeira e Andrade (2015) contribuem dizendo que as substâncias psicoativas agem estimulando intensamente a dinâmica do SRC, pois alteram a posição neuronal do espaço tegmentar ventral para o córtex pré-frontal e funções psíquicas superiores, conhecidas como hipocampo e para o núcleo de accumbens, no qual compõem o mecanismo de emoção, por meio do sistema límbico. Com a estimulação intensa, a substância psicoativa promove alteração dopaminérgica, e o SRC, por meio da intoxicação e uso contínuo, acaba ficando mais sensível e tende a

minimizar os efeitos, o que favorece um comportamento repetitivo, corroborando para a dependência química. A esse comportamento dá-se o nome de fissura.

Dessa forma, as drogas depressoras ou psicolépticas tendem a tornar mais lenta e a minimizar a atividade cerebral, diminuindo a forma de se concentrar, estado vigil e de alerta, atividades emocionais e de memória e até mesmo a intelectualidade do indivíduo. Estimula o sono, a embriaguez, podendo até levar o indivíduo à perda total dos sentidos em fase de coma. As drogas mais conhecidas são o álcool, barbitúricos, ansiolíticos, opiáceos ou narcóticos, solventes ou inalantes (CEBRID, 2014).

As drogas estimuladoras ou psicoanalépticos, noanalépticos, timolépticos, como também são conhecidas, agem opostamente às drogas depressoras, fazendo com que a atividade cerebral do indivíduo se maximize, de forma que fique em estado de hiperatividade e euforia intensa. Anorexígenos, nicotina e cocaína fazem parte desse grupo. A utilização dessas substâncias também pode levar à depressão do organismo, tal como a ação da cocaína após seu efeito (CEBRID, 2014).

As drogas do terceiro e último grupo são classificadas como perturbadoras do SNC, também conhecidas como psicotomiciméticos, psicodélicos, alucinógenos ou psicometamórficos, pois agem opostamente aos dois grupos anteriores, não diminuindo nem aumentando a atividade cerebral, porém modificam a ciclagem cerebral. Fazem com que o cérebro saia de seu estado normal e passe a funcionar de modo irregular, produzindo a alteração preceptorial e gerando alucinações e delírios, e dissociam intensamente o pensamento. Esse grupo é dividido em dois: de origem vegetal e sintética; sendo o primeiro: cacto mexicano, maconha, cogumelos, lírio. Os de origem genérica são LSD-25, êxtase e os anticolinérgicos (CEBRID, 2014).

Entre outros efeitos, vale destacar o transtorno de humor e as doenças mentais decorrentes do uso de substâncias, além dos sintomas depressivos e de solidão, os quais estão intimamente ligados à dependência dessas substâncias, sendo um fenômeno multifatorial. Outro fato que chama atenção é o uso e o abuso que levam comumente à dependência. O uso é entendido com relação a qualquer tipo de consumo, podendo ser frequente ou não. É o caso, por exemplo, de indivíduos que experimentam a substância pela primeira vez, mas não são afetados pelo uso, podendo simplesmente abandonar o consumo. E o abuso é o uso nocivo de uma substância consequente de algum tipo de problema. Nesse caso, o uso das

substâncias é mais recorrente, podendo desembocar na dependência (MALTA, 2014; DE SOUSA, 2017).

Diante dessa grave e crescente problemática, o Ministério da Saúde, em 2005, instituiu a Portaria nº 1.028, em 1º de julho, que estabelece ações voltadas à Redução de Danos. Define em seu artigo segundo:

Art. 2º - [...] que a redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, desenvolva-se por meio de ações de saúde dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo (BRASIL, 2005).

Essa ação/estratégia visa enaltecer e respeitar os indivíduos acometidos pela dependência de substância psicoativa, bem como lhes resguardar o direito de cidadãos, levando em consideração sua subjetividade e singularidade, limitações e aptidões. Além disso, visa propiciar informação, orientação, educação dialógica, suporte social e de saúde, bem como garantia de ferramentas para a proteção de saúde e respaldo na prevenção de doenças infectocontagiosas como HIV/aids e hepatites. Busca colaborar para uma postura autônoma em relação à prevenção de agravos decorrentes das substâncias, de modo que o indivíduo seja o protagonista de suas ações (BRASIL, 2005).

Atualmente a política em saúde mental, especificamente as que tenham suas ações direcionadas a indivíduos dependentes de substâncias psicoativas, vem sendo impactada negativamente por um (Des)governo que já sofria em tempos “TEMEROSOS”, que tem afetado negativamente não somente a saúde mental, mas também o SUS de uma forma geral, podendo-se perceber uma tentativa de desmonte do sistema. Nesse caminho, a saúde mental sofre graves ataques, quando o MS reformula a Política Nacional sobre Drogas por meio do Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019, que exclui a proposta de redução de danos e transformações. Caminhando na contramão da reforma psiquiátrica, com fortes impactos sobre a população adicta, além de autorizar a Portaria nº 3.588, que significa um retrocesso no que diz respeito às possibilidades de reutilização de práticas enfaticamente curativistas, que coloca em fragilidade e subfinanciamento a Raps, abrindo margem para a volta de um modelo em fase de superação que é o hospitalocêntrico. Assim as mudanças ocorridas colaboram para o robustecimento

das comunidades terapêuticas, que não compõem a Raps, bem como afeta o repasse de verbas para os Caps-AD (REIS *et al.*, 2016; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017; 2019).

Tais mudanças colaboram para a expansão de leitos em hospitais psiquiátricos e o ressurgimento de instituições psiquiátricas especializadas, que trazem em sua estrutura física e ideológica a exclusão e segregação dos indivíduos, sendo medidas totalmente divergentes da política em saúde mental que luta veementemente contra a cultura da hospitalização e internação.

Por outro lado, Costa (2009) traz a reflexão de que as demandas em saúde mental têm crescido cada vez mais, assim como os atendimentos aos indivíduos dependentes de SPAs prestados pelos aparatos da Raps tem se mostrado muito inovadores, mas pouco eficientes, não de forma tão ampla e efetiva, mas gradativamente, não acompanhando o aumento acelerado da demanda em relação a SPAs. Demonstram falhas nos serviços e sobrecarga nos aparatos, e, em contrapartida, as comunidades terapêuticas estão suprindo essas demandas e, mais do que isso, amparando os familiares de forma instantânea e menos burocrática, bem como dando suporte ao indivíduo e retirando-o de uma maior vulnerabilidade social e de violência, por meio de internação voluntária.

Em relação às internações psiquiátricas, a política nacional de saúde mental prevê três casos, internação voluntária, involuntária e compulsória. A primeira acontece quando o indivíduo, por livre e espontânea vontade, solicita um tratamento mais de perto, porém o mesmo faz uma declaração e assina que optou por aquela forma de tratamento. Na internação Involuntária, ocorre sem o consentimento do indivíduo e, na maioria dos casos, dá-se a pedido da família, porém a solicitação deve ser feita por escrito e autorizada por um psiquiatra, para então os gestores de saúde, em um prazo de 72 horas, informarem ao Ministério Público, para que esse tenha ciência da justificativa de internamento e que ela não se torne uma prisão (BRASIL, 2001).

No caso da internação compulsória, não é levado em conta o desejo familiar ou do próprio indivíduo, sendo solicitada por um médico, que ateste que a pessoa não tem formas de se manter em equilíbrio, muito menos responder por si só, e sua condição física e psicológica se apresenta em estado de calamidade. Destarte, o Magistrado analisa o laudo médico e as condições da instituição que irá fornecer a estrutura de internação, e a autorização é dada pela justiça (BRASIL, 2001).

Como se pode perceber, a temática sobre a dependência de SPAs é um fenômeno complexo, denso e que gradualmente vai levando o indivíduo a condições mais indignas que um ser humano pode experimentar, retirando sua capacidade de conviver harmonicamente em sociedade e de se manter nela. Isso porque os transtornos por uso de SPAs impactam diretamente a forma de produção econômica do indivíduo, tornando-o incapaz para o trabalho e colaborando para que seja um ser improdutivo na sociedade. Desse modo, sem renda, o sujeito executa ações ilegais para obter a substância, tais como furtos, tráfico e violência, chegando às vezes a prática de prostituição. Além disso, gera um impacto forte e negativo em seus familiares, que enfrentam essa situação de “cara limpa” (ALVAREZ; GOMES; XAVIER, 2014).

Contudo, é necessário um trabalho articulado, intersetorial, com incentivos fiscais e econômicos do Governo, mais vontade política para o enfrentamento dessas situações de vulnerabilidade, fortalecimento das forças militares, para que atuem fortemente contra o tráfico e a violência. Fazem-se necessárias também parcerias educacionais que colaborem para a conscientização da sociedade e dos profissionais. Somente dessa forma será possível minimizar os impactos crescentes e números alarmantes acerca da drogadição (HORTA *et al.*, 2016).

2.3 HISTÓRIA DO COTIDIANO EM FAMÍLIA E CODEPENDÊNCIA

O convívio com uma pessoa com transtorno por uso de substâncias psicoativas envolve um cotidiano repleto de sentimentos e situações densas, além do fato de esse cotidiano ser mudado rapidamente no que diz respeito a algum momento de “paz e tranquilidade”, se é que existe! Em um instante, tudo pode mudar, podem surgir situações das mais variadas possíveis, levando até a reações inesperadas e instintivas por parte de quem está inserido nesse contexto (MANGUEIRA; LOPES, 2013).

Não é possível pensar em outra unidade mais próxima desse indivíduo, que esteja diretamente ligada a este cotidiano, que não seja sua família. Familiares não somente aqueles ligados pelo laço consanguíneo, aquele padrão estabelecido pela lógica de família patriarcal judaico cristã, porém aqueles indivíduos que se identificam e compartilham momentos e espaços e têm um elo mais forte do que o de parentesco, talvez, mas aqueles que, por meio do entrosamento dos seus seres se reconhecem e se consideram como familiares, sentimento que não pode ser

impedido por qualquer outra norma preestabelecida socialmente. É algo que vai mais além, mais a fundo em suas relações que não se limita a aparência ou presença física (PIZZI, 2012).

Falar em família requer primeiramente conhecer o significado e toda sua história, para então entendermos o sentido de família nos dias atuais e suas novas composições. A palavra família deriva do latim "*Familiae*", que designa um conjunto de súditos ditos escravos, os quais eram submetidos à autoridade do *pater de familias*, que quer dizer o pai/patriarca de família. Com o decorrer do tempo, esse conceito se difundiu em duas vertentes, tornando-se assim conceito de Gens: os agnados, aqueles submetidos ao poder do Pater por meio do casamento, e os cognados, que eram os engendrados nessa relação de poder pela origem materna (NOGUEIRA, 2007).

Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa, escrito por Silveira Bueno (2000), "Família" é apenas o grupo formado de pai, mãe e filhos, pessoas com laços consanguíneos, que dão origem a uma descendência ou linhagem. Este conceito proposto por Silveira Bueno é fortemente carregado pela construção ideológica e por todos os elementos que compõem uma sociedade fundamentada no modelo patriarcal cristão, bastante enraizado no machismo e na ideologização da produção de bens e consumo, que são as bases do capitalismo.

Ao falar dessa evolução histórica de família, não se pode deixar de citar como essa se organizava nos tempos antigos, da antiguidade oriental e clássica, uma vez que ela era o cimento que sustentava a organização da sociedade na época. Quando se pensa na família como uma unidade que tem o *pater* no topo da hierarquia familiar, logo se remete à antiguidade romana no século VII a.C., que endossou de forma hegemônica o papel do *pater* no poder, pois a família romana se estruturava totalmente no poder, de forma que o *pater* era o único detentor de um poder de decisão e condução social que não cabia a mais ninguém, que comandava a família e, conseqüentemente, seus segmentos extradomiciliar (NOGUEIRA, 2007).

É notório que a família romana não se restringia apenas a uma unidade intradomiciliar, porém era considerada influente na esfera econômica, tinha grande participação nos segmentos religiosos, bem como na estruturação política da sociedade (NOGUEIRA, 2007).

Segundo Nogueira (2007), essa posição de *pater*, em sua maioria formada por homens elitistas e machistas, que detinham poderes absolutos, com a morte

destes, essa posição era logo passada ao filho homem mais velho. Caso não houvesse esse descendente, o poder familiar era designado para outro homem pertencente ao grupo familiar, excluindo qualquer possibilidade de as mulheres dessa unidade familiar assumirem o poder.

Diante desse fato, a mulher daquela época estava destinada a viver sobre o poder do *manus* ou sem *manus*; o primeiro representado pela figura do pai, e o segundo pela figura do esposo. É possível destacar que a família brasileira é fortemente influenciada pelo modelo romano de família, que se inspirou no modelo grego de família (NOGUEIRA, 2007).

Ao rememorar a história da Grécia antiga, é possível compreender claramente porque esta é considerada o berço da humanidade, dando origem a diferentes civilizações. É notória sua organização em sociedade muito bem fundamentada, suas divisões em níveis diferentes, cada qual tendo suas funções e papéis muito bem delimitados (SANTOS, 2007).

Devido ao fato de a temática envolver família, é possível fazer uma analogia com o passado, pois a sociedade grega, que derivou das tribos Jônias, fundamentava sua unidade familiar na relação monogâmica, que tinha a figura do homem como o chefe da família, e a condição da mulher envolvia a transposição de subjugação ao poder do pai para o julgo do marido (SANTOS 2007).

O modelo grego de família remete a dois tipos, a ateniense e a espartana, ambas apresentam características em comum e divergentes ao mesmo tempo. A formação da família ateniense se dava por meio de casamentos arranjados pelos pais dos noivos, que visavam sempre ao *status* social da família perante a sociedade. O casamento só poderia ocorrer entre os cidadãos de Atenas, chamados de eupátridas. O homem era preparado fisicamente e intelectualmente para assumir os variados cargos de poder na sociedade, além do já exercido no lar. Já as mulheres eram preparadas para as atividades e fazeres do lar, bem como a criação dos filhos, além de serem consideradas como um bem exclusivo do marido, não tendo direito de escolha, muito menos de transitar publicamente sem a prévia autorização do marido (SANTOS, 2007).

A cerimônia matrimonial em Atenas seguia diversos atos e festejos, sempre envolvendo ritos de prosperidade e procriação, ocorriam até sacrifícios a deuses, uma vez que toda a sociedade era regida pela vontade dos deuses. A título de curiosidade, os festejos seguiam em procissão, ao chegar ao novo lar, a parte frontal

das carruagens era destruída, significando que o casamento não poderia ser revertido, salvo os casos de o homem ser estéril, ou pegar a esposa em ato de promiscuidade e infidelidade, esta, por sua vez, era punida cruelmente. Caso contrário, fosse o marido infiel não acarretava punição alguma (SANTOS, 2007).

Em decorrência da combinação de interesses e perpetuação do poder patriarcal, o homem por volta de 30 anos e a mulher a partir de 16 se casavam e constituíam a unidade familiar. É possível destacar que o casamento entre primos de primeira instância era permitido, o que não aconteceu no modelo romano, sendo este ato totalmente proibido (SANTOS, 2007).

Para as esposas atenienses, o único momento de “liberdade” era no mês correspondente a maio, no qual elas, em comemoração ao deus do vinho (Dionísio), e à deusa da fertilidade e casamento (Demeter), reuniam-se, sem a presença de qualquer de seus “donos”. Ocorriam, nos primeiros sete dias, troca de experiências conjugais e, posteriormente, estavam livres para se entrosarem como quisessem, um festejo regado com muita bebida, danças e orgias, que tinha duração de 30 dias. As recém-casadas partilhavam apenas do primeiro momento de troca de informações, sendo permitida a participação completa só após dar à luz seu primeiro filho (SANTOS, 2007).

No modelo espartano ou espaciata de família, é possível perceber que as mulheres estavam também subjugadas ao poder de seus pais e maridos, porém tinham uma condição de autonomia melhor, uma vez que, a fim de possibilitar que a mulher tivesse maior facilidade para procriar e aumentar a família, era autorizada a praticar exercícios físicos, sendo-lhe também concedido o direito de transitar com seu chefe de família na rua, bem como herdar bens móveis e imóveis. As mulheres espartanas eram treinadas para a guerra, suas cerimônias de casamentos ocorriam de forma brutal e violenta, e mulheres prontas para o casamento andavam nuas pelas ruas a fim de chamar atenção de seus futuros maridos. O casamento era monogâmico e também inexistia a posição de infidelidade por parte dos maridos (SANTOS, 2007).

Feito um resgate histórico, sobre as composições de famílias patriarcais, bem como o poder exercido pelo *pater familiae*, que tinha até mesmo o poder de vida ou morte de seus subjugados, é possível fazer um grifo, relacionando esse poder absoluto, quando ele vai cedendo lugar ao poder religioso, que passa então a ditar as regras de matrimônio, bem como a consolidação do mesmo.

Pelo fato de a igreja se autointitular representante de Deus na Terra e com o avanço maciço do Cristianismo entre povos e nações, percebe-se que ela vai adquirindo o poder de consolidação dos casamentos, bem como afirmando a criação de uma nova entidade familiar, o que antes era absolutamente definido pelo patriarca. O casamento religioso passa a ser considerado como o único meio de formação de entidade familiar (JUNQUEIRA, 2009).

Para Silva e Godoy (2009), falar em entidade é expressar uma ideia de formação, dar vida à existência de algo em sua essência. É interessante esse conceito porque propicia uma analogia com a formação dos estados. Pois não foi nenhuma iniciativa estatal que deu origem à família, porém foi sempre a família quem constituiu a sociedade e os estados, sendo considerada como uma sociedade nata.

Junqueira (2009) comenta que, com o advento das transformações familiares, pode-se destacar que o casamento religioso por si só não constitui mais a legalidade e o *status* de família. Passando a ser o casamento civil o novo regulador desse processo, etapa essa já realizada com intervenção do Estado.

Após o casamento, a entidade familiar nuclear, composta por homem e mulher, está formada. Porém, é possível perceber que seus conceitos são dinâmicos, sendo que do estado de núcleo é esperado que ela passe a ter um novo modo, o de nuclear tradicional, acrescida de filhos e filhas (SILVA; GODOY, 2009).

Avançando rapidamente no tempo, é possível perceber, na atualidade, que essa entidade familiar continua em constante processo de transformação, transposição de barreiras, superação de estigmas, inversão de papéis, incorporação de novos conceitos. Pensando dessa forma, é possível entrever os novos arranjos e constituições contemporâneas de família.

Pode-se perceber que as famílias têm se estruturado de diversas formas, e que, além do modelo tradicional, têm-se as famílias monoparentais, homoparentais, homoafetivas, famílias não consanguíneas, grupos de pessoas que convivem em um mesmo espaço e que se consideram uma família, tem-se as uniões estáveis, ou seja, as consideradas famílias pós-modernas (PIZZI, 2012).

Na visão e entendimento da Psicologia, por exemplo, família é considerada um grupo de indivíduos que comungam de entrosamentos empáticos, solidários, influenciados pela proximidade direta e profunda e que se reconhecem entre si e nutrem esse sentimento familiar (NETO; RAMOS; SILVEIRA, 2016).

Diante de tantas transformações, independentemente do formato de família e de quem a compõe, a família é considerada por toda a sociedade como a responsável indubitável pela formação de novos indivíduos que contribuirão de alguma forma para a sociedade. A família tem a responsabilidade de garantir a seus novos membros o ensinamento de valores, crenças e sentimentos variados, como afeto e sentimento maior de amor. Está também encarregada primariamente de ter um papel influenciador e decisivo na sexualidade desses novos indivíduos, baseado em conceitos de uma sociedade fortemente estruturada no conservadorismo, machismo e homofobia, que derivam uma tríade claramente contaminada pelo patriarcalismo. É importante ressaltar que as famílias pós-modernas estão em constante movimento de mudança que vai de encontro a essa lógica patriarcal (MELMAN, 2006).

Na percepção de Foucault, a família se configura como a primeira instituição na qual o indivíduo será engendrado e doutrinado para corresponder a uma ideologia capitalista, exercida pelo Estado, que, para Foucault, é o operacionalizador do macropoder, que se divide em instituições, uma rede de micropoderes que são a família, a escola, as prisões, os hospitais, a igreja e o trabalho. Redes essas que são detentoras de um poder influenciador que age sobre as ações humanas e as tornam dóceis e aptas para ser controladas pelo Estado (FOUCAULT, 1988).

A família permanece ainda como o centro principal para a dinâmica social, sendo responsável por uma gestão multifacetada que envolve a esfera de vida do indivíduo como educação, aprimoramento e crescimento das crianças, pelo bem-estar e alegria das mesmas. Além disso, propicia que o indivíduo conheça a si mesmo e sua forma de estar no mundo. Com tantas demandas atribuídas à família e também pela história que envolve o conceito familiar, é automático pensar que tudo o que acontece com determinado indivíduo é responsabilidade de sua família (ALVARE; GOMES; XAVIER, 2014).

No que tange a essa conjuntura familiar atravessada por inúmeros fatores que estão presentes em seu cotidiano, ao se pensar a relação familiar com um de seus membros afetado por algum sofrimento psíquico que o leve ao transtorno mental, é notório que essa família sofra abruptamente um desequilíbrio em relação à harmonia familiar. O conviver com uma pessoa com transtorno mental, além de gerar uma disruptura nos laços sociais do indivíduo e da família, traz consigo uma enorme sobrecarga para esta última, uma vez que está sobre seus “ombros” a

responsabilidade pelo familiar em sofrimento psíquico. Essa sobrecarga se dá por uma gama de situações que envolvem acompanhamento familiar em cenários variados, gastos financeiros, desgastes físicos e emocionais. Representa uma pesada responsabilidade envolvendo múltiplos fatores (MELMAN, 2006).

A pessoa com transtorno mental grave, em decorrência do seu sofrimento psíquico, na maioria dos casos, apresenta uma enorme dificuldade para sustentar os pilares do capitalismo que é a produção e o consumo, deixando de produzir economicamente, uma vez que o seu trabalho é diretamente afetado por sua doença. Esse fato corrobora fortemente para a situação de dependência de seus familiares, o que gera um enorme desfalque familiar relacionando a itens básicos de sobrevivência, até chegar a um nível mais complexo. No transcorrer dessa relação, alguns familiares mais próximos acabam por abdicar de suas vidas e passam a se dedicar a seu familiar adoecido, é quando esse “cuidador” se torna doente em potencial, pois passa a vivenciar mais proximamente das tensões, dos conflitos e sofrimentos gerados pela doença (NUNES; LANDIM, 2016).

Em torno dessa relação, é possível perceber que a família se sente claramente culpada por seu familiar estar doente e é tão afetada e “engolida” pela situação que não percebe que suas vidas vão se resumindo apenas à doença mental, esquecendo-se de vivê-las. Isso contribui cada vez mais para um cotidiano incerto e a presença da doença mental cada vez mais forte, o que, por sua vez, colabora para um processo introspectivo familiar de distanciamento dos laços sociais, cerimônias coletivas e demais partícipes sociais. Enfraquece assim a articulação social e comunitária, surgindo o sentimento de vergonha, bem como o abalo na relação principal de sustentação de sua rede social que são seus laços mais fortes de confiança e troca de experiências (HORTA *et al.*, 2016).

A presença de transtorno mental grave que colabora fortemente para esse processo de isolamento das famílias e do indivíduo propicia impacto direto na qualidade de vida dos envolvidos. Estes se tornam mais vulneráveis e mais frágeis a fatores externos e internos causadores de estresse, e comumente não se deixariam afetar se não houvesse a presença da desordem mental. Suas vidas passam a perder o sentido, sendo tomadas progressivamente por um vazio inexplicável que vai além de suas possibilidades de estar e viver no mundo.

A presença da doença mental dentro de uma família representa uma grande quebra no transcorrer da vida e dinâmica dessa família e nos sentimentos que a

perpassam, pois a maioria das famílias não está apta, nem preparada para esse cotidiano atravessado pela doença mental. Isso gera um sentimento de impotência por não saberem como agir e de onde tirar forças para seguir em frente (SOBRAL; PEREIRA, 2012).

Diante desse processo de isolamento, o que chama atenção e preocupa é que tal fato pode levar o indivíduo com uma rede social fragilizada a maior propensão ao autoextermínio, problema ocasionado pela sobrecarga, estresse, depressão, uso de substâncias psicoativas (SPAs) e pela situação em si. Esse convívio com um doente mental torna-se tão denso e profundo que a família atravessada por inúmeros problemas sente-se sufocada, angustiada, sem perspectiva de melhora. Isso lhe gera um sofrimento psíquico tão grande que a família se sente afetada em suas demais dimensões subjetivas de vida, quando se refere à dor da alma. A falta de informação efetiva, as vivências sólidas de derrotas fazem com que muitas famílias ajeitem suas vidas em um modelo empobrecido e caracterizador que lhe escamoteia qualquer possibilidade de qualidade de vida (BRASIL, 2006).

Outro fator muito comum e em muitos casos não associado à doença mental é o transtorno psíquico ocasionado por uso de SPAs. O cotidiano de uma família assolada por um membro adoecido pelo uso dessas substâncias é um mundo de muito sofrimento, tristeza, violência, incertezas, desespero, riscos de vida e sociais, além de constantes ameaças. É se deparar com um quadro de mazelas, em que o sentimento de raiva, descontentamento, destruição, medo, impotência e frustração e desesperança estão fortemente presentes. Frente a esse cenário, a família se apresenta indiferente e desiludida em relação ao familiar adoecido pelo uso de SPAs, que já dura, na maioria dos casos, longos anos de enfrentamento (MELMAN, 2006).

Certamente quando se fala da relação entre famílias que possuem em seu núcleo um de seus familiares dependentes de SPAs, se está diante de uma relação de codependência, que será estabelecida por toda a família ou por um familiar em específico, o que outrora se chamou de “cuidador”. Trata-se de outro indivíduo em sofrimento psíquico. O termo de codependência química se aplica somente aos indivíduos que tenham suas relações atravessadas pelas SPAs. A codependência, também conhecida como dependência sentimental ou emocional, é uma doença que ocorre devido à situação relacional desenvolvida entre família e seu familiar

dependente. O familiar do dependente, ou seja, o codependente apresenta uma falta de habilidade em sustentar situações relacionais e manter uma linearidade de relações intrínsecas e extrínsecas ao próprio indivíduo, colaborando para uma situação que não é benéfica para o indivíduo codependente (MARQUES, 2017).

A codependência favorece relacionamentos conflituosos, cansativos física e psiquicamente, bem como disrupções de vínculos e é fortemente destrutiva para os codependentes, por ser uma doença que vai além de sintomas biológicos, mas que impacta negativamente a dinâmica de existência do indivíduo, sua forma de viver, bem como seus pontos de interação social, por afetar uma das dimensões mais profundas da alma de um ser.

Na maioria das vezes, os codependentes se mostram como suficientes, equilibrados, corajosos, dominadores, quando, na verdade, sentem-se impotentes, com medo, dominados pelo vício do outro. É uma relação que acontece inconscientemente e, quando o codependente cai em si, ele já deixou de viver sua própria vida e passou a viver em função do dependente (ALVAREZ; GOMES; XAVIER, 2014).

No quadro de codependência química, os familiares passam a se dedicar excessivamente ao cuidado do outro, esquecendo-se de si. Esse processo de se anular e viver em função do outro 24 horas decorre do medo intermitente de perder o familiar para o “mundo das drogas”, como numa tentativa de salvar a todo o momento seu familiar. Essa dependência psíquica em cuidar excessivamente, ao longo do tempo, torna-se patológica, pois os codependentes passam a se deparar em seu cotidiano com sentimentos como ansiedade, culpa, aflição, tensão, depressão, têm sua autoestima diminuída e até baixa autoestima, comportamentos repetitivos que geram compulsão, entre inúmeros medos e fobias, oscilação de humor ao longo do dia, bem como estado claro de hipervigília, como se algo pudesse acontecer a qualquer momento (SOBRAL; PEREIRA, 2012).

Especificamente esses momentos de depressão e ansiedade colaboram fortemente para que o codependente apresente patologias somatizantes, de origem psíquica, uma vez que está, a todo momento, assumindo as responsabilidades de seus familiares dependentes de SPAs. O estado de codependência ocorre por meio de quatro fases, a saber: negação, desespero, controle e exaustão emocional. A fase de negação ocorre quando o indivíduo toma ciência de que seu familiar faz uso

de SPAs e imagina que aquilo não pode estar acontecendo, anulando a possibilidade da entrada da SPAs no seio familiar (MARQUES, 2017).

A fase do desespero é um momento no qual a família se culpabiliza pelo ocorrido, pelo insucesso do familiar, martiriza-se e inicia um processo de vigia, cobranças e até mesmo pode haver agressividades. Na terceira fase, o controle, o codependente idealiza que é possível esquadrihar o dependente de SPAs. Destarte, adota comportamento de controle extremo, de tudo o que o indivíduo faz, fiscaliza tudo que esteve em contato com o familiar dependente, chegando a casos extremos de privar o indivíduo de liberdade, por meio de ferramentas como grades, trancas, correntes, cordas, atitudes essas movidas pelo fato de o codependente estar obcecado no bem e na segurança da vida de seu familiar (SOBRAL; PEREIRA, 2014).

A exaustão emocional é um dos momentos mais difíceis para o codependente, quando o mesmo já se encontra totalmente sem forças, sem esperança, impotente, tem sentimentos ambíguos em relação à dependência de SPAs ser uma doença, mas, na maioria das vezes, aceita que seu familiar é um doente e que necessita de ajuda especializada. É um momento extremamente delicado, pois o codependente já se encontra totalmente imerso no adoecimento e se depara com sentimentos de mazela, solidão, não vê sentido mais em sua vida, pensa que fracassou e as drogas “venceram”. Sentimentos que podem propiciar pensamentos de autoextermínio, automutilação, disfunções psíquicas, sociais, econômicas, biológicas, orgânicas, alimentares, sentimento de revolta, violência intra e extrafamiliar, intolerância, crise de identidade, afastamento social, insônia e demonstração intensa de emoções (MARQUES, 2017).

Diante desse contexto, é claro que o familiar do dependente de SPAs é um doente em potencial, que tem suas dimensões humanas extremamente abaladas por essa situação, tornando-se um desafio o cotidiano, porque a família é fundamental e a peça-chave na recuperação do dependente. Ao mesmo tempo, é ela quem precisa resistir para dar conta desse problema, sem adoecer, algo impossível de acontecer, porque sua subjetividade é fortemente afetada. Sendo necessário a família “aprender a abrir mão do dependente de SPAs sem abandoná-lo” (MARQUES, 2017).

3. MÉTODO

3.1 DELINEAMENTO

A pesquisa delinea-se no método qualitativo, com abordagem fenomenológica fundamentada em Michel Maffesoli. A pesquisa qualitativa:

É o método qualitativo que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmo, sentem e pensam (MINAYO, 2014, p.57).

A pesquisa se utiliza de abordagem fenomenológica baseada em autores que colaboram para a temática, bem como contribuem para o cotidiano, por esta compreender uma filosofia que vai além daquilo que é lógico e racional. Ela perpassa os fenômenos de maneira a exaltar sua essência e sua significação, de modo que o fenômeno se explique por ele mesmo em sua perspectiva. Tal abordagem permite aos pesquisadores compreender os fenômenos por meio de uma lógica existencialista, que leve em consideração não apenas o momento, mas toda uma história cotidiana que se desvela a cada dia a todo instante. Ela possibilita ainda ao pesquisador um aprimoramento em sua forma de viver, bem como o orienta para uma *expertise* a fenômenos corriqueiros, mas nunca vistos em sua essência e singularidade (MINAYO, 2014; SILVIA; LOPES; DINIZ, 2008).

O presente estudo está inserido na linha de pesquisa: Fundamentos Teóricos, Políticos e Culturais do Cuidado em Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, Mestrado em Enfermagem, que está inscrita no Grupo de Pesquisa intitulado: “*Filosofia e Sociologia do Cuidado Humano no Cotidiano da Saúde e da Enfermagem*” – CNPQ/UFJF.

3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município da Zona da Mata no Estado de Minas Gerais, que executa suas ações orientadas pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Trata-se de um serviço comunitário, que atende uma população de 6.612 pessoas. Divide-se em duas áreas, está alocado em uma região de alta vulnerabilidade social e econômica, com elevados índices de violência, ligados diretamente ao consumo e tráfico de drogas, disputa por “bocas de fumo” entre traficantes, com divisão no bairro em dois lados, o que prejudica o acesso dos indivíduos que residem opostamente a UBS ao serviço de saúde.

A referida UBS tem como gerente uma enfermeira, funciona semanalmente, de segunda a sexta-feira, no horário das 7 horas às 17 horas, com horário de almoço das 11 horas às 13 horas; salvo em datas de campanhas nacionais, aos sábados, com horário de atendimento que varia de 7 horas até 14 ou 17 horas. Os funcionários trabalham em regime de 40 horas semanais

A UBS é composta de duas equipes de ESF, e cada equipe é formada por uma enfermeira, um médico, uma técnica de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. A unidade conta com um farmacêutico, duas recepcionistas, uma pessoa responsável pela central de marcação de consultas (CMC), além de uma funcionária para higiene e limpeza.

A Unidade mantém por meio da Prefeitura Municipal parcerias com instituições públicas e privadas de ensino, voltadas aos cursos da saúde, sendo campo de prática e de estágio. A UBS conta com uma estrutura de dois pavimentos, sendo que, no primeiro pavimento, há um consultório, dois banheiros, uma sala para ACSs, uma sala de reuniões, uma sala de guarda de materiais de limpeza, uma sala utilizada como “arquivo morto” e uma área com seis consultórios separados por divisória, para atendimento à população por médicos de especialidades como cardiologia, ortopedia e clínica geral, acompanhados dos acadêmicos da saúde e/ou residentes de medicina.

No segundo pavimento, encontra-se a recepção, sala de espera, sala de imunização, sala de coleta de sangue, acoplada a uma sala de observação, cozinha, dois vestiários e, no corredor, a presença de um *freezer* de alta tecnologia para a guarda de imunobiológicos, porém inoperante. Há dois banheiros para os clientes, cinco consultórios de atendimento, sendo dois de atendimento médico, um de acolhimento, dois para a consulta de enfermagem, um banheiro para uso dos funcionários, uma sala do setor administrativo, uma sala de guarda de materiais e uma sala de curativos.

A UBS executa suas ações atendendo ao Plano Diretor municipal, possui uma clientela diversificada, de diferentes faixas etárias, graus de instrução, crenças religiosas. Vale destacar que é uma UBS que recentemente passou por um processo de renovação, contando com aparelhos e equipamentos muito bem conservados.

Esta UBS foi escolhida pelo mestrando por comportar uma vasta clientela que atendia aos critérios de inclusão da pesquisa e devido fato de o mestrando estar familiarizado com a equipe e a população usuária e também em decorrência de o mestrando ter sido convidado pela chefe do Departamento Materno Infantil e Saúde Pública da Faculdade de Enfermagem, ao qual o mestrando estava vinculado como mestrando, para assumir uma disciplina de Saúde Pública como professor de alunos do sétimo período do Curso de Graduação em Enfermagem e, por isso, haver atuado no campo de prática que posteriormente se tornou o cenário desta pesquisa.

