

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA

**A família da pessoa que faz uso de substância psicoativa e os profissionais da
Rede de Atenção Psicossocial: intervenções e perspectivas**

Marcela Mansur Gomides Lima
Doctor Scientiae

**VIÇOSA - MINAS GERAIS
2026**

MARCELA MANSUR GOMIDES LIMA

A família da pessoa que faz uso de substância psicoativa e os profissionais da Rede de Atenção Psicossocial: intervenções e perspectivas

Tese apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Política Social, para obtenção do título de *Doctor Scientiae*.

Orientadora: Lilian P. Caixeta Reis

**Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade
Federal de Viçosa - Campus Viçosa**

T

L732f
2026
Lima, Marcela Mansur Gomides, 1983-
A família da pessoa que faz uso de substância psicoativa e os profissionais da Rede de Atenção Psicossocial: intervenções e perspectivas / Marcela Mansur Gomides Lima. – Viçosa, MG, 2026.

1 tese eletrônica (166 f.): il. (algumas color.).

Inclui anexos.

Inclui apêndices.

Orientador: Lílian Perdigão Caixêta Reis.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Viçosa, Departamento de Serviço Social, 2026.

Referências bibliográficas: f. 138-149.

DOI: <https://doi.org/10.47328/ufvbbt.2026.252>

Modo de acesso: World Wide Web.

1. Famílias - Saúde mental. 2. Serviços de saúde mental.
3. Pessoal da área de saúde mental. 4. Centro de Atenção Psicossocial. I. Reis, Lílian Perdigão Caixêta, 1966-
II. Universidade Federal de Viçosa. Departamento de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Política Social.
III. Título.

CDD 22. ed. 362.20425

MARCELA MANSUR GOMIDES LIMA

A família da pessoa que faz uso de substância psicoativa e os profissionais da Rede de Atenção Psicossocial: intervenções e perspectivas

Tese apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Política Social, para obtenção do título de *Doctor Scientiae*.

APROVADA: 27 de fevereiro de 2026.

Assentimento:

Marcela Mansur Gomides Lima
Autora

Lilian Perdigao Caixeta Reis
Orientadora

Essa tese foi assinada digitalmente pela autora em 21/05/2026 às 13:06:12 e pela orientadora em 21/05/2026 às 14:51:26. As assinaturas têm validade legal, conforme o disposto na Medida Provisória 2.200-2/2001 e na Resolução nº 37/2012 do CONARQ. Para conferir a autenticidade, acesse <https://siadoc.ufv.br/validar-documento>. No campo 'Código de registro', informe o código **4Y0X.7R62.AA6U** e clique no botão 'Validar documento'.

Aos meus filhos, Bento e Lucca, pelo amor incondicional.
Ao meu marido, pelo apoio nos momentos mais difíceis.
Aos meus pais, pelo apoio e carinho.

AGRADECIMENTOS

Começo meus agradecimentos aos meus filhos e ao meu marido.

Marcelo, que sempre me acompanhou nos maiores desafios a que me proponho. Agradeço pela paciência, apoio e presença no decorrer dos quatro anos de doutorado. Obrigada por entender meus momentos de sobrecarga e permanecer comigo nos desafios do caminho.

Bento e Lucca, não tenho palavras para pedir perdão pelos momentos em que precisei me ausentar do cuidado de vocês. Saibam que são minha inspiração diária e a maior fonte de motivação para que eu concluísse esta etapa. O rostinho de vocês, em meio às produções que precisava finalizar, trouxe-me fé e a confiança de que tudo daria certo.

À minha orientadora, Lílian, deixo minha gratidão por todos os momentos de orientação, escuta e cuidado, permitindo que tudo ocorresse da maneira mais humana possível.

Aos meus pais, agradeço pelo apoio e cuidado com meus filhos, pelo incentivo aos estudos e por acreditarem em mim.

Aos colegas de doutorado, agradeço pelas trocas, pelos debates, pelas angústias compartilhadas e pelo conhecimento que construímos juntos nesta caminhada.

Às famílias das pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas, deixo minha gratidão e respeito. Vocês contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa de maneira indescritível; sou grata por compartilharem suas histórias comigo.

Aos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), agradeço pela disponibilidade e por permitirem que eu aprendesse um pouco mais com cada um de vocês. Vocês reafirmam que o cuidado é possível e representam a força do SUS.

À CAPES, agradeço pelo incentivo à pesquisa e pelo investimento, fundamentais para a realização de trabalhos científicos que promovam uma reflexão crítica sobre o funcionamento das políticas públicas.