3.3 PARTICIPANTES, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Para que a pesquisa pudesse acontecer, na escolha dos participantes, foram adotados critérios de inclusão e exclusão, a fim de garantir maior fidedignidade ao fenômeno, por meio de participantes reais que vivenciam ou vivenciaram tal fenômeno, o que assegura uma maior riqueza de detalhes em relação ao fenômeno pesquisado. Foram utilizados como critérios de Inclusão: 1) Ser familiar de dependentes de substância psicoativas; 2) Ser maior de 18 anos; 3) Estar inscrito na UBS cenário da pesquisa; 4) Gênero variável.

Como critério de inelegibilidade, foi estabelecido: 1) Ser menor de 18 anos; 2) Não ser o cuidador principal do dependente de substâncias psicoativas; 3) Não residir com o dependente; 4) Não pertencer à área de abrangência da UBS cenário da pesquisa; 5) Não ter aceitado participar da pesquisa ou haver desejado interromper sua participação.

Sendo assim, a pesquisa contou com a participação de oito familiares. O número de participantes se justifica pelo perfeito encaixe de perfil dos participantes aos critérios de inclusão e o rápido adensamento dos dados, que se configuraram complexos e repetitivos depressa. Isso propiciou ao mestrando a possibilidade de interrupção em acolher mais participantes, haja vista que as questões norteadoras desta pesquisa foram respondidas ágil e efetivamente.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Antes do cadastro do projeto de pesquisa na Plataforma Brasil e posteriormente a sua submissão para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora (CEP-UFJF), foi realizada uma sabatina geral de cada tópico do projeto, em um encontro no grupo de pesquisa Intitulado: “Filosofia e Sociologia do Cuidado Humano no Cotidiano da Saúde e da Enfermagem” – CNPQ/UFJF. Esta buscou o afinamento do projeto.

O mestrando expôs seu projeto, por meio de um aparelho *Datashow*, a todos os membros do grupo e, coletivamente, foi pensado e discutido cada tópico do

projeto, tendo participado da discussão pós-doutores, doutores, mestres, especialistas, graduandos e profissionais do serviço público.

Após os ajustes no projeto e nos demais documentos, o mestrando se dirigiu à Subsecretária de Atenção Primária do município, objetivando obter parecer favorável à realização da pesquisa na Unidade Básica escolhida como cenário. Trinta dias após análise da subsecretária, obteve-se a aprovação da pesquisa (ANEXOS) por meio do comitê de pesquisa da Prefeitura Municipal.

Posteriormente, o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e submetido com todos os documentos solicitados. O projeto de pesquisa foi aprovado, sendo o parecer consubstanciado emitido sob o número: 2.478.973, em 30/01/2018 (ANEXOS). Foram atendidos e respeitados os princípios de acordo com a dignidade humana.

Os riscos envolvidos na pesquisa consistiram em riscos mínimos, como incômodo ou constrangimento em responder às perguntas e ocupando tempo, contudo foram utilizadas técnicas de comunicação terapêutica, acolhimento, empatia e efetivo diálogo. Vale destacar que a abordagem não se configurou como intervenção.

As etapas que sustentaram e efetivaram a realização desta pesquisa atenderam todos os aspectos éticos e legais de pesquisa envolvendo seres humanos, em consonância com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e suas complementares (BRASIL, 2012).

Os participantes foram informados sobre a importância e os benefícios da pesquisa. Em relação às visitas que originaram os encontros para a realização das entrevistas, estas foram agendadas com antecedência de acordo com a disponibilidade dos participantes. As entrevistas foram colhidas em momentos propícios às participantes de forma a não interferir em sua rotina. Os dados e os instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o mestrando responsável e permanecerão guardados por um período de cinco anos e, após esse tempo, terão a sua destinação final de acordo com a legislação vigente.

3.5 PROCEDIMENTOS DE AÇÃO E COLETA DE DADOS

Para chegar aos participantes e realizar o convite para integrar a pesquisa, o mestrando entrou em contato previamente com a enfermeira gerente da UBS que foi

o cenário escolhido, bem como agendou um encontro na UBS para apresentar o projeto à gestora e solicitar auxílio para mobilizar a equipe de agentes comunitários de saúde (ACSs). Esse encontro ocorreu em uma tarde, na qual a enfermeira gerente estava disponível, sem que houvesse prejuízo de suas atividades.

Após esse encontro, a gestora mobilizou a equipe de ACSs e agendou uma reunião com os profissionais. O encontro do mestrando com os ACSs aconteceu em uma tarde, na sala de reuniões da UBS, para fortalecer o vínculo entre ACSs que foram os facilitadores e o mestrando. Este preparou uma mesa de lanche da tarde para recepcioná-los. Nesse dia, foi apresentado o projeto, bem como os principais critérios de inclusão da pesquisa, para que os ACSs fossem os facilitadores do encontro entre os participantes e o mestrando.

Destarte, os ACSs se mobilizaram para indicar e agendar visitas domiciliares com o pressuposto de que seria uma visita de enfermagem que abordaria assuntos aleatórios de saúde. Os mesmos foram enfaticamente informados a respeito do sigilo da pesquisa. Os facilitadores realizaram agendamentos com os possíveis participantes e acompanhavam o mestrando até a residência do indivíduo, estabelecendo o elo entre eles e, assim que o mestrando se ambientava, o ACS continuava suas visitas domiciliares (VDs) e o deixava com os possíveis participantes. Visando ainda mais ao anonimato e ao sigilo dos participantes, posteriormente o ACS não ficava sabendo se o indivíduo aceitou ou não participar da pesquisa, tendo sido apenas a ligação entre mestrando e a clientela.

Durante as visitas ao possível participante, num primeiro momento, o mestrando abordou aleatoriamente questões relacionadas à saúde, criando e fortalecendo o vínculo terapêutico por meio do diálogo e aguardava até que o possível participante vocalizasse que tinha em seu seio familiar um ente dependente de SPAs. Após essa declaração, o mestrando apresentava sua pesquisa e fazia o convite para que o mesmo a integrasse por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que o mestrando deixava o participante livre para pensar e era remarcado outro encontro em local, dia e hora de escolha do participante. Todas as dúvidas que os participantes tinham eram esclarecidas pelo mestrando.

A coleta de dados foi embasada nesse primeiro momento por meio do método proposta por Michel Maffesoli, para conhecer o fenômeno, sendo sua primeira etapa nomeada como Descrição. As etapas seguintes que compreendem a análise: intuição e metáfora serão descritas na análise de dados. Para Maffesoli, a etapa da

descrição compreende o momento em que o pesquisador, que, em sua visão é o “observador social”, passará a ter contato com o fenômeno por meio da perspectiva do depoente, na qual este irá se desvelar. Isso irá requerer do observador, na perspectiva de Maffesoli, uma sensibilidade coletiva dos sentidos predispostos a contemplação. Maffesoli diz que:

Talvez seja preciso deixar que o eu e, naturalmente, o eu crítico, se dissolva, para melhor ouvir a sutil música nascente, para melhor dar conta da profunda mudança que se opera sob nossos olhos. Em suma, pôr em ação um espírito contemplativo que saiba perceber a inegável criação social que caracteriza este fim de século. E isso levando a sério um mundo imaginal do qual se está apenas começando a entrever os contornos (MAFFESOLI, 1998. p.166).

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas individuais, previamente agendadas com cada participante, e seguiu a técnica de comunicação da entrevista semiestruturada. Marconi e Lakatos (2017, p. 213) apontam que “a entrevista é um momento em que entrevistador e entrevistado (os) se encontram e, por meio da arguição do entrevistador ao entrevistado, propicia uma instigação da fala do entrevistado”. Com isso, o entrevistador consegue captar nas falas do entrevistado informações que busca para sua pesquisa.

Segundo Minayo (2014, p. 261), a entrevista semiestruturada “combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada”. Os relatos foram gravados em áudio, com a aprovação de cada participante, por meio de um gravador de celular estilo *smartphone*, com capacidade de 32GB de espaço, com gravação em alta definição.

Posteriormente os dados foram transcritos manualmente na íntegra, no programa Word for Windows pelo investigador o mais breve possível, visando à fidedignidade à fala de cada participante entrevistado e arquivados em mídia digital.

O material utilizado na coleta de dados ficará arquivado com o investigador por um período de cinco anos e posteriormente terão a sua destinação final de acordo com a legislação vigente. Foram obedecidos todos os quesitos éticos e legais de pesquisa envolvendo seres humanos em conformidade com a Resolução nº 466/2012 e seus anexos (BRASIL, 2012).

Vale destacar que a Coleta de dados compreendeu o período de 22 de fevereiro de 2018 a 5 de julho de 2018, perfazendo quase cinco meses de coleta,

em decorrência de duas problemáticas que atrasaram a pesquisa, o que fez com que os ACSs ficassem impossibilitados de realizar agendamentos: um surto de conjuntivite na região e, principalmente no bairro, a intensificação da Campanha contra a febre amarela. Esses fatos sobrecarregaram os ACSs e consumiram parte de seu tempo. Após a amenização desses ocorridos, eles retomaram a atividade de agendamento com os participantes.

Ainda durante a coleta de dados, o mestrando enfrentou dias desafiantes em relação ao clima, a caminhar por áreas de extrema violência e periculosidade, solicitando autorização de traficantes para acessar determinadas áreas tomadas pelo tráfico de drogas. Realizou coleta no turno da manhã e da tarde, bem como adentrou residências com condições sub-humanas de vida.

Foi garantido o anonimato da instituição e o anonimato das participantes por meio de pseudônimos, baseados em um seriado brasileiro, a comédia intitulada: “**A grande família**”, para denominar os participantes. O critério de escolha desse seriado se deu por apresentar situações cotidianas que se aproximam da realidade e por envolver o contexto familiar no território. Os nomes pronunciados pelas participantes durante a entrevista receberam codinomes de acordo com o grau de parentesco que os une, e os profissionais citados, com codinomes de suas respectivas profissões ou a forma como foram referenciados pela fala das participantes. A pesquisa não acarreta nenhum prejuízo aos envolvidos, nem resulta em concessão de benefícios de qualquer natureza.

A participante que recebeu o codinome “NENÊ” foi assim chamada por ocupar o papel de matriarca de sua família e ser fadada aos fazeres domésticos e o cuidado a todos os familiares. A participante intitulada “BEBEL” assim foi denominada pelo fato de o ente adoecido pelas substâncias psicoativas ser seu esposo e arcar sozinha com a responsabilidade dos filhos. A participante “MARILDA” recebeu esse codinome por apresentar comportamentos semelhantes aos da personagem que lhe empresta o nome, como ansiedade, extravagância na fala e gestos, bem como o hábito de fumar cigarros compulsivamente.

A participante que recebe o pseudônimo “DONA ABGAIL”, assim foi denominada por possuir idade aproximada à da personagem, por estar muitas das vezes sozinha e precisando de cuidados, pois tem dificuldades para andar, e também por gostar de ficar à janela entreaberta observando “caladinha” quem passa. A participante que recebe o codinome “TUCO”, assim é chamada pelo fato de

o ente adoecido ter sido seu irmão. “LINEU” foi o codinome dado a uma participante, que, mesmo sendo idosa, é a chefe de seu lar, a decisora, fadada também aos afazeres domésticos e cuidados familiares, mas que se mostra com muita fibra, resistente, calejada com as batalhas da vida “dura, que nunca lhe deu frescor”.

“BEIÇOLA” foi o codinome dado a uma participante por apresentar características físicas semelhantes às do personagem, além de seu modo de falar que lembra o personagem. E, por fim, “FLORIANINHO CARRARA” foi concedido a uma participante por apresentar semelhanças na inteligência, articulação verbal e “feeling” para situações que passariam despercebidas por alguém que não tivesse essa capacidade.

A intervenção nos relatos só aconteceu quando as participantes expressaram claramente que não havia mais o que falar sobre o assunto, quando houve repetição de falas que respondiam ao objeto proposto (MINAYO, 2014). O parâmetro de expressões parecidas existentes nos relatos também ocasionou a interrupção da coleta de dados.

3.6 ANÁLISE DE DADOS

A análise das entrevistas ocorreu por meio de uma reflexão dos relatos de cada participante da pesquisa, através das unidades de análises sistematizadas das respostas e por intermédio do referencial metodológico de Michel Maffesoli e outros autores que colaboraram para a temática do cotidiano.

A análise dos dados então aconteceu pelas fases descritas para se compreender o fenômeno através da perspectiva do indivíduo, são elas: a “intuição” e a “metáfora”, que conduziram o momento de análise da pesquisa. Dessa forma, a abordagem fenomenológica se fez cada vez mais consistente, pois buscou compreender o ser humano em sua integralidade existencial complexa, aproximando-se da temática proposta e assimilando o fenômeno de como é conviver com um familiar dependente de SPAs no contexto da APS (MAFFESOLI, 1998).

A intuição para Maffesoli (1998, p.194) compreende o momento em que o pesquisador passa a perceber com mais clareza um fenômeno que já está posto, que a todo momento se coloca diante de seus olhos, porém não tinha sido observado com sutileza. Faz-se necessário que o pesquisador possua dois atributos primordiais para intuir sobre o fenômeno, que é “feeling” (dando a ideia de

sentimento) e o “insight” (que, por sua vez, dá a ideia de discernimento), ou seja, nesse momento, o pesquisador precisa sentir com sutileza os aspectos do fenômeno, advindos por meio do desvelar do depoente e, ao sentir, passe a ter o discernimento da essência do fenômeno, revelando aquilo que estava oculto.

[...] não entendo a intuição como simples qualidade psicológica. É até possível que ela seja tudo menos pessoal. Com efeito, pode-se, ainda que seja a título de hipótese, considerar que ela participa de um inconsciente coletivo. Que ela é oriunda de um tipo de sedimentação da experiência ancestral, que ela exprime o que propus chamar de “saber incorporado” que, em cada grupo social e, portanto, em cada indivíduo, constitui-se sem que se lhe dê muita atenção (MAFFESOLI, 1998, p.194-195).

Em relação à terceira etapa de análise do fenômeno, Maffesoli (1998, p. 226) aponta que: “a metáfora não indica, de maneira unívoca, qual é o sentido das coisas, mas pode ajudar a perceber suas significações”, dando a ideia de que o pesquisador pode desvelar o fenômeno, sem a necessidade de explicá-lo, podendo fazê-lo de outras formas mais lúdicas e acariciantes. Assim, Maffesoli

Propõe abordar os fenômenos sociais de um modo muito mais acariciante, de um modo também mais respeitoso. Ou, ainda, que se empenhasse em compreender os fatos neles mesmos, por eles mesmos, e não por aquilo que deveriam ser (MAFFESOLI, 1998, p.225).

Sobre a categorização dos dados, Minayo (2014, p. 317) afirma que esse é um momento em que se busca um afinamento do texto, os vocábulos e frases que tragam um sentido em si. Nesse processo, foram adotadas técnicas de pré-análise, como a leitura flutuante, leitura recorrente, constituição do *corpus*, formulação e reformulação dos discursos coletados e transcritos. Posteriormente, as categorias foram estudadas considerando o processo de triangulação de métodos.

Segundo Minayo (2014, p. 361), a triangulação de métodos pode ser compreendida como uma dinâmica de investigação que integra a análise das estruturas, dos processos e dos resultados, a compreensão das relações envolvidas na implementação das ações e a visão que os atores diferenciados constroem sobre todo o projeto: seu desenvolvimento, as relações hierárquicas e técnicas, fazendo dele um construto específico. Processo este que propiciou uma fundamentação mais consistente na realização da análise, uma gama de troca de informações que objetivou esgotar ao máximo a análise realizada na pesquisa.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa constatou que, em relação ao perfil sociodemográfico e caracterização das participantes: 100% se consideram mulheres, com faixa etária que varia de 33 a 72 anos, com média de idade entre as participantes de 56 anos e 5 meses; em relação ao gênero, todas as participantes se declararam como do feminino; no critério cor: 50% se autodeclararam negras e outras 50%, brancas; em relação à religião: 75% se declararam católicas, 12,5% evangélicas e 12,5% espíritas. No que tange ao estado civil: 62,5% são casadas, 25% viúvas e 12,5% solteiras. No quesito profissão: 62,5% se consideram do lar, 25% aposentadas e 12,5% ainda trabalham formalmente. No que se refere ao grau de instrução: 50%

têm o ensino fundamental, 25% têm o ensino médio e 25% concluíram o ensino superior. Sobre o grau de parentesco com o dependente de substância psicoativa: 37,5% são avós, 25% são mães, 25% são irmãs e 12,5% são esposas.

O momento que diz respeito às discussões, ocorrido logo após a etapa de análise do material coletado, deu-se por meio da separação das categorias emergentes. Em cada categoria, foram agrupadas falas que têm correlação de sentido entre si, configurando unidades de significação. Houve falas que tinham aproximação com outras categorias, mas que, em sua essência, no contexto geral da entrevista, foram alocadas na categoria que mais enquadra o seu sentido.

Durante o processo de organização, emergiram cinco categorias:

1. “Sentimentos relacionados ao conviver com o adicto cotidianamente”
2. “Casa: lar, doce lar ou prisão domiciliar?”
3. “A dor na alma: da exaustão emocional à depressão”.
4. “Deus como único auxílio”.
5. “Profissionais da Atenção Primária à Saúde: aptos ou inaptos frente ao cotidiano do familiar codependente de substâncias psicoativas?”

A seguir, apresenta-se a discussão de cada categoria, com suas respectivas introduções e mergulha-se no cotidiano dos familiares, objeto desta pesquisa. Deseja-se aos leitores que tenham sensibilidade, empatia, estrutura emocional e lenços para secar as lágrimas que escorrerão ao mergulhar nesse fenômeno.

4.1 “SENTIMENTOS RELACIONADOS AO CONVIVER COM O ADICTO COTIDIANAMENTE”

“QUE HAJA AMOR EM CADA DIA TRISTE, PRA QUE EU CONSIGA VER BELEZA ONDE SÓ TEM DOR!”

(Isa Caffé)

Neste capítulo, o que se pode compreender sobre o conviver com um familiar adoecido pelo uso/abuso de substâncias psicoativas, mediante ao que foi encontrado na pesquisa, é que esse cotidiano está envolto por uma gama de sentimentos ambivalentes, que os familiares estão frágeis emocionalmente em decorrência da instabilidade de sentimentos que experienciam a todo o momento,

sem hora nem lugar para acontecer, indo desde o abrir os olhos pela manhã até a tentativa de dormir e descansar à noite.

É um cotidiano perpassado por profunda tristeza, desesperança, culpa, preocupação, angústia, negação, nojo, raiva, impotência, somatização de doenças físicas, traumas, vergonha, solidão, dificuldade financeira, exaustão emocional, pouca esperança, quebra de vínculo afetivo e familiar, pena, medo, revolta, falta de paz, desejo de fuga, ódio, mágoa, insônia, comprometimento neurológico, nervosismo à flor da pele, reflexões sobre a vida e alguns momentos de perseverança.

Quando os participantes foram confrontados em primeiro momento, todos ficaram inertes e reflexivos por alguns segundos, estão expostos a um sofrimento e estresse tão grande que vai além de sua existência humana, não encontrando palavras para nomear como é conviver com um familiar adicto, como nas falas a seguir:

“Ah... Sei Lá, nem sei falar! – Assim, sou sentida com alguma coisa, mas não sei o que que é! Ah, nem sei explicar! ... nem sei ... (Cabeça baixa) Ah, vou te falar que eu não sei nem explicar. (face entristecida, olhando para o chão) -Tem nem explicação!” (Dona Nenê).

“(Abaixa a cabeça, franzindo o rosto e balançando a cabeça em sinal de negação) - Nem sei, moço! Nem sei! Não existe palavra pra isso, não tem palavra” (Marilda).

“Ah, eu me sinto muito triste, muito triste mesmo. Eu não sei nem explicar o sentimento” (Florianinho Carrara).

Cezar e Jucá-Vasconcelos (2016) contribuem dizendo que os sentimentos não são de fácil classificação, uma vez que é necessária uma separação entre sentimentos, percepção e emoção. Sendo que o sentimento é um dos atributos da emoção, uma experiência que vai além do objetivo, é algo único e singular de cada sujeito. Como algo complexo, transpõe as sensações humanas, sendo relevante um entendimento e uma relação recíproca com o que está acontecendo e sensibilizando tais unidades. Tal sensibilização promoverá no indivíduo reações orgânicas que farão com que o mesmo não consiga, no primeiro momento, descrever o que está sentido, por ser algo que escapa ao seu domínio.

Para Maffesoli (1998, p. 37), os sentimentos são a maior expressão dos indivíduos, no transcorrer da vida humana, que, esteja onde estiver, é a sua marca

primordial de autenticidade. A necessidade de classificação dos sentimentos, na visão do autor, colabora para uma visão reducionista dos sentimentos, na tentativa de esquadramento em determinada categoria de sentimento, negando a máxima exaltação e limitando a experiência de tal sentimento que compõe a vida. Sentimentos que são elementos essenciais para o desenvolvimento e aprendizado humano, sendo garantida até a legitimidade de sentimentos consumidores, como a tristeza, por exemplo.

Em outros momentos, foi notado que os depoentes, cada vez mais, desvelavam-se em seu cotidiano e desvelavam o fenômeno arguido, e, nas falas, começou a aparecer enfaticamente o sentimento de tristeza. Viver com um familiar doente, e, nesse caso, adoecido pelas SPAs, é viver situações nunca esperadas, que, de um momento para outro, acontecem e, como uma “enchente”, vão tomando conta. Esses familiares são tomados pelo sentimento de tristeza tanto para si como em relação ao adicto, que, em outros momentos, misturavam-se a outros sentimentos. A seguir, alguns relatos:

“O meu sentimento... (olhar reflexivo) O meu sentimento era de uma tristeza muito profunda, era tristeza e era vergonha, e uma negação!” (Bebel).

“Ah, eu fico triste, aborrece, né? Aborrece muito (Olhos lacrimejam, olhar fixo no chão). Outro dia, vi ela trocando de roupa, olhei ela e pensei: “Meu pai, Jesus... Como que tá essa menina! Ela tá pele e osso. Ah! Porque traz muita tristeza pra gente, uai! A gente fica triste em ver uma filha da gente desse jeito, né! A gente põe um filho no mundo aí pra ser feliz, né! (Face de tristeza)” (Marilda).

“Uai, sinto mal, né! Porque a gente quer o melhor pros filhos, pros netos” (Lineu).

“Muita tristeza. Muita tristeza na alma (chora copiosamente). Dói na alma da gente. Quando ele chega em casa, às vezes não consegue segurar a urina. Faz a urina ali no corredor da casa, não aguenta segurar até chegar ao banheiro. [...] Nossa, eu me sinto assim... (face de tristeza) eu fico desesperada” (Florianinho Carrara).

Costa et al. (2017) afirmam que os sentimentos mais prevalentes na família que convive com um adicto de drogas são muito variados, porém os principais são tristeza, vergonha, impotência e culpa. O sentimento de tristeza é o mais prevalente, pois a família, como célula-base da sociedade, tem a responsabilidade de entregar à sociedade pessoas “normais”. Quando isso não acontece, a família passa a se

indagar onde foi que errou na criação desse indivíduo, que o levou para um caminho contrário ao da “normalidade”.

Esse processo reflexivo e a relação sentimental que existe com o adicto fazem com que a família se frustre em ver e sentir tudo o que sonhou para seu ente querido no futuro desmoronar como um “castelo de areia” e ter de aceitar a realidade de um problema grave dentro de seu lar. Frustração e convívio são permeados por profunda tristeza, em decorrência do agravamento do quadro de dependência.

Esse cotidiano incerto que permeia os familiares de adictos faz com que os mesmos estejam vulneráveis a sentimentos que acabam por lhes deixar sem saber ao certo o que estão sentindo, embora saibam que essa mescla lhes causa um sofrimento que interfere em todas as suas percepções cotidianas. Esses sentimentos confundem os familiares, pois acontece de forma radical, as situações presentes no dia a dia os levam desde o amor incondicional até o ódio mortal, ou seja, há presença de sentimentos ambivalentes nessa relação cotidiana.

Esses sentimentos se dão desde o desconhecimento da dependência de SPAs como doença até o processo de culpabilização do adicto por estar naquela situação. Em meio a isso tudo, os familiares se sentem responsáveis por estarem “presos” ao amor familiar. Experimentam instintos que, se não controlados, podem levá-los a cometer atos infracionais decorrentes da situação, do que esta lhes causou e dos papéis que os familiares foram obrigados a assumir.

Algumas falas descrevem esses momentos:

“Vem que eu vou te ajudar” e eu tirava a roupa dele no banheiro e eu colocava ele debaixo do chuveiro e ali ele tomava banho e eu ficava encostada na parede olhando assim, pensando: “O quê que eu vou fazer?” E a minha vontade, muitas vezes, foi segurar a cabeça dele debaixo d’água e afogar ele ali mesmo. Foi afogar ele. Sabe?” (Bebel).

“Ah! Ao mesmo tempo, pena e raiva! Ao mesmo tempo, pena dela, ao mesmo tempo, me dá raiva!” (Marilda).

“Ah! Sentimento de tristeza e revolta.” (Chora com cabeça baixa) (Dona Abgail).

“Acho que é uma mistura, né! De sentimentos, não existe um sentimento, você tem raiva, você tem pena, você tem impotência. [...] Aí vem aquele momento de raiva, você quer xingar, aí, passou a raiva, você quer ajudar. Então, é um misto muito complicado, não existe um sentimento que define. Ao mesmo tempo que eu tinha raiva, eu sentia uma mágoa imensa dele, porque, assim, ele é o

irmão mais velho, meu pai morreu, era pra ele ter assumido a casa, porque a minha mãe não foi preparada para trabalhar, para lidar com banco; meu avô nunca deixou elas trabalharem, ele cortava o cabelo da minha vó e delas com facção para elas não terem que trabalhar [...] meu irmão, por ser homem e ser mais velho, ele tinha que ter, porque seria a lógica natural, assim, as responsabilidades da casa” (Tuco).

Estar sob o mesmo teto que um adicto é a certeza de ter que experimentar sentimentos dos mais variados possíveis, haja vista que os acontecimentos e situações ocorrem de forma inesperada. Além dos sentimentos primários que se apresentam no primeiro momento da descoberta da adicção, gradativamente outros começam a surgir, como a raiva, o ódio, a pena; sentimentos ambivalentes e significativos para quem convive com tal situação.

Uma questão envolvida na relação entre familiares e o adicto é que os pensamentos dos primeiros em relação ao segundo lhes causará um determinado sentimento que logo ocasionará um comportamento. Essa tríade, pensamento, sentimento e ação, é muito delicada quando envolve substâncias psicoativas, pois os familiares, sem ferramentas e inexperiência ao lidar com esse problema, podem caminhar para uma ação impetuosa ou impensada, que gere danos irreversíveis, lesão corporal ou a morte do adicto (COSTA et al., 2017).

A presença desses sentimentos está intimamente ligada à responsabilidade familiar pela educação e a perpetuação de determinada cultura a novos integrantes familiares desde os tempos antigos, como bem se pôde observar e entender em capítulos anteriores. O sucesso do membro mais novo da família como cidadão de bem reflete positivamente em seu contexto familiar, bem como o fortalecimento de vínculos familiares, tornando aquele núcleo familiar consolidado enquanto célula social que conseguiu cumprir o seu papel.

Quando acontece o contrário, como está bem perceptível no desvelar dos familiares participantes deste estudo, seu familiar se torna adoecido, improdutivo socioeconomicamente, este passa a ser um peso para os demais membros da família, além de causar inúmeros transtornos. A família passa por um processo de culpabilização, questiona-se buscando encontrar onde errou, onde falhou em relação à criação e educação desses novos membros que compõem a sua prole.

De acordo com os relatos, os familiares trazem toda a culpa do insucesso para si, muitas das vezes, tomaram iniciativas que visavam ajudar seus entes

queridos e, por fim, foram culpabilizados por outros familiares, causando-lhes um sentimento ainda maior de tristeza e culpa, como mostram as falas a seguir:

“Eu num sei se foi a criação, sei lá! Eu não sei se eu soube criar ele direito, eu fico falando com meu menino, eu acho que eu não soube criar ele direito, porque usar droga, né!” (Dona Nenê).

“Tudo depende de mãe e pai. Então, acho que isso é muito o jeito de cuidar, de educar, de cuidar, sabe!” (Dona Abgail).

“(Pensativa) Hum... assim que ... eu acho que mais é aquilo, você não queria que fosse assim, sabe! Você vê os outros filhos comportados, comportados assim entre aspas, tá colocado bem, mas esse aqui: “Ah, porque se a gente fez tudo, sabe!” Aquela coisa que todo pai e mãe acaba sentindo, assim como os meus sentiram em relação a mim, porque eu já senti bastante culpa perante pai, sabe!” (Beijola).

“[...] ele já tentou matar o pai dele duas vezes. Então, eu coloquei ele cá em cima na minha casa, a casa deles é na rua de baixo, a minha é na rua de cima. Então, eu tirei ele da casa dele, coloquei cá pra cima, pra ver se ele saía pra frente; só que a minha família tá me acusando que eu coloquei ele lá dentro de casa, que eu sou culpada do que tá acontecendo” (Lineu).

“[...] a gente andava sempre na mesma turma e ele começou a cheirar cocaína, eu vi ele começar a entrar nisso, porque a gente tava sempre na mesma turma, eu vi ele começar a beber, entendeu! Então, assim.... Eu não consegui tirar. Eu parei a minha vida inteira até três anos atrás, foi em função dele. A gente estava nos locais, eu percebia que ele estava passando dos limites e tudo. Assim, eu não sei se, no fundo, eu me achava responsável por ter visto ele entrar e não ter feito nada. Eu sou a base da família desde que meu pai morreu, tudo sou eu! Eu sou o apoio de todo mundo [...] esse que sempre foi o maior e eu sempre me senti responsável por ele estar nessa situação, porque eu vi ele entrar e eu não consegui tirar. Então, até hoje, eu tenho, eu vou pro AA, eu parei de estudar por causa dele [...]” (Tuco).

Para Aragão, Milagre e Figlie (2009), o sentimento de culpa é inerente ao dia a dia dos familiares codependentes, por carregarem sobre si a responsabilidade de entregar para a sociedade um “cidadão de bem”. É um aspecto cultural, tradicional e social a família ser a primeira instituição que irá influenciar as ações do seu membro, tais como: ensinar a noção de certo e errado, o que é permitido e o que não é, transmissão de valores morais, sociais, religiosos e universais que irão corroborar para a formação ética desse ser, agindo na sociedade. A “falha” percebida nesse processo da transmissão da cultura e valores faz com que a família entre num

quadro de desconforto, mal-estar individual e social e potencialize sua autculpabilização.

Em meio a esse processo de culpabilização, os familiares demonstraram também uma enorme preocupação com seus entes adoecidos. Tal situação ocorre pelo elo de amor que os une e também por se sentirem culpados e pensarem que estão fadados a esse destino de tutela em relação ao adicto. Outro fator importante é o adoecimento do familiar, antes “sádio” e agora em um quadro de doença emocional, a codependência.

É perceptível na fala das entrevistadas que esse adoecimento faz com que as codependentes passem a agir de forma singular, com uma preocupação do que pode acontecer com o adicto. Esse sentimento lhes causa um forte impacto emocional. Como se pode ver nas falas a seguir:

“Sinto com medo porque pode pegar uma doença pior do que a droga aí, ué! A doença aids, outros tipos de doença que tem aí... aquela doença de macaco” (Marilda).

“A nossa preocupação é essa, porque é diabético, né. E o álcool com diabetes não combina. Tem época que ele fica agressivo dentro de casa, xinga todo mundo, ele fala muito a noite inteira, né. A gente que dorme lá, cada dia é uma, a gente fica naquele sufoco com medo até da glicose cair. A gente não sabe mexer com aquele aparelho. É muita preocupação mesmo pra nossa família” (Florianinho Carrara).

“Ah, eu não sinto nada, me sinto aborrecida mesmo! (Olhos lacrimejantes). Só deu ver ele sair daqui e ir pra rua, ir lá pra aquele morrinho lá (Aponta pro morro de frente), ficar com os moleques, eu já fico com a cabeça a mil. (Abaixa a cabeça, olhos fixos no chão). Aí, eu pensando: Será que ele tá sentindo frio? será que ele tá bem? Será que ele tá comendo direitinho? Olha só! De repente eu Puff (faz sinal de tombo com a mão), caí lá dentro do banheiro. [...] Aí, tava o quê? Tava pensando nele! Assim, você já fica preocupada quando você vê uma pessoa falando alguma coisa, você já fica, meu Deus, será que é com ele?” (Dona Nenê).

Beattie (2017) elucida claramente, em seu livro “Codependência nunca mais”, que o familiar, ao vivenciar a segunda etapa da codependência, que é o desespero, apresenta comportamentos extremados em decorrência de uma preocupação excessiva que se estende até a terceira fase do controle. A preocupação é um sentimento que consome os familiares 24 horas por dia. Isso ocorre porque, juntamente com a preocupação, vem a obsessão do familiar sobre

tudo o que envolve o adicto. Tais sentimentos fazem com que os familiares se esqueçam de si, não raciocinem efetivamente, percam o autocontrole e a capacidade de ação, que os levará ao *status* de “reféns” desse cotidiano, e, com tamanha ansiedade, a preocupação e obsessão ficam cada vez mais potentes e permitem o aparecimento de outros sentimentos negativos.

Não fazendo uso apenas de uma visão reducionista da relação entre preocupação e obsessão, é preciso salientar que o grupo familiar se sensibiliza, por meio dos sentimentos de carinho, amor, afeto, que são marcas de uma relação familiar que abarca uma complexidade física e psíquica, que somente a sutileza, empatia e flexibilidade são capazes de alimentar a vontade da troca, (com)partilha, e o estar junto com seus familiares adictos e não “abandoná-los”. O produto dessa relação é o surgimento do que pode ser analisado como saúde ou doença, de acordo com o impacto causado por uns aos outros, que, quando negativo, corrobora para sentimentos que fazem mal ao codependente só de sentir (RODRIGUES et al., 2018).

À medida que os depoentes se desvelavam, foi possível perceber falas carregadas de situações que lhes geraram nojo/repulsa, raiva e impotência. Levando-se em conta que, para a maioria das pessoas, a casa/lar é o local de comunhão, de paz, livre de mazelas, um local limpo, que gera bem-estar, foi possível perceber que a presença do adicto causa em seus familiares um sentimento de arrelia, ou, por vagar por diversos locais, muitas das vezes sem rumo e sem que saibam onde está caminhando e por vários dias, acaba por deixar seus familiares preocupados por não saberem onde se encontra e em que condições irá voltar.

O contexto familiar, quando entra em desarmonia, é alvo de sentimentos de raiva, pelo mal-estar causado, e a família, não sabendo lidar com essas situações, acaba por ter sensação de impotência, como se pode constatar nas falas a seguir:

“Porque é uma menina, né! Que anda em tudo quanto é lugar (com face de dúvida). Que de onde ela vem pode trazer muita influência ruim, traz bactérias. Nós temos bactérias, mas eu limpo aqui, eu passo álcool na casa, eu passo “defetante” na casa, entendeu?! E ela já não faz isso, ela fica no lixo. Como eu vou fazer? Eu dou comida ela, dou! Mas, do portão pra fora. Horror! Acho raiva, sinto raiva disso! Tenho pavor! Esses viciados. (faz gesto de repulsa com braços e rosto). Eu também sou viciada, eu fumo meu cigarro, mas o meu cigarro é diferente do dela. O meu faz mais mal do que o dela, não acredito não! Porque pedra é pior (refere ao crack)” (Marilda).