A Deus, agradeço por ser abrigo e sustento nos momentos de medo e incertezas. Foi acreditando que daria certo que encontrei forças para continuar.

Aos doutores e colegas de profissão que contribuíram desde o projeto, passando pela qualificação até a defesa da tese: o conhecimento de vocês me proporcionou um crescimento imensurável.

Agradeço a todos que fizeram parte desta trajetória. Esta tese possibilitou encontros, reflexões e reafirmou meu compromisso com a transformação da política social.

À Universidade Federal de Viçosa, pela oportunidade de realizar a pós-

graduação.

Este trabalho foi realizado com o apoio das seguintes agências de pesquisa brasileiras: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

RESUMO

LIMA, Marcela Mansur Gomides, D.Sc., Universidade Federal de Viçosa, fevereiro de 2026. **A família da pessoa que faz uso de substância psicoativa e os profissionais da Rede de Atenção Psicossocial: intervenções e perspectivas.** Orientadora: Lilian Perdigao Caixeta Reis.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) propõe o acompanhamento em saúde mental com base nos princípios da Reforma Psiquiátrica. Dessa forma, prioriza o cuidado às pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas em liberdade, de forma territorializada e focada na singularidade do sujeito. Nesse cenário, as famílias são apontadas como rede de apoio e proteção para o cuidado no território. A presente tese analisou as intervenções direcionadas ao familiar da pessoa que faz uso prejudicial de substância psicoativa, bem como as expectativas da família e dos profissionais da saúde mental em relação ao acompanhamento. O trabalho é relevante para a compreensão das demandas de familiares e profissionais, identificando práticas que promovam o fortalecimento de vínculos e contribuam para a qualificação do cuidado. Em consonância com o referencial teórico adotado, a metodologia consistiu em uma revisão integrativa de literatura e em uma pesquisa de campo com a realização de 30 entrevistas semiestruturadas (15 com familiares e 15 com profissionais da RAPS). As entrevistas ocorreram entre setembro de 2023 e maio de 2025, em um município de porte médio do interior de Minas Gerais. Realizou-se a análise qualitativa dos dados por meio da Análise de Conteúdo de Bardin, com auxílio do software IramuteQ. Para a discussão, consideraram-se os princípios da RAPS e a Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner. Quanto ao perfil, os profissionais entrevistados (psicólogos, enfermeiros, médicos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais) são predominantemente mulheres. Entre os familiares, 93,33% pertencem ao gênero feminino; 40% possuem ensino fundamental incompleto e apenas 13,3% possuem ensino superior completo. Os resultados indicam conteúdos emergentes como: a família enquanto rede de apoio que também carece de cuidado; a expectativa familiar por internações institucionais; a necessidade de formação profissional e de informações aos familiares sobre a rede; e a influência dos sistemas sociais, políticos e de saúde no comportamento dos profissionais e na percepção das famílias. Conclui-se que o cuidado ao familiar deve ser centrado nele próprio para que possa, então, auxiliar o outro, visto que intervenções focadas estritamente no usuário limitam o amparo à família. Por fim, as ações do SUS enfrentam desafios como o redirecionamento de políticas públicas, limitações no financiamento e o enfraquecimento de

dispositivos substitutivos, fatores que dificultam a consolidação de práticas territorializadas.

Palavras-chave: cuidado à família; RAPS; substâncias psicoativas; pessoal de saúde; teoria bioecológica de Bronfenbrenner

ABSTRACT

LIMA, Marcela Mansur Gomides, D.Sc., Universidade Federal de Viçosa, February, 2026. **The family of the person who uses psychoactive substances and the professionals of the Psychosocial Care Network: interventions and perspectives.** Adviser: Lilian Perdigao Caixeta Reis.

The Care Network proposes mental health monitoring based on the principles of psychiatric reform. In this way, it prioritizes care for people who misuse psychoactive substances in a community-based manner, focusing on the individual's unique circumstances. In this scenario, families are identified as a support and protection network for care within the territory. This thesis aimed to analyze interventions directed at family members of individuals who misuse psychoactive substances, as well as the expectations of the family and mental health professionals regarding support. This work proves relevant for understanding the demands of family members and professionals, due to the importance of identifying practices that promote the strengthening of bonds, contributing to the improvement of mental health care. In line with the adopted theoretical framework, the methodology used was an integrative literature review and field research, with the completion of 30 semi-structured interviews, 15 with family members of people who misuse psychoactive substances and 15 with professionals from the Psychosocial Care Network. The interviews took place between September 2023 and May 2025 in a medium-sized municipality in the interior of Minas Gerais. A qualitative analysis of the data was carried out using Bardin's content analysis and the IraMuTeQ software. For the discussion of the data, the principles of RAPS and Bronfenbrenner's Bioecological Theory were considered. Regarding the educational background of the professionals interviewed, they included psychologists, nurses, doctors, occupational therapists, and social workers, with a predominance of women. Concerning the family members interviewed, 93.33% were female, with 40% of participants having incomplete primary education, 20% incomplete secondary education, and only 13.3% having completed higher education. Among the emerging themes, the following can be discussed: the family is seen as a support and aid in care, yet needs care itself; the expectation of family members for care to be provided in inpatient institutions; the need for training for professionals and information for family members about the services offered by the psychosocial care network; the influence of family members and services on the care directed at people who use psychoactive substances; social, political, health, and education systems, influencing, along with individual characteristics, the behavior of professionals and