“Eu tinha nojo de ele chegar na minha panela, de ele fazer o prato dele. Aquilo me dava um nojo muito grande porque o alimento é uma coisa muito sagrada.” (Bebel).

“Ele usava a droga e tudo. Aí, ele chegava em casa, ele provocava a confusão pra sair de vítima, aí aquilo me dava raiva mesmo! Eu tinha vontade de bater, eu tinha vontade de xingar, entendeu!” (Tuco).

“É uma impotência, porque você não pode fazer nada! [...] você fica numa espécie de choque de impotência, você não queria ter um filho assim, sabe! Você queria que fosse diferente” (Beicola).

“(Olhos lacrimejantes) Impotente, me sinto impotente. Porque a gente quer ajudar, igual eu sou irmã dele mais velha, mas ele não aceita. [...] Eu me sinto impotente de vê ele nessa situação” (Florianinho Carrara).

Rodrigues et. al. (2018) e Beatie (2017) corroboram que, para o aparecimento do sentimento de raiva, impotência e arrelia, acontecem situações que levam o codependente a um triângulo formado por: salvar, tomar conta e raiva. Essa tríade acontece a partir do momento em que o codependente assume responsabilidades concretas ou não em relação ao adicto, e, quando consegue raciocinar o mínimo possível, percebe que o quadro torna a se repetir, e o mesmo sente raiva de si próprio e do adicto, por terem a sensação de ter despendido forças em vão e ter sido usado. Com isso, a sensação de impotência fica mais forte, o que leva a pensamentos de não saber mais o que fazer, ainda que faça tudo por seu familiar adoecido pelas drogas.

Que o dia a dia do familiar que convive com um adicto não é nada fácil já é possível perceber, mas as entrevistadas passaram a relatar um outro sentimento referente à convivência com essa pessoa, o medo. Além das incertezas e inseguranças, os familiares têm que conviver com este sentimento, que faz com que sintam suas vidas em risco iminente. Ao rememorar sobre as alterações que as substâncias psicoativas têm sobre o organismo dos seres humanos, fica mais evidente entender o receio e os cuidados que os familiares passam a ter, pois, de fato, estão em constante perigo em se tratando de estar vivendo com um adicto que, a qualquer momento, pode entrar em crise.

Para as participantes, não é fácil ter medo e receio daqueles que elas mais amam, a quem dedicaram suas vidas e prezaram pelo sucesso dos mesmos. Vivem uma dualidade amor e medo e acabam novamente tendo sua qualidade de vida comprometida, como expresso nas falas a seguir:

“Medo dele, porque eu tenho medo dele mexer, atrapalhar as coisas... Uai, ele atrapalha a televisão, ele atrapalha ... mexe naquelas tomadas, ranca fio das coisas, fio da televisão, olha: fio da televisão, fio do chuveiro, ele cortou o fio do chuveiro encima do meu marido tomando banho, ele tomando banho daquele jeito que você viu, com uma perna só [...] isso não é normal, ué! Então, tudo efeito da droga, efeito da bebida. “[...] semana passada, era três horas da manhã eu tava na porta do quarto dele, três horas da manhã, pedindo ele: “Pelo amor de Deus Neto, vai dormir, eu preciso dormir, seu avô precisa dormir!” porque qual o resultado, meu marido costuma passar a noite sentado, a hora que ele chega ele senta na beira da cama, duas horas da manhã você pode ir lá que meu marido tá sentado na cama, medo dele ir lá e fazer covardia com ele, ele não dorme, ele dorme sentado” (Lineu).

“– Aí, um dia ele chegou aqui, eu tava aqui, eu falei com ele, ele falou assim: “Ih, vô, para de falar, que cê fala demais, qualquer dia eu vou te estranhar”. – Aí, eu falei com ele: “O dia que cê me estranhar, você pode saber que você vai me matar, porque eu não aguento um pescoção seu”. [...] “Eu te criei com tanto amor, tanto carinho”. Falando com ele, “O umbiguinho seu caiu nessa mãozinha (mostra as mãos amparando), e agora cê fala que vai me bater?!” (Dona Abgail).

“Como eu vou segurar uma menina dependente química, como? Não posso! Ela tá nas drogas mais de não sei quantos anos, se eu prender ela aqui dentro dá “apitnência”. Diz que a pessoa chega até matar a gente por causa disso, agredir a gente, não agride? Ela vai me agredir por causa de droga aqui dentro? Aí tô arriscando minha vida! (Gesto de indagação com as mãos)” (Marilda).

Moraes et al. (2009) salientam que o medo é um sentimento fortemente presente no cotidiano da família que convive com um adicto. Ele assume diferentes roupagens, medo de perder seu familiar adoecido, medo de falhar, medo da solidão, porém nenhuma forma de medo é mais dolorosa e apreensiva do que o medo da violência física, verbal e psicológica. O medo em relação à violência gera um extremo abalo nas estruturas familiares, haja vista que os indivíduos perdem a total confiança uns nos outros, passam a não se reconhecerem mais, afetando até mesmo suas memórias saudosistas, chegando a um nível de relação permeado por apreensão, tensão, opressão e coação.

Ainda segundo Moraes et al. (2009), o medo da violência ocorre devido às extremas situações de estresse que acontecem no dia a dia e pelo fato de a utilização de SPAs pelo adicto levá-lo a um quadro de dissociação do próprio eu, bem como alterações orgânicas e funcionais relacionadas ao sistema nervoso. Em

decorrência disso, o adicto pode agir de forma inesperada, impensada e sem qualquer tipo de pudor, impulsiva e violentamente. Tal situação corrobora para impactos negativos e às vezes irreparáveis sobre a conjuntura familiar, fazendo com que os familiares passem a viver sentimentos mais intensos em relação aos traumas vividos.

Durante o desvelar dos depoentes e analisando as entrevistas, era possível cada vez mais aprofundar nesse imenso e doloroso cotidiano dos familiares, envolto por traumas, angústias e vergonha, que endossam e expõem cada vez mais os familiares ao adoecimento e à instabilidade emocional.

“Muitas dores que eu passei vem lá de dentro, muitas marcas que eu tenho vieram de lá de dentro, tanto é, que eu hoje eu não consigo nem entrar, às vezes eu vou com ele, não consigo entrar, não consigo ficar, porque sinto muita dor dentro de mim por conta desse departamento. [...] Olha, é, eu acho muito complicado, né? O dia a dia, porque você sabe o que acontece, mas você precisa agir com muita naturalidade. [...] isso cria dentro de mim, particularmente falando, cria uma angústia muito grande. Porque você tem vontade de externar, você tem vontade de falar: “olha, eu sei o que você está fazendo. O que você está fazendo não é certo. O que você está fazendo, tá te prejudicando, mas tá prejudicando sua família também. [...] Quando a minha mãe soube, eu fui tomada por uma vergonha tão grande, aquela que “vixe, eu fracassei”, eu tenho uma família, eu tenho filhos, eu tenho um esposo, mas não é nada daquilo que eu queria que fosse, não era nada daquilo que mostrava pra minha família que era, não era nada daquilo.” (Bebel).

“Eu jamais tive raiva dele e tudo, mas chegou uma época que eu não saía mais com ele. Eu saía com ele, eu não ia me divertir, eu tava preocupada com ele, entendeu?” (Tuco).

Soccol et al. (2014) e Beattie (2017) apontam que é compreensível que os familiares que convivem com adictos vivenciam e têm a todo momento sentimentos que derivam da ansiedade, preocupação e medo. Porém, no decorrer do processo de adoecimento que envolve a codependência, os familiares passam a vivenciar sentimentos de angústias pelo fato de estarem sempre esperando que o pior aconteça, em meio à tamanha situação de tensão. Os codependentes acabam transferindo sentimentos de raiva, arrelia e descontentamento para locais, coisas e pessoas que, de alguma forma, lembram que ainda não foi superado, propiciando aos familiares uma experiência negativa de rememorar uma situação extremamente maléfica e dolorosa no passado.

Beattie (2017) endossa que o sentimento de vergonha e raiva advém de traumas já vividos pelos familiares, que os levam à reflexão de como “permitiram” que a situação chegasse àquele ponto. A fase da negação no início da codependência corrobora para um pensamento posterior, no qual o familiar tinha certo “controle” sobre a situação e transparecia para as pessoas equilíbrio, que, com o tempo, tornou-se cada vez mais destrutiva. Quando não é possível mais o controle e as situações e ações do adicto se tornam cada vez mais intensas e complexas, vem o sentimento de vergonha pela ideia do “fracasso”. O codependente precisa lidar com a desconstrução de um mundo idealizado e esperado.

As experiências vividas por estes familiares estão carregadas de um enorme fardo pesado e complexo, composto por dificuldades financeiras, comprometimento neurológico em detrimento de situações extremamente estressantes, mágoas, falta de paz, que são situações muito tóxicas para o familiar que gradativamente vai adoecendo, como bem ilustrado nas falas a seguir:

“Vai dormir, rapaz!” Ele: “Ah, eu não tô cansado, eu num sei o que, eu vou sair.”, Falei: “Paga essas luz, porque ficar com essas luz toda acesa, as coisa tá cara.” Ele já não me ajuda, sabe o que é não ajudar? Ele não ajuda e tá la dormindo, a lá! “[...] eu tenho um barulho na cabeça que é tudo de preocupação, porque se eu fico preocupada eu não durmo direito, não tem como eu tranquilizar, Num é? Não tem! eu tô aqui, parece que eu tô com um aparelho de pressão na cabeça, direto, diretamente na cabeça coisa que tá zuando, aquele barulho, só desse lado (indicando lateral esquerda da cabeça). Por quê? Devido à preocupação” (Lineu).

“Foi quando eu quase experimentei a fome com meus filhos, foi um momento que eu trabalhava e eu quase experimentei, eu falo quase! Porque foi o senhor (Jesus) que não permitiu, nós quase experimentamos a fome. [...] Às vezes estava em casa e me vinha na cabeça aquela coisa, a imagem do homem montando no cavalo com uma arma apontada, passando e atirando, e acontecendo alguma coisa, isso foi durante muito tempo” (Bebel).

“Então, acho que magoa foi por isso, por eu ter parado a minha vida pra viver em função da dele, na época eu queria fazer veterinária [...] eu cheguei a fazer o vestibular, passei na... na época, era primeira e segunda fase desisti porque eu não ia embora e deixar o pai e a mãe com ele. Parei!” (Tuco).

“(Ainda chorando) Muita coisa errada! Eu achei que na minha velhice ia ser melhor, mas não tá sendo não. Não tá sendo, sabe! E eu nunca fui ruim pra ninguém, sabe! Sempre fui boa, tratei as pessoas bem, me respeitei muito, sabe! Não sei agora o que acontece, né!” (Dona Abgail).

Segundo Soccol et al. (2014), um dos problemas enfrentados pelos familiares de adictos é a sobrecarga financeira, pois chega em determinado momento em que o adicto não tem como se sustentar, torna-se um ser improdutivo do ponto de vista capitalista, e não tem como contribuir com as despesas mínimas de uma casa. Sendo muito humilde a realidade de muitos desses familiares, a presença da “fissura” pela droga faz com que o adicto passe a fazer qualquer coisa para obtenção da substância, o que o leva ao roubo em casa, de familiares e vizinhos. Essa situação fica mais complicada quando se tem a presença de dívida de drogas com traficantes, que constantemente fazem ameaças ao adicto e a sua família, que, vendo-se em risco, toma atitudes inesperadas, como empréstimos sem condições reais de pagamento, venda e penhora de objetos, roupas e aparelhos domésticos.

Esse quadro de sobrecarga financeira para os codependentes faz com que se sintam extremamente humilhados, tristes, sem esperança e, em muitos casos, chegam ao quadro mais grave de não terem o que comer ou se alimentam por meio da solidariedade de alguém. Isso impacta de forma negativa um dos determinantes sociais de saúde que é o direito ao lazer, que, para estes familiares, é impossível, pois estão paralisados e reféns dessa situação tão grave, o que corrobora cada vez mais para um quadro de adoecimento biopsicossocial (SOCCOL et al. 2014; BEATTIE, 2017; MORAES et al., 2009).

Esse adoecimento psíquico que a cada momento vai tomando proporções maiores faz com que os familiares passem a desenvolver respostas funcionais, neurológicas e sistêmicas que ocorrem de forma desarmônica, levando a comprometimentos muito sérios de suas funções psíquicas e físicas. Em situações de estresse emocional mais avançado, os familiares entram em estado de estagnação de suas vidas e também em crise do próprio eu, no sentido de se questionarem quanto ao que fizeram para merecer passar por todas essas situações, que, por fim, somatizam-se no corpo (NIMTZ et al., 2014).

A partir de tais situações vividas por estes participantes, é possível perceber como se tornam potenciais doentes, atingidos por uma gama de sentimentos que lhes causa dor e sofrimento. Não sabem como agir e são tomados por sintomas de ansiedade e acabam somatizando fisicamente o que advém da dimensão psíquica. Esse sofrimento fica mais perceptível quando as participantes começam a desenhar por meio de palavras a quebra do vínculo familiar e afetivo.

“Eu tremo, não tremo assim não (fazendo gesto de tremor com as mãos), eu tremo por dentro! Eu sinto um tremor por dentro, é um tremor ruim, estranho, sabe!” (Marilda).

“Eu sentia dor. Eu sentia muita dor e eu sentia um frio no meu estômago. [...] Eu me sentia muito mal. Me sentia... nossa! Aquilo pra mim era terrível. Era terrível, terrível, terrível. [...] eram noites que não passavam e aquilo eu sentia dor, eu sentia incomodo na região da barriga eu sentia dor de cabeça eu dormia quando eu cochilava assim eu tinha pesadelo eu via ele dentro do meu quarto conversando comigo e aquilo eu acordava e pior porque é um nervosismo muito grande que eu tinha dentro de mim” (Bebel).

“Aí, a minha família, eu tenho uma família maravilhosa” [...] Então, a gente sempre foi muito família de unir nos aniversários, vão fazer uma coisa pra fulana, e eu gostava daquela união bonita que tinha, sabe! Acabou!” (Dona Abgail).

“Não! A família inteira, destrói a confiança, você não tem confiança na pessoa, você tem esses mistos de sentimentos, ao mesmo tempo que você tem pena, você tem amor, você tem raiva. Entendeu! [...]jamais descontei a raiva nele, não era raiva dele, era raiva do efeito da droga. Eu vi minha mãe adoecer, acaba é com a família” (Tuco).

“A nossa família já não está com... qual é a palavra que eu vou te explicar? Estrutura. Nós estamos sem estrutura [...] [voz de choro] É por causa do vício dele e juntou a doença da minha sobrinha, né. Linfoma. A gente não sabe se pensa nele ou se pensa nela” (Florianinho Carrara).

Melman (2006) e Fontana et al. (2011) relacionam a situação de extremo estresse vivido pelos familiares dos adictos com a quebra de vínculo familiar em decorrência da exaustão emocional. O elevado nível de estresse vivido pelos codependentes corrobora fortemente para o adoecimento psíquico, que, em função das rupturas da dimensão subjetiva, impacta negativamente a dimensão física, fazendo com que esses indivíduos apresentem comprometimento neurológico, em especial as funções sensoriais. Eles ficam muito vulneráveis ao aparecimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), que, neste caso, a mais evidente é a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus, além do abalo no sistema imunológico.

Diante das narrativas, as participantes relatam pouca esperança, exaustão emocional e reflexões sobre a vida, como uma tentativa de encontrar respostas para esse sofrimento infundável. Todas as participantes dão a percepção de que já

ultrapassaram o estado de exaustão emocional da codependência. Apresentam sinais de aceitação da situação, indiferença e, quando chegam a experimentar a solidão e situações mais adversas, chocantes e cruéis que passaram, e algumas ainda vivem, às vezes caem no isolamento social. Muitas apresentam sintomas depressivos, porém com toda fibra, algumas encontram ainda forças para acreditar na restauração de suas vidas, como mostram os depoimentos a seguir:

“Não acho graça mais da vida, né! ... (Cabeça baixa, entrelaçando dedos). Ah, pra mim é tudo a mesma coisa! Mesma coisa assim, pra mim sei lá, eu não sei se tá bom se tá ruim! Só não acho graça em nada mais! Eu não tenho vontade, igual tem o aniversário da minha irmã. E vontade de ir não dá mesmo. Assim, pra mim não tem graça mais nada não! (Olhando no horizonte) A minha vida tá muito sem graça! (Olhos lacrimejam). Não tem sentido mais... (continua com o olhar fixo no horizonte). Não acho graça em nada mesmo, nada mesmo!” (Dona Nenê);

“Eu tô calejada disso, eu já nem esquento muito a cabeça mais com isso [...] Eu sou uma mulher que não posso ver nem ouvir; se eu ver ou ouvir eu fico chateada, eu fico nervosa.“[...] sobre as drogas da minha filha já tô calejada, já disse! Oh! Vou falar a verdade, se morrer amanhã com “alverdose” da droga, simplesmente vou enterrar, pelo menos acabou o sofrimento meu e dela! Não é assim que acaba? (Abre os braços indagando, face triste)” (Marilda).

“E eu falo pra você que foi a pior experiência que eu vivi na minha vida, a pior experiência! Eu ouvi dizer uma vez que o inferno é a pior experiência que cê vive, multiplicada por milhões de vezes. Então, eu vivi no inferno! Porque ali eu me vi sem a minha mãe, sem minhas irmãs. Nós saímos daqui com o caminhão cheio e o que nós voltamos foi com a roupa do corpo, roupa das crianças, material escolar e uma geladeira, porque o resto não tinha condições, os ratos tinham comigo tudo [...] E aquilo você ver tudo o eu você comprou tudo o que você conquistou, você jogar naquele buraco. [...] Eu senti, naquele momento, que a minha vida acabava ali, aquele sofrimento, aquele processo todo ele estava se consumindo com o fogo [...] Bebel, vamos embora!” – Eu: não eu quero olhar, eu preciso olhar porque ali a minha dor, o meu sofrimento e a minha tristeza... eu não via aquilo como uma matéria que estava queimando porque não tinha condição, aquele cheiro de açúcar queimado que subia, eu não via isso como uma matéria queimando, eu via a minha vida que tá acabando aqui e eu vou reconstruir ela de novo, eu vou lutar e eu vou reconstruir ela de novo” (Bebel).

“Mas a gente fica pensando na vida. Por que que a gente não tenta viver melhor, né? Porque a vida é tão curta, né. Porque a gente não procura coisas boas pra gente poder viver com a família. Pela saúde da gente mesma. Porque o vício do álcool traz muitas consequências, tanto físicas, emocionais. As pessoas, quando a pessoa bebe, ela perde a dignidade” (Florianinho Carrara).

Beattie (2017) e Melman (2006) salientam que a fase da exaustão emocional, característica da codependência, configura-se como o momento mais doloroso para os familiares, no qual passam a não terem mais esperança na vida e em si, além de viverem o sentimento de que “perderam” a luta contra as drogas. É um momento em que o familiar está completamente “destruído” emocional, psíquica e fisicamente, se dá conta do tempo “perdido” e do ponto a que chegou por ter parado a sua vida para viver a do seu familiar adicto. Nessa fase, o que predomina é a crise existencial do próprio eu no codependente, que, neste caso, já está isolado socialmente, com todos os seus laços interpessoais afetados, fragilizados e até mesmo quebrados, corroborando e caminhando para um grave quadro de depressão.

A depressão é caracterizada como um transtorno psíquico relacionado ao humor, no qual o indivíduo desenvolve uma tristeza muito profunda, que perdura por longos períodos, fazendo com que a pessoa tenha um nível extremamente rebaixado de humor, indiferença de sentimentos, pensamentos extremamente negativados e pessimistas, com alterações fisiológicas, funcionais e neurológicas. Pode ser caracterizada de leve (menor gravidade) até um grau maior, uma depressão mais severa, quando há a presença de sentimentos como a ideação suicida, ou até mesmo a concretização do ato de autoextermínio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Mesmo diante de tamanho sofrimento e batalhas, inúmeras situações conflituosas, perigosas, de desesperanças, incertezas, sentimentos ambíguos, variando de oito ou oitenta, como diz o ditado, é possível perceber que as participantes cumpriram e cumprem seus papéis sociais esperados. Ainda que adoecidas física e psiquicamente, algumas ainda se dispõem a ir até o fim, enquanto houver força para lutar, movidas pelo amor incondicional ao seu familiar e seguindo o passo a passo da codependência, logicamente de maneira inconsciente, como sem pode observar na fala a seguir:

“E eu amo meu irmão. O que eu puder fazer pra ajudar ele eu vou fazer até o fim, até o fim. Enquanto Deus me der força. Eu não desisto dele não, de ninguém. Não desisto mesmo. Não desisto” (Florianinho carrara).

Melo e Cavalcanti (2019) e Beattie (2017) concordam que a codependência é uma patologia emocional que se apresenta muito forte e enraizada em seus portadores, a tal ponto de alguns chegarem ao estágio de exaustão emocional e, mesmo assim, encontrarem força para resistir. Ainda que sem condições, buscam amparo no sentimento de amor e na fé, que fazem com que vão sendo “arrastados”, mas seguem adiante na luta pelo seu familiar, porém não é uma característica predominante nos codependentes, ao chegar à exaustão emocional, deixar de querer viver.

Melman (2006) e Beattie (2017) defendem que as relações familiares, afetivas e sociais bem estruturadas antes da presença das SPAs no seio familiar podem potencializar a relação de codependência, fazendo com que os familiares tenham dificuldades de “desapegar”, quando, na verdade, estão sendo destruídos pela situação da adicção. O sentimento de amor envolvido é visto como um elo tão forte, capaz de superar tudo, ainda que outros sentimentos, como a confiança, compartilhamento e intimidade estejam fragilizados, o amor permanece ainda para os familiares como o único sentimento capaz de “salvar” o adicto do mundo das drogas.

4.2 “CASA: LAR, DOCE LAR OU PRISÃO DOMICILIAR?”

“Lar é sentir bem-vindo, lugar onde a gente corre quando tudo fica mal. Lugar de maior segurança do mundo, refúgio nosso possível de ser compartilhado com outras pessoas; melhor quando compartilhado. É sentir-se parte de algo, é pertencer!” (João Doederlein).

Esta categoria ilustra, com a fala das participantes, que foi possível perceber situações cotidianas que transformam consideravelmente o ambiente familiar. A densidade e complexidade de viver com um familiar adicto de SPAs, pelo que se pode perceber nas falas, implica a transformação da esfera cotidiana do lar, fazendo com que esse local de troca, aprendizado, ensino, comuna, intimidade, espaço social individual e às vezes coletivo, estreitamento de vínculos de efetivos seja transformado para pior.

Passa a ter outra roupagem, um *status* negativo, que traz em seu clima uma energia negativa, de opressão, solidão, assemelhando-se ao que se vive em um cativeiro. Percebe-se que o sentimento e as situações de tensão estão presentes o

tempo todo no dia a dia dessas participantes e acontecem de formas diferentes, em relação ao adicto, às participantes familiares ou à área denominada “lar, doce lar”.

Isso dá a percepção de que esses familiares são aprisionados física e psiquicamente em seus lares, pois se pode perceber nas falas que, em alguns casos o lar assume um papel parecido ao de um “campo de concentração ou de guerra”, em que as participantes estão o tempo todo em alerta, prontas para o que der e vier. Esperam sempre que o pior possa acontecer, envolvidas pela tensão, dão lugar ao medo; em casa, passam a refletir sobre a situação e em decorrência do peso de vivê-las tornam-se aprisionadas pelos sentimentos em seus lares.

“Eu tenho vontade de sair, num consigo sair. Num consigo sair de casa. Parece que tô amarrada, sabe! Com as perna amarrada, num consigo andar. [...] Não tenho coragem. (Olhos lacrimejam). Agora, eu não! Eu não saio de casa ... eu não saio de casa, acho que é pior, né! – às vezes eu deito e fico pensando, sabe! Que o maior arrependimento meu, foi ter pegado ele pra criar.” (Dona Nenê).

‘E, quando comecei a pensar nisso, foi quando eu comecei a me recolher. Eu trabalhava à noite, na época, numa lanchonete, e eu ficava o dia inteiro dentro de casa de tanta vergonha, os meus filhos os maiores levavam os menores pro colégio e eu ficava em casa [...] eu passei durante muito tempo dentro de casa a ponto de não sair no quintal; eu levantava, os meninos já eram responsáveis por arrumar a casa, fazer alguma coisa, e eu levantava, arrumava as meninas [...]’ (Bebel).

Fontana et al. (2011) destacam que o familiar do dependente de substâncias psicoativas é rotineiramente colocado sob extremo estresse biopsicossocial, que, de forma direta, interfere na dinâmica da família e do lar. Os indivíduos sob estresse passam a apresentar tantos sintomas físicos como dores no corpo em geral, cansaço, desânimo, entre outros. Os sintomas que comprometem a função psíquica abrangem alterações de humor, inabilidade de resposta a determinadas situações. Estão presentes sintomas que vão desde uma euforia intensa até um período de tristeza intensa e progressiva, dificuldade de compreensão, hipervigilância a todo tempo. A sintomatologia de desarmonia social aparece sob a forma de isolamento social, reclusão do indivíduo, que deseja ficar sozinho, recusa de convites para estar no meio de outras pessoas, dificuldade de relacionamento interpessoal.

De acordo com a Constituição Federal “A casa é o asilo inviolável do indivíduo, ninguém nela podendo penetrar sem o consentimento do morador.” O que

remete à ideia de um local seguro, aconchegante, de descanso, paz e harmonia, o refúgio de cada ser. A presença da drogadição ocasiona uma disruptura no conceito de lar, ocorre uma desestruturação em que o familiar codependente passa a vivenciar situações nesse ambiente. De forma crescente e muito perceptível, a essência e a energia desse ambiente vão assumindo outras características, que, para os familiares, quando caem em si, é como se estivessem vivendo em uma prisão. Ocorre por diversos momentos uma inquietação e insatisfação de estar em um ambiente carregado de conflitos e situações que geram enorme impotência, parte de um processo em relação à drogadição (BRASIL, 1988; FONTANA et al., 2011; COSTA et al., 2017).

O processo de mudança de paradigma e a visão sobre lar como algo negativo e opressor advêm do processo em que o codependente vivencia desde o momento que soube da presença das drogas no meio familiar, até que ele chegue ao nível máximo de exaustão emocional. Nessa fase, a crise identitária, pensamentos reflexivos e o estranhamento com tudo e com todos são muito comuns. O codependente se sente sem saída naquela situação vivida, não sabe aonde recorrer, está impotente e inerte às situações vindouras, e, além do mais, tem que lidar com situações cotidianas. As pessoas que não vivenciam o morar com um adicto podem acreditar que essa situação seja fácil e aparentemente sem tanta importância, mas, para os codependentes, é um fator a mais de adoecimento, mais do que isso, uma sobrecarga (FONTANA, 2011).

De acordo com a fala das participantes, foi possível perceber uma demanda domiciliar que lhes gera uma sobrecarga e corrobora para seu adoecimento e, cada vez mais, para a inclinação a não se afastarem do lar pela responsabilidade e o dever do fazer doméstico. Todas as participantes dão indícios de estarem além da fase de exaustão emocional, mais essa carga é citada por elas, ainda que inconscientemente, como um fardo.

Foi possível perceber nas falas das participantes que, pelo fato de todas serem mulheres, pesa sobre seus ombros o dever de cuidar do lar e de seus familiares, o que dá a entender que, além de terem que lidar com inúmeras situações estressantes e por vezes assumir a direção do lar, estarem na linha de frente do cuidado ao seu familiar adicto, ainda têm que arcar com as atividades domésticas. Estas poderiam ser distribuídas entre os moradores da residência, para que essas mulheres pudessem cuidar um pouco de si próprias. Foi possível

perceber ainda que essa sobrecarga põe em risco outros tipos de vínculos, tornando-os mais frágeis, como se pode observar nos depoimentos a seguir.

“Eu tenho que arrumar janta, tenho duas marmitas pro meu filho e pro meu marido levar pro almoço, tem que fazer janta, limpar casa, lavar roupa, olhar menino” (Marilda).

“Só que ele não ajuda, ele não ajuda. Quando eu peço que é dar banho no meu marido ou tirar ele da cama e por na cama [...] aí eu tenho que dar almoço, de tarde eu tenho que trocar, à noite muitas vezes eu tenho que pelejar com ele sozinha pra trocar ele pra dormir, porque não tem ninguém pra ajudar. Então, como que eu vou manter, cuidar dele sozinha, não tem como. [...] fiz uma inscrição pra colocar ele no asilo, colocar no asilo, porque eu não posso, como eu vou cuidar dele sozinha, ninguém quer me ajudar. Então, eu acho que não é pecado!” (Lineu).

“Ah, porque peço ele pra me ajudar a fazer as coisas, ele num ajuda! – Sai... eu falo assim: -Só por a roupa lá! – porque a roupa dele a máquina lava sozinha ... e por no varau sozinha, assim que eu falo com ele! - Cê tem que me ajudar, pra poder manter, né, as coisas.” (Dona Nenê).

Vieira e Amaral (2013) relatam que a responsabilidade pelos serviços domésticos é ainda em sua maioria uma forte atribuição das mulheres em decorrência da cultura e história social. A jornada tripla de trabalho imposta às mulheres é um fator inegável de sobrecarga e adoecimento, pois, no transcorrer do tempo, um processo de mudança caminha lentamente e se supera a cada dia, contra um paradigma fortemente estabelecido na sociedade que é o patriarcalismo.

Com o processo de avanço tecnológico, globalização e industrialização, a mulher foi se inserindo no ambiente de trabalho, conquistando seus direitos por meio de muita luta. Porém ainda tem que lidar com situações desfavorecidas em relação à divisão sexual do trabalho, como salários inferiores ao dos homens, assédio moral e sexual por ocupar cargos que pelo senso comum seriam de homens, a exigência por uma qualificação em ter que se destacar em meio aos concorrentes do sexo masculino, e, quando grávidas ou com essa pretensão, são colocadas em situações de discriminação e até ameaçadas em desligamento do trabalho. Quando esta já está inserida no mercado, em situação oposta, nem consegue o emprego (VIEIRA; AMARAL, 2013; SILVA, 2011).

Silva (2011) complementa que, na tríade profissional, familiar e educacional, que forma a tripla jornada de trabalho, a responsabilidade familiar, que abarca todas

as situações rotineiras de uma casa, é a maior sobrecarga e desafio para as mulheres, pois, no campo profissional e educacional, as mulheres com muita insistência e resistência, têm ocupado seu espaço, mesmo que muito distante da representação masculina. A esfera do lar traz às mulheres um papel social que é um desafio a ser superado, pois a responsabilidade com os serviços domésticos, educação dos filhos e a manutenção da família em geral pesa fortemente sobre os ombros das mulheres. Isso configura a responsabilidade por entregar cidadãos “normais” e produtivos para a sociedade, o que é, sobretudo, uma forma de controle sobre o corpo feminino.

Com a presença das drogas no seio familiar, esse desafio torna-se mais complexo para as mulheres, porque um de seus membros foge às normas sociais, e a família, direcionada para o papel feminino da casa, fica a responsabilidade de “realinhamento” desse indivíduo. Nesse caso, as mulheres tornam-se ainda mais “reféns”. A maioria assume o papel de “Chefe” da família e cai no seguinte paradigma: trabalhar, estudar para se capacitar, cuidar do lar e ser a provedora de tudo e de todos, mas o conviver com um adicto requer um “cuidado/vigilância” 24 horas por dia, tornando essa jornada ainda mais árdua e pesada, o que colabora fortemente para o adoecimento psíquico, físico e social dessas mulheres, sempre expostas a extrema tensão (RODRIGUES et al., 2011; SILVA, 2011; VIEIRA; AMARAL, 2013).

Outro momento em que a tensão fica mais evidente na fala das participantes é durante a noite, em que relatam terem insônia, além de situações geradoras de estresse, insegurança e medo. Tal situação corrobora mais para o adoecimento físico e psíquico das participantes, pois têm o seu sono e o seu momento de descanso prejudicados.

Foi possível notar na fala das participantes que elas são consumidas e têm toda a sua energia sugada pela forte preocupação com o adicto, quando ele está fora de casa, em relação ao que pode acontecer com o mesmo ou em que condições voltará para casa:

“Preocupada com o menino na rua. O portão com cadeado, só encostado, a porta aberta, dá pra dormir?! (Faz sinal de indagação com os braços). Quando você sabe que tá dentro de casa, deita e dorme um sono tranquilo. Deito, levanto, olho na janela. Se ele vem, se ele tá por ali. Igual essa noite, essa noite eu levantei era uma e

pouca, depois passou, eu fiquei acordada. Aí, parecia que eu tava escutando conversa dele” (Dona Nenê).

“Eu não dormia porque eu não sabia onde ele tava. Eu não sabia o que tava acontecendo, eu não sabia o que podia acontecer, então eu não dormia. [...] E era como se a noite não passasse e às vezes eu ficava pegava o telefone, olhava a hora eu esperava o telefone tocar e ele não fazia contato nenhum comigo e eu esperava a hora passar e a noite não passava eu esperava o dia clarear pra eu poder ligar pro trabalho dele pra saber se tinha acontecido alguma coisa e aquilo não passava, eram noites intermináveis” (Bebel).

“Quando ele sai, a gente fica naquela expectativa de como vai chegar. Como que vai chegar aqui em casa hoje? A gente tem medo de um carro atropelar ele” (Florianinho Carrara).

“Acho que ela vem da ansiedade das preocupações, porque parece que a noite ele bate muito, sabe! Aí, de noite, eu acordo e fico assim: “Mas por que que isso tá acontecendo? Por que o meu filho não conversa comigo? Ele me tratava tão bem, com carinho. Por que tá acontecendo isso e isso na minha família, cê entendeu?”(Dona Abgail).

A ansiedade, associada com a preocupação, gera nos familiares um sentimento potencializado de hipervigilância e extrema tensão, uma vez que ficam extremamente ansiosos por não saberem onde seus familiares adictos estão, muito menos o que estão fazendo. Tal instabilidade emocional faz com que os codependentes entrem em um estado de alerta máximo por não saberem o que está por vir e, baseado em situações anteriores e na leitura do “repertório”, esperam sempre o pior. Esses comportamentos de hipervigilância são bastante danosos aos familiares por não permitirem que tenham sequer um momento de relaxamento ou descanso e isso impacta fortemente a saúde física e psíquica dos indivíduos, colaborando para o aparecimento de doenças de cunho biológico ou mental (MELO; CAVALCANTE, 2019).

Beattie (2017) salienta que os comportamentos codependentes são bastante destrutivos, ao ponto de impedir que o codependente encontre equilíbrio, satisfação e paz. Entre os comportamentos que permeiam os indivíduos acometidos por essa patologia emocional podem-se destacar diligência, baixa autoestima, repressão, obsessão, controle, negação, falta de comunicação, dependência, insegurança, sentimentos emotivos fragilizados, raiva e até mesmo disfunção sexual. Sendo que os comportamentos de obsessão e controle estão intimamente ligados ao quadro de

hipervigilância e extrema tensão, que desencadeia uma série de reações negativas e orgânicas nos indivíduos codependentes.