their perception of families; and the need for care from family members and professionals so that they can care for themselves. Care for family members should be focused on the family member so that they can then help others. Guidance and interventions that focus on the individual user limit care to the family member. The actions of the Brazilian Unified Health System (SUS) face challenges such as the redirection of public policies, the interruption of ongoing actions, limitations in funding, and the weakening of alternative mechanisms, factors that hinder the consolidation of territorialized practices and effective support for families.

Keywords: family care; psychoactive substances; health personnel; Bronfenbrenner's biological theory

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|-----|
| Quadro 1 – Descrição dos autores, base de dados e ano das publicações selecionadas | 45 |
| Gráfico 1 – Número de estudos selecionados por ano..... | 46 |
| Gráfico 2 – Número de estudos selecionados por país..... | 47 |
| Gráfico 3 – Número de profissionais da RAPS por gênero..... | 56 |
| Gráfico 4 – Número de familiares por idade | 92 |
| Gráfico 5 – Número de familiares por profissão | 93 |
| Gráfico 6 – Número de familiares por escolaridade..... | 93 |
| Figura 1 – Nuvem de palavras da categoria “Função e concepção de família” | 59 |
| Figura 2 – Nuvem de palavras da categoria “Eficácia no cuidado profissional” | 63 |
| Figura 3 – Nuvem de palavras da categoria “Expectativa no cuidado pela família” | 71 |
| Figura 4 – Análise de similitude da categoria “Relação serviços e família”..... | 81 |
| Figura 5 – Nuvem de palavras da categoria “Concepção e função familiar”..... | 94 |
| Figura 6 – Nuvem de palavras da categoria “Família e cuidado” | 98 |
| Figura 7 – Nuvem de palavras da categoria “Expectativa do acompanhamento do profissional” | 103 |
| Figura 8 – Nuvem de palavras da categoria “relação serviços e família” | 111 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Número de publicações por revista..... | 48 |
| Tabela 2 – Número de participantes e formação profissional | 56 |

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|----------|--|
| BVS | Biblioteca Virtual de Saúde |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CAPS II | Centro de Atenção Psicossocial II |
| CAPS i | Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil |
| CAPS ad | Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas |
| CC | Centro de Convivência |
| CEP/UFV | Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Viçosa |
| CISAMAPI | Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Piranga |
| CETA | Common Elements Treatment Approach |
| CRAFT | Community Reinforcement and Family Training |
| CRAS | Centro de Referência da Assistência Social |
| CREAS | Centro de Referência Especializado da Assistência Social |
| CT | Comunidade Terapêutica |
| EBFT | Terapia Familiar de Base Ecológica |
| eMULTI | Equipe Multidisciplinar |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| LENAD | Levantamento Nacional de álcool e drogas |
| NASF | Núcleo Ampliado de Saúde da Família |
| PPGED | Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica |
| PSF | Programa de Saúde da Família |
| PubMed | Public and Updated Medical Literature |
| PUC | Pontifícia Universidade Católica |
| PTS | Projeto Terapêutico Singular |
| PVC | Programa de Volta para Casa |
| RAPS | Rede de Atenção Psicossocial |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| RD | Redução de Danos |
| SAMMDU | Serviço Assistência Médica Municipal de Urgência |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |
| StArt | <i>State of the Art through Systematic Review</i> |
| SRT | Serviço Residencial Terapêutico |
| SUS | Sistema Único de Saúde |

| | |
|---------|--|
| TCC | Teoria Cognitivo-Comportamental |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre Esclarecido |
| UA | Unidade de Acolhimento |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UFSCAR | Universidade Federal de São Carlos |
| UFSJ | Universidade Federal de São João Del-Rei |
| UNIFESP | Universidade Federal de São Paulo |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |
| WBI | Intervenção baseada na Web |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO | 16 |
| CAPÍTULO 1 – INTERFACES ENTRE A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL, A FAMÍLIA E A BIOECOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO | 20 |
| 1.1 A política social brasileira e as marcas na saúde mental | 20 |
| 1.2 A reforma psiquiátrica e o contexto brasileiro..... | 22 |
| 1.3 A rede de atenção psicossocial | 27 |
| 1.4 A família no cuidado em saúde mental..... | 29 |
| 1.5 Teoria bioecológica do desenvolvimento humano | 32 |
| CAPÍTULO 2 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS | 36 |
| 2.1 Etapas da pesquisa | 36 |
| 2.1.1 Revisão integrativa | 36 |
| 2.1.2 Pesquisa de campo | 37 |
| 2.1.2.1 Entrevista com os profissionais da RAPS | 38 |
| 2.1.2.2 Entrevista com familiares..... | 40 |
| 2.1.2.3 Inserção ecológica | 42 |
| 2.1.3 Questões éticas..... | 42 |
| CAPÍTULO 3 - INTERVENÇÕES DIRECIONADAS AOS FAMILIARES DAS PESSOAS QUE FAZEM USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA..... | 44 |
| 3.1 Descrição dos artigos | 44 |
| 3.2 Intervenções e famílias | 49 |
| CAPÍTULO 4 – ANÁLISE DAS PERSPECTIVAS DOS PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL | 54 |
| 4.1 Descrição dos/as profissionais entrevistados/as | 55 |
| 4.2 Perspectivas dos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial..... | 57 |
| 4.2.1 Função e concepção de família..... | 59 |
| 4.2.2 Eficácia no cuidado profissional..... | 63 |
| 4.2.3 Expectativa no cuidado pela família..... | 70 |
| 4.2.4 Relação serviços e família | 80 |
| CAPÍTULO 5 – ANÁLISE DAS ENTREVISTAS COM FAMILIARES DE PESSOAS QUE FAZEM USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA | 91 |
| 5.1 Descrição dos familiares entrevistados..... | 91 |
| 5.2 Perspectivas dos familiares | 94 |
| 5.2.1 Função e concepção de família..... | 94 |
| 5.2.2 Família e cuidado..... | 97 |

| | |
|--|------------|
| 5.2.3 Expectativa no acompanhamento do profissional | 102 |
| 5.2.4 Relação serviços e família | 111 |
| CAPÍTULO 6 – PROPOSTAS DE CUIDADO | 120 |
| 6.1 Perspectiva dos profissionais | 120 |
| 6.2 Perspectiva dos familiares | 127 |
| 6.3 Propostas diante das dificuldades | 132 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 135 |
| REFERÊNCIAS | 138 |
| APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semiestruturada com profissionais..... | 150 |
| APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para profissionais | 152 |
| APÊNDICE C – Roteiro de entrevista semiestruturada com familiares | 155 |
| APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para familiares | 157 |
| ANEXO A – Termo de anuência para realização da pesquisa..... | 160 |
| ANEXO B – Parecer substanciado do CEP | 161 |

INTRODUÇÃO

O uso abusivo de substâncias psicoativas¹, o preconceito e a classe social à qual o indivíduo pertence possuem estreita relação com processos de marginalização social e econômica. Além de acarretar consequências sociais e danos à saúde, fatores interpessoais, psicológicos e biológicos estão presentes, gerando problemas de saúde pública e elevados custos no cuidado à população. Somam-se às consequências do uso as discussões acerca da eficácia dos tratamentos e do acompanhamentos desses usuários (Henriques *et al.*, 2018).

Para além do indivíduo que faz uso prejudicial de substâncias psicoativas, pesquisas indicam que, no Brasil, é frequente que o familiar sofra danos decorrentes da dependência de seu parente, uma vez que o consumo interfere na dinâmica de todo o núcleo familiar (Orford *et al.*, 2019). Os familiares vivenciam problemas financeiros, conflitos interpessoais, dificuldades no trabalho e desafios ao lidar com comportamentos alterados, além de sobrecarga e desgaste físico e mental (Zanatta; Garghetti; Lucca, 2012). Tais fatores demonstram a necessidade de fortalecimento do familiar para o enfrentamento dessas questões (Henriques; Rocha; Reinaldo, 2016). Ademais, conforme apontam Paiano *et al.* (2019), a família exerce influência direta no início e na manutenção do tratamento, oferecendo suporte essencial aos usuários.