Outrora, quando o adicto está em casa, a preocupação acontece de outra forma, o cuidado com a própria vida ou do adicto em razão de outras comorbidades, além de o mesmo apresentar comportamentos que importunam a paz de seus familiares. São essas situações que mantêm os familiares a todo momento como reféns e sofrem antecipadamente pensando que algo ruim possa acontecer e o familiar não poder fazer nada para salvar o adicto. A seguir, apresentam-se algumas falas que ilustram bem esses momentos, e a participante Lineu é a que relata momentos de maior medo:

“Esse meu neto que é dependente químico, (continua) “porque o negócio é o seguinte, se você não dormir, eu também não durmo.” Porque ele bate com a vasilha, ele grita, ele bate nas coisas, ele vai pro quarto e faz batuque, sabe o que é batuque? Ele pega um pau ou mão, sei lá e começa a bater nas mesas (faz sinal de batuque com as mãos), na mesa de computador, ele fica no computador a noite inteira. [...] Sempre atenta, tô sempre atenta! Então, escuto, vou na porta do quarto dele. [...] Mas, quando ele bebe! Meu Deus! Nosso Deus! (Face de aterrorizada” é muito triste, é muito triste. Tem! Tem nesse ponto dele quando ele bebe a pessoa não pode ... deu não poder dormir direito, com medo dele aprontar alguma coisa pior dentro de casa, entendeu! Se ele ranca um fio de luz, o que mais esse menino pode fazer? É ele entrar dentro de casa ... ai eu já fico ... entendeu! Já fico ali ô, pensando o que ele pode fazer, se ele vai dormir ou se ele vai começar a bater com as coisas, se ele não vai estragar uma televisão. É isso que eu penso, é isso que eu fico preocupada na minha casa é isso. A gente não tem sossego, entendeu!” (Lineu).

“Agonia, medo, medo de dá um problema nele lá dentro do quarto e a gente não vê, né. E, no dia seguinte, a gente encontrar ele morto. [voz de choro] E se eu tiver lá à noite, igual essa noite eu dormi lá, se a pessoa passar mal eu não sei mexer naquele aparelho, não sei medir esse negócio de glicose. [...] A minha mãe tem medo é disso. Da gente achar ele morto lá dentro do quarto” (Florianinho Carrara).

As substâncias psicoativas são capazes de provocar nos indivíduos disfunções psíquicas que fazem com que tenham comportamentos agressivos, inoportunos e que podem levar até mesmo a violência física e verbal. Nesse contexto, as pessoas que mais sofrem com esse risco iminente de violência são os familiares dos adictos, por estarem mais próximos e compartilharem a mesma casa. Com isso, passam a vivenciar outros tipos de situações em que o sentimento de

medo aparece sob uma nova ótica, o medo de seu próprio ente querido (MORAES et al., 2009)

Segundo Costa et al. (2015), a violência é um fenômeno que se caracteriza por atos que gerem danos psicológicos, físicos, morais e verbais, praticados por um indivíduo único ou um grupo contra outra pessoa. Já a violência doméstica é entendida quando este fenômeno ocorre dentro do lar entre indivíduos que partilham de intimidade entre si e residem na mesma casa. A violência é entendida como um grave problema de saúde pública e social, que necessita da intervenção de aparatos do Estado, haja vista o dano irreparável na vítima que sofre com a violência, que, quando não tem sua vida ceifada, sofre com traumas decorrentes das situações vividas de medo e tensão.

De outro modo, Beattie (2017) comenta sobre o medo desenvolvido pelo comportamento codependente, que leva a uma preocupação excessiva, obcecada e controladora direcionada ao adicto. Como estão em constante “processo de salvar” seu familiar, o medo de perdê-lo para a droga ou comorbidades causadas por ela gera nos familiares um sentimento de ansiedade, previsão de pensamentos negativos e espera de que aconteça o pior, assim como ocorre nos casos de violência iminente a que estão expostos.

No que tange ao risco de violência, foi possível perceber que o conviver com um familiar dependente de SPAs, na maioria das vezes, tem ligação com o tráfico de drogas, que implica para os familiares risco iminente de vida, uma vez que sofrem ameaças, são coagidos e quase pagam com a própria vida. Tais situações foram enredadas pelo familiar adicto, como mostra a fala de Bebel, que demonstra profunda arrelia ao ter sua família e seus filhos expostos ao perigo, devido ao envolvimento de seu familiar com uma parente de um traficante:

“Então, pra mim ali foi um requinte de crueldade muito grande que você comprometer uma família, você comprometer uma criança, por conta de uma demanda que é sua, é muito pesado. [...] minha mãe disse: “Junta as crianças e vamos embora!” [...] as crianças já estavam de pijamas, prontas para dormir, a caminha deles já estavam arrumadas, já estava tudo direitinho, nós fechamos a casa e saímos, deu tempo só de pegar as crianças. [...] Cadê ele? Porque o meu sobrinho vai subir aqui até 5 horas da tarde, se ele não pagar, meu sobrinho vai vir aqui e vai ser pior, ele vai subir de “cavalo” e vai pegar todo mundo, eu olhei pra ela, disse: tá bom!” (Bebel).

Já a participante Tuco relata os momentos que viveu com seu familiar, que, no momento de tensão, não sabendo o que fazer, teve uma atitude extremada de trancá-lo no quarto e, em outro momento, vivenciou dentro de casa a crise de abstinência, e também precisou se arriscar, expondo-se com terceiros para manter a ordem em sua casa:

“Eu não tinha mais como consolar, eu esperei, tranquei ele dentro do quarto até ele melhorar. Falei que se ele saísse de lá, eu ia chamar a polícia pra ele [...]. A minha casa, o quarto da minha mãe e minha irmã embaixo, a minha casa é muito grande, e eu e ele encima, às vezes duas ou três horas da manhã ele batia, eu já passei noites com ele dando crise de abstinência, aquilo ele tremendo.[...] aí eu comecei a ver de noite chegar motoboy pra entregar CD, pra entregar não sei o que, eu disse: “Para!” Aí um dia eu desci e mandei o motoboy voltar e disse:” Ou você sai daqui ou eu chamo a polícia!”, aí depois ele veio brigar comigo” (Tuco).

De acordo com Domingues, Desses e Queiroz (2015), estima-se que em torno de 44% dos homicídios no Brasil, na faixa etária de 12 a 18 anos, são decorrentes da ligação com o narcotráfico, que, por meio de suas próprias “regras” e “leis” executa suas cobranças de forma violenta, subjugando o adicto devedor e sua família a situações de extremo perigo, que, em casos mais fúteis ou graves, culmina no ato de homicídio do próprio adicto ou algum membro familiar por vingança.

O risco iminente de vida da família do adicto é uma situação bastante grave, pois ela compromete a segurança de toda a família e poderá colaborar também para o aumento da violência e rixa entre famílias distintas do mesmo território ou localidade próxima, uma vez que a ameaça de vida fisiológica e instintivamente desencadeia no ser humano duas respostas: luta ou fuga. Com isso, a situação tende a piorar e tomar proporções muito maiores, fazendo com que os familiares fiquem cada vez mais adoecidos por este cotidiano incerto e perigoso (DOMINGUES; DESSEN; QUEIROZ, 2015; SOCCOL et al., 2014).

Beattie (2017) salienta que, em situações de extremo estresse, o familiar codependente, diante de alguma situação de perigo iminente ou nível máximo de preocupação, obsessão e controle, pode se comportar de maneira agressiva, coercitiva e até mesmo ter ações equivocadas e precipitadas na tentativa de afastar o adicto das drogas. Sente-se impotente com as palavras e, nessa fase de controle, pode haver a presença da utilização de força física ou atos de aprisionamento do

adicto, que, por fim, fragilizará ainda mais a relação entre família e adicto, bem como as relações sociais e interpessoais do familiar codependente.

Diante desse cenário, é possível notar nas falas e pela análise do conteúdo que essas situações trazem uma enorme instabilidade para os familiares, e os conflitos crescentes e intermináveis caminham para um estranhamento no lar, uma esfera com uma energia diferente, daquele arquétipo de lar que as pessoas idealizam e vivem quando não são acometidas por uma doença devastadora como as drogas. Buscam, quando conseguem e têm forças, espaços e locais extralhar, ares, climas e energias diferentes daquela tão pesada e tóxica de suas casas, causadora de opressão.

Dá para perceber que buscam no seu pequeno ciclo social pessoas com quem possam dividir o fardo, mesmo que por meio do diálogo, pois se sentem tão aprisionadas que o simples fato de falar sobre aquilo traz um pouco de alívio é como escape de outras práticas danosas à própria saúde, como a evitação do cigarro. As falas de Bebel, Marilda e Dona Nenê espelham isso.

“A casa tinha uma energia muito pesada, os meus filhos eram muito tristes, eu creio que eles eram iguais a mim, sobressaltados, agitados; eles viviam em alerta, porque a qualquer momento alguma coisa poderia acontecer. Então, eles viviam ali em alerta, eles não eram crianças normais, eles eram crianças atentas, crianças espertas que estavam prontas pra tudo. [...] por estar muito entregue, estar muito rendida e envolvida nessa situação, eu não conseguia levantar da minha cama. Eu ficava o dia inteiro, ali foi o pior momento, porque tinha uma pressão do ambiente” (Bebel).

“Tem dia que eu fico bem, tem dia que eu não fico. Essas voltas que eu dou assim, dou as voltas pra não ficar parada. Tendeu? Ah! Muito difícil (Franzino rosto). “[...] eu fumo de nervosa, agitação. Pra você ver, hoje eu “tava” andando lá pra não fumar (aponta pra rua). Porque se eu ficar parada dentro de casa, eu fumo um maço por dia. Aí, eu saio pra rua, aí eu não fumo” (Marilda).

“Às vezes eu vou, assim, fui no Manoel Honório, outro dia que tem uma irmã que mora lá. Aí, comecei a chorar, aí, comentei pra ela as coisas dele (aponta pro quarto). Aí, ela pegou e falou assim: não fica assim não! – Eu falei: Irmã, eu não quero dividir, meus problemas com ninguém, não quero mesmo. Mas, infelizmente eu vou conversar com você” (Dona Nenê).

De acordo com Gonçalves et al. (2017); Beattie (2017), múltiplos fatores podem colaborar para o início de um quadro de melancolia e depressão. No caso do cotidiano vivido com o adicto, devido ao isolamento social ao qual os familiares são

alocados por vergonha, medo e impotência, o diálogo como forma de expressão, liberdade e compartilhamento fica comprometido, principalmente pelo sentimento de vergonha. O codependente passa a não externalizar suas inquietações e embute dentro de si essa “luta” diária. A comunicação verbal e não verbal é a forma mais expressiva de troca e aprendizagem entre os indivíduos, que reforçam os laços interpessoais e amenizam o sentimento de aflição, pois, sem comunicação, não há interação (GONÇALVES et al., 2018; BEATTIE, 2017; BROCA; FERREIRA, 2015).

Com relação a várias situações que permeiam o cotidiano dessas pessoas, quando ocorre o comprometimento da comunicação decorrente de alguma situação externa, é um indicativo de que algo não vai bem e o sujeito está com outras dimensões abaladas. Tal situação colabora para um quadro de desequilíbrio emocional, causando desordem de sentimento e conseqüentemente oscilação de humor no indivíduo. Experienciar essa desordem emocional gera nas pessoas estranhamento de si e de tudo ao seu redor, e gradativamente vai tendo sentimentos de ansiedade, tristeza, crise de identidade e apatia emocional muito potencializados (FEITOSA; BOHRY; MACHADO, 2011; GONÇALVES et al. 2018).

Gonçalves et al. (2018) e Alvarez, Gomes e Xavier (2014) salientam que o quadro de depressão e melancolia está em sua maioria associado com a dependência de nicotina, utilizado inconscientemente como uma “ferramenta” para amenizar a ansiedade e a ociosidade. Como mencionado anteriormente, o quadro de alteração que afeta o humor, tal como o início da depressão, impacta negativamente a forma como os indivíduos enxergam suas vidas e o local ao qual estão inseridos. Com isso o estranhamento do lar e desconforto no mesmo e o desejo de fuga são, na realidade, tentativas que os indivíduos associam com o externo, quando a questão é interna.

Foi possível perceber nas falas das participantes, em específico na de Bebel (mais frágil por estar grávida na época), que todas essas tensões fazem com que não vejam possibilidade em outros ambientes, demonstram tamanho cansaço, que a é como se a cada minuto fossem desfalecendo e se enfraquecendo dentro de seus lares, tomadas pelo medo, impotência, dificuldades diversas, relatam sensações de estarem sendo vigiadas:

“[...] eu não conseguia chegar na porta, porque a qualquer momento eu me sentia vigiada, não chegava na porta e tinha um cuidado muito grade com os meus filhos, porque eles tinham a necessidade de ir

pro colégio, de voltar, de às vezes fazer alguma coisa, mas eu não podia tirar isso deles. [...] mas eu tinha muito medo, constantemente eu tinha medo. Às vezes estava em casa e me vinha na cabeça aquela coisa, a imagem do homem montando no cavalo com uma arma apontada, passando e atirando, e acontecendo alguma coisa, isso foi durante muito tempo. E passar por uma gravidez, sentindo esse medo foi uma coisa terrível, foi uma coisa complicada, foi uma coisa que me desestruturou muito [...]” – (Bebel)

Conviver com um familiar adicto é estar constantemente sob ameaça, extrema tensão, medo e insegurança. Tais situações potencializam ainda mais o quadro de comprometimento neurológico e pensamentos negativos. Sentir-se vigiado em detrimento da ligação com um familiar adoecido pela droga é um sentimento doloroso e comum, haja vista que vivem em constante alerta, esperando sempre o pior. Essa situação implica diretamente a dinâmica de toda a família, que passa a assumir comportamentos e atitudes preventivas para minimizar qualquer situação de conflito ou perigo (REIS; OLIVEIRA, 2015).

A situação de gravidez específica de Bebel gerou-lhe um abalo emocional ainda maior, pois a gravidez é, na maioria dos casos, desejada pela mulher e configura-se como um momento especial e único para ela, pois passa por mudanças físicas e orgânicas, como também alterações psicológicas. Para a mulher, esse é o “milagre da vida”, ela, como único ser capaz de gerar outra vida, pode vivenciar esse momento de múltiplas formas, por ser também algo que envolve a subjetividade de cada uma (LEITE et al., 2014).

A gravidez propicia à mulher a vivência de uma mescla de sentimentos tanto positivos, como felicidade, amor, alegria, satisfação, aceitação, (re)significação da vida, revisão de prioridades, sonhos, e planos diante dessa realidade. Porém a presença de sentimentos desagradáveis também pode existir, entre eles medo, insegurança, dúvida, ansiedade, estranhamento, pensamentos complexos da responsabilidade de cuidar de outra vida, assim como educá-la e torná-la um cidadão. Ou seja, é um momento que tem grande impacto na vida da mulher (LEITE et al., 2014).

O processo gravídico da mulher afetado por questões da adicção, seja pelo próprio uso, seja de um familiar próximo, será um enorme complicador no sentido físico e psíquico para essa mulher, que, além de ter que lidar com suas próprias subjetividades, será obrigada e exposta a lidar com todas as mazelas que a dependência de SPAs traz para a vida dos sujeitos e de seus familiares. Essa

situação fará com que a mulher vivencie outros sentimentos, além daqueles intrínsecos à gravidez, sendo uma experiência negativa, traumática e que gera danos irreparáveis à saúde tanto física como psíquica, pois essa mulher pode desenvolver processos negativos internamente e potencializados. Isso pode culminar em uma disfunção psíquica como um quadro de depressão, ou alterações físicas e metabólicas em que a mulher não tenha condições de levar a gravidez até o final (OLIVEIRA et al., 2015; RAMALHO et al., 2017).

Foi possível ainda perceber por meio das falas das participantes estratégias criadas pelos familiares codependentes, em uma tentativa de escape do lar, o revezamento de pessoas para dividirem a responsabilidade de cuidar do adicto. Porém se pôde observar também que a “prisão domiciliar” não acontecesse apenas fisicamente, mas psiquicamente também.

E perceptível que esses familiares em estado de codependência têm uma transferência emocional com seu familiar, que as “amarras” que os prendem ocorrem mesmo quando estão em um local desejado por muitos para diversão e a quilômetros de distância do adicto. Essa “amarras” colabora para um isolamento social, bem como a mortificação de toda a família, como bem relatado por Florianinho Carrara:

Isso tudo preocupa a gente, né. Tira o prazer da gente de viver, de viver uma vida plena de você ter um prazer pra falar assim: “hoje eu vou tomar um banho, vou sair, vou levar minha mãe pra passear”. A gente não sabe como a pessoa vai chegar. Muitas vezes a gente deixa de sair por causa dele. Então lá em casa na minha família a gente não tem prazer mais nem pra sair de casa. A nossa vida fico resumida somente nesse mundinho. Só no mundinho familiar mesmo, mesmo pra ir numa igreja aos domingos. Ou vai duas e ficam duas. A mãe fica eu vou sozinha com uma irmã minha. Sempre tem que ter alguém com a mãe, porque não pode deixar ela sozinha com ele. Tem dia que a gente quer sair, igual ontem teve aniversário de uma amiga minha ali, a gente nem foi. Medo de sair, né. Mas eu fico com pena da minha mãe, porque as vezes ela quer sair e ele pode deixar um gás ligado. Igual um dia ele deixou ligado (fala chorando). Se minha irmã que mora em cima não sentisse o cheiro ia pegar fogo lá na cozinha. [...] É nessa parte que a agente fica muito chateada. [...] Aí, a gente estava lá, que que aconteceu? A minha mãe com pensamento nele aqui 24 horas. Ela tirou o prazer nosso todinho lá. Nós não tivemos prazer lá, nem de aproveitar muito, porque o pensamento dela estava aqui e ela ficou só deitada. Tinha piscina grande toda vida, tinha piscina, churrasco todo dia, comida variada e minha mãe só deitada, né. Porque ela também estava com depressão tinha acabado de sair de depressão. Ela ficou deitada lá os quatro dias. A gente saiu pra divertir, chegou lá, uma tristeza

danada também. Fica uma família de pessoas caladas, a gente se isola, porque... não é porque a gente queira, mas como a gente vai fazer? Não pode ir pra lugar nenhum. Porque se vai a gente tem medo dele fazer alguma coisa aí. Ela já tem medo até de sair de casa, sempre uma fica com ela” (Florianinho Carrara).

Os sentimentos de preocupação, tristeza e vergonha que permeiam o cotidiano do familiar que convive com um adicto de drogas, associado com o quadro de codependência, levará gradativamente a família a não interação social. O isolamento social é situação na qual um indivíduo ou grupo se apartam voluntariamente ou não de suas relações sociais, trocas e compartilhamento com os outros membros da sociedade. Inúmeros fatores podem contribuir para o isolamento social, internos ou externos do ser humano. As pessoas acometidas pelo isolamento sofrem a dificuldade de se relacionar com outros seres humanos, deixando de participar e se envolver com várias ações de cunho social, além de comprometer o psicológico desses indivíduos (ARAGÃO; MILAGRES; FIGLIE, 2009; SOCCOL et al., 2014).

O isolamento social é caracterizado como um dos primeiros sintomas para o aparecimento da depressão. Assim é considerado, pois o indivíduo que não interage com outros membros da sociedade fica limitado, não cresce e nem se aprimora enquanto ser humano. Viver em sociedade é viver em rede, constante troca e aprendizado, compartilha de fenômenos internos e respeito mútuo. O isolamento pode acontecer por alterações funcionais e psíquicas congênitas do indivíduo, ou quando o mesmo sofre com alguma situação externa, que lhe gera profundo abalo mental e social, como é o caso da adicção, que impacta negativamente o indivíduo de todas as formas possíveis. Causa uma desestrutura multidimensional: física, psíquica, biológica, social e espiritual em que o indivíduo se desequilibra e tenta formas e estratégias para se realinhar, encontrando enorme dificuldade por estar diante de todas as suas bases fragilizadas, inclusive seu lar (FEITOSA; BOHRY; MACHADO, 2014; ALVAREZ; GOMES; XAVIER, 2014).

Em se tratando do lar, doce lar como prisão domiciliar, o desejo das participantes se soma ao da Dona Abigail, que não suporta mais esse problema e o peso do cotidiano de toda a família, como expressa em sua fala:

“Porque eu acho que eu indo embora, eu saio do problema, sabe! Eu vou té levar ele, porque eu vou pensar sempre nele, mas aí eu não vou saber de dia a dia de todos, né!” (Dona Abgail).

A dor é um sentimento subjetivo, experienciado por cada pessoa de maneira diferente, é uma sensação que gera desconforto e mal-estar em quem sente. Esse sentimento pode estar ligado a estímulos externos, causadores de dor na dimensão biológica, como pode acometer a dimensão psicológica e gerar uma sensação ainda mais subjetiva, que perpassa os limites humanos e gera nos indivíduos um grande impacto emocional. Diferente da dor física, que possui terapias medicamentosas que cessam ou amenizam o sentimento de dor, a dor psicológica fragiliza o emocional e promove rupturas mentais nos indivíduos. Essa situação de disfunção psíquica deixa os indivíduos tão desorientados e sem ação que paralisa e torna impotentes os sujeitos, de forma que passam a ter dificuldades de dar seguimento saudável a suas vidas que perdem qualidade (MARQUEZ, 2011; BAPTISTA, 2011).

A dor que afeta a estrutura psicológica no que tange ao subjetivo, é tão incômoda e causadora de sofrimento, que os indivíduos tentam criar e planejar formas de se livrar desse sentimento que os consome gradativamente, visualizando a fuga como porta de “escape” do problema. Nessa fase, os indivíduos já estão em um nível de exaustão emocional muito avançado, no qual não encontram mais forças para lutar e passam a recuar e fugir do problema como estratégia de se apartar da dor que se enraizou emocionalmente. Assim, o quadro de depressão já está instalado, os indivíduos não se reconhecem mais, agem de forma disfuncional, apresentam estranhamento com o meio social e seu lar, não sendo este mais um abrigo, mas sim um campo de concentração (BAPTISTA, 2011; BEATTIE, 2017).

4.3 A DOR NA ALMA: DA EXAUSTÃO EMOCIONAL À DEPRESSÃO

Não Te Rendas

“Não te rendas, ainda estás a tempo de alcançar e começar de novo, aceitar as tuas sombras enterrar os teus medos, largar o lastro, retomar o voo.

Não te rendas que a vida é isso, continuar a viagem, perseguir os teus sonhos, destravar os tempos, arrumar os escombros, e destapar o céu.

Não te rendas, por favor, não cedas, ainda que o frio queime, ainda que o medo morda, ainda que o sol se esconda, e se cale o vento: ainda há fogo na tua alma ainda existe vida nos teus sonhos”.

(Mario Benedetti)

Início esta categoria com um fragmento do poema de um escritor Uruguaio, como forma de dedicação, motivação e apoio às participantes desta pesquisa, que, durante esse tópico de suas entrevistas, foram no mais profundo do seu íntimo e desvelaram uma dor que transcende a dor na alma.

Esta categoria tem como objetivo elucidar, com a fala das participantes, alguns de seus momentos mais íntimos da coleta de dados, quando começam a apresentar um quadro característico de depressão. Em categoria anterior, foi possível compreender algumas das fases da psicopatologia emocional – Codependência. Durante a coleta de dados e posterior análise, foi possível perceber que todas as participantes já ultrapassaram a fase de exaustão emocional.

Todas demonstraram já terem passado pelas demais fases da codependência, como a negação, raiva, extremo controle, barganha, diversas tentativas de sensibilização, gasto de energia inadequado pela falta de informação, situações e sentimentos ambivalentes, até a percepção do auxílio divino como o único meio de salvação, cura e restauração desse contexto familiar.

E, quando chegam à fase de exaustão emocional, demonstrada por suas falas e expressões física, falam com um saudosismo a respeito de como eram felizes no passado e agora dão a percepção que já viveram ou vivem a sensação de derrota, perda, vergonha, desânimo, desesperança e isolamento social e que entraram sem perceber em um estado de depressão que cada vez mais toma conta de suas vidas, como mostram as falas a seguir:

“(Responde chorando) Eu fico me perguntando, porque eu era uma pessoa alegre, sabe! Gostava de música, gostava de comunicação com as pessoas, porque eu trabalhei muito com pessoas de bem, sabe!”(Dona Abgail).

‘[...] e eu só tinha força pra deita de novo. Aí, eu deitava de novo, eu levantava e fazia o almoço e deitada de novo. Às vezes, na sala, levava o travesseiro pra sala e ficava assistindo televisão e ali eu ficava” (Bebel).

A depressão é entendida como a variação de sentimentos, afetos e humor, com a presença de diversos sintomas físicos e psíquicos, e se diferencia da tristeza, pois perdura por mais tempo, ultrapassando 15 a 20 dias. A depressão pode variar de grau leve a grave, sendo agravada quando o indivíduo vivencia rotineiramente situações de conflitos, isolamento social, tensões e quebra de vínculos. Em grau mais elevado, pode levar o indivíduo a cometer situações inimagináveis, culminando até em autoextermínio por parte do indivíduo doente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Estar sob o mesmo teto, conviver, compartilhar momentos com um indivíduo adicto é uma enorme abertura para o aparecimento, desenvolvimento e instalação da depressão. Os familiares de dependentes de substâncias psicoativas, denominados de codependentes, estão em sua maioria fadados ao adoecimento multifacetado, mas principalmente à depressão (BRASIL, 2016; MACIEL et al., 2014).

Moraes et al. (2009) complementam que o vivenciar sentimentos internalizados que são negativos e pesados a cada indivíduo dá margem para que o mesmo, cada vez mais, sinta-se deslocado, triste, ansioso, solitário e sem perspectiva, como se houvesse um processo de individualização, no qual fatores externos passam maciçamente para a dimensão interna dos indivíduos e lhes causem profunda sensação de tristeza e desesperança. Esta corrobora para a perduração de longo tempo e o ser se torna adoecido pela depressão. Isso desencadeará respostas de adaptação do corpo, mas, devido à complexidade do problema, passam a idealizar outros meios de fuga, na tentativa de acabar com a dor em decorrência das drogas.

Logo, foi possível perceber novamente na fala das participantes o desejo de fuga e como a sobrecarga do papel social que ocupam em seus lares continua a ser um agravante em meio a esse processo característico de depressão. Sentem-se impedidas por outros laços familiares e pelo medo da solidão em tomar uma atitude e seguir em frente sozinhas, ou pela falta do ente querido. Fazem questionamentos a Deus, buscando entender a situação de agora, sendo que, no passado, eram tão felizes. Além da tristeza, passam a viver momentos de crises existenciais.

“Ah, tem hora que dá até uma raiva na gente. Sinceramente, dá uma raiva, uma mistura de raiva com agonia. Dá uma vontade de sair

correndo, sabe. A gente fica meio desnorteada, a gente fica desnorteada. Aí, eu e a irmã só não vamos dar conta, não. É o irmão pra gente pensar, é a mãe, a sobrinha. Que estrutura que um corpo físico tem? Vai indo a gente não aguenta não. A gente não tem fome, a gente come forçado, que o alimento não quer nem descer. É muito triste a vida que a gente está levando. A tribulação está grande. Tem que ter muita fé em Deus” (Florianinho Carrara).

“Eu queria também ter coragem de ir embora, enfrentar a vida sozinha, por lá! Alugo um quarto, sala, cozinha e banheiro e vou morar, cê entendeu? [...]” Aí, eu fico presa, porque eu fico pensando: “eu vou, vou deixar os netos, vou deixar ela!”, aí eu fico presa, mas aí o preso está prejudicando a mim mesma. [...] todo mundo falava: “Aí, Dona Abgail, a senhora é tão boa, a senhora é tão alegre.” E agora, isso tudo! Eu pergunto a Deus, cadê aquela alegria que eu tinha? Ela acabou! (Ainda chorando, cabeça baixa, esfregando as mãos uma na outra). Foi assim, eu tenho mais chorado na minha vida do que tudo, sabe! É muita coisa! Cê cria uma família, você fala assim: “Ah, eu tenho amigos, é meus filhos.” – Os filhos crescem, eles te abandonam, sabe! (suspirando fundo). – Quando cê ta nova, não! Mas cê ficou velha, não são todos, que eu vou te falar que não são todos. Mas alguns te abandonam, cê sabe que abandona! A gente fica mais de idade, eles começam a por defeito” (Dona Abgail).

“Aí... tudo, né! Até aqui dentro de casa também! Eu tenho vontade de ir embora daqui e morar na minha casa. [...] mas, na mesma hora, eu tenho medo de ficar sozinha! Eu não posso ficar sozinha! Se eu ver que tô ficando sozinha eu não paro em casa, tenho que sair pra rua, eu não posso ficar sozinha. Eu tenho medo de ficar sozinha. [...] Não sei! Eu tenho medo. Eu não sei ficar parada. [...] ficar sozinha não posso! Eu me sinto vazia! Sozinha! Sinto que não tenho ninguém!” (Marilda).

Acabar com um determinado problema não é simplesmente fugir, haja vista que o problema é visto e percebido em nossa percepção cotidiana, que se torna palpável pela convivência, mas é uma categoria intimamente ligada com o pensamento humano. Para algumas pessoas, talvez seja a única saída. Mas ainda em dias atuais, o papel social da mulher está preso na cultura de ser a responsável pelo cuidado, por zelar pela vida e bem-estar de seus familiares, algo que já é esperado pelos demais em relação ao sexo feminino. A sobrecarga imposta às mulheres, especialmente as que vivem com adictos, gera-lhes um atordoamento, angústia, cansaço físico e mental (MOARES et al., 2009; VIERA; AMARAL, 2013).

Essa complexa carga social e familiar, legítima a depressão como principal agente causador de doenças físicas e psíquicas, bem como para instabilidade emocional, medo e apreensão da solidão. Sentimentos que abalam fortemente as estruturas dos indivíduos e até mesmo o senso de fé e esperança dos mesmos que

geram indagações e, em alguns casos, dúvidas em relação a um ser divino, perpassados pela dura realidade de um futuro incerto e uma família devastada pela drogadição (MORAES et al., 2009; FONTANA et al., 2011; RODRIGUES et al., 2018).

Com base nos relatos das participantes, foi possível compreender como a situação vai se agravando, um movimento do que antes era a esperança na recuperação do adicto, agora se torna desesperança e fraqueza nos próprios codependentes. Isso mostra o quanto o cotidiano vai sendo permeado pelo forte desânimo, falta de interesse na vida, no convívio social, nas atividades corriqueiras do dia a dia, que são consumidas por pensamentos vazios ou cada vez mais desesperançosos, e passam até mesmo a desejar que aquela situação que tanto causa sofrimento não passe de um simples pesadelo.

“Eu não sabia nem o que era depressão. Depois que meu marido teve, eu vi, que ele não levantava da cama pra nada, às vezes não queria comer. Comer, eu ainda tô, sabe! Mas, eu não tenho vontade de viver mais, eu não tenho mesmo não! (Faz sinal de negação com a cabeça).” (Nenê).

“Fraqueza! Fraqueza e impotência. Era aquela sensação de que se eu ficar deitada não vai acontecer nada, mas se eu levantar também não vai, e é onde eu falei pra você aquele dia, que a vontade do sono até você acordar e não estar acontecendo nada. Até você acordar ali e falar assim: Oh! Eu tive um pesadelo e nesse pesadelo acontecia isso, mas que bom que eu estava dormindo e não foi nada disso” (Bebel).

“Ah, tem hora que eu fico pensativa, tem dia que eu fico num lugar só assim o (faz sinal de deitada), fico só assim olhando uma coisa longe... penso longe.” (Marilda).

A depressão é um transtorno disfuncional do humor, que se caracteriza com quadros permanentes e longos de tristeza, apatia, isolamento social, embotamento afetivo, sendo caracterizada em níveis diferentes. Pode, em estado grave, gerar enorme comprometimento de vida dos doentes. A doença não acontece repentinamente, ela decore de um quadro progressivo e possui múltiplos fatores para seu aparecimento, não sendo apenas de cunho biológico, envolvendo inclusive a sociedade (BAPTISTA, 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Assumpção, Oliveira e Sousa (2018) lembram que o ilustre filósofo Émile Durkheim foi um dos primeiros grandes estudiosos que se aprofundou na temática que tange à melancolia, hoje depressão, e o suicídio. Os autores salientam que,

para Durkheim, o processo de melancolia estava associado com as influências da sociedade, dando ênfase para o meio ambiente no qual o indivíduo melancólico estava inserido. Atualmente, sabe-se que a depressão é multicausal e os fatores tanto sociais, biológicos, psíquicos e espirituais podem contribuir de forma significativa para o seu aparecimento.

Supõe-se que a depressão acontece por meio de situações e atividades que são extremamente estressantes ao indivíduo ou grupo que ficam expostos por longos períodos a essa situação. Tal situação gera no indivíduo desgaste físico e emocional. Entre os sintomas clássicos que envolvem a depressão, o isolamento social é um dos primeiros a aparecer, ocorrendo de forma inconsciente em que a pessoa vai se distanciando de vínculo social, tornando-o fragilizado e corroborando para a quebra gradativa de vínculos do menos próximo para o mais próximo. O indivíduo que se isola voluntária/involuntariamente de seu círculo social estará mais propenso ao quadro depressivo com os demais sintomas avançando rapidamente (ASSUMPÇÃO; OLIVEIRA; SOUSA, 2018; FEITOSA, BOHRY; MACHADO, 2011).

Atualmente, no mundo, o tema depressão tem ganhado bastante destaque, por ser considerada a doença que mais incapacitará as pessoas para o trabalho nos anos vindouros, desbancando o câncer, doenças cardiovasculares e até as infecções sexualmente transmissíveis, como o HIV. Vista como um problema grave e social, a depressão está em sua maioria ligada com o suicídio, que elevará ainda mais a gravidade da doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

De acordo com o relatório da Opas Brasil e o Boletim Epidemiológico da Depressão, mais de 300 milhões de pessoas no mundo inteiro estão convivendo com as diferentes formas de depressão, de grau leve ou mais grave, constatando-se um aumento de 18% entre os anos de 2005 e 2015. Essa situação corrobora para um alerta mundial a respeito dessa patologia considerada crônica não transmissível, mas que afeta direta e indiretamente as pessoas envolvidas, em especial seus familiares e amigos mais próximos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

O desconhecimento sobre a depressão e falta de tratamento adequado contribui para quadros depressivos crônicos e graves, que, se fossem tratados inicialmente com o devido suporte, seriam amenizados. Tal situação toma proporções bem maiores de forma gradativa, que o próprio indivíduo sozinho não dá conta de identificar. Inicialmente a pessoa não tem consciência do declínio que vai tomando sua vida, pois a depressão acontece de forma silenciosa e assume

características variadas e é decorrente da situação à qual a pessoa está exposta (IBANEZ, 2014).

Os problemas relacionados ao conviver com um adicto são um campo fértil para o aparecimento do quadro de depressão, pois os indivíduos se encontram sob situação de extremo estresse o tempo todo, vivenciam sentimentos ambíguos que os consomem diariamente, bem como têm de lidar com os perigos, estranhamentos com o seu eu e com o mundo. Caminham para a fase da exaustão emocional, em que o aparecimento da depressão é inevitável. O sentimento de vazio, perda e impotência fica cada vez mais potencializado pela ansiedade, preocupação e incertezas (MACIEL et al., 2014; ARAGÃO; MILAGRES; FLIGLIE, 2009; MANGUEIRA; LOPES, 2013; BEATTIE, 2017).

Analisando as entrevistas, foi notório que as participantes da pesquisa passam a viver dias ainda mais sombrios e intermináveis. Sentem-se mais culpadas e arrependidas, a insônia é cada vez mais presente, não deixando que esses familiares tenham uma trégua de sossego, optando por medicamentos controlados para dormir e assim se desligarem um pouco do problema. Passam a digerir mágoas por não terem vivido suas vidas, e, cada vez mais, o desânimo toma conta, ficam em rendição total, uma passividade que ainda encontram forças para pensar que algo pode acontecer ou mudar.

“é duro! Tem dia que eu ... é o ditado! Eu não sou uma pessoa alegre, sabe como é que é? Sempre com uma tristeza por dentro, praticamente dele me acusar que eu que coloquei um marginal dentro da minha casa, entendeu?” (Lineu).

“[...] a depressão não, a depressão você “controlada”. Hoje ainda não tomei remédio, porque não precisa, eu tô bem! Tô ótima! Mas vai chegando certas horas, vai me ando aquele desânimo, é! Como eu vou dizer... Aquele desânimo... ah, tudo tá ruim, sabe? E... sei lá! Não sei como explicar isso (gesto de negação com a cabeça)” (Marilda)

“Eu vivi em função deles, eu já tô num ponto que eu não tenho como voltar atrás. Então, eu tenho a mágoa por ele ter vivido a vida dele, ele cheirou, ele saiu e eu não vivi por causa da droga que ele usava, que ele comprava, ele usava, se divertia e eu ficava... Eu comecei a para de sair porque eu não deixava a mãe, depois que o pai morreu eu não deixava a mãe sozinha dentro de casa, porque eu tinha medo” (Tuco).

“Eu passava mal, ia tomar mais remédio também, aí, nessas alturas, eu já enchia a cara de remédio, literalmente não passava de quanto

podia, mas eu queria dormir, apagar pra não sentir aquele sofrimento, sabe! Até aquela coisa ruim passar” (Beizola).

“O meu sentimento é de tristeza mesmo (chorando), mas é uma tristeza daquela tão grande que eu perco até o sono à noite. Já tô tendo que tomar remédio controlado pra dormir. Lá em casa está todo mundo tomando remédio controlado, todo mundo” (Florianinho Carrara).

Olha, eu não sei! Hoje eu vejo, assim que foi uma rendição tão grande da minha parte, eu fiquei tão rendida, nós ficamos, tão reféns daquela situação, que eu me rendi! Falei: Não vai mudar nada! Não vai acontecer nada! Eu vou ficar aqui, e eu fiquei rendida ali, prostrada mesmo, esperando alguma coisa acontecer, esperando e nada mudava” (Bebel).

Outro aspecto importante a ser mencionado na depressão são as alterações biopsicobiológicas, pois, em decorrência do quadro de hipervigilância e pensamentos negativos de que algo pode acontecer a qualquer momento, ou sentimento de culpa, o familiar do adicto desencadeia quadros repetitivos de insônia, em que não consegue relaxar e se atém somente à movimentação em relação ao seu familiar adoecido pela droga. Tais alterações na saúde física e psíquica das pessoas contribuem para uma deterioração maior de seus sentimentos, além de gerar sobrecarga física, indisposição e propiciar o aparecimento de doenças oportunistas metabólicas em relação ao quadro depressivo, no qual a pessoa se encontra com toda a sua saúde abalada, tais como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e comprometimento neurológico (FEITOSA; BOHRY; MACHADO, 2011; FRÁGUAS; SOARES; BRONSTEIN, 2009, MACIEL et al., 2014).

Um dos aspectos mais negativos da depressão refere-se à ruptura interna da dimensão subjetiva que ela provoca nos indivíduos, uma vez que seus pensamentos vão ficando desorganizados, o que contribui para uma sensação de impotência, de não conseguir planejar e têm dificuldade de assimilação e acompanhar o que está acontecendo. Devido a isso, a pessoa ou grupo desencadeia uma tríade desorganizada e negativa, relacionada com o “eu”, o mundo e o que virá depois do presente atual, que fará com que o indivíduo tenha uma sensopercepção equivocada da realidade, sempre pendendo para o lado negativo (BAPTISTA, 2011).

Compreende-se, então, a depressão pela perspectiva psicanalítica como a ruptura de um ideal imaginário em que o indivíduo nutre profundo afeto, admiração e respeito por um determinado objeto ou ser, de forma que, em um dado momento, esse objeto é perdido e o ideal desfeito. Diferente da perspectiva cognitiva que

compreende como um colapso na esfera cognitiva do sujeito. Essa ruptura em forma de perda provoca nos sujeitos um comportamento apreensivo de aprisionamento dos sentimentos, com o intuito de se respaldar contra situações recorrentes, que, para o indivíduo, são extremamente dolorosas. No caso de familiares de dependentes de substâncias psicoativas, gradativamente “perdem” o objeto, ou mais especificamente a pessoa amada, fato que leva à legitimação do quadro depressivo, que provocará falta de esperança, confiança e inconscientemente vão se dando conta do grave problema que estão vivenciando (ASSUMPÇÃO; OLIVEIRA; SOUSA, 2018).

A depressão está fortemente associada com o risco para ideação ou atos suicidas, porém nem toda pessoa depressiva chegará ao quadro de tentativas de autoextermínio, o que infelizmente é uma pequena parcela da realidade, haja vista que o desejável era que fosse nula toda possibilidade de automorte. Os indivíduos que, no decorrer do processo de adoecimento pela depressão, vão chegando a situações deploráveis de vida, com seus vínculos sociais totalmente arruinados, déficit para o autocuidado, prostração, fraqueza, ociosidade, atividades laborais comprometidas, área financeira sobrecarregada ou faltando algo, são um dos poucos fatores mencionados, porém isso é suficiente para que os indivíduos passem a apresentar riscos para a sua própria vida (ASSUMPÇÃO; OLIVEIRA; SOUSA, 2018; ARAGÃO; MILAGRES; FLIGLIE, 2009; SOCCOL et al., 2014).

No quadro de exaustão emocional, nesse caso os codependentes, como num “insight”, passam a analisar que de fato pararam suas vidas para viver pelo seu familiar adicto, e, de certa forma, vão se dando conta do tempo perdido, das coisas que deixaram de fazer ou conquistar, estão totalmente adoecidos pela situação, com visão pessimista de si e do mundo. Acabam, por uma análise simplista, traduzindo a situação como o fim de tudo, em que “perderam a batalha” para as drogas. Sem forças, sem informação e impotentes, aceitam tristemente o caos que tomou conta de suas vidas e seu cotidiano, que será extremamente perigoso para que o indivíduo desenvolva ideações suicidas e posterior tentativas de suicídio (BEATTIE, 2017; ASSUMPÇÃO; OLIVEIRA; SOUSA, 2018).

Até que, cada vez mais, mostrem-se deslocadas em suas vidas e em relação ao conviver com o adicto, mais desanimadas, vivenciam um amanhecer triste, isolam-se cada vez mais, comparam-se com outros familiares que morreram de depressão e temem pelo mesmo destino. Esse sentimento é endossado pelo senso

comum de que doenças tão tenebrosas como a depressão e o câncer não têm cura, como nas falas a seguir:

“A gente fica naquela expectativa, a gente vive tensa por dentro, aquela agonia interior, sabe. Que nada melhora, lugar nenhum está bom pra gente, não sabe o que vai falar, não sabe como a pessoa vai reagir. Ah, é muito difícil, muito difícil mesmo.” (Florianinho Carrara).

“A minha tristeza é essa, tem dia que eu fico triste sim, fico triste, talvez até choro pelos cantos (uma lágrima escorre pelo rosto e silenciosamente se põe a chorar por quase dois minutos, o mestrando apenas segura suas mão)” (Lineu).

“[...] às vezes eu sento um pouco lá fora, mas assim, eu não quero, tem dia que eu não quero conversar, eu quero ficar ali quietinha, ali. Sentada, mas quietinha.” (Dona Abgail).

“Ah! A minha mãe morreu muito nova também, minha mãe morreu com depressão, calada! Minha mãe teve uma depressão que ela não punha pra fora. Não sei! Não o que é! Eu tive uma depressão, né! Aliás, isso não tem cura, eu ouvi falar que isso não tem cura, é isso da depressão e câncer são duas doenças que não tem cura!” (Marilda).

A falta de informação para embasar o relacionamento e o traquejo com o familiar adicto corrobora consideravelmente para o quadro de isolamento social, que diariamente fica mais evidente, em que o codependente tem declínio de suas atividades cotidianas e oscilação de humor, visão distorcida da realidade e o desconforto com tudo e todos fica mais evidente e toma proporções cada vez maiores (MELO; CAVALCANTE, 2019).

O quadro depressivo leva os indivíduos, em sua grande maioria, a um estado de sufocamento, no qual não conseguem externalizar determinados sentimentos, por inexperiência, por não saber do que se trata, sendo sua fonte de informação única e exclusiva do senso comum, que não pode ser desconsiderada, porém, às vezes é carregada de distorções e estigmas, gerando ansiedade, preocupação e levando a comportamentos disfuncionais por parte dos depressivos (FERREIRA et al., 2017).

Em decorrência de todo esse quadro característico de depressão, os familiares não veem mais outra possibilidade de se livrar desse sofrimento a não ser por meio da morte. As participantes, muito sensibilizadas nesse momento da entrevista, descreveram uma dor que não conseguem caracterizar, atribuindo a ela

um *status* que transcende o entendimento humano, levando ao sentimento de que tudo o que se podia ter feito foi feito e os mesmos falharam na missão de “salvar” o seu familiar das drogas. Foi possível perceber que esse sentimento de derrota, associado a todos os outros, gera um forte desejo da morte.

Na fala das participantes, dá para perceber que a ideação suicida surge no extremo do sofrimento, aparecendo como única solução ou válvula de escape de uma situação que elas não suportam mais ver, sentir e viver. Demonstram profunda falta de desejo na vida, e a morte como um descanso, como mostram as falas a seguir:

“Ah... Tem dia que me dá vontade de beber veneno, tem dia que me dá vontade de sumir, sabe? – Nossa... Dá mesmo! (chora silenciosamente olhando para o horizonte). Ah, num sei! Eu acho que é mais, a coisa mais fácil que tem, né! Fazer isso.” (Olhos lacrimejam)” (Dona Nenê).

“Porque aí eu fico passando, sofrendo, né! Às vezes eu fico sofrendo, né! Porque... Há, eu tô cansada, viu! Eu tô cansada! (suspirando e olhos fixo no chão e começa a chora). – Eu te falo de coração, eu gosto muito de você! Outro dia eu peguei duas cartelas de remédio pra tomar, porque aí eu ia descansar (suicidar) de uma vez ... Eu peguei duas cartelas de “lexotam” e ia descansar, porque eu tô cansada! [...] (chorando copiosamente responde) ia, ia , ia ... (refere-se a se suicidar). Ah, eu queria, sabe! Porque eu tô cansada de sofrer, eu tô muito cansada, muito! Era bom que eu ia descansar, né! Eles fala que a morte é descansar, eu ia descansar sem problemas, pelo menos não tô vendo nada, tô sabendo de nada” (Dona Abgail).

“(Começa a chorar, e tentando controlar o choro, diz) Uma vez minha mãe sabe pra onde ela foi? Em pleno domingo? Procurar um veneno pra ela tomar, formicida. Se aquilo tivesse novo ela tinha ido, mas tinha passado da validade” (Florianinho Carrara).

O indivíduo que vivencia uma situação de extremo estresse emocional, tensões, medos e preocupações está vulnerável a ter uma sensopercepção da realidade, de forma que não tem mais esperança na vida e apresenta o desejo pela morte como solução de algum problema. Essa situação decorre do rompimento que o indivíduo vivencia de forma subjetiva em relação a um ideal imaginário e à visão de perda de algo ou alguém, como uma separação. Tais situações provocam um total e complexo desequilíbrio na estruturação da psique do sujeito, fazendo com que o mesmo vivencie o sentimento de angústia (ARAGÃO, MILAGRES; FIGLIE, 2009; ALVAREZ, GOMES; XAVIER, 2014).

A angústia traz ao indivíduo a possibilidade de se superar diante das vicissitudes do cotidiano, de forma a afirmar sua originalidade, ou a possibilidade de um recuar que escamoteia o sentido de sua própria existência progressivamente, de certa forma, uma escolha inconsciente. Segundo Kovács (1992),

A todo momento temos de escolher. A cada escolha que fazemos decretamos a morte da outra possibilidade não escolhida. Isso frequentemente nos traz ansiedade frente ao conflito de não podermos viver tudo ao mesmo tempo, de não podermos estar em mais que em um lugar ao mesmo tempo. O ser-aí morre cotidianamente todos os dias (KOVÁCS, 1992. p. 146).

Mediante isso, quando se analisa, os indivíduos que vivenciam situações conflitantes estão desde sempre vivendo processos de morte e luto, pois progressivamente estão “perdendo”, ao ser humano só existe uma certeza irrefutável, que é um dia morrer. Antes mesmo de o próprio indivíduo vivenciar sua morte concreta, no decorrer da vida, ele a experiencia de forma subjetiva, quando vê a morte do outro, um morrer ainda em vida. A morte simbólica ou subjetiva pode afetar consideravelmente os indivíduos e, de forma lenta, vai progredindo e se enraizando no seu cotidiano. Com isso, a sensação de desesperança decorrente de um luto mal resolvido faz com que o indivíduo viva mais intensamente a mortificação de sua vida interna (KOVÁCS, 1992).

O suicídio é considerado como um ato de autodestruição, no qual o indivíduo, por meio de ações intencionais, provoca sua própria morte, executada com planos previamente instituídos. O suicídio é um dos eventos mais complexos e densos que envolve o ser humano, pois, para alguns filósofos como Durkheim, é um evento com influência direta da sociedade, ocasionando uma desestruturação psíquica ao indivíduo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A depressão sustenta-se na baixa autoestima dos indivíduos, processos de culpabilização e perdas não superadas, tais situações percebidas na realidade se encaminham para a esfera subjetiva, fazendo recair sobre a mente desse indivíduo um “insight” da sensopercepção negativa de estar perdendo progressivamente, como se uma “sombra” trouxesse à tona situações desagradáveis do eu relacionado ao mundo. A angústia permeada pela perda faz com que os indivíduos direcionem a si mesmo ações autoflagelantes de crises subjetivas, que podem levar à

autoflagelação física (KOVÁCS, 1992; PEREIRA; AZEVEDO, 2017; SILVA; BOTTI, 2017).

A perda e a separação podem gerar nos seres humanos sentimentos mais dolorosos que a morte física, pois é a existência da finitude em vida, vivida consciente e observada pelo próprio indivíduo. A sensação de separação física ou subjetiva corrobora para a consciência de que a limitação do estar ou ter não mais existirá, culminando em um desejo de morte não desejado, mas com o intuito de se livrar de uma dor infindável. Pensa-se então no autoextermínio como forma de antecipar a não vivência dessa dor de perder ou separa-se. Porém, antes do ato propriamente dito de suicídio, uma série de situações coexistem, tais como o pensar, a ideação, a tentativa e a consumação do ato, e é preciso entender que o mesmo assume contextos diferentes em culturas diferentes (KOVÁCS, 1992; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; ASSUMPCÃO; OLIVEIRA; SOUSA, 2018).

Vários são os fatores que podem levar o indivíduo ao suicídio, porém as situações densas e difíceis que envolvem a esfera familiar são fatores mais propícias a esse comportamento em comparação ao emocional, que promove ligação extrafísica. A depressão associada com o suicídio se distingue por aspectos diferentes, mas que se complementam e influenciam o ato suicida, em que, na verdade, o ato é uma forma de ferramenta, escape ou saída de determinada situação que o sujeito não dá conta de resolver ou foge do seu controle (SILVA; BOTTI, 2017).

Como já mencionado, a fase da exaustão emocional é extremamente delicada para os indivíduos, por estarem totalmente fragilizados e agora terem de lidar com toda essa fusão densa e complexas que envolve os sentimentos e os processos internos tão dolorosos.

Foi possível perceber que não suportam mais, um dia sequer, acordar e viver o mesmo sofrimento:

“Às vezes, tem manhãs que eu amanheço triste, eu sou triste, né! Eu não tenho “manhecido” alegre não, só triste. Sabe! Só triste, triste, triste” (Dona Abgail).

“Eu, apesar da minha fé ser muito grande, tem dia que eu falo com Deus: “Eu estou muito desanimada hoje. Não tô com vontade de levantar.” Pra não ver tudo de novo. Vontade de ficar deitada cobrir minha cabeça” (Florianinho Carrara).

Característicos do quadro depressivo, indisposição, fadiga física e emocional, e os sentimentos de tristeza e desesperança levam os codependentes a momentos de reflexão, de forma que se isolam e projetam para dentro de si toda situação externa, causadora de mal-estar e preocupação (BAPTISTA, 2011; BEATTIE, 2017; FERREIRA et al., 2017).

Aprofundando cada vez mais nesse fenômeno, é possível perceber que a fé em Deus e a lembrança de que há um profissional de saúde que pode lhe ajudar tornam-se impeditivos para que a ideação suicida se consuma. Lá no fundo, ainda resta uma “pontinha” do desejo de viver com tranquilidade, mas ela vai morrendo à medida que o sofrimento continua a tomar conta e destruir o âmbito familiar, e continuam rendidas.

“Mas, Eu falo, meu Deus! Eu tenho Fé no senhor, porque que eu vou fazer isso? Né! – Aí, passa, mas a minha vontade é deitar, e ficar deitada o dia inteiro, falei com a ACS, porque eu num tô ligando pra nada mais...” (Dona Nenê).

“Porque, apesar de tudo, e apesar da minha vida que eu tenho, que é as pernas, eu gosto da vida, sabe! Eu gosto da vida, eu não quero embora agora não, eu quero ficar por aqui. Mas, aí eu queria viver com mais tranquilidade. [...] sabe! Há, não tem mais não! (ao ser indagada sobre ter alegria) [...] (responde chorando) Esse problema, né? Muitas coisas entra, né!” (Dona Abgail).

Como mencionado anteriormente, a maioria das pessoas com ideação e tentativas autodestrutivas busca se livrar de uma dor emocional que as consome progressivamente, e que, de forma inconsciente, para se livrar da experiência de perda ou separação, buscam meios visando antecipar a vivência de uma possível dor maior. Porém é possível observar que a pessoa que está inserida em um contexto religioso e/ou conectada com sua espiritualidade tem menor probabilidade de executar o pensamento suicida, pois busca auxílio de uma força superior (KOVÁCS, 1992; PEREIRA; AZEVEDO, 2017; ZERBETTO et al., 2016).

A atuação multiprofissional dos profissionais de saúde frente à temática do suicídio é de extrema importância, pois são mediadores no processo saúde-doença dos sujeitos. Vale destacar que a figura do profissional agente comunitário de saúde é peça-central para a identificação e auxílio frente a esse desafio, pois suas ações são calcadas na busca ativa dos indivíduos de seu território, além de terem o privilégio de estar inseridos dentro de suas comunidades e conhecerem melhor a

realidade local, sendo uma atuação com compromisso, agilidade e bastante efetiva no combate ao suicídio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; OMS, 2000).

4.4 “DEUS COMO ÚNICO AUXÍLIO”

“Estou tão cansada, às vezes, só quero fechar os olhos e desaparecer, sumir, deixar de existir... Alguém me salve, me tire desse poço de desânimo e sem vida. Me leve a um lugar de luz”. (Melanie)

Nessa categoria, será apresentado como a religiosidade e a espiritualidade estão presentes no dia a dia do contexto familiar das pessoas que convivem com um ente dependente de SPAs e lhes alimenta a esperança de que a situação pode melhorar. Foi possível perceber durante o momento de coleta e análise de dados desta pesquisa como o conviver com um familiar adoecido perpassa a dimensão natural dos que estão ao seu redor. Observou-se que a família ou o familiar adoecido em decorrência de um único membro em desarmonia é envolvido por situações novas e desagradáveis.

Mediante a exposição obrigada a sentimentos nunca antes vividos e com tal intensidade, os familiares passam a não saber o que fazer e nem onde recorrer para buscar ajuda; e uma falha inconsciente dos familiares é em relação à primeira fase quando se descobre o familiar adicto de SPAs. A princípio vão tratando a situação da drogadição como uma situação simples, enquanto esse fenômeno vai tomando proporções ainda maiores, até que chega o momento em que toda a família se encontra em desequilíbrio e, com isso, a droga vai tomando força e passando como um trator sobre tudo e todos, como mostram as falas das entrevistadas.

De acordo com a análise feita nas entrevistas, essa falha acontece não propositalmente, mas por falha de informação. É perceptível que os familiares vivem o sentimento de impotência por não saberem o que fazer, como lidar com essa situação, o que ela envolve e quais os serviços de suporte frente a essa problemática.

O sentimento de impotência vivido pelas participantes em seu cotidiano vai lhes roubando a esperança, o desejo de viver, a força que as move para irem adiante, a alegria e também o sentido da vida. Dá para perceber por meio das participantes que esses momentos lhes trazem experiências que perpassam a dimensão natural dos seres humanos, corroborando e apelando para forças divinas,

ou seja, Deus como o único auxílio capaz de resolver esse problema que é conviver com o um adicto.

Analisando a fala de algumas participantes, foi possível perceber que a fé em Deus assume um papel de trazer esperança na recuperação e transformação do adicto. Elas acreditam que forças divinas são capazes de adentrar o familiar dependente de SPAs e então fazer uma “limpeza” espiritual e o indivíduo ficar totalmente recuperado do problema de dependência de SPAs, como mostra a seguir a fala de Bebel:

“E aí eu falei ‘Meu Deus, alguma coisa vai precisar acontecer pra que isso entre dentro dele, pra que a verdade (Jesus) entre dentro dele e ele se convença de que ele é muito maior’ (Bebel).

Em algumas falas, é possível perceber tentativas do familiar em sensibilizar o adicto por meio da espiritualidade, buscando artifícios na religião capazes de fazer com que o mesmo caia em si e, de alguma forma, também busque pela força divina, e que ela o ajude a vencer a problemática da dependência. O que dá também uma percepção de uma tentativa de controle emocional do familiar sobre o adicto, como na fala de Florianinho Carrara:

“Eu sentei aqui nessa sala e escrevi uma carta pra ele. Está até guardada comigo a carta. Coloquei tudo no papel. Busquei na bíblia várias citações aquela parte de honrar pai e mãe (com voz de choro). Quem honra pai e mãe tem vida longa” (Florianinho Carrara).

De acordo com Fuchs e Henning (2014) e Zerbetto et al. (2017), as crenças religiosas, somadas aos valores éticos, morais e sociais, são potentes ferramentas para influenciar e modificar o comportamento humano. Familiares de adictos utilizam-se da sensibilização sentimental e espiritual com o intuito de impactar o indivíduo e acessar sua dimensão espiritual, promovendo uma “revolução” interna, de forma que o mesmo pense e reflita em sua vida e assim tenha um “Insight” e, por próprio desejo, busque mudanças e principalmente mude seus comportamentos negativos, e assim se realinhe à norma cristã, moral, ética e social.

As entrevistas mostraram também que a religião é fundamental para vencer a cada dia os obstáculos, pois por meio dela é possível que os familiares apresentem comportamentos positivos em relação ao conviver sob extremo estresse e dão lugar

a rituais e são criados ambientes que os fazem transcender o pensamento humano, chegando até a conexão divina.

É possível perceber na fala de algumas participantes que esses momentos lhes traziam discernimento de como lidar com a situação, e por estarem presentes em seu cotidiano por longos anos desde que se reconheceram com os costumes e doutrinas de suas religiões. Esses ritos são fundamentais para os familiares, haja vista que foi um dos costumes mais fortalecidos, desde que o problema das drogas se abateu sobre seus lares, ao contrário de uma sucessiva quebra de vínculos, o vínculo com a entidade divina se fortalece a cada dia, como a única “válvula” de escape em meio à imensidão do oceano de tristezas e incertezas que vivem diariamente. Como mostram as falas a seguir:

“De manhã geralmente eu levanto, tomo meu banho e rezo, rezo a minha oração, meu terço, assisto à missa” (Dona Abgail).

[...] até que eu ia nesse centro que me ajudava muito, aí eles falavam comigo: “Olha, não bate de frente com ela não, vai com calma porque senão vai ser pior, né!” E eu acho que Deus ajudou muito, sabe!” (Beißola).

Rodrigues et al. (2018) ressaltam que a religião e a espiritualidade se destacam como os dois dos principais pilares de sustentação do cotidiano dos familiares codependentes, por apresentarem características que auxiliam o indivíduo no enfrentamento de demandas permeadas por forte sentimento de desesperança, medo e incerteza. O ambiente religioso caracteriza-se como um local de acolhimento tanto do adicto como de seus familiares, em que os mesmos se sentem amparados e não estigmatizados, sendo um importante aparato social que auxilia os codependentes na busca de forças e ânimo para continuar, e até mesmo como impeditivo para ações danosas aos próprios indivíduos, como o suicídio.

É preciso ressaltar que a religião está ligada com a crença em determinada divindade e também com os costumes, doutrinas e dogmas específicos de um segmento religioso, que se configuram como ações e valores entre o ser humano e sua divindade. Entre alguns conceitos da palavra religião, o termo “*religare*” surge como um dos mais sólidos, por significar ligação, um elo entre dois seres, nesse sentido entre o homem e Deus (AZEVEDO, 2010; BUENO, 2000).

Já a espiritualidade é entendida por Gomes, Farina e Dalforno (2014) como uma dimensão em que o ser humano independe de alguma religião, é uma realidade que transcende o mundo natural, e incentiva o indivíduo a se aproximar e buscar visões que são puras e verdadeiras sobre a vida, sobre sua existência. É uma dimensão singular de cada indivíduo, que o leva a pensamentos e reflexões em seu mundo interno, conecta-o com energias sobrenaturais que lhe dão percepções para além da vida, além da realidade. Na tentativa de encontrar respostas complexas sobre a vida, esperam que essa dimensão se encarregue de alinhar todas as outras e passam a criar esperanças de que a energia suprema que rege esse espaço resolva situações e vivências físicas, naturais e palpáveis, como uma possibilidade de transportar elementos espirituais para o mundo objeto.

Com a intensificação dos problemas que assolam o cotidiano desses familiares, é possível perceber que as participantes submergem cada vez nessa imensidão e nesse fenômeno avassalador, que passam a ter forças apenas para pedir que uma força divina, Deus, dê-lhes forças para caminhar, as participantes se mostram tão desorientadas que a pouca força têm dizem ser provinda da dimensão celeste.

Passam a imputar a Deus a responsabilidade de ser o único capaz de resolver esse problema, além de utilizarem todos os recursos religiosos para chamar atenção divina, como mostram os depoimentos.

“Mas eu peço muito a Deus que me dê muita força, Deus me dá muita força mesmo, sobre esse “pobremão”. [...] eu entreguei nas mãos de Deus. Tudo eu “pus” na mão dele, entendeu! Porque é o único que pode ajudar “nois” é só Jesus!” (Marilda).

“Semana passada nós rezamos mil Ave-Marias, porque foi dia de Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, né. Foi tudo em função dele. A gente reza, a gente pede [...]. Então, a gente entrega pra Deus e cada um faz sua parte. Eu falo muito na fé porque eu tenho muita fé. Se eu não tivesse fé eu não tinha aguentado tanto assim não. A gente é muito fervoroso, cheio de defeitos, a gente não é perfeito. A gente tem que pedir a Deus, né, a força pra gente caminhar. Força. E saúde pra gente ajudar e ele e quem precisa, né! [...] Já fomos em padre, já fizemos novena, a gente está sempre em oração. Lá dentro do meu quarto tem o Sagrado Coração de Jesus. Ele está sempre ali debaixo, a foto dele, o nome dele. Quer dizer falta de oração não é” (Florianinho Carrara).

Segundo Horta et al. (2016), os familiares dos adictos voltam-se para as questões divinas como forma de auxílio no enfrentamento às drogas, pois, de certa

forma, dividem com um ser soberano/Deus sentimentos que causam muita dor emocional. Em virtude disso, a dor se ameniza quando compartilhada com alguém, como o conviver o sentimento de vergonha que permeia o cotidiano dos familiares, não se sentem confortáveis em conversas com pessoas presentes no seu círculo de convívio. Então falar sobre o problema com uma entidade divina faz com que os familiares encontrem conforto e, de certa forma, paz naquele momento, pois desvelam o seu ser a Deus e encontram a graça do perdão.

A buscar por refúgio e fortalecimento em uma divindade traz aos codependentes uma nova descoberta no que tange a sua capacidade de superação, pois, por meio da fé, adquirem um potencial de resistência muito maior, como se recarregassem suas energias e encontrassem forças para seguir em frente. Estar inserido em um contexto sob influência da espiritualidade ou da religiosidade traz aos indivíduos a sensação de aconchego, afago, amenização do sentimento de angústia e amparo, pois como a drogadição aniquila a interação social dos codependentes, estes se sentem sozinhos, vazios e abandonados, Deus aparece como o único auxílio, amigo e ajudador, capaz de sanar todos os problemas, de forma que os codependentes transferem para Deus a responsabilidade de todo o desfecho da história (FONTES et al., 2018; HORTA et al., 2016).

Como já bem explicitado pelas participantes, elas expressam sentimento de solidão, não só por estarem sozinhas fisicamente em muitas das vezes, mas interiormente. Como estão adoecidas pelo quadro da codependência e já ultrapassaram a exaustão emocional, vivem sentimentos de derrota, deslocamento em seu dia a dia, tem ainda árdua tarefa de lidar com o sentimento de solidão interior, que, muitas das vezes, traz a sensação da abertura de um “buraco” no peito.

E a única forma que encontram para amenizar esse sofrimento é aproximação com a força divina. Tal aproximação traz para as participantes segurança e, mesmo em meio a desânimo, entregam tudo nas mãos da divindade, que, em resumo final, aparece como o único resolutivo.

“Ah, é fundamental. Pra mim, a fé é tudo. A gente tendo fé em Deus a gente nunca está sozinho. A gente nunca está sozinho. Quem tem Deus tem tudo. Quem não tem Deus não tem nada” (Florianinho Carrara).

“Já lavei minhas mãos meu filho! (Junta as mãos), não tem jeito! Só Deus meu filho, aquela lá é-só-Je-sus! Só ele que pode! Eu to

achando que ele falou assim o: “Larga ela pra lá, agora deixa comigo” (Marilda).

Bernardi e Parizotto (2014) salientam o aspecto positivo envolvendo a esfera divina em relação a atuar de forma protetiva e obtendo bons resultados no embate contra as drogas, sendo uma ferramenta resistente nesse processo. Os indivíduos encontram na fé a certeza e a esperança de que algo de bom pode acontecer, e é também um momento no qual os codependentes estão totalmente fragilizados e passam a se deparar com suas limitações, reflexões envolvendo seu íntimo, percebendo que já fizeram de tudo, lutaram incansavelmente contra as drogas e nesse momento não conseguem ver outro escape a não ser por meio da fé, havendo uma rendição, e depositam a esperança que ainda lhes resta em Deus.

O acreditar em uma entidade divina foi fundamental para as participantes, pois, mesmo com toda a quebra de vínculo familiar, ela estava presente segurando o último fio de ligação entre os pares. Percebe-se que conviver com um adicto é uma situação tão complexa que ela consegue, em determinado momento, atingir as raízes mais profundas de um ser humano, como a crença, em que os indivíduos são influenciados e de fato acreditam, alguns até como uma verdade absoluta. E a presença dessa situação coloca em dúvida a existência e o atuar divino.

Porém a crença está tão enraizada e mais forte que essa problemática que os indivíduos, mesmo em momentos de dúvidas, encontram esperanças e forças para acreditar que existe sim uma divindade agindo sobrenaturalmente e que, de alguma forma, testa-lhes a capacidade de resiliência, como se pode ver nas falas a seguir:

“[...] o rezar significa tudo, porque eu sou católica, e acredito muito em Deus, e só assim, foi muito joelho dobrado, pedindo muito a Deus. Se não fosse a fé, acho que tínhamos colocado ele pra fora de casa (tosse) ... a mãe tinha ... porque ela se apegou, né! Nas orações e tudo. Se não tivesse esse apoio da fé, a situação teria ficado mais complicada. Porque a gente nunca perdeu a esperança, era a fé que dava essa esperança pra gente, porque ele ia conseguir sair disso, que tem o poder superior [...]”. (Tuco)

“Igual minha irmã falou essa semana, me aborreceu muito também: “Ó, Irmã por que a gente reza, reza, reza, reza e Deus não está ouvindo nossas orações?” eu respirei muito fundo e falei: “irmã eu tenho também rezado e ele não ouviu as minhas também não por enquanto.” Eu falei: “Porque ele tem um tempo pra agir e pra curar.” Deus tem um tempo pra agir e pra curar, só é preciso confiar. Agora

o que a gente tem que passar não põe na porta de ninguém não. Lá na minha casa a gente está com uma tribulação grande mesmo. É provação. Não pode pôr na porta de ninguém, né” (Florianinho Carrara).

Comumente, em algum momento do conviver com um familiar adicto, em decorrência da forte sobrecarga negativa que envolve esse dia a dia, é notada a presença do sentimento de raiva, dúvidas, inseguranças e incertezas, que os indivíduos tendem a direcionar para o ambiente, objetos, pessoas e também para a figura divina, por vezes até a culpando pelos infortúnios que se abateram sobre o próprio indivíduo. Em contrapartida, é na religião e na espiritualidade que encontra descanso e paz de espírito (MENDES; LUSTOSA e ANDRADE, 2009; MELO e CAVALCANTI, 2019; FONTES et al. 2018).

No decorrer das entrevistas, as participantes iam relatando a fé em suas vidas e os momentos em que ela estava mais presente. É possível perceber que acreditar em uma divindade traz para elas sentimentos positivos, força, vontade de seguir em frente, movidas pela esperança e pela fé, além de trazer novas perspectivas de vida. Algumas relatam ainda o sucesso nesse cotidiano em detrimento do auxílio único da fé, como outras ainda aguardam esperançosamente pela transformação de seu familiar adoecido, como nas falas de Bebel e Florianinho:

“Foi um processo que Deus me honrou muito, foi quando eu conheci o Senhor e aí veio aquela realidade, eu criei um universo, eu reconstruí, mas ao mesmo tempo eu tinha que destruir aquilo que estava lá. [...] “Foi determinante! Hoje eu gosto muito de contar, as vezes quando eu tenho a oportunidade de levar a palavra, de ministrar a palavra do senhor onde as pessoas não me conhecem e me convidam[...] eu sinto que preciso levar esse testemunho de salvação, porque foi tão transformador, foi um divisor de águas” (Bebel).

“Mas eu creio que a vitória vai chegar. Eu creio é nisto. A vitória vai chegar com fé em Deus. É no dia certo quando Deus tocar no coração dele ele vai parar” (Florianinho Carrara).