Em pesquisa nacional realizada entre 2012 e 2013 pelo Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas, abrangendo 3.153 famílias, as mulheres configuraram-se como a maioria entre os familiares entrevistados, com predomínio da figura materna. Essas mulheres sofrem o impacto negativo do uso de drogas e são frequentemente as responsáveis pelo tratamento. Mais de 50% delas são consideradas “chefes de família”, e mais da metade das famílias possui pelo menos dois membros usuários. Evidenciou-se que a capacidade de trabalho e estudo dos familiares foi prejudicada pelo consumo de drogas de entes queridos, havendo ainda interferências significativas na vida social. No Brasil, embora escassos, os estudos com familiares de usuários de substâncias psicoativas concentram-se predominantemente no impacto sofrido diante dessa condição (Laranjeira *et al.*, 2013).

A Política Nacional de Saúde Mental, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), garante o atendimento a pessoas com transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas (Brasil, 2011). Por meio do trabalho com a família e com a rede

¹ “As chamadas substâncias psicoativas ou drogas psicotrópicas são aquelas que atuam sobre o cérebro, modificando o seu funcionamento, podendo provocar alterações no humor, na percepção, no comportamento e em estados da consciência” (Brasil, 2023).

de apoio, objetiva-se desenvolver ações de parceria no cuidado, mediadas por momentos de interação e orientação (Zago, 2007).

Historicamente, o Brasil acompanhou a evolução mundial no tratamento do uso prejudicial de substâncias psicoativas, considerando o cuidado antimanicomial e a conquista de direitos. A Reforma Psiquiátrica promoveu transformações na assistência e instituiu novos serviços na rede de saúde para pessoas em adoecimento psíquico. Esses visam assistir o sujeito de forma que o hospital psiquiátrico perca sua centralidade, permitindo que o cuidado ocorra na comunidade, com valorização da convivência e da interação social (Brasil, 2001).

Com o intuito de superar a necessidade de internação hospitalar, o foco deslocou-se para serviços de saúde que realizam intervenções territoriais. Assim, o sujeito em sofrimento psíquico pode conviver socialmente, enquanto os serviços substitutivos valorizam a participação da família e da rede de apoio no acompanhamento.

Considerando que as ações de saúde mental valorizam a participação familiar, mas que o desgaste desses membros se manifesta em relações comprometidas, surgem as seguintes indagações: Quais técnicas são indicadas pela literatura científica para o trabalho com famílias de usuários de substâncias psicoativas? Quais intervenções são efetivamente realizadas nos serviços de saúde mental? Que benefícios tais ações trazem para familiares e usuários? O que se espera das famílias nos acompanhamentos e quais objetivos os profissionais pretendem alcançar? O que as famílias esperam dos profissionais? O presente estudo foi proposto com a finalidade de responder a esses questionamentos.

Diante das diretrizes da Saúde Mental e dos desafios na atenção psicossocial, faz-se necessário ampliar pesquisas sobre intervenções familiares. O objetivo é analisar ações de cuidado integral que considerem o sofrimento e a sobrecarga do familiar, descentalizem a culpa e a responsabilidade, e identifiquem as dificuldades vivenciadas pelos profissionais.

Este estudo justifica-se pela relevância de identificar e compreender as intervenções realizadas com familiares. Para o aprimoramento das políticas de saúde, é fundamental discutir a atuação dos profissionais, seus métodos e objetivos, analisando como os resultados contribuem para a construção de propostas de intervenção e para o esclarecimento das expectativas mútuas entre família e serviço de saúde. A pesquisa visa oferecer embasamento para políticas públicas mais efetivas, auxiliando famílias no processo que vivenciam e fomentando uma visão crítica dos profissionais sobre a política de saúde mental.

Para além do embasamento científico, a motivação para esta pesquisa de doutorado relaciona-se à experiência profissional da pesquisadora como psicóloga em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no interior de Minas Gerais, onde atua desde 2007 no

atendimento a usuários de substâncias psicoativas e seus familiares, tendo exercido a coordenação da unidade entre 2013 e 2017.

A pesquisadora, graduada em Psicologia pela Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), possui especializações em Dependência Química pela UNIFESP e pela UFSJ, e em Saúde Mental Contemporânea pela PUC-MG. Em 2021, concluiu mestrado no Departamento de Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa (UFV), investigando a internação compulsória e seus contextos. Os desdobramentos desse estudo impulsionaram a atual tese. Além disso, participou como discente no Projeto “Nós na Rede”, voltado à qualificação de profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil.

Diante das justificativas expostas, esta pesquisa tem como objetivo principal analisar as intervenções direcionadas ao familiar da pessoa que faz uso prejudicial de substância psicoativa²⁻³, bem como as expectativas da família e dos profissionais da saúde mental quanto ao acompanhamento.

Como objetivos específicos, propôs-se:

- Identificar as intervenções direcionadas aos familiares de usuários de substâncias psicoativas;
- Descrever o perfil dos profissionais da RAPS de um município do interior de Minas Gerais;
- Descrever o trabalho e as intervenções de profissionais da atenção psicossocial voltadas para o cuidado familiar;
- Conhecer a expectativa dos profissionais de saúde mental em relação aos familiares no tratamento;
- Conhecer a expectativa da família em relação às condutas de profissionais;
- Propor ações que contribuam para o desenvolvimento da RAPS local.

A pesquisa possui caráter descritivo e explicativo, utilizando métodos quantitativos e qualitativos. Operacionalizou-se por meio de revisão bibliográfica, entrevistas semiestruturadas com familiares e profissionais da RAPS, e a elaboração de orientações técnicas.

O estudo foi executado em duas etapas. Concomitante ao referencial teórico, realizou-se uma revisão integrativa da literatura para identificar e descrever as intervenções e o trabalho profissional na atenção psicossocial. Posteriormente, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com profissionais e familiares, seguidas de análise qualitativa e quantitativa. Por fim, elaborou-se um capítulo com sugestões práticas para os profissionais da área.

² Optou-se pelo termo “substância psicoativa” em substituição “álcool e outras drogas”, conforme orientação do Conselho Federal de Serviço Social (2022).

³ O foco da tese reside no álcool e em substâncias psicoativas ilícitas.

A tese está dividida em: Marco Teórico, Procedimentos Metodológicos, Análise da Revisão Integrativa, Análise das Entrevistas com Familiares, Análise das Entrevistas com Profissionais, Propostas de Cuidado e Considerações Finais, resultando em publicações e apresentações em eventos científicos⁴. O trabalho articula achados teóricos e dados de campo, permitindo analisar as convergências e divergências entre a produção científica e o cotidiano dos serviços, fundamentando propostas que reforçam os princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS.

⁴ Foram publicados dois artigos e um capítulo de livro (Lima; Reis, 2024; Lima; Reis; Ribeiro, 2025; Procópio *et al.*, 2025), com apresentações em congressos da UFV (I, II e III Congresso de Saúde Mental), no II Seminário Internacional de Política Pública Social e no 7º Fórum de Direitos Humanos e Saúde Mental, com os respectivos trabalhos publicados em anais dos eventos.

CAPÍTULO 1 – INTERFACES ENTRE A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL, A FAMÍLIA E A BIOECOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

No cenário das políticas sociais brasileiras, incluindo a assistência social e a saúde, a família é verificada como elemento central nas ações que contribuem para o desenvolvimento humano. De acordo com a Constituição Federal de 1988, a família, em conjunto com o Estado e a sociedade, possui o dever de assegurar os direitos ao cidadão. Enquanto a família conta com a proteção estatal, cabe ao Estado o estabelecimento de políticas públicas protetivas. Consolidasse, assim, a ênfase do cuidado no núcleo familiar e o papel do Estado como regulador das políticas públicas de atendimento (Brasil, 1988).

Para fundamentar as perspectivas deste estudo, as discussões deste marco teórico pautam-se na Política Social Brasileira e suas marcas na saúde mental; na Reforma Psiquiátrica e no contexto nacional; na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); no papel da família no cuidado em saúde mental; e a Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner.

1.1 A política social brasileira e as marcas na saúde mental⁵

O Brasil apresenta uma trajetória marcada por peculiaridades na formação do Estado e da sociedade civil. A história dos direitos sociais no país é caracterizada por tentativas constantes de clientelismo, pelo uso do espaço público para fins privados e por uma solidariedade que, muitas vezes, exime o Estado de sua responsabilidade – apesar da expectativa de políticas nas quais o poder público assuma efetivamente os direitos sociais básicos (Couto, 2010).

Em diversos momentos históricos, observa-se o rompimento dos direitos sociais com os direitos civis e políticos, resultando em um conceito de cidadania incompleto. Embora a materialização desses direitos ocorra via Políticas Sociais, a garantia dos mesmos é frequentemente prejudicada por sua forte submissão a questões econômicas (Couto, 2010). Behring e Boschetti (2018) discutem esses fenômenos ressaltando que a compreensão de políticas social deve evitar o reducionismo e a fragmentação, uma vez que os acontecimentos são atravessados por determinações complexas.