De acordo com Fontes et al. (2018), ter o envolvimento com a fé, religião e a espiritualidade é muito benéfico ao familiar que convive com o adicto, pois proporciona uma nova perspectiva de vida, como se os mesmos voltassem a sonhar com uma vida melhor, almejam planos futuros e a maioria permanece confiante de que em algum momento tudo vai ficar bem. Porém, se o indivíduo não encontra o

equilíbrio entre a fé e o convívio com o adicto, pode confundir a esperança e tender a agir de forma a retomar o comportamento de persistência e investidura no adicto sem objetivo concreto beirando o controle. Quando o equilíbrio ocorre, a fé como ferramenta de enfrentamento das situações diversas do cotidiano é muito efetiva.

4.5 “PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: APTOS OU INAPTOS FRENTE AO COTIDIANO DO FAMILIAR CODEPENDENTE DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS”.

"Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas, ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana". (Carl G. Jung)

Esta categoria se propõe a apresentar a percepção dos familiares codependentes em relação ao posicionamento dos profissionais da Atenção Primária à Saúde, frente à problemática que uma família enfrenta ao conviver com um adicto no âmbito familiar. As participantes apresentam sentimentos de insatisfação em relação a um suporte que consideram falho, mecanicista, superficial e não resolutivo.

Destaca-se, ainda neste capítulo, falhas no acolhimento e atendimento prestado pela UBS, falhas na busca ativa e dificuldades de acesso. Há percepção de que as participantes relataram em sua maioria descaso e falta de humanismo, que lhes dão uma péssima impressão do Sistema Único de Saúde (SUS) e que fizeram algumas recorrerem a planos privados, que, na verdade, deveriam ser complementares ao SUS.

O profissional que aparece como principal na fala das participantes neste âmbito da Atenção Primária à Saúde é a figura médica, que assume aqui dois papéis, de descaso, juntamente com o restante da equipe, e de acolhimento. Ao se falar no profissional médico acolhedor, determinado profissional se destaca por ser fortemente citado na fala da maioria das participantes, que aqui recebe o codinome de “Anjo”. É importante destacar que este profissional, além de médico de família, possui especialização em psiquiatria.

As participantes apresentaram falas ambíguas em relação à percepção ao suporte oferecido pela UBS, que, de forma quase unânime, foi dito pelas participantes não receberem apoio e nem se sentirem acolhidas, sentem-se

acolhidas superficialmente, relatam não gostarem de ir ao “médico”, e o ato de renovação de receita lhes gera desgosto com o atendimento, almejando um atendimento mais ampliado.

Em relação à percepção de algumas participantes, é que os profissionais têm conhecimento do problema, e a figura médica aparece como principal, estando expresso nas seguintes falas:

“Eles tinham, porque ele contava, quando ele precisava de algum atendimento a pergunta era mesma, você bebe? Você fuma? Você usa droga? [...] Eles percebiam, porque o médico tem sempre o olhar” (Bebel)

“Sim! Principalmente o ... Eu tô te falando que o Doutor Anjo é a bênção da minha vida! Porque o Anjo ajudou não só ao irmão, mas me ajudou e a trabalhar, porque eu estava piorando” (Tuco).

“Eu acho que sim, porque o Dr. Anjo, acho que ainda tava bem, porque elas chegaram até a conversar com ele, porque ele é uma ótima pessoa de se abrir” (Beizola).

“Só sabem porque eu peguei o cartão do SUS, porque ela é dependente química e de droga, só isso. Mas, não sabem a vida dela aqui fora, eles não sabem, eles não conhecem ela” (Marilda).

Laport et al. (2016) salientam que os profissionais de saúde em geral, especificamente da Atenção Primária à Saúde, demonstram em sua maioria despreparo no manejo para lidar com o indivíduo adicto e seus familiares, em decorrência de uma falha na formação que perdura desde o nível de graduação. A formação fortemente biologicista impacta de forma direta a atuação dos profissionais, por ser um modelo intimamente ligado às questões da doença e sintomas físicos. Os profissionais tendem para ações simples, reducionistas e curativistas, observando apenas questões objetivas, palpáveis e visíveis. O modelo biomédico conduz os profissionais de forma que passem a não perceber as subjetividades dos sujeitos que se colocam diante deles, passando despercebido o sofrimento subjetivo de cada indivíduo.

Dada a complexidade dos serviços em saúde e o enraizamento no modelo biomédico, a centralidade da figura médica e seu poder exercido sobre a vida e a morte advêm com o passar do tempo de como foi se dando o avanço da sociedade; o que antes era responsabilidade do soberano (rei), agora passa a se dividir em figuras atuais, notadamente com poder na sociedade. Esse poder exercido, que

coloca a medicina no centro dos serviços em saúde, é em detrimento de que seu trabalho e suas decisões impactam e definem diretamente a forma como outros indivíduos devem ser conduzidos e como devem viver, como uma importante estratégia biopolítica. A medicina detém o poder de esquadrihar, separar e influenciar os indivíduos, controlando tempo e espaço, bem como atribuindo níveis de valor à vida humana, o que conseqüentemente afetará os sujeitos em suas subjetividades (RIBEIRO; FERLA, 2016; FOUCAULT, 1977).

Contudo, romper com um modelo hegemônico e milenar não é tarefa fácil, é algo que requer dos profissionais e do serviço esforços conjuntos e interdisciplinares, que superem uma visão reduzida do sujeito calcada no biológico. É valorizar o não dito, o não percebido, é enaltecer o outro em sua singularidade, desprendido de todo e qualquer preconceito, o que aproximará profissional e cliente, propiciando um atendimento humanizado, a criação de vínculo, confiança e (com)partilha, de forma que ambos se aprimorem e se desenvolvam em suas relações. Além disso, têm impacto direto na vida de ambos, de forma que um profissional com o *feeling* para a dimensão subjetiva torna-se apto a acolher o sofrimento alheio (ASSUNÇÃO; QUEIROZ, 2015).

Na visão de Maffesoli, tais características descrevem uma inclinação para a intuição de determinadas situações, de forma que os profissionais sejam convidados a, sem deixar seu compromisso com a ciência, tomarem uma postura empática e solidária diante do outro, por meio de uma relação horizontal, que permita aos envolvidos tomar conhecimento da vida do outro, captar elementos e essências, internalizar e, ao mesmo tempo, acolherem de forma respeitosa e sensível a subjetividade do outro e o que acontece com outro, compreendido por meio dele próprio, como diz o autor: “Assim como o relâmpago, o espírito intuitivo, ao mesmo tempo que brota da própria vida, retorna a ela para clareá-la” (MAFFESOLI, p.202, 1998).

De acordo com o desenrolar das falas, a presença marcante do Dr. Anjo ia ficando cada vez mais forte. É possível perceber que essa figura de médico surge como um acalento para as participantes e dá a percepção de um profissional com perfil acolhedor, carinhoso, com escuta ativa e qualificada, sensível e com um olhar diferenciado sobre o sujeito. Vejamos o que as participantes relataram sobre a percepção desse profissional sobre seu problema:

“Hoje o doutor Anjo. penso que ele me conhece, eu consigo ver nele uma verdade, eu consigo ver nele um cuidado, eu consigo ver nele uma preocupação, uma atenção que eu não via há cinco anos atrás”. (Bebel).

“O Dr. Anjo identifica, sabe! O Dr. Anjo, é muito bom! Ele ainda fala comigo: “D. Abgail, faz aquilo que a senhora achar melhor pra senhora viver, faz o que a senhora achar melhor” (Dona Abgail).

“Mas o Anjo como médico que foi minha salvação, minha tábua... ele é tudo pra mim, esse menino”. (Sorri) – (Tuco)

“Eu acho que não sei se é por causa da gente gostar do médico, ele atender tão bem a gente assim, que você se sente ... tem uns médico assim que marcam pela atenção, e ele é uma pessoa muito atenciosa, muito carinhosa, entendeu! Eu acho assim que é uma pessoa que percebe” (Beijola).

Atuar em saúde, especificamente na Atenção Primária à Saúde, requer dos profissionais de saúde competências, habilidade e qualidades que os tornem aptos para atuar de forma que consigam dar conta das demandas objetivas, porém é imprescindível competências subjetivas, como, por exemplo, a empatia que lhes dê segurança para acolher integralmente as pessoas que buscam por atendimento nos serviços de saúde. Pois o despreparo da maioria dos profissionais, ao acolherem demandas que envolvem a complexa e densa subjetividade do outro, apresenta falhas de interação, acolhimento e entendimento do que levou o outro até o serviço em saúde (CARNUT, 2017).

O profissional dotado de capacidade de acolher o outro de forma integral e multidimensional só consegue realizar tal ação mediante o conhecimento de si e de seu processo de trabalho, pois, quando o profissional tem a noção do sentido do seu trabalho, ou seja, a sua práxis, e reconhece sua essência, identidade profissional, suas limitações e potencialidades, o mesmo é capaz de ter a sensibilidade de se colocar no lugar do outro, para então oferecer um atendimento digno em saúde, por meio de uma escuta qualificada e solidária (THORNICROFT; TANSELLA, 2010).

Carnut (2017) salienta que o profissional da Atenção Primária à Saúde capaz de correlacionar cuidado atrelado a uma escuta ativa, integralidade e os pressupostos da Atenção Primária à Saúde consegue direcionar suas ações para uma lógica inclusiva, que seja capaz de rebuscar a essência das pessoas, haja vista que o modelo biomédico fortemente estabelecido nos serviços de saúde corrobora para uma visão e ações reducionistas das pessoas. O profissional que não é capaz

de lançar sobre o outro um olhar diferenciado, sob uma lógica interacionista e emancipatória, está fadado à execução de ações mecanicistas, vazias, sem troca e sem desenvolvimento humano.

A interação entre profissional e cliente é reconhecida como de sucesso, quando esse processo interacionista é satisfatório para ambas as partes, que só ocorre por meio de um atendimento e um acolhimento sustentado pelo respeito mútuo, por solidariedade genuína, interesse no qual ambos se dão a oportunidade de compartilhar momento juntos. Mais do que uma interação profissional, é um momento de criação de vínculo, de conhecer e reconhecer no outro um ser com potencialidades e limitações capazes de estabelecer uma relação horizontal, que beneficie e colabore para o crescimento e desenvolvimento humano de ambas as partes (NUNES; LANDIM, 2016; CAPONI, 2000).

Soalheiro (2017) e Carnut (2017) se complementam ao dar a ideia de que, quando o cliente se sente visto de forma integral e única pelos profissionais, goza do sentimento de alegria, satisfação e importância de forma que se entrega para a relação com o profissional, por meio da segurança e confiança estabelecida, advinda de um vínculo permeado de comprometimento e sentem-se completamente acolhidos e amparados pelo serviço de saúde.

Em contrapartida, algumas participantes relataram situações de descaso e desamparo em relação a outros profissionais, que, segundo as participantes, agiram de forma indiferente e com total desrespeito para com elas, o que criou uma situação de desconforto, quebra de vínculo e corroborou para o agravamento do quadro que as participantes estavam vivendo, de uma caminhada triste, pesada e solitária. Essas situações de descaso e iniquidades na saúde corroboram para o afastamento e a quebra de vínculo das participantes como a UBS e os profissionais.

“Quando eu passei mal a primeira vez, eu falei: “Gente, tô tremendo (se referindo a uma crise de ansiedade dentro da UBS), eu “sou” – Eles ... (faz gesto de negação com as mãos e cabeça). Aí, uma colega minha me pegou, pôs dentro do carro e me levou para o atendimento privado” (Marilda).

“[...] Às vezes que procurei, eu vou ser bem sincera pra você, o médico nem pra mim olhou, ele abriu a porta, foi uma médica, ela me chamou e quando ela viu que eu me levantei, ela virou as costas e foi pro consultório e eu fui atrás procurando onde ela estava, e aí, ela baixou a cabeça e começou a escrever e disse: “senta e fica a vontade!” – Como eu vou ficar à vontade com uma pessoa que me

chamou, correu, assentou, escreveu e não te olhou?! Nossa! Foi onde eu falei que nunca mais voltada lá, porque o que eu estava sentindo dentro de mim era tão grande que eu sai muito triste, eu sai com uma vontade de chorar muito grande, aí disse mesmo que não voltava mais” (Bebel);

Carnut (2017) e Foucault (1979) alertam que os profissionais de saúde em geral, incluindo os da APS, apresentam comportamentos mecanicistas influenciados pelo sistema hegemonicamente biologicista, que os impede de compreender as demandas subjetivas do outro, lançando um olhar que não é capaz de perceber o que vai além do corpo biológico. A falta de manejo com a esfera não objetiva o não conhecimento da sua práxis de trabalho, uma formação voltada para o modelo biomédico, faz com que os profissionais atuem de forma segregacionista, separando o sofrimento psíquico do corpo biológico, invalidando que as pessoas são seres multidimensionais, reduzindo-as simplesmente a sua patologia e propiciando comportamentos hostis por parte dos profissionais.

A falta de comprometimento no cuidado por parte dos profissionais, associada com a inaptidão para o acolhimento subjetivo, que requer na maioria das vezes ações que perpassem a clínica ampliada, corrobora fortemente para uma percepção negativa por parte da pessoa, família e comunidade a respeito do serviço de saúde, e ainda coloca em risco a atuação seria e comprometida de profissionais que lutam arduamente para garantir acesso de saúde a sua população. Sem contar que a falta de comprometimento profissional pode prejudicar e fragilizar a rede de atenção em saúde (RAS) (NUNES; LANDIM, 2016; MENDES, 2011).

A RAS é de extrema importância para a sustentação do SUS e a sua perpetuação, haja vista que objetiva realinhar esse sistema de forma que as linhas de atenção em saúde conversem entre si, dando conta das demandas cotidianas enfrentadas pelo sistema, além de propor medidas eficazes capazes de oferecer um atendimento em saúde que se aproxime ao máximo do que é idealizado. Sendo assim, ela conclama alterações drásticas no modelo existente, direcionando a todos para um modelo em saúde que possa suprir as demandas da população em nível nacional, regional e local (THORNICROFT; TANSELLA, 2010; MENDES, 2011).

Contudo, vale destacar que a RAS e a Raps, como linhas de cuidado interdependentes, visam a um atendimento digno às pessoas em sofrimento mental, e trabalham com políticas públicas de saúde garantindo atendimento integral e humanizado às pessoas nessa condição. Atuam por meio de capacitação

profissional e educação permanente em saúde, porém é possível que haja falhas de comunicação e resistência profissional a uma lógica que fuja aos padrões biomédicos (MENDES, 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Analisando a fala das participantes, foi possível compreender que tais atitudes de descaso, incompreensão da subjetividade alheia dão a percepção às participantes de não terem retorno da Atenção Primária à Saúde em relação ao seu cotidiano convivendo com o adicto e ficam nítidas as falhas que vão desde a busca ativa até o atendimento dentro do consultório.

“Ah! Eles não toma conhecimento disso não, uai! Ela não quer, ué! Eles também não vai ficar andando atrás dela, eles também não tem culpa. Ali é assim... Quem procura de vez em quando e a ACS, ela que procura, sabe? Mas as vezes ela não pode fazer nada, né! Ela só ela, né! Esse posto aqui, pra mim ele já era pra ter fechado há muito tempo! [...] Nada! Eles nunca manifestaram ... Nunca procurou! Não fez nada! E também sabem pouco dela, não sabem muita coisa dela não”. – (Marilda)

“Eles estão aptos só que meu irmão não frequenta o posto ali, então ninguém sabe, ninguém faz nada porque ninguém comunica nada pra eles. [...] Não! Não tem retorno não! Não, porque, inclusive a... como fala... a agente de saúde não vem aqui. Não vem aqui não. Então, não tem retorno”. - (Florianinho Carrara)

A Atenção Primária à Saúde enfrenta inúmeros desafios para garantir saúde universal, igualitária e equitativa para a população, sendo que estes entraves se configuram no âmbito político, social, econômico. Não há como negar que, para o funcionamento eficaz da AB, é necessário interesse político por parte dos governantes, pois devem reconhecer no sistema um serviço crucial para o bem-estar populacional. De forma direta, quando a AB não consta como prioridade na pauta política, acontece uma reação em cascata que colabora ainda mais para a fragilização da Rede de atenção em saúde pública e gratuita, pois, sem investimentos e com uma estrutura precarizada, a AB não consegue se direcionar aos resultados mostrados pelos sistemas informatizados, contribuindo para um atendimento prolongado e parcial de forma que não garanta a satisfação da população (CAVALCANTI; NETO; SOUSA, 2015).

Além do mais, é urgente o realinhamento na qualidade dos serviços e atendimentos prestados à população, bem como melhores condições de trabalhos para os profissionais de saúde, minimizando a sobrecarga de trabalho, e

capacitação constante para lidar com demandas diversificadas, além de obter suporte intersetorial para a tomada de decisão em relação aos mecanismos de transferência e contratransferência. Estimular a promoção de saúde e a prevenção é outro desafio enfrentado pela Atenção Primária à Saúde, haja vista que vai requerer dos profissionais medidas inovadoras e assertivas, porém o déficit nas condições de trabalho e a falta de recursos materiais e insumo impossibilitam uma atuação plena e autônoma por parte da equipe. Relacionado a esse quadro, outro agravante notado foi a escassez e o despreparo de profissionais capacitados para atuar na AB (THORNICROFT; TANSELLA, 2010; CAVALCANTI; NETO; SOUSA, 2015; CARNUT, 2017).

A falta de profissionais aptos para o trabalho na AB, que é “básica” só no nome, revela falhas no ensino dos cursos em saúde, com currículos engessados, disciplinas desintegradas e ainda com foco muito voltado na doença, distanciando-se da realidade cotidiana de experiências e vivências em loco, de forma que o profissional tenha conhecimento da realidade, consiga associar criticamente com a teoria, e, a partir daí, tenha a possibilidade de problematizar o contexto inserido. Deve ser capaz de propor medidas e alternativas cabíveis para aquele problema. Dessa forma, o atendimento em saúde fica mais seguro, menos dispendioso e mais resolutivo (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001; CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2017; CAVALCANTI; NETO; SOUSA, 2015).

Contudo, um dos maiores desafios é a articulação efetiva entre AB, indivíduo, família/comunidade. Pois o não entrosamento propicia o aparecimento e efetivação das iniquidades e desigualdades em saúde, como, por exemplo, a busca ativa dos sujeitos. Esta, por meio da lógica da Estratégia Saúde da Família, objetiva um atendimento mais autônomo e protagonista dos clientes, porém, essa busca só acontece quando o profissional dispõe de comprometimento, reconhecimento de sua identidade profissional e satisfação, quesitos esses que facilitam ao profissional superar os desafios inerentes à AB, bem como as demandas burocráticas, sendo um agente ativo mediador de promoção e prevenção de saúde (LEMKE; SILVA, 2010).

Algumas participantes relataram insatisfação com o atendimento prestado, por causa de problemas enfrentados, como a longa espera por exames que há anos estão sendo esperados e não foram realizados, dificuldade de acesso ao atendimento em decorrência de condições frágeis de saúde, que dão margem à busca por planos privados, nos quais a demanda seria resolvida na UBS, vejamos:

“Porque não funciona nada, não tem nada ali, às vezes, os médicos ali ... (faz gesto de sem importância com as mãos) ...”. (Marilda).

“[...] o fato de eu não conseguir um profissional que me olhasse, que cuidasse de mim no posto eu estando grávida naquele momento e, nessa época, os atendimentos no posto eram muito difíceis, pra você ser atendida, tinha que levantar de madrugada e ir pra fila, pra mim, era muito desgastante. [...] eu não conseguia levantar da minha cama e procurar um serviço de saúde às vezes 3 ou 4 horas da manhã pra ficar na fila e ter atendimento. Então, eu comecei a buscar ajuda através do plano de saúde que eu tinha que era o meu recurso” (Bebel).

“Olha sobre a equipe de saúde eu não falo muita coisa não, porque praticamente eles não tá nem ai! Nem ai! Eu tenho exame aqui marcado, da cabeça, pra fazer eletro da cabeça e tá lá desde dois mil e dezesseis, até hoje não saiu. Tem um exame de endoscopia tá aqui no posto, também não saiu. Então, da saúde eu não tenho muita coisa a falar não. (Faz sinal de indagação com os braços) ... Passa receita, não tem um exame, ocê não tem um exame de sangue, Igual eu sou diabética, tem mais de dois ou três anos que não sei o que é fazer um exame de sangue aqui pra diabético, não tem. Lá no hiperdia eles me cobram isso. [...] Não dá retorno, não tem equipe pra nada, de seis e seis “meis”, de três em três “meis” é que tem o controle marcado, tem vez que nem tem porque não tem medico pra marcar, entendeu! Igual agora, eu tô sem... minha receita venceu, então eu vou ter que trazer ela aqui no posto pra ver se tem alguém aqui pra poder marcar ela pra mim, pra poder pegar o remédio porque ela já venceu, entendeu! Então, não tem, isso aí não tem não” (Lineu).

Carrapato; Castanheira e Placideli (2018) explicam que, em geral, nos serviços de saúde, e não é diferente na AB, existe por parte dos usuários o anseio por retorno da equipe profissional, que seja positivo e resolva de fato o seu problema. Caponi (2000), em sua obra “Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica”, elucida, de forma sócio-histórico e filosófica, como se deram as relações em saúde baseadas na lógica de uma compaixão piedosa, que, entrelinhas, enfatiza e fortalece o poder profissional sobre o cliente, por meio de uma relação que segrega e alimenta a dependência do indivíduo fragilizado em relação ao profissional. Portanto, Caponi propõe uma relação entre profissional-cliente de forma solidaria, que rebusque e valorize a essência do ser humano, capaz de gerar trocas e compartilhamento, por uma postura empática e desprovida de interesses.

Em busca dessa lógica solidária, seria extremamente interessante que os profissionais da AB reconhecessem o acolhimento como um momento único, não sendo entendido como quantidade de atendimentos, direcionamentos, solicitação de exames ou medicalização. Há de se ponderar que a AB tem entre seus desafios a sobrecarga de pacientes e uma demanda muito grande buscando por serviços, e a falta de insumos, estrutura física deficitária e ausência de investimentos comprometem o acolhimento dos usuários no serviço, associando esses entraves no cuidar geradores de barreiras no acesso aos serviços de saúde. Isso corrobora para uma visão negativada dos usuários sobre a unidade básica, serviço e equipe, pois não se sentem realizados, satisfeitos e suas demandas às vezes não são resolvidas, ou resolvidas parcialmente e, quando atendidas integralmente e seu problema solucionado, tiveram que enfrentar situações que demandaram muito tempo (VIEIRA et al., 2016).

É importante lembrar que, visando diminuir as iniquidades em saúde, demora no atendimento, ampliação de serviços, em nível federativo, foi criado pelo governo o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Primária à Saúde (PMAQ), que é uma iniciativa para elaborar propostas que contribuam positivamente para a Atenção Primária à Saúde, sendo um direcionador atual dos serviços de saúde em nível primário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Outras situações que foram percebidas nas falas das participantes foram em relação ao atendimento superficial, consultas orientadas pelo modelo biomédico focado no biológico e também a “receitalização” de remédios como única atividade recorrente. As participantes chegam a descrever esses momentos como repetitivos e já sabem até como será o atendimento, dando uma ideia de redução e mecanização do atendimento:

“Lá é um controle assim: tum tum tum, pronto! Passou a receita. (fazendo sinal de transcrição com as mãos no computador), ocê não tem exame...[...] Ocê não tem exame marcado, ocê não tem exame de sangue, ocê não tem exame pra nada, é um controle assim de renovar receita, só! [...] Só a renovação de receita, se não tem um exame pra fazer, não quis saber como é que tá meu diabetes não tem jeito, entendeu!”. (Lineu).

“(Pensativa) – Igual aqueles que estão lá, primeiro você passa pelo enfermeiro, ele explica, escreve, não sei mais o que ... parará, torroró... Sabe! A mesma ladainha! Depois, vem o médico receita, receita... Há! Não vou não! (Franzindo o rosto) Vou nada! Quero não! Eu não consulto ali não, só vou ali pra renovar receita. Fui ali no posto, eles não fazia nada! Nada, nada! Cheguei no posto ruim

mesmo, aí comecei falar com ele que “tava” tremendo, tirava sua pressão, tirava ... minha pressão nunca caiu, sempre foi boa” (Marilda)

“Dão nada! Só sabe passar receita. (Face de negação) [...] Só sabem passar a receita, a gente vai no médico, passa receita... e num fala também. Não, não tenho nada o que falar deles não. É, a gente pega o remédio e toma! (risada) – Eu tomo bastante remédio”.(Dona Nenê).

Carrapato; Castanheira e Placideli (2018) e Foucault (1979) enfatizam claramente em seu artigo que os serviços em saúde, incluindo a AB, estão ainda muito calcados no modelo predominantemente biomédico com foco na doença e no corpo biológico. Tal situação acarreta acolhimentos mecanicistas, repetitivos, que não abordam o sujeito de forma holística, o que levará a descaracterização dos sujeitos, em um processo que deveria ser de subjetivação, afirmação da identidade e potencialidades do outro, além de mediar um momento para que o outro seja protagonista de sua história, seja autônomo e capaz de decidir por si mesmo.

O modelo e as práticas tradicionais em saúde se configuram como um desafio para a saúde moderna, por ser um paradigma fortemente estabelecido, que se dissolve nos serviços em saúde, nos diferentes níveis e também na formação profissional. Contudo, uma das possibilidades que poderia ir na contramão desse sistema perverso, esquadrinhador e segregacionista que outorga valores à vida e à condição humana é o conhecimento e o trabalho por meio da perspectiva da clínica ampliada e solidária. Esta objetiva trabalhar as pessoas como elas são, garantindo seu processo de subjetivação, bem como a valorização desse sujeito como único e capaz de ser o responsável por sua própria vida e agente transformador da realidade (CARNUT, 2017; CAPONI, 2000).

O profissional que desconhece o conceito de clínica ampliada e não a executa por meio de um exercício diário estará fadado à replicação de práticas minimalistas, reducionistas e padronizadas, pois, diante da complexidade e densidade do encontro com o outro, não será capaz de oferecer respostas inovadoras, resolutivas e abrangentes à necessidade do outro, direcionando-se então, para respostas simples e medicalizadoras que não dão conta de suprir as inquietações, insatisfações e demandas subjetivas das pessoas. Dá como única resposta um “acolhimento” baseado em receita e remédios, entendendo o outro como um ser puramente biológico, incapaz de crescer e se aprimorar, estagnando o atendimento

somente sob essa ótica, sem diálogo (CAVALCANTI; NETO; SOUSA, 2015; VIEIRA et al., 2016; SOALHEIRO, 2017).

Um fator bastante importante que surgiu na fala das participantes, é que os profissionais, além de oferecerem um suporte superficial e falho, como se pôde perceber em falas anteriores, tendem a não aprofundar no problema das codependentes e abordam apenas questões muito superficiais, ou às vezes nem tocam no assunto.

“Não! Eles não me falam... eu nunca falei lá com eles sobre esse assunto não, nunca toquei esse assunto lá não”. – (Marilda)

“A mim eles nunca me perguntaram, eu nunca fui questionada com relação a isso, sabe que eles sempre faziam a mesma pergunta, parece que é uma frase de efeito, você bebe? Você fuma? Você usa droga? Quando você fala não, eles também não falam assim, alguém na sua família usa droga? Eles perguntam, alguém da sua casa fuma? Mas ninguém tem coragem de perguntar, alguém na sua casa é dependente químico? Então, eu nunca fui questionada acerca disso. [...] Nenhum! Era o retorno de que se você não me falar eu não te ajudo, criou uma barreira ou uma cortina de fumaça, porque você vê na sua frente um problema, você vê um sofrimento, mas ao mesmo tempo se a pessoa não falar você não age, ou seja não tem a iniciativa do profissional de falar assim: “Oh! Mas porque você está assim? Você tá grávida, era pra você estar feliz, você vai ter uma filha, você também, você tá com saúde, mas você está com essa tristeza dentro de você, vamos conversar!”. – (Bebel)

“[...] eu vou lá consulto com aquela menina enfermeira. Eu gosto muito da enfermeira. [...] aí eu tava conversando com a enfermeira, ela disse: “D. Abgail, a senhora emagreceu, o que foi? Ai, eu me abri com ela, ela disse: “Coitada, D. Abgail, agora é rezar!”, eu falei assim: “é rezar, rezar eu rezo toda hora, quase. [...] Não! Ele não ofereceu, não. Ele conversa só lá, né! (se refere a UBS) – Até pedi ele, se ele me consultava aqui (casa), porque aqui é melhor pra você se abrir, conversar com ele. Ai ele falou que não dá pra vim aqui porque não tem vaga. Eu falei: “Mas, Dr. Anjo, arruma uma vaguinha pra mim, estou precisando tanto.” Ele; “Mas não tem D. Abgail a vaga! “Não, não oferece muito não”.” (Dona Abgail).

Silva Filho e Bezerra (2018) salientam a dificuldade que os profissionais de saúde apresentam frente a um acolhimento de pessoas em sofrimento psíquico ou com alguma demanda subjetiva, não conseguindo transpor o atendimento oferecido para além do físico. Os profissionais apresentam, na visão dos autores, profunda angústia por não saberem lidar com a complexidade da subjetividade do outro, se veem limitados por diversos fatores, como sobrecarga de trabalho, escuta qualificada prejudicada e dificuldade no manejo com os sentimentos e problemas

extrafísicos que acometem os usuários. Utilizam-se no seu acolhimento de tecnologias duras para dar conta do que é subjetivo, sendo uma estratégia errônea haja vista que problemas do tipo não se resolvem com prescrições e remédios, pois como diz Patch Adams (1998): “*Comprimidos aliviam a dor, mas só o amor alivia o sofrimento*”. E é no acolhimento que se dará o encontro dinâmico e vivo entre usuário e profissional.

O atendimento em saúde mental na AB deve promover saúde e garantir um atendimento integral aos usuários, de forma que não sejam estigmatizados, hostilizados, segregados ou tratados com superficialidade, pois são situações que impactam negativa e diretamente os usuários com ligação direta com alguma demanda mental, e no caso, por exemplo da adicção, envolve situações ainda mais complexas, pois nem todas as pessoas a compreendem como uma doença como de fato é. A adicção é assimilada como ociosidade, falta de interesse pelo trabalho e improdutividade. Os indivíduos e sua família são fortemente marginalizados pela sociedade como se fossem os responsáveis por estarem e quererem ficar naquela situação, desqualificando que é um problema grave e social, necessitando a intervenção de diversos setores da sociedade (MINÓIA; MINOZZO, 2015).

Os profissionais de saúde frente ao acolhimento de um usuário ou familiar acometido pela adicção necessitam mostrar posição empática, de interesse e compreensão do problema relatado, mediante uma escuta qualificada, que vise à troca de informações, objetivando garantir aos usuários do serviço primário ferramentas informacionais para que os mesmos sejam capazes de atuar frente ao cotidiano que é conviver com a adicção. Dessa forma, o profissional oferece até se esgotarem todas as possibilidades de tratamento, bem como para ser um mediador e uma referência de orientação para a família e comunidade (LAPORT et al., 2016; SILVA FILHO; BEZERRA, 2018).

A falta de informação frente a uma problemática corrobora para a impotência das pessoas que vivem a situação e as impede de atuar de forma ágil e assertiva, ficando em posição de desorientação e estagnação, não sabem como agir e tornam-se reféns da situação. A falta de informações relacionadas à adicção por parte dos profissionais, usuário, família e comunidade contribui para a expansão e evolução rápida do quadro de drogadição, que é tão devastador para as pessoas e a sociedade. Contudo, espera-se do profissional de saúde que se dispõe ao enfrentamento junto com os familiares contra a adicção habilidades como empatia,

solidariedade, conhecimento da perspectiva do tratamento por meio da clínica ampliada e atitudes que sejam resolutivas e articuladas com os demais serviços especializados (MARINUS et al., 2014; SILVA; GUIMARÃES; SALES, 2014).

Nesse contexto, a atuação da equipe multidisciplinar é fundamental, porém se destaca a atuação do profissional enfermeiro por possuir competências integrais e abrangentes, além de prestar cuidados a todos os usuários, em níveis de complexidade e problemas diferentes. A enfermagem desempenha na atenção primária a saúde um importante papel de liderança frente à comunidade e sua unidade básica de saúde, ocupando principalmente os cargos de gestão da unidade. Porém, é necessário que o profissional de enfermagem execute seu processo de trabalho de forma sistematizada e que supere as demandas burocráticas e se posicione como responsável pelo cuidado e que seja um cuidado eficiente, embasado legalmente e que propicie aos usuários tomada de decisão sobre sua própria saúde, escapando do modelo biologicista e oferecendo respostas resolutivas, palpáveis e complexas para os usuários (FARIAS et al., 2017).

Algumas participantes relataram ter recebido um suporte, que nem sempre veio da UBS em relação ao seu problema, sendo que é possível perceber que poucas falas referem-se a ter recebido uma orientação técnica de algum profissional, sendo a abordagem subjetiva em alguns casos:

“Não! Com as moças não! Só lá no Hiperdia que tem uma enfermeira lá que fala que gosta muito de mim, e eu gosto muito dela. Aí eu conversei muito com ela, sabe! Me abro muito com ela, então; é bom né!” (Dona Abgail).

“Tô dizendo do médico, da enfermeira, eles perceberam que eu estava ficando muito ansiosa, muito nervosa, eu chorava por qualquer coisa. Mas eu chorava porque era a válvula de escape que eu tava tendo, entendeu! [...] Principalmente de dizer: “TUCO, vamos conversar?” Só isso! Aí, eu entrei pro consultório dele e falei, falei e falei, chorei, chorei e chorei. Aquilo, foi um peso que tirou, aí eu comecei a ter uma luz. [...] ele que foi me orientando como lidar com ele, porque apesar de conviver com a droga, com a bebida eu não sabia lidar com isso” (Tuco).

“Ah, eu acho que foi um retorno humano, de você ir lá a pessoa te compreender, te dar uma atenção, eu acho isso” (Beizola).

De acordo com a Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS (2003), para que o acolhimento aconteça de forma integral, respeitando os princípios e diretrizes do SUS, deve ser entendido como:

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/ populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva (HUMANIZASUS, 2003).

A política aponta ainda que o acolhimento requer dos profissionais de saúde uma escuta que permita o desvelar do usuário, o estabelecimento do diálogo e a compreensão do que está sendo dito por meio da linguagem verbal, não verbal e proxêmica, denominada como escuta qualificada.

Com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco (HUMANIZASUS, 2003).

De acordo com Minóia e Minozzo (2015), um acolhimento eficaz é aquele capaz de gerar o sentimento de satisfação e alívio no usuário em relação à demanda que o levou a buscar o atendimento, bem como esse acolhimento abrangeu outros aspectos e dimensões que surpreenderam o usuário. Este, por meio da criação de vínculo e interesse profissional, sente-se confortável em se abrir com o profissional, pois o reconhece não como superior, mas como solidário ao seu problema central e disposto a acolher a sua subjetividade e garantir sua autenticidade e potencialidade, com respeito mútuo e igualdade. Além disso, o profissional deve mediar a autonomia do sujeito, concedendo-lhe conhecimento e informação para sua liberdade enquanto cidadão.