Essa perspectiva crítica conduz à reflexão sobre a formação sócio-histórica brasileira, atravessada por marcas estruturais como a herança colonial, o latifúndio, o escravismo e um

⁵ Dados extraídos e compilados para o artigo de Lima, Reis e Ribeiro (2025).

regime de capitalismo dependente (Bambirra, 2024). Esse processo produziu profundas disparidades sociais (Costa, 1999) e moldou a forma como o Estado intervém nas expressões da “questão social”⁶. Compreender tais particularidades – a concentração de poder e riqueza (Costa, 1999) e a persistência do racismo como organizador social – permite um olhar crítico sobre as políticas contemporâneas (Souza, 2023).

Um característica marcante da política social brasileira é o destaque em ações focais destinadas à população em extrema pobreza, o que induz a uma “vida do mínimo”. Simultaneamente, observa-se a criminalização da pobreza e a presença de discursos meritocráticos por parte do Estado e da burguesia (Souza; Soares, 2019). Behring e Boschetti (2018) apontam a década de 1970 como o período de intensificação dessas políticas, motivadas mais pela necessidade de aproximação do Estado com a sociedade do que pelo interesse em atender às reais demandas sociais.

Na saúde mental, a partir dos anos 1970, intensificaram-se as lutas pela desinstitucionalização, com a crítica ao modelo asilar e hospitalocêntrico em favor da convivência familiar. O tratamento asilar era condenado pelas práticas de confinamento, segregação e violência institucional (Teixeira, 2015). Em oposição, o modelo extra-hospitalar valoriza a autonomia, a cidadania e o direito à convivência comunitária, conforme afirma Teixeira (2015, p. 212):

O modelo antagônico à institucionalização, o extra-hospitalar, valoriza o retorno à família e comunidade, reforçando o direito à convivência familiar e comunitária, a autonomia e cidadania dos sujeitos usuários das políticas sociais e sua inclusão na vida social mais ampla.

Além das questões humanitárias, Teixeira (2015) citar os elevados custos das internações para o Estado. Segundo Tenório (2002), os governos militares priorizavam a internação asilar aliada à privatização da assistência; entre 1965 e 1970, houve um aumento exponencial de leitos em instituições privadas em detrimento dos hospitais públicos.

O ano de 1968 foi um marco global de críticas políticas e sociais que impulsionaram movimentos de protesto, evidenciando a organização popular frente ao autoritarismo da ditadura, período marcado pela exploração da classe trabalhadora e expansão do capitalismo dependente (Couto, 2010). Nos anos 1980, o Estado ainda promovia ações pontuais de prevenção, mas atribuía os problemas a carências individuais. No final dessa década, a mobilização popular culminou na Constituição Federal de 1988 que, conforme Cislaghi (2020,

⁶ Para aprofundamento e compreensão sobre a questão social no Brasil, recomenda-se a leitura de Yamamoto (2019).

p. 8), avançou na universalização de políticas como saúde e educação e na institucionalização da Assistência Social, antes restrita a caridades privadas e clientelistas.

A Constituição de 1988, ainda que insuficiente para a reversão das desigualdades históricas e estruturais da sociedade brasileira, avançou na universalização de políticas sociais como a saúde, a educação e a Previdência Social e na institucionalização de Assistência Social, até então restrita a iniciativas clientelistas e pontuais de caridades privadas.

A partir dos anos 1990, o Brasil incorporou a reestruturação produtiva neoliberal e a financeirização. Nesse contexto, as políticas sociais passaram a ser marcadas pela privatização, focalização e descentralização, com o Terceiro Setor e a Sociedade Civil assumindo deveres antes atribuídos ao Estado (Cislaghi, 2020). Mais recentemente, após 2016, acirrou-se o controle privado dos recursos públicos e o desfinanciamento das políticas sociais, distanciando-as dos princípios de equidade e universalidade (Souza; Soares, 2019).

Nesse cenário de neoliberalismo radicalizado, a criminalização da pobreza e a culpabilização do indivíduo ganham força, mascarando as causas econômicas do sofrimento (Couto, 2010). Essa lógica conservadora impulsiona a família a assumir funções de cuidado que reduzem a demanda sobre o Estado, tornando-a propulsora do bem-estar social em substituição às políticas públicas (Teixeira, 2015). Embora a família não tenha nascido no capitalismo, ela acaba sendo instrumentalizada por ele para manter os valores julgados ideais pelo Estado (Teixeira, 2015).

1.2 A reforma psiquiátrica e o contexto brasileiro⁷

No processo da Reforma Sanitária brasileira, pautada na luta pela saúde como direito universal e dever do Estado, organizou-se a Reforma Psiquiátrica. Este movimento, impulsionado pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, visava denunciar a assistência precária, a violação dos direitos dos usuários e buscar melhores condições de trabalho.