E, em decorrência de toda essa situação envolvendo a equipe básica frente ao cotidiano do familiar codependente, é possível perceber o porquê de algumas participantes “não gostarem” de ir ao atendimento de saúde, pelo receio da

dependência de medicamentos, e conclamam que os profissionais tenham atitudes mais humanas, como mostram as falas a seguir:

“A medicação, a medicação também, os ansiolíticos, mas eu não tomei não. Porque eu não gosto de tomar remédio, eu não gosto de ir no médico não. Ai, eu consegui um outro escape, o artesanato. [...] Aí, eu vou pro artesanato, as vezes eu passo noite fazendo artesanato e tudo, mas de medicação..., mas me ofereceram a medicação, todo suporte” (Tuco).

“Ah, eu nem gosto de ir em médico (silencia). Não, eu não gosto não. Nunca gostei de ir em médico! Eu faço até por onde de não ir, a minha irmã pagava um plano de saúde pra mim, eu nem vô!” (Dona Nenê).

“O que falta para os profissionais é o que falta para a maioria das pessoas, amor! Menos profissionalismo e mais amor, menos técnica e mais amor. Entendeu? Às vezes mais tempo, às vezes menos pessoas, menos demandas, mais uma quantidade maior, às vezes maior que eu falo é as vezes mais um, mais dois pra poder às vezes dividir ali pra você poder humanizar aquele atendimento, eu acho que já seria de grande valia” (Bebel).

Gomide et al. (2018) afirmam que vários são os motivos que levam à insatisfação dos usuários da Atenção Primária à Saúde em saúde, como longas esperas no atendimento, dificuldade na marcação de consultas, limitação de atendimento na categoria de demanda espontânea, além das situações que envolvem os profissionais, como a falta de empatia, inaptidão no acolhimento, atendimento superficial calcado em tecnologias duras medicalizadoras e receituárias, não aplicação de anamnese subjetiva e exame físico.

O acolhimento é um momento decisivo para a percepção dos usuários a respeito do serviço em saúde e dos profissionais que os atendem. Contudo, o despreparo profissional e a falta de motivação para realização desse momento são notados como complicadores e barreiras no acesso aos serviços de saúde. Pela percepção negativa sobre o acolhimento, os usuários tendem a não se sentirem satisfeitos, e pelo fato de haver uma relação de poder nas entrelinhas, os mesmos tendem a silenciar-se e criar obstáculos para atendimentos futuros em decorrência de situações negativas vivenciadas anteriormente (GOMIDE et al., 2018; VIEIRA et al., 2016; SILVA FILHO; BEZERRA, 2018).

Assunção e Silva (2018) contribuem dizendo que um atendimento humanizado colabora para uma percepção positiva por parte dos usuários em

relação aos profissionais e ao serviço prestado, sendo observadas pelos clientes nesse momento qualidades como respeito, empolgação e motivação do profissional, interesse em sua demanda, contato visual, expressão corporal acolhedora. Observam se há presença do toque terapêutico ou não e também se o profissional está atento ao que está sendo falado, tempo do atendimento e eficiência das informações prestadas.

Gondim e Andrade (2014) relatam que esse momento de reconhecimento, deverá ocorrer do início ao fim do atendimento e, posteriormente, com a busca ativa dos usuários por parte dos profissionais, pois tal ação é também reconhecida pelos usuários como ponto de satisfação e sentem-se importantes e mais acolhidos quando a equipe multiprofissional avalia se o atendimento teve ou não resultado, se foi afetivo para o usuário e lhe promoveu bem-estar.

A humanização conclamada pelos usuários dos serviços em saúde, nesse caso específico na Atenção Primária à Saúde, é garantida por meio da Política do HumanizaSUS, estabelecida visando à minimização das iniquidades em saúde, equilibrando as tecnologias leves e duras nos atendimentos. Em detrimento do padrão clássico, as ações em saúde se voltam para o mecanicismo e, com essa política que orienta aos profissionais a se atentarem mais ao subjetivo, promove uma estabilidade no atendimento de forma que se complementam as ferramentas utilizadas, efetiva o acolhimento no âmbito de saúde, permite a criação de vínculo entre profissionais, gestores e usuários de forma que facilita a gestão estratégica participativa e a cogestão do cuidado entre os envolvidos (HUMANIZASUS, 2003; GONDIM; ANDRADE, 2014).

Nesse contexto, a cogestão participativa entre usuários e profissionais mediada por um acolhimento humanizado potencializa a autonomia dos usuários em relação a sua própria saúde e território, bem como se aproxima ao máximo do atendimento integral idealizado pelo SUS e a Política Nacional de Humanização. O entrosamento entre os diferentes atores sociais propicia a valorização e fortificação de práticas e ações em nível primário, estabelecendo uma parceria em rodas de conversa, círculos de cultura, grupos acolhedores e iniciativas de pequenos grupos por meio de oficinas. Faz com que a UBS esteja em total sintonia com sua comunidade e estabeleça vínculos de confiabilidade e fidelidade, nos quais se relacione de maneira interdependente, consolidando o SUS e demonstrando sua

importância social de produção de saúde (GONDIM; ANDRADE, 2014; ASSUNÇÃO; SILVA, 2018).

Carvalho e Suzarte (2017) enfatizam em sua pesquisa que, em relação ao atendimento e acolhimento prestado aos usuários de SPAs e principalmente seus familiares, muitas dúvidas permeiam os profissionais em relação ao manejo dessa situação. Em sua maioria não estão capacitados para acolher essa demanda, por ser mais complexa e envolver outras questões que fogem ao campo da saúde e adentram a área de segurança pública, envolvendo o narcotráfico e casos de homicídio no território. Tal problema corrobora para posturas superficiais e pontuais por parte dos profissionais, como o não aprofundamento na temática, a não averiguação de essa ser a origem de outras comorbidades em saúde, em sua maioria às vezes nem tocam no assunto, adotando medidas rápidas de contenção desse sofrimento pela medicalização.

O despreparo em acolher familiares de adictos corrobora para o adoecimento desses usuários, acentua as iniquidades em saúde, bem como viola os direitos de cidadãos dos usuários, além da limitação do acesso em saúde, não experimentando um atendimento integral e equânime. Contudo, denotando que a articulação entre equipes especializadas e Atenção Primária à Saúde precisam se alinhar para que esta clientela seja atendida de forma digna, humanizada e integral, amenizando e protegendo contra as vulnerabilidades sociais, de saúde, econômicas e espirituais preexistentes nesse contexto de adicção (FARIAS et al., 2017; CARVALHO; SUZARTE, 2017).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer, vivenciar e compreender o cotidiano dos familiares sobre o conviver com um familiar adicto propiciou uma profunda reflexão e aprendizado sobre o fato de esse fenômeno da adicção ser tão devastador, que progressivamente toma conta de um ser e se alastra por tudo e todos ao seu redor. Rouba identidades, esperança, destrói o prazer e a alegria na vida, adocece drasticamente todos os envolvidos, leva a um sofrimento que rompe com a estrutura humana, gerando forte abalo na dinâmica de vida das pessoas com o mundo e com elas próprias.

Experienciar esse cotidiano por meio dos encontros com as depoentes revelou um convívio triste e sem cor, lares com um clima pesado, preocupado, tenso, regado a lágrimas e desesperança. O viver mecanicamente, sem perspectiva, é algo presente no cotidiano das depoentes, que as torna docilizadas e conformadas com tal sofrimento que vivenciam solitariamente. Pode-se observar em loco que tais familiares passam seu dia a dia sozinhas e que, muitas das vezes, o seu diálogo se restringe a falar com Deus ou um espécie de comunicação intrapessoal, sempre reflexivas, buscando entender o que fizeram para merecer essa situação, aflitas e angustiadas, sem ter noção de quando esse sofrimento terá fim e a única certeza é a de que algo pior sempre está por vir.

Acometidas por uma doença emocional, que é a codependência, demonstram claramente comportamentos obedecendo às fases da doença, mas o desconhecimento por parte dos familiares sobre estarem doentes já revela o conhecimento da população influenciado pelo modelo biomédico, entendendo doença simplesmente a ausência de sintomas físicos. Agravante desse quadro é também o desconhecimento do termo e da doença por profissionais de saúde.

Com os encontros com as depoentes, foi possível aprender que, mesmo diante de toda dificuldade, todas as situações conflitantes e de todos os sentimentos aniquilados pela adicção, o sentimento de amor sempre esteve presente, mesmo que, com a codependência, ele seja exacerbado e divida espaço com a obsessão, o amor se revela como um sentimento vivido mais forte do que a adicção. Sendo possível aprender que independentemente de qualquer laço sanguíneo, a ligação afetiva mediada pelo amor aparece como a solução e a superação possível de muitos problemas no mundo, entendido com um dos sentimentos mais sublimes da humanidade.

A aprendizagem profissional revelada nesta pesquisa traz aos profissionais de saúde a reflexão da importância de um acolhimento digno ao ser humano, que resultará desse encontro produção de saúde ou iniquidade em saúde que resultará no adoecimento biopsicossocial dos usuários do serviço. Contudo vale destacar que o modelo hegemonicamente biomédico, centrado na doença, ainda é uma realidade muito presente nos serviços e práticas de saúde, que tendem a reduzir e simplificar a vida humana só à esfera biológica. Tal fato corrobora para a utilização de tecnologias maciçamente duras, que não dão conta da subjetividade humana dos usuários.

Outro ponto observado na pesquisa foi o desafio de uma formação dos profissionais de saúde focada na clínica ampliada do sujeito, família e comunidade, que é uma forte ferramenta de superação e enfrentamento ao modelo biomédico. Porém requer dos profissionais uma postura proativa, interessada e de disposição para colocar em prática essa ação de forma geral. Contudo, é notório que os profissionais de saúde, em específico os da Atenção Primária à Saúde, terão de fazer um esforço sobre-humano para dar conta dessa lógica interacionista e ampliada, haja vista que a Atenção Primária à Saúde enfrenta inúmeros desafios, principalmente os que dizem respeito a investimento de recursos humanos, materiais e financeiros, além de capacitação e educação continuada para o enfrentamento de problemáticas pontuais, como no caso da adicção.

A posição de omissão adotada referente ao enfrentamento das drogas por parte dos profissionais colabora inconscientemente para a expansão do problema, bem como o adoecimento do indivíduo, família e comunidade. Em relação a esse fato, seria interessante a realização de estudos e pesquisas voltadas aos motivos que fazem com que os profissionais de saúde não abordem enfaticamente a drogadição, o que talvez possa estar relacionado ao medo e às questões que envolvem o narcotráfico.

Em virtude dos fatos mencionados, é possível perceber que os serviços de Atenção Primária à Saúde demonstram falhas graves, que correspondem a uma rede em saúde fragilizada, vínculos entre diferentes níveis de atenção desalinhados e falta de articulação intersetorial, envolvendo educação, saúde pública e meio ambiente. Em relação aos familiares que convivem com adictos, encontram-se em situação de desamparo, desinformação e impotência, o que propiciará um rápido

adoecimento nessa população. Isso cada vez mais se torna problema de saúde pública mundial, corroborando para elevados índices de depressão e suicídios.

Diante de um sistema ainda de exclusão, segregacionista e esquadrinhador, o acolhimento em saúde aparece como o ponto-chave para todo o desenrolar em saúde. Um serviço com um profissional apto para o acolhimento obtém um agente de transformação que, por meio da sua práxis, ainda que com todos os desafios encontrados, possui a capacidade de inovação. Sabe equilibrar tecnologias leves e duras, que impactarão diretamente a vida dos usuários do serviço. Porém é necessário que a preparação desse profissional ocorra ainda na graduação, alinhada diretamente com a realidade do serviço.

É necessário também que as unidades formadoras em saúde alinhem seus currículos acadêmicos e técnicos à realidade da lógica proposta em saúde, de forma que os estudantes conheçam de perto o que acontece e, partir daí, se tornem problematizadores e passem a criar propostas palpáveis e aplicáveis à atuação do serviço.

Com base nos argumentos, deve-se salientar que a pesquisa teve de superar desafios como o estigma e o preconceito que envolve a temática, receio e preocupação do serviço em abordar esse assunto, especificamente no que dizia respeito a segurança e integridade física. Teve como desafio também encontrar familiares dispostos a falar sobre situações tão íntimas, desconfortáveis por ser motivo de vergonha e medo.

O acesso às residências foi outro desafio, por se localizarem em áreas de extrema vulnerabilidade social e com altos índices de violência. Para tanto, foi necessário informar ao “chefe” do tráfico que se tratava de visitas aleatórias em saúde. Além do desafio maior, que foi a escassez de literatura voltada a estudar o cotidiano dos familiares que convivem com adictos, e como lacuna, além do déficit de produção científica, foi percebida nesse processo uma visão lançada sobre os familiares apenas como únicos responsáveis pela recuperação e controle do familiar adicto, não sendo esse familiar visto como um doente em potencial.

Como elementos facilitadores da pesquisa têm-se o papel fundamental do agente comunitário de saúde, o acolhimento da equipe básica, o comportamento empático e acolhedor do mestrando, a disponibilidade para encontros com as depoentes da pesquisa, o diálogo efetivo, claro e a utilização de linguagem de fácil entendimento.

Portanto, é importante valorizar esta pesquisa por abordar um tema extremamente complexo, multidimensional, que se configura como um crescente e grave problema mundial, que pode levar a outras comorbidades em saúde. Afeta diretamente a interação pessoal e social. Necessita de esforços intersetoriais para dar conta desse tema que é um desafio para toda a sociedade e que não se resolve ou neutraliza com soluções simples.

É necessário o envolvimento governamental e que se destaque na agenda política e de saúde como prioridade nas discussões. Faz-se importante a motivação profissional, de forma que o serviço disponha de recursos, e que o acolhimento seja visto como o momento mais importante frente a uma demanda e que seja entendido, para além do instante. Além disso, deve ser percebido e concebido do início ao fim em que o usuário esteja no serviço, não se esgotando apenas a presença física, mas que, por meio de buscas ativas, seja levado acolhimento até usuário em seu território, destacando-se a presença fundamental do agente comunitário de saúde.

É um tema que requer, ainda, inúmeras discussões, mas que medidas sejam criadas com o intuito de garantir direitos aos familiares de pessoas adictas e haja políticas públicas de saúde, social e econômicas contundentes e aplicáveis a estes indivíduos que cotidianamente estão sofrendo e morrendo em silêncio por falta de ações, práticas, serviços, profissionais e esforços para enfrentar a adicção de drogas e oferecer um atendimento digno e um acolhimento integral e resolutivo.

REFERÊNCIAS

- ADAMS, P. FILME: O amor é contagioso 1998- [online] **Kdfrases.com**. Disponível em: <https://kdfrases.com/frase-filme/2725>. Acesso em: 05 maio 2019.
- ALVAREZ, S. Q.; GOMES, G. C.; NETTO de OLIVEIRA, A. M.; XAVIER, D. M. Grupo de apoio/ suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas, **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 33, n. 02, p. 102 - 108. jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v33n2/15.pdf>. Acesso em: 31 de maio 2017.
- ALVAREZ, S. Q.; GOMES, G. C.; XAVIER, D. M. CAUSAS DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA E SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA O USUÁRIO E A FAMÍLIA. **Rev. enferm. UFPE On Line**. Recife, v. 8, n. 3, p. 8-641, mar. 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/leone%20mendes%20dias/Downloads/9720-17982-1-PB.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2018.
- AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: **Editora Fiocruz**, 2007.
- ARAGÃO, A. T. M.; MILAGRES, E.; FIGLIE, N. B. Qualidade de vida e desesperança em familiares de dependentes químicos. **Psico-USF**, v. 14, n. 1, p. 117-123, jan./abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psuf/v14n1/a12v14n1.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2017.
- ARAUJO, R. B.; OLIVEIRA, M. S.; PEDROSO, R. S.; MIGUEL, A. C.; CASTRO, MARIA DA GRAÇA TANORI. Craving e dependência química: conceito, avaliação e tratamento. **Rev. J Bras. Psiquiatr.** v. 57, n. 1, p. 57-63, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n1/v57n1a11.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.
- ASSIS, G. J.; LIMA, E. E. ESCOLA, FAMÍLIA E SOCIEDADE: DIFERENTES ESPAÇOS NA CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA. **Rev. Educere on line**. Curitiba, nov. 2011. Disponível em: http://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/4451_4038.pdf. Acesso em: 24 mar. 2018.
- ASSUNÇÃO, G. S.; QUEIROZ, E. ABORDAGEM DO TEMA “RELAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE-PACIENTE” NOS CURSOS DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. **Psicologia: Ensino & Formação**. v. 2, n. 2, p. 18-36, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pef/v6n2/v6n2a03.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2018.
- ASSUMPÇÃO, G. L. S.; OLIVEIRA, L. A.; SOUZA, M. F. S. DEPRESSÃO E SUICÍDIO: UMA CORRELAÇÃO. **Pretextos - Rev. da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 3, n.5, jan/jun. 2018 - ISSN 2448-0738. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/15973>. Acesso em 22 fev. 2019.
- ASSUNÇÃO, W. C.; SILVA, J. B. F. Política Nacional de Humanização como Ferramenta Estratégica para Qualidade nos Serviços de Saúde. **Revista Saúde em**

Foco, Teresina, v. 5, n. 2, art. 6, p. 88-102, jul./dez.2018. ISSN Eletrônico: 2358-7946 <http://dx.doi.org/10.12819/rsf.2018.5.2.6>. Acesso em nov. 2018.

AZEVEDO, C. A. PROCURA DO CONCEITO DE RELIGIO:ENTRE O RELEGERE E O RELIGARE. **Religare**. v. 7, n. 1, p. 90-96, mar. 2010. Disponível em: [file:///C:/Users/leone%20mendes%20dias/Downloads/9773-12420-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/leone%20mendes%20dias/Downloads/9773-12420-1-PB%20(1).pdf). Acesso em: 12 dez. 2018

BAPTISTA, M. C. F. MELANCOLIA, DEPRESSÃO E DOR DE EXISTIR. **Rev. Hosp. Univer. Pedro Ernesto (UERJ)**. v. 10, n. 2. 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/leone%20mendes%20dias/Downloads/v10n2a03.pdf>. Acesso em 5 set 2018

BARD, N.D.; ANTUNES, B.; ROOS C. M.; OLSCHOWSKY, A.; PINHO, L. B. Estigma e preconceito: vivência dos usuários de crack. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2016;24:e2680. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-0852-2680.pdf. Acesso em: 22 fev. 2018.

BEATTIE, M. Codependência nunca mais [**recurso eletrônico**] / Melody Beattie; tradução Marília Braga. - 1. ed. - Rio de Janeiro: Best Seller, 2017. Disponível em: <https://codependentes.files.wordpress.com/2016/03/codependencia-nunca-mais.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2018.

BENEDETTI, M. Não te rendas. Pensar contemporâneo [**online**]. Disponível em: <https://www.pensarcontemporaneo.com/nao-te-rendas-o-lindo-poema-de-mario-benedetti-que-vai-motiva-lo-lutar-por-seus-sonhos/>. Acesso em: 03 jan. 2019

BERNARDI, P. A.; PARIZOTO, A. P. A. V. Dependência química e religiosidade. Pesquisa em Psicologia [anais eletrônicos]; 2014; **Trabalho de Conclusão de Curso**; (Graduação em Psicologia) - Universidade do Oeste de Santa Catarina; Orientador: Ana Patricia Alves Vieira Parizotto. Disponível em: <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/>. Acesso em 22 out. 2018

BOIANOVSKY, M. A formação política do Brasil segundo Furtado. **Revista de Economia Política**, vol. 34, nº 2 (135), pp. 198-211, abr-jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rep/v34n2/v34n2a02.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2017.

BOVIOT, A. B. A importância do agente comunitário de saúde para a Estratégia Saúde da Família: a Unidade Básica de Saúde com Saúde da Família de Saturnino Braga, em Campos dos Goytacazes, RJ / **Angeliqe Barbosa Boviot** - 2016. 30f. Disponível em: [file:///C:/Users/leone%20mendes%20dias/Downloads/Angeliqe%20Barbosa%20Boviot%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/leone%20mendes%20dias/Downloads/Angeliqe%20Barbosa%20Boviot%20(1).pdf). Acesso em: 13 jan. 2018.

BRITO, G. E. G.; MENDES, A. C. G.; NETO, P. M. S. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**. Botucatu. v. 22, n. 64, p. 77-86, 2018. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/icse/v22n64/1807-5762-icse-1807-576220160672.pdf. Acesso em:20 jul. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional Antidrogas - CONAD. Política Nacional Sobre Drogas. Brasília: **Ministério da Justiça**, 2006. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <file:///C:/Users/leone%20mendes%20dias/Desktop/Mestrado/PROJETO/artigos%20sobre%20drogas/Manuais/2011legislacaopoliticaspublicas%20sobre%20DRogas.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2017.

_____, Conselho Nacional Antidrogas - CONAD. Política Nacional Sobre Drogas. Decreto nº4.345. Brasília: Ministério da Justiça, 2017. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4345.htm. Acesso em: 03 mai. 2018.

_____, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 569**, de 08 de dezembro de 2017. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf>. Acesso em 10 out. 2018.

_____, Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES Nº 3**, de 7 novembro de 2001. Diretrizes Currículos Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, 2001. Disponível em: <file:///C:/Users/CASA/Documents/2018/DCN%202001.pdf>. Acesso em 28 dez. 2018.

_____, Ministério da Justiça. DECRETO Nº 5.912, DE 27 DE SETEMBRO DE 2006. Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - **SISNAD**. Brasília. 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/Decreto/D5912.htm. Acesso em: 24 fev. 2018.

_____, Ministério da Justiça. LEI Nº 11.343, DE 23 DE AGOSTO DE 2006. **Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas**. Brasília. 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm. Acesso: 24 fev. 2018.

_____, Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil.— Brasília: **Ministério da Justiça**, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/central-de-conteudo/politicas-sobre-drogas/cartilhas-politicas-sobre-drogas/2011legislacaopoliticaspublicas.pdf>. Acesso em: 18 de ago. 2017.

_____, Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil.— Brasília: **Ministério da Justiça**, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011. 106 p. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/central-de-conteudo/politicas-sobre-drogas/cartilhas-politicas-sobre-drogas/2011legislacaopoliticaspublicas.pdf>. Acesso em: 18 de ago. 2017.

_____, **Ministério da Saúde**. Portaria GM 3088, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 24 fev. 2018.

_____, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (**Série E. Legislação em Saúde**). Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf. Acesso em: 02 jun. 2017.

_____, Ministério da Saúde - **Política Nacional sobre Drogas - Decreto nº 9.761, 11 de abril de 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm. Acesso em: 13 abr. 2019.

_____, Ministério da Saúde - **Rede de Atenção Psicossocial - Portaria Nº 3.588, 21 de dez. 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 03 jan. 2018.

_____, Ministério da Saúde. **Resolução CNS Nº 466, de 12 de dezembro de 2012** – Estabelece Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2017.

_____, Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria Nº 2.436 de setembro de 2017. **Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde**, 2017. Disponível em: <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>. Acesso em: 3 out. 2017.

_____, **PORTARIA Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002**. Ministério da Saúde: Brasília. 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em 20 abr 2019.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf. Acesso em: 29 de maio 2017.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas / **Ministério da Saúde**, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/A-Pol--tica-do-Minist--rio-da-Sa--de-para-Aten----o-Integral-ao-Usu--rio-de---lcool-e-Outras-Drogas--2003-.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2018.

_____, Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Relatório brasileiro sobre drogas / **Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; IME USP**; organizadores Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempluk e Lúcia Pereira Barroso. – Brasília: SENAD, 2009. 364 p. ISBN 978-85-60662-29-6. Disponível em: <http://justica.gov.br/central-de-conteudo/politicas->

sobre-drogas/relatorios-politicas-sobre-drogas/relatoriobrasileirosobredrogas-2010.pdf. Acesso em: 23 nov. 2017.

_____, **Ministério da Saúde**. Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: [s.n.], 2006. 76p. Disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf. Acesso em: 16 mar. 2018.

_____, **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios. - Brasília: **Ministério da Saúde**, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual_ambientes_caps_ua.pdf. Acesso em: 24 fev. 2018.

_____, Política Nacional de Humanização - HUMANIZASUS. **Ministério da Saúde**. Brasília. 2003. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em: 20 jan. 2019.

_____, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ. **Ministério da Saúde**. Brasília. 2011. Disponível em: [file:///C:/Users/leone%20mendes%20dias/Downloads/pmaq-manual-instrutivo-\[165-040412-SES-MT\]%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/leone%20mendes%20dias/Downloads/pmaq-manual-instrutivo-[165-040412-SES-MT]%20(1).pdf). Acesso em: 9 maio 2018.

_____, Suicídio. Saber, agir e prevenir - Boletim epidemiológico. **Secretaria de Vigilância em saúde** - Ministério da Saúde. Brasília, v. 48, n° 30, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2018.

BRAUN, L. M.; ZANON, L. L. D.; HALPERN, S. C. A Família do usuário de Drogas no CAPS: Um Relato de Experiência. **Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo - SPAGESP**, v. 15, n. 02, p. 122 - 140, out. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v15n2/v15n2a10.pdf>. Acesso em: 31 de maio 2017.

BRITO, G. E. G.; MENDES, A. C. G.; NETO, P. M. S.; O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **INTERFACE COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO**, V. 22, N. 64, p. 77-86. 2018. DOI: 10.1590/1807-57622016.0672. Acesso em: 22 jan. 2019.

BROCA, P. V.; FERREIRA, M. A. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. **Esc. Anna Nery**, v. 19, n.3, p. 467-474, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0467.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2019.

BÜCHELE, F., *et al.* A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n.1, p. 267-273, 2009. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-promocao-da-saude->

enquanto-estrategia-de-prevencao-ao-uso-das-drogas/309?id=309. Acesso em: 14 dic. 2018.

BUENO, S. Minidicionário da Língua portuguesa. – São Paulo: **FTD**, 2000. Ed. Para o Ensino fundamental.

BUENO, R. E.; MOYSÉS, S. T.; BUENO, P. A. R. DIÁLOGOS INTERSETORIAIS: PONTES ESTABELECIDAS NA REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE. **Divers@ Revista Eletrônica Interdisciplinar**, Matinhos, v. 10, n. 2, p. 51-59, jul./dez. 2017. ISSN 1983-8921. Disponível em: file:///C:/Users/leone%20mendes%20dias/Downloads/52893-226898-1-PB.pdf. Acesso em: 15 jan. 2018.

CAETANO, P. S.; FELTRIN, J. O.; SORATTO, J.; SORRATO, M. T. Conduta do enfermeiro frente aos conflitos Éticos e bioéticos em área vulnerável na ESF, **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá (PR), v. 09, n. 02, p. 349-360, maio - ago. 2016. Disponível em: file:///C:/Users/leone%20mendes%20dias/Downloads/5263-22014-1-PB.pdf. Acesso em: 30 maio 2017.

CAFFÉ, I. Que haja amor em cada dia triste, pra que. Pensador.com. Empresa 7Graus [online]. 2019. Disponível em: <https://www.pensador.com/frase/MjM4OTY4Nw/>. Acesso em: 03 jan. 2019.

CANAVEZ, M. F.; ALVES, A. R.; CANAVEZ, L. S. Fatores predisponentes para o uso precoce de drogas por adolescentes. **Rev. Cadernos UniFOA**. Rio de Janeiro. n.14, dez. 2010. Disponível em: <http://webserver.foa.org.br/cadernos/edicao/14/57.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018

CAPONI, S. Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica [online]. Rio de Janeiro: **Editora FIOCRUZ**, 2000. ISBN: 978-85-7541-515-3. doi: 10.7476/9788575415153. Disponível em ePUB: <http://books.scielo.org/id/dg2mj/epub/caponi-9788575415153.epub>. Acesso em: 03 maio 2019.

CARRAPATO, J. F. L.; CASTANHEIRA, E. R. L.; PLACIDELI, N. Percepções dos profissionais de saúde da atenção primária sobre qualidade no processo de trabalho. **Saúde Soc.** São Paulo, v.27, n.2, p.518-530, 2018. DOI 10.1590/S0104-12902018170012. Acesso em: 25 mar. 2019.

CARLOS NETO, Daniel; DENDASCK, Carla; OLIVEIRA, Euzébio de. A evolução histórica da Saúde Pública –**Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**- Vol. 1. p. 52-67 Ano. 1. Mar. 2016. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/a-evolucao-historica-da-saude-publica>. Acesso em: 15 dez. 2017.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.41, n. 115, p. 1177-1186, out-dez. 2017. DOI: 10.1590/0103-1104201711515. Acesso em 26 jun. 2018.

CARVALHO, S. S.; SUZARTE, K. S. O enfermeiro da atenção básica no acolhimento aos familiares de usuários de substâncias psicoativas. **Saúde em Revista**, Piracicaba, v. 17, n. 47, p. 63-71, set-dez. 2017. <http://dx.doi.org/10.15600/2238-1244/sr.v17n47p63-71>. Acesso em: 06 mar. 2018.

CAVALCANTI, P. C. S.; OLIVEIRA NETO, A. V.; SOUSA, M. F. Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais? **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 323-336, abr-jun. 2015. DOI: 10.1590/0103-110420151050002323. Acesso em 22 dez 2018.

CEBRID, II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país : 2005 / E. A. Carlini (supervisão) [et. al.], -- São Paulo : **CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP** - Universidade Federal de São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.cebrid.com.br/wp-content/uploads/2014/10/II-Levantamento-Domiciliar-sobre-o-Uso-de-Drogas-Psicotr%C3%B3picas-no-Brasil.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2017.

_____, LIVRETO INFORMATIVO SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. 2014/ São Paulo: **CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP** - Universidade Federal de São Paulo, 2014. Disponível em: <http://www.cebrid.com.br/livreto-informativo-sobre-drogas/>. Acesso em: 22 nov. 2017.

_____, VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2010/ E. A. Carlini (supervisão) [et. al.], -- São Paulo: **CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP** - Universidade Federal de São Paulo 2010. SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasília – SENAD, 2010. 503 p. ISBN: 978-85-60662-63-0. Disponível em: <<http://www.cebrid.com.br/vi-levantamento-estudantes-2010/>>. Acesso em 23 nov. 2017.

CEZAR, A. T.; JUCÁ-VASCONCELOS, H. P. Diferenciando sensações, sentimento e emoções: uma articulação com a abordagem gestáltica. **Rev. IGT na Rede**, v. 13, n. 24, p. 4-14, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/leone%20mendes%20dias/Downloads/IGTnR-2014-492.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2018.

CHAIM, C. H.; BANDEIRA, K. B. P.; ANDRADE, A. G. Fisiopatologia da Dependência química. **Rev. Med**, São Paulo, v. 94, n. 4, p. 62-256, out./dez. 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/leone%20mendes%20dias/Downloads/108771-Texto%20do%20artigo-194543-1-10-20151221.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2018.

COELHO, L. M. C. C. BRASIL, ERA VARGAS: 1930-1945 PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO NO CAMPO DA HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO - A produção do HISTEDBR: um estudo preliminar. **Histedbr - Unicamp**. 2006. Disponível em: http://www.histedbr.fe.unicamp.br/navegando/artigos_frames/artigo_056.html. Acesso em: 15 dez. 2017.

COSTA, A. P. S.; OLIVEIRA, D. A.; RODRIGUES, M. P.; FERREIRA, M. A. F. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E ABUSO DE ÁLCOOL E DROGAS NA ADOLESCÊNCIA. **Rev. Ciência Plural**, v. 1, n. 2, p. 48-56, jul. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/7616/5658>. Acesso em: 20 dez. 2018.

COSTA, E. F. Uma Introdução Psicanalística sobre A adicção. **Rev. PsicoLogia.PT**. ago. 2017. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1106.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2018.

COSTA, S. F. As Políticas Públicas e as Comunidades Terapêuticas nos Atendimentos à Dependência Química. **Rev. Serviço Social online**. v. 11, n. 2, jan./jun. 2009. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/ssrevista/pdf/2009/29%20AS%20POL%20CDCAS%20P%20DABLICAS%20E%20AS%20COMUNIDADE%20TERAP%20CAUTICAS-COM%20REVIS%20C3O%20DO%20AUTOR.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2018.

DELFINI, P. S. S. *et al.* Parceria entre Caps e PSF: O desafio da construção de um novo saber. **Ciencia & saúde coletiva**, 14 (supl. 1): 1.483-1.492, 2009.

DELGADO, L. A. N. O Governo João Goulart e o golpe de 1964: memória, história e historiografia. **Rev. Tempo**, Niterói - RJ. v.14, n.28, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tem/v14n28/a06v1428.pdf>. Acesso em: 17 dez 2017.

DOEDERLEIN, J. O livro dos Resignificados. **@akapoeta.com [online]**. Disponível em: https://deskgram.net/akapoeta/taggedin?next_id=1574943265592036917. Acesso em: 03 jan. 2019

DOMINGUES, D. F., DESSEN, M. A., QUEIROZ, E. Luto e enfrentamento em famílias vitimadas por homicídio. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**; Rio de Janeiro, v. 67, n. 2, p. 61-74, jun. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arb/v67n2/06.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2018

ESQUIVEL, D. N.; SILVA, G. T. R.; MEDEIROS, M. O.; SOARES, N. R. B.; GOMES, V. C. O.; COSTA, S. T. L. Produção de Estudos em enfermagem sob o referencial da Fenomenologia. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 2, p. 1-10, abr./jun. 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/leone%20mendes%20dias/Downloads/15004-56497-1-PB.pdf>. Acesso em: 20 set. 2017.

FARIAS, L. M. S.; AZEVEDO, A. K.; SILVA, N. M. N.; LIMA, J. M. O ENFERMEIRO E A ASSISTÊNCIA A USUÁRIOS DE DROGAS EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 11(Supl. 7):2871-80, jul., 2017. DOI: 10.5205/reuol.11007-98133-3-SM.1107sup201708. Acesso em: 10 abr. 2018.

FEITOSA, M. P.; BOHRY, S.; MACHADO, E. R. DEPRESSÃO: Família, e seu papel no tratamento do paciente. **Encontro Ver de Psicologia**. v. 14, n. 21, 2011. Disponível em: <http://revista.pgsskroton.com.br/index.php/renc/article/view/2499/2393>. Acesso em: 23 fev. 2019

FERREIRA, B. A. M.; BAÍA, I. V. M.; ALENCAR, I. P.; BELO, M. H. L.; ALENCAR, S. M. P.; FERMOSELI, A. F. O. O USO E ABUSO DA COCAÍNA: EFEITOS NEUROFISIOLÓGICOS. **Rev. Ciências Biológicas e de Saúde Unit**. Alagoas, v. 4, n.2, p. 359-370, nov. 2017. Disponível em:

file:///C:/Users/leone%20mendes%20dias/Downloads/4572-14814-1-PB.pdf. Acesso em: 24 mar. 2018.

FERREIRA, T. D. G.; VEDANA, K. G. G.; MAGRINI, D. F.; ZANETTI, A. C. G. O enfrentamento do transtorno depressivo maior na perspectiva de pacientes. **Sau. & Transf. Soc.**, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.8, n.2, mai-ago, p.070-076, 2017. Disponível em: file:///C:/Users/leone%20mendes%20dias/Downloads/3675-18805-1-PB.pdf. Acesso em 23 out 2018.

FIGUEIREDO, E. N. Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos. Elisabeth Nigilo de Figueiredo - Organização Pan-Americana da Saúde. **UNIFESP**, abr. 2013. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf. Acesso em: 22 mar. 2018.

FONTANA, I. V.; STUMM, E. M. F.; KIRCHNER, R. M.; GOMES, J. S.; UBESSI, L. D. STRESS AND COPING IN FAMILIAR OF DEPENDENT ON PSYCHOACTIVE SUBSTANCES. **Rev. enferm. UFPE [online]**. v. 5, n. 3, p. 618-27, maio 2011. Disponível em: file:///C:/Users/leone%20mendes%20dias/Downloads/6767-11813-1-PB.pdf. Acesso em 08 dez. 2018.

FONTANA, K. C.; LACERDA, J. T.; MACHADO, P. M. O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Rev. Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 64-80, jul./set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0064.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2017.

FONTES, E. S., SANTOS, M. C. Q., YARID, I. A., SANTOS, K. A., BASTOS, N. M. V., VIEIRA, S. N. S., SANTANA, G. J. S. Espiritualidade/religiosidade dos familiares de usuários de crack como processo na recuperação. **REAS/EJCH**. V. 19, N. 194, DEZ. 2018. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e194.2019>. Acesso em: 22 mar. 2019.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*/ Michel Foucault; Organização e tradução de Roberto Machado. - Rio de Janeiro: **Edições Graal**, 1979.

FRÁGUAS, R.; SOARES, S. M. S. R.; BRONSTEIN, M. D. Depressão e diabetes mellitus. **Rev Psiq Clín**. V. 36, N. 3, P. 93-9, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v36s3/05.pdf>. Acesso em 9 set 2018.

FREITAS, G. M.; SANTOS, N. S. S. Atuação do enfermeiro na atenção básica de saúde: revisão integrativa de literatura. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro - RECOM**, v. 04, n. 02, mai. -ago, 2014. Disponível em: file:///C:/Users/leone%20mendes%20dias/Downloads/443-3789-1-PB.pdf. Acesso em: 30 maio 2017.

FUCHS, G. C.; HENNING, M. C. A INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE NA RECUPERAÇÃO DE DEPENDENTES QUÍMICOS. Disponível em:

http://www.uniad.org.br/images/stories/A_INFLUENCIA_DA_ESPIRITUALIDADE_NA_RECUPERACAO_DE_DEPENDENTES_QUIMICOS.pdf. Acesso em: 20 mai. 2018.

GOMES, N. S; CRISTIANO, M. F; FORNO, D. Espiritualidade, religiosidade e religião: reflexão de conceitos em artigos psicológicos. **Rev. Psicologia da IMED**, 6(2): 107-112, 2014 - ISSN 2175-5027. Disponível em: <file:///C:/Users/leone%20mendes%20dias/Desktop/Mestrado/PROJETO/Artigos%20da%20analise/Espiritualidade.pdf>. Acesso em 10 dez. 2018.

GOMIDE, M.F.S., Pinto, I.C, Bulgarelli, A. F., Santos, A.L.P., Gallardo M.P.S. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. **Interface comunicação saúde educação**, Botucatu. 22, n.65, p. 387-98.2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n65/1807-5762-icse-1807-576220160633.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2018

GONDIM, A. P. S.; ANDRADE, J. T. Cuidado humanizado na atenção primária à saúde: demanda por serviços e atuação profissional na rede de atenção primária à saúde – Fortaleza, Ceará, Brasil. **REV. PORT SAÚDE PÚBLICA**, V. 32, N. 1, P. 61-68. 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.01.002>. Acesso em: 05 mar. 2019

GONÇALVES, A. M. C.; TEIXEIRA, M. T. B.; GAMA, J. R. A.; LOPES, C. S.; SILVA, G. A.; GAMARRA, C. J.; DUQUE, K. C. D.; MACHADO, M. L. S. M. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev. J Bras. Psiquiatr.* v. 62, n. 2, p. 101-9, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S004720852018000200101&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 03 jan. 2019

HORTA, A. L. M.; DASPETT, C.; EGITO, J. H. T.; MACEDO, R. M. S. Experience and coping strategies in relatives of addicts. **Rev. Bras. Enferm.** v. 69, n. 6, p. 962, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/0034-7167-reben-69-06-1024.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2018.

IBANEZ, G.; MERCEDES, B. P. C.; VEDANA, K. G. G.; MIASSO, A. I. Adesão e dificuldades relacionadas ao tratamento medicamentoso em pacientes com depressão. **Rev Bras Enferm.** V. 67, N. 4, P. 556-62, jul-ago. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670409>. Acesso em: 5 set 2018

JUNG, C. G Conheça todas as teorias, domine todas. Pensador.com. Empresa 7Graus [online]. 2019. Disponível em: <https://www.pensador.com/frase/NTI0Nzc4/>. Acesso em: 03 jan. 2019.

JUNQUEIRA, L. G. H. O processamento e as hipóteses de nulidade do casamento religioso no código de direito canônico de 1983. Monografia (Disciplina de trabalho de curso II do curso de Direito) **UNIVATES**, Lajeado, Rio Grande do Sul. Nov. 2009. Disponível em: <https://www.univates.br/bdu/bitstream/10737/451/1/LucianeJunqueira.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2017.

KOVÁCS, M. J. Morte de desenvolvimento Humano. **Casa do Psicólogo**, São Paulo. 1992. Disponível em: <https://epdf.tips/morte-e-desenvolvimento-humano.html>. Acesso em: 26 fev. 2019.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Capítulo 9. Técnicas de pesquisa: Entrevista. Fundamentos de metodologia científica. – 8. ed. – São Paulo: **Atlas**, 2017. p. 213.

LAPORT, T. J.; COSTA, P. H. A.; MOTA, D. C. B.; RONZANI, T. M. Percepções e Práticas dos Profissionais da Atenção Primária à Saúde na Abordagem sobre Drogas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 32, n. 1, p. 143-150, jan-mar. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-37722016012055143150>. Acesso em: 23 dez. 2018.

LEMKE, R. A.; SILVA, R. A. N. A BUSCA ATIVA COMO PRINCÍPIO POLÍTICO DAS PRÁTICAS DE CUIDADO NO TERRITÓRIO. **Est. e pesq. em Psicologia**, URJ, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 281-295, 2010. Disponível em: ISSN: 1808-4281. Acesso em 05 jan. 2019.

LEITE, M. G.; RODRIGUES, D. P.; SOUSA, A. A. S.; MELO, L. P. T.; FIALHO, A. V. M. SENTIMENTOS ADVINDOS DA MATERNIDADE: REVELAÇÕES DE UM GRUPO DE GESTANTES. **Psicologia em Estudo, Maringá**, v. 19, n. 1, p. 115-124, jan./mar. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-7372217650011>. Acesso em 5 set 2018.

MACEDO, K. B.; De Kubler-Ross a Freddie Mercury: face a face com a morte. **ECOS**, v. 1, n° 5, mar. 2015. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1550/1161>. Acesso em: 22 fev. 2019

MACIEL, S. C.; MELO, J. R. F.; DIAS, C. C. V.; SILVA, G. L. S.; GOUVEIA, Y. B. Sintomas depressivos em familiares de dependentes químicos. **Revista de Psicologia: Teoria e Prática**. São Paulo, v. 16, n. 2. p. 18-28, maio-ago. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v16n2/02.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2018.

MAFFESOLI, M. Elogio da razão sensível; tradução de Albert Christophe Migueis Stuckenbruck. - Petrópolis, Rio de Janeiro: **Vozes**, 1998. Título original: *Éloge de la raison sensible*.

MALTA, D. C.; REIS, A. A. C.; JAIME, P. C.; NETO, O. L. M.; SILVA, M. M. A.; AKERMAN, M. Brazil's Unified Health System and the National Health Promotion Policy: prospects, results, progress and challenges in times of crisis. **Rev. Ciênc. saúde coletiva [online]**. v. 23, n. 6, p. 1799-1809. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/en_1413-8123-csc-23-06-1799.pdf. Acesso em: 22 fev. 2018.

MANGUEIRA, S. O.; LOPES, M. V. O. Família disfuncional no contexto do alcoolismo: análise de conceito. **Rev. Bras. Enferm.** v. 67, n. 1, p. 149-154, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n1/0034-7167-reben-67-01-0149.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2018.

MARINHO, P. H. F.; SOUZA, G. M.; TEIXEIRA, A. F. C. A DEPENDÊNCIA QUÍMICA E A CODEPENDÊNCIA FAMILIAR: UMA REVISÃO CRÍTICA. **Periódico Científico Projeção, Direito e Sociedade**, v.6, n.2, 2015 | ISSN: 2178-6283. Disponível

em:<http://revista.faculdadeprojecao.edu.br/index.php/Projecao2/article/view/526/530>. Acesso em: 22 jan. 2019.

MARINUS, M. W. L. C.; ANDRADE, R. S.; MORENO, L. R.; LIMA, L. S. Comunicação entre trabalhadores de saúde e usuários no cuidado à criança menor de dois anos no contexto de uma unidade de saúde da família. **Interface comunicação saúde educação**. set. 2014. DOI: 10.1590/1807-57622013.0552. Acesso em: 05 jan. 2019.

MARQUES, A.; B. Famílias codependentes também precisam de ajuda. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XX, n. 160, maio 2017. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=18943&revista_caderno=14. Acesso em: 12 abr. 2018.

MARQUEZ, J. O. A dor e os seus aspectos multidimensionais. **Cienc. Cult.** v. 63 n. 2 São Paulo, abr. 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.21800/S0009-67252011000200010>. Acesso em 10 set 2018.

MEDEIROS, M. A. D.; PAIXÃO, M. C.; MIRANDA, L. N. ATENÇÃO MULTIDISCIPLINAR ATRAVÉS DO CONSULTÓRIO NA RUA. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**. Alagoas, v. 4, n. 2, p. 283-296, nov.2017. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/viewFile/4558/2622>. Acesso em: 20 abr. 2018.

MELANIE. Alguém me ajuda por favor meu Deus. Pinterest - Nirlei Soares [online]. Disponível em: <https://br.pinterest.com/pin/736620082772895598/>. Acesso em: 03 jan. 2019

MELO, C.F, CAVALCANTE, I. S, et al. A Codependencia em Familiares de Adictos. **Rev Fund Care Online**. 2019.11(n.esp):304-310. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.304-310>. Acesso em 10 abr. 2019.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.77-92, jan.-mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00077.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2018.

MELMAN, J. Família e Doença mental: repesando a relação entre profissionais de saúde e familiares / Jonas Melman. - São Paulo: **Escrituras Editora**, 2006. -Coleção Ensaio Transversais) ISBN - 85-86303-93-3.

MENDES, E. V. As Redes de atenção. /Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011. 549 p.:il - ISBN:978-85-7967-075-6

MENDES, J. A.; LUSTOSA, M. A.; ANDRADE, M. C. M. Paciente Terminal, Família e Equipe de Saúde. **Rev. SBPH** v. 12 n. 1 Rio de Janeiro, jun. 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582009000100011. Acesso em 12 dez. 2018.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª ed. São Paulo: **Hucitec**, 2014.

MINÓIA, N. P.; MINOZZO, F. Acolhimento em Saúde Mental: Operando Mudanças na Atenção Primária à Saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 35, n. 4, p. 1340-1349, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001782013>. Acesso em 03 jan. 2019.

MORAES, L. M. P.; BRAGA, V. A. B.; SOUZA, A. M. A.; ORIÁ, M. O. B. EXPRESSÃO DA CODEPENDÊNCIA EM FAMILIARES DE DEPENDENTES QUÍMICOS. **remE - Rev. Min. Enferm.**; V. 13, N.1, P. 34-42, jan./mar., 2009. Disponível em: <http://www.reme.org.br/content/imagebank/pdf/v13n1a06.pdf>. Acesso em 20 nov. 2019.

MOREIRA, T. A. O. Desenvolvimento e validação da avaliação de enfermagem das necessidades do adicto - **AENA**. Recife / Thaís Andrea de Oliveira Moura. – 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/18777/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20FINAL.pdf>. Acesso em 26 mar. 2018.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde e Debate**. Rio de Janeiro. v. 42, n. 116, p. 11-24, jan.-mar. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0011.pdf>. Acesso em 22 abr. 2018.

NASCIMENTO, C. R. A. do.; Programa Ética e Cidadania - Construindo valores na escola e na sociedade: um estudo de caso. 94 f. **Monografia (Bacharelado em Serviço Social)-Universidade de Brasília**, Brasília, nov. 2009. Disponível em < http://bdm.unb.br/bitstream/10483/671/3/2008_ClaudiaRAdoNascimento.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2017.

NETO, É. F. P.; RAMOS, M. Z.; SILVEIRA, E. M. C.; Configurações familiares e implicações para o trabalho em saúde da criança em nível hospitalar. **Physis Rev. de saúde coletiva**. Rio de Janeiro. v. 26, n. 3, p. 961-979, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n3/0103-7331-physis-26-03-00961.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2018.

NIMTZ, M. A.; TAVARES, A. M F.; MAFTUM, M. A.; FERREIRA, A. C. Z.; BORBA, L. O.; CAPISTRANO, F. C. THE IMPACT OF DRUG USE ON THE FAMILY RELATIONSHIPS OF DRUG ADDICTS. **Rev, Cogitare enferm**. v. 19, n. 4, p. 609-14. out./dez. 2014. Disponível em: [file:///C:/Users/leone%20mendes%20dias/Downloads/35721-145074-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/leone%20mendes%20dias/Downloads/35721-145074-1-PB%20(1).pdf). Acesso em: 24 fev. 2018.

NOGUEIRA, M. B. A Família: Conceito E Evolução Histórica E Sua Importância. **Rev. BuscaLegis.ccj.ufsc.br**. p. 18496-18497. 2007. Disponível em: <http://www.buscalegis.ufsc.br/revistas/files/anexos/18496-18497-1-PB.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2017.

NUNES, M.; LANDIM, F. L. P. Saúde Mental na Atenção Básica: Política e Cotidiano/ Mônica Nunes, Fátima Luna Pinheiro Landim, (Org.). - Salvador: **EDUFBA**, 2016. 496 p.

OHLAND, L. A responsabilidade solidária dos entes da Federação no fornecimento de medicamentos. **Direito & Justiça**, v. 36, n. 1, p. 29-44, jan./jun. 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/leone%20mendes%20dias/Downloads/8857-32526-1-PB.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2017.

OLIVEIRA, P. P.; VIEGAS, S. M. F.; SANTOS, W. J.; SILVEIRA, E. A. A.; ELIAS, S. C. MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: UMA ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, V. 24, N. 1, P. 196-203, JAN-MAR. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015002900013>. Acesso em 07 nov. 2018

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: UM MANUAL PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM ATENÇÃO PRIMÁRIA. [online]. Tradução: Janaína Phillippe Cecconi, Sabrina Stefanello e Neury José Botega, do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil. Centro Brasileiro do Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida – SUPRE-MISS, da Organização Mundial da Saúde. 2000. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf. Acesso em: 24 out 2018.

PAIVA, C. H. A; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciência, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 01, p. 15-35, jan.-mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2017.

PEREIRA, M. O.; AMORIM, A.; VIDAL, V.; FALAVIGNA, M. F.; OLIVEIRA, M. A. F. Busca ativa para conhecer o motivo da evasão de usuários em serviço de saúde mental. **Acta Paul Enferm**. v. 26, n. 5, p. 409-12, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n5/a02v26n5.pdf>. Acesso em 26 set 2018.

PINHEIRO, M. FUNDAMENTOS DE NEUROPSICOLOGIA - O DESENVOLVIMENTO CEREBRAL DA CRIANÇA. **Rev. Vita et Sanitas**, Trindade/GO, v. 1, n. 01, 2007. Disponível em: file:///C:/Users/leone%20mendes%20dias/Downloads/desenvolvimentos_cerebral.pdf . Acesso em: 24 mar. 2018.

PIZZI, M. L. G. Conceituação de Famílias e seus diferentes arranjos. **Rev. Eletrônica: LENPES-PIBID de Ciências Sociais** - UEL, Ensino de Sociologia em Debate. v. 1, n. 1, 2012. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/lenpes-pibid/pages/arquivos/1%20Edicao/1ordf.%20Edicao.%20Artigo%20PIZZI%20M.%20L.%20G.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2018.

PEREIRA, M. O.; OLIVEIRA, M. A. F.; PINHO, P. H.; CLARO, H. G.; REINALDO, A. M. S. What is the emphasis of Brazilian drug policy: resocialization or internment?.

Rev. Esc. Anna Nery. Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 2017-0044. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n3/1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0044.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2018.

PEREIRA, M. B. M.; AZEVEDO, J. M. DEPRESSÃO E ANGÚSTIA: MODOS DE EXPRESSÃO NA CONTEMPORANEIDADE. **Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 2, n. 3, jan./jun. 2017 – ISSN 2448-0738. Disponível em: <file:///C:/Users/leone%20mendes%20dias/Downloads/14256-50715-3-PB.pdf>. Acesso em 24 jul 2018.

PRATA, N. I. S dos S.; GROISMAN, D.; MARTINS, D.A.; RABELLO, E. T.; MOTA, F. S.; JORGE, M. A.; NOGUEIRA, M. L.; CALICCHIO, R. R.; VASCONCELOS, R. V. Saúde mental e Atenção Básica: Território, Violência e o Desafio das abordagens Psicossociais. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro (RJ), v. 15, n. 01, p. 33 - 53, jan.-abr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v15n1/1678-1007-tes-1981-7746-sol00046.pdf>. Acesso em: 01 de jun. 2017.

PRATES, M. L.; MACHADO, J. C.; SILVA, L. S.; AVELAR, P. S.; PRATES, L. L.; MENDONÇA, E. T.; COSTA, G. D.; COTTA, R. M. M. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Ciênc. Saúde coletiva**. Rio de Janeiro vol.22, n.6, jun. 2017. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1881.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2017.

PRATTA, E. M M.; SANTOS, M. A. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. **Rev. Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 25, n.2, p. 2003-211, abr./jun. 2009. Disponível em: http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/6680/art_SANTOS_O_processo_saude-doenca_e_a_dependencia_quimica_2009.pdf?sequence=1. Acesso em: 22 fev. 2018.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; FRANCO, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis Rev. de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 253-271, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n1/0103-7331-physis-24-01-00253.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2018.

RAMALHO, N. M. G.; FERREIRA, J. D. L.; LIMA, C. L. J.; FERREIRA, T. M, C.; SOUTO, S. L. U.; MACIEL, G. M. C. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER GESTANTE. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, V.11, N.12, P. 4999-5008, dez. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a22279p4999-5008-2017>. Acesso em 5 set 2018

REIS, A. A. C.; SÓTER, A. P. M.; FURTADO, L. A. C.; PEREIRA, S. S. S. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. **Rev. Saúde e Debate**, Rio de Janeiro. v. 40, n. especial, p. 122-135, dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40nspe/0103-1104-sdeb-40-spe-0122.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2018.

RIBEIRO, A. C. L.; FERLA, A. A. COMO MÉDICOS SE TORNARAM DEUSES: REFLEXÕES ACERCA DO PODER MÉDICO NA ATUALIDADE. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 22, n. 2, p. 294-314, ago. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v22n2/v22n2a04.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2018.

RIBERA, R. A GUERRA FRIA: BREVES NOTAS PARA UM DEBATE. **Novos Rumos**, Marília, v. 49, n. 1, p. 87-106, Jan-jun., 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/leone%20mendes%20dias/Downloads/2374-Texto%20do%20artigo-8224-1-10-20120705.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.

RODRIGUES, M. M. A. Suicídio e sociedade: um estudo comparativo de Durkheim e Marx. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 678-713, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v12n4/v12n4a06.pdf>. Acesso em 04 jan. 2019.

RODRIGUES, T. F. C. S.; SANCHES, R. C. N.; OLIVEIRA, M. L. F.; PINHO, L. B.; RADOVANOVIC, C. A. T. Sentimentos de famílias na dependência de drogas: à luz da sociologia compreensiva. **Rev. Bras. Enferm.** Porto Alegre, v. 71, n. 5, p. 2272-9. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s5/pt_0034-7167-reben-71-s5-2272.pdf. Acesso em: 03 dez. 2018.

SANTOS, S. F. R. dos. O Direito de Família na Grécia da Idade Antiga. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, n. 41, maio 2007. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=1779. Acesso em: 22 nov. 2017.

SCHENKER, M. Valores Familiares e Uso abusivo de Drogas. / Miriam Schenker. - Rio de Janeiro: **Editora FIOCRUZ**, 2008.

SILVA FILHO; J. A.; BEZERRA, A. M.; Acolhimento em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa. **Id on Line Rev. Mult. Psic.** V.12, N. 40. 2018 - ISSN 1981-1179 Edição eletrônica em: <http://idonline.emnuvens.com.br/id>. Acesso em: 05 jan. 2019.

SILVA, A. C.; DENARDI, T. C.; SILVA, P. C. D.; LUCCHESI, R.; GUIMARÃES, R. A.; VERA, I. CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS EM ASSENTADOS RURAIS. **Rev. Enferm. UFPE on line.**, Recife. v. 11, n. 8, p. 71, ago. 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/leone%20mendes%20dias/Downloads/110210-59362-1-PB.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

SILVA, A. C.; BOTTI, N. C. L. Comportamento autolesivo ao longo do ciclo vital: Revisão integrativa da literatura. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental** n.18, dez. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0194>. Acesso em 27 set 2018.

SILVA, A. K. Y. da.; GODOY, A. M. A Evolução da Entidade Familiar. **ETIC - Encontro de Iniciação Científica**, Toledo Prudente - Centro Universitário. Presidente Prudente - SP. v.4, n.4, 2008. Disponível em: <http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/ETIC/article/view/1614/1538>. Acesso em: 12 fev. 2018.

SILVA, J. M. O.; LOPES, R. L. M.; DINIZ, N. M. F. FENOMENOLOGIA. *Rev. Bras. Enferm*, Brasília 2008 mar-abr; 61(2): 254-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a18v61n2.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2017.

SILVA, L. M.; SOUSA, M. H.; OLIVEIRA, S. S.; MAGALHÃES, J. M. Assistência de Enfermagem ao Dependente Químico: Uma Revisão Integrativa. **Rev. Saúde em Foco**, Teresina, v. 3, n. 2, art. 4, p. 46-61, jul./dez. 2016. ISSN Eletrônico: 2358-7946. Disponível em: <file:///C:/Users/leone%20mendes%20dias/Downloads/907-3931-2-PB.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2018.

SILVA, A. P. TRABALHO EM EQUIPE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: FUNDAMENTOS HISTÓRICO-POLÍTICOS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32 n.8, aug. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n8/1678-4464-csp-32-08-e00095616.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2017.

SILVA, M. L.; GUIMARÃES, C. F.; SALLES, D. B. Fatores de risco e proteção à recaída na percepção de usuários de substâncias psicoativas. **Rev. Rene**, v. 15, n. 6, p. 1007-15, nov-dez. 2014. DOI: 10.15253/2175-6783.2014000600014. Acesso em 06 mar. 2018.

SILVA, P. M. C.; COSTA, N. F.; BARROS, D. R. R. E.; SILVA JÚNIOR, J. A.; SILVA, J. R. L.; BRITO, T. S. Saúde mental na atenção básica: possibilidades e fragilidades do acolhimento. **Rev Cuid**. 2019; 10(1): e617. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.617>. Acesso em 15 maio 2019.

REIS, L. M.; OLIVEIRA, M. L. L. Drogas e violência: percepção social em uma comunidade. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. V. 17, N. 3, JUL-SET. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i3.28663>. Acesso em 20 jul. 2018

RIBEIRO SILVA, C. Uma realidade em preto e branco: As mulheres vítimas de violência doméstica. 2011. 142 f. **Dissertação** (Mestrado em Serviço Social - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo 2011. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/17503/1/Carla%20da%20Silva.pdf>. Acesso em 12 dez. 2018.

SOALHEIRO, N. (Org.). Saúde Mental para a atenção básica / organizado por Nina Soalheiro. - Rio de Janeiro: **Editora Fiocruz**, 2017. 249 p.: il. ; tab. ISBN: 978-85-7541-495-8.

SOBRAL, C. A.; PEREIRA, P. C. A co-dependência dos familiares do dependente químico: revisão da literatura. **Rev. Fafibe online**. São Paulo, v. 5, n. 5, nov. 2012. Disponível em: <http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/21/21112012211234.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2018.

SOCOL, K. L. S.; TERRA, M. G.; RIBEIRO, D. B.; TEIXEIRA, J. K. da S.; SIQUEIRA, D. F. de.; MOSTARDEIRO, S. C. T. de S. O cotidiano das relações familiares com indivíduo dependente químico. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 01,

jan.- mar. 2014. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ce/v19n1/17.pdf>. Acesso em: 29 maio 2017.

SOCOL, K. L. S.; TERRA, M. G.; RIBEIRO, D. B.; MOSTARDEIRO, S. C. T. S.; TEIXEIRA, J. K. S.; SOUTO, V. T.; SILVA, E. T. SOBRECARGA FINANCEIRA VIVENCIADA POR FAMILIARES CUIDADORES DE INDIVÍDUOS DEPENDENTES QUÍMICOS. **Rev. Enferm UFSM**, v. 4, n. 3, p. 602-611. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/11264/pdf>. Acesso em: 02 fev. 2019.

SOUSA, B. O. P.; PEREIRA, A. C. S.; CHAVES, E. C. L.; MOREIRA, D. S.; SANTOS, M. A.; PILLON, S. C. Drug use and risk factors among school adolescents. Maringá, **Rev. Acta Scientiarum**. v. 39, n. 2, p. 233-240, jul./dez. 2017. Disponível em: [file:///C:/Users/leone%20mendes%20dias/Downloads/32450-172495-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/leone%20mendes%20dias/Downloads/32450-172495-1-PB%20(1).pdf). Acesso em: 20 fev. 2018.

SOUSA, F. S. P.; OLIVEIRA, E. N. Caracterização das internações de dependentes químicos em Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Geral. **Rev. Ciênc. saúde coletiva**. v.15 n.3 Rio de Janeiro, mai. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n3/v15n3a09.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2018.

SOUZA, D. R.; OLIVEIRA, M. A. F.; SOARES, R. H.; DOMANICO, A.; PINHO, P. H. Resistências dos profissionais da atenção psicossocial em álcool/drogas à abordagem de redução de danos. **Rev. J Nurs Health**, v. 7, n. 1, p. 16-24, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/leone%20mendes%20dias/Downloads/9276-37560-1-PB.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2018.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; MIELKE, F. B. VÍNCULOS E REDES SOCIAIS DE INDIVÍDUOS DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS SOB TRATAMENTO EM CAPSAD. **Rev. SMAD - Eletrônica Saúde mental Álcool e Drogas**. v. 2, n. 1, p.2, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v2n1/v2n1a03.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2018.

STEDILE, N. L. R.; GUIMARAES, M. C. S.; FERLA, A. A.; FREIRE, R. C. Contribuição das Conferências nacionais de saúde na definição de políticas públicas de ambiente e informação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. v. 20, n.10, p.2957-2971. ISSN 1413-8123. 2015 Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-2957.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2017.

SZUPSZYNSKI, K. P. D. R.; OLIVEIRA, M. S. O Modelo Transteórico no tratamento da dependência química. **Rev. Psicologia:Teoria e Prática**, São Paulo. v. 10, n. 1, p. 162-173. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v10n1/v10n1a12.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2018.

TERZIS, A. A importância da cultura grega na construção dos vínculos. Estudos de Psicologia - **SCIELO**. v. 14, n. 2, p. 81-84, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v14n2/08.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2018.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. Baos Práticas em Saúde Mental Comunitária. [tradução Melissa Tiek Muramoto] - Barueri, SP: **Manole**, 2010.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, World Drug Report 2017. (ISBN: 978-92-1-148291-1, eISBN: 978-92-1-060623-3, **United Nations publication**, Sales No. E.17.XI.6). Disponível em: https://www.unodc.org/wdr2017/field/Booklet_1_EXSUM.pdf. Acesso em: 5 mar. 2018.

VIERA, A.; AMARAL, G. A. A arte de ser beija-Flor na tripla jornada de trabalho da mulher. **Saúde Soc.** São Paulo, V. 22, n.2, p. 403-414, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/v22n2a12.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2018.

VIEIRA, A. S. T.; MIRANDA, M. S. L.; EMMI, D. T.; PINHEIRO, H. H. C.; BARROSO, R. F. F.; ARAÚJO, M. V. A. Percepção dos usuários de serviços de saúde da atenção básica no estado do Pará. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, 18(3): 58-64, jul-set, 2016. <https://doi.org/10.21722/rbps.v18i3.15743>. Acesso em: 25 mar. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Classification of Diseases – 11 (CID-11). São Paulo: **EDUSP**, 2018. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Acesso em: 16 jun. 2018.

ZERBETTO, S. R.; GONÇALVES, A. M. S.; SANTILE, N.; GALERA, S. A. F.; ANCORINTE, A. C.; GIOVANNETTI, G. Religiosity and spirituality: mechanisms of positive influence on the life and treatment of alcoholics. *Esc. Anna Nery*. v. 21, n. 1, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/en_1414-8145-ean-21-01-e20170005.pdf. Acesso em: 12 dez. 2018.

APÊNDICE I

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

PROJETO: “O COTIDIANO DE FAMILIARES DE INDIVÍDUOS COM DEPENDÊNCIA QUÍMICA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”

Dados Sociodemográficos			
Caracterização dos participantes	Data de Nascimento:	Data Coleta de Dados:	Código do participante
	Gênero: () Masculino () Feminino () Outros especificar:	Cor ou Raça declarado: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena () Outras especificar:	
	Estado Civil: () Solteiro () Casado () Separado () Viúvo () União estável		
	Religião:	Profissão:	
Questões norteadoras para a entrevista			
<ul style="list-style-type: none"> • Como é o seu dia-a-dia convivendo com um familiar dependente químico no atendimento na UBS? 			
Informações Complementares			

ANEXO II



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa "O COTIDIANO DE FAMILIARES DE INDIVÍDUOS COM DEPENDÊNCIA QUÍMICA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE". Nesta pesquisa pretendemos compreender o dia-a-dia de pessoas que convivem com familiares dependentes químicos. A temática se justifica pela dependência química ser um grave problema de saúde mundial, tendo seus laços sociais comprometidos, e no que diz respeito aos familiares percebe-se que estão em constante vulnerabilidade, e que as práticas de saúde estão normalmente voltadas à recuperação e reabilitação do dependente químico, não pensando a família como possíveis doentes. Para colher as informações necessárias, serão feitas **entrevistas** agendadas com antecedência, em ambientes de escolha do entrevistado, as entrevistas serão gravadas por um aparelho do tipo gravador de voz, apenas o áudio será gravado, não haverá gravação de vídeos, a entrevista acontecerá por meio de uma conversa, onde irei fazer algumas perguntas. Para esta pesquisa será utilizada também a aplicação de questionário contendo questões que compreendam características sócio demográficas e questões norteadoras, visando responder as o objetivo proposto e as questões de pesquisa. Os riscos na pesquisa são mínimos, que são considerados como aqueles de desempenho de atividades cotidianas. A pesquisa poderá contribuir para uma melhor compreensão do dia-a-dia de familiares de dependentes químicos e também poderá colaborar para a literatura em geral sobre a temática de saúde mental, contribuindo para a reflexão dos profissionais de saúde e os levando a pensar os familiares de indivíduos dependentes químicos como possíveis doentes no futuro.

Para participar deste estudo o Sr (a) **não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira**. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O **Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar**. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. **A sua participação é voluntária** e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a). O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa "O

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

COTIDIANO DE FAMILIARES DE INDIVÍDUOS COM DEPENDÊNCIA QUÍMICA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20__ .

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Marcelo da Silva Alves

Endereço: Bairro São Pedro

Rua: Rua José Lourenço Kelmer, s/n – Campus Universitário

CEP: 36036-900 – Juiz de Fora - MG

Fone: (32) 3231-0409

E-mail: enfermar@oi.com.br

Equipe de Pesquisa: Leone Mendes Dias

Endereço: Rua: Oswaldo Freitas Ferreira, N°118, Bairro: Santa Luzia

CEP: 36031-030 / Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 9 8859-3187/ 9 9112-8951

E-mail: leone.mendes@hotmail.com

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@uff.edu.br

ANEXO III


PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Cotidiano de Familiares de Indivíduos com Dependência Química no Contexto da Atenção Primária à Saúde

Pesquisador: Marcelo da Silva Alves

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 80307617.9.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.478.973

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, Item III.

Objetivo da Pesquisa:

Os Objetivos da pesquisa estão claros bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, Item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, Itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.478.973

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A primeira página do TCLE deve possuir espaço para rubrica do participante. O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 Item 3.3 letra a; e 3.4.1 Item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de Infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 Item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: setembro de 2019.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2-478.973

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1032473.pdf	08/12/2017 15:27:42		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_LEONE_REAJUSTADO.PDF	08/12/2017 15:26:15	Marcelo da Silva Alves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Reajustado.PDF	08/12/2017 15:24:49	Marcelo da Silva Alves	Aceito
Outros	Termo_de_Sigilo.pdf	13/11/2017 14:29:05	LEONE MENDES DIAS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_PJF.pdf	13/11/2017 14:28:21	LEONE MENDES DIAS	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_DE_COLETA_DE_DADOS.PDF	13/11/2017 14:27:51	LEONE MENDES DIAS	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_ASSINADA.pdf	13/11/2017 14:12:19	LEONE MENDES DIAS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 30 de Janeiro de 2018

Assinado por:
Patricia Aparecida Fontes Vieira
(Coordenador)

Endereço: JOSÉ LOURENÇO KELMER S/N
Bairro: SÃO PEDRO CEP: 36.036-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXO IV



JUIZ DE FORA Prefeitura
Secretaria de Saúde

Declaração

Eu, Thiago Augusto Campos Horta, na qualidade de responsável pela Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde, autorizo a realização da pesquisa intitulada "O Cotidiano de Familiares de Indivíduos com Dependência Química no Contexto da Atenção Primária à Saúde" a ser conduzida sob a responsabilidade do Professor Orientador Doutor Marcelo da Silva Alves e do pesquisador Leone Mendes Dias no município de Juiz de Fora e DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa e que AUTORIZAMOS a divulgação do nome do município de Juiz de Fora no relatório de pesquisa e publicações científicas.

Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFJF para a referida pesquisa.

Solicita-se, assim que concluídos, o Relatório de Pesquisa e as Bases de Dados da referida pesquisa para apreciação e potencial utilização desta Secretaria de Saúde.

Juiz de Fora, 27 de outubro de 2017.

Thiago Augusto Campos Horta
Subsecretário de Atenção Primária à Saúde

Thiago Augusto Campos Horta
Subsecretário de Atenção Primária à Saúde

Recebido em: 26/10/2017	
Nome: Leone Mendes Dias	CPF: 085.113.006-27
Instituição: Universidade Federal de Juiz de Fora	
E-mail: LEONE.MENDES@latmail.com	Telefone: (32) 9 8958-0935
Assinatura: Leone Mendes Dias	

Secretaria de Saúde
Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde
Rua Halfeld, 1400 - 3º andar - Centro - Juiz de Fora - MG - Tel. (32) 3690-7711 - FAX. (32) 3690-7711