Na década de 1970, sob a égide da redemocratização, iniciou-se o processo reformista no país (Tenório, 2002). Tais ações integraram um processo social que propôs uma nova percepção sobre a loucura, redefinindo a relação entre o sujeito e a sociedade, além de fomentar a construção da cidadania da pessoa com transtorno mental (Amarante; Nunes, 2018). Essas

⁷ Dados extraídos e compilados para o artigo de Lima e Reis (2024).

mudanças no modo de tratar e no lugar social do usuário estão intrinsecamente ligadas às transformações na Política Social.

Nesse cenário, as políticas de saúde mental englobam as pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas e apresentam transtornos decorrentes desse consumo. Historicamente, as abordagens brasileiras variaram conforme as perspectivas psiquiátricas de cada época, refletindo diretamente nas formas de responsabilizar e abordar as famílias.

O uso de substâncias psicoativas acompanha a humanidade desde a Antiguidade, relacionando-se com a estruturação das sociedades, desde o consumo problemático até o uso em interações sociais, rituais religiosos, medicina e celebrações familiares (Carneiro, 2014). Segundo Trad (2010), até a Revolução Industrial, o Estado mantinha uma postura de controle informal e autocontrole sobre o uso de drogas. Contudo, a partir da segunda metade do século XVIII, a medicina consolidou-se como instituição social, e o proibicionismo tornou-se central na regulação estatal sobre substâncias psicoativas e usuários.

O proibicionismo, marcado por medidas de interdição e repressão, expandiu-se no mundo ocidental a partir do final do século XIX, tornando-se política global no século XX. Iniciativas como a “Lei Seca” nos Estados Unidos (1920-1933) exemplificam o esforço estatal para controlar a disciplina do trabalho e o lazer (Carneiro, 2014). Socialmente, as “misérias” advindas do uso excessivo eram frequentemente resolvidas com o isolamento em hospitais daqueles considerados inaceitáveis ou cujas famílias não conseguiam gerenciar (Rosa; Silva, 2019).

Desde Pinel, no século XVIII, a proposta de intervenção envolvia o afastamento do doente mental da família e da sociedade para observação e classificação hospitalar (Tenório, 2002). Essa retirada do sujeito de seu grupo de origem (Rosa, 2005) transferia ao Estado a responsabilidade integral:

Logo, o Estado, por meio de suas políticas, equipamentos e agentes, toma para si o cuidado integral desse segmento, oferecendo como resposta preponderante a internação integral, ou seja, a institucionalização. Há suspensão dos direitos civis deste grupo, ao mesmo tempo em que há uma desoneração parcial das famílias em relação à produção e provisão de cuidados mais intensivos (Rosa; Silva, 2019, p. 204).

No século XIX, Esquirol apresentou uma visão dicotômica da família: ao mesmo tempo em que sofria com a presença do usuário, era vista como potencial agente alienador, justificando o isolamento do paciente enquanto a família aguardava passivamente pela cura (Rosa, 2005). Kraepelin, embora propusesse tratamentos em ambientes clinicamente domésticos, manteve o distanciamento das casas dos doentes (Brasil, 2008).

No Brasil, do período Imperial à República Velha, não havia legislação específica para substâncias psicoativas. Até os anos 1950, o alcoolismo era associado à pobreza e à desordem moral, tratado de forma individual e punitiva sob a ótica higienista, que combinava medicina e repressão estatal, incluindo prisões e tratamentos compulsórios (Rosa; Silva, 2019). Nesse período, a família era instada a retirar os homens dos bares para torná-los provedores:

Essas práticas multiplicavam-se durante as primeiras décadas deste século à medida que crescia a consciência do fundamento da família na construção da ordem social emergente. A família das classes trabalhadoras, uma vez atestada a sua incapacidade no desempenho do papel que lhe era conferido, tornou-se de forma mais sistemática, passível de intervenção (Alencar, 2011, p. 139).

Novos paradigmas surgiram com a Psiquiatria Preventiva e as ideias de Basaglia na Itália, que propôs o fim dos manicômios e a construção de uma sociedade inclusiva (Brasil, 2008). No Brasil, no período de repressão política (1960-1980), surgiram estratégias como a Redução de Danos (RD), valorizando a presença da família e o cuidado sensível ao usuário. Instituições como o Centro de Estudos em Terapia do Abuso de Drogas (Bahia) passaram a inserir a família na discussão sobre a eficácia do tratamento (Trad, 2010).

A centralidade da família nas Políticas de Saúde Mental no Brasil manifestou-se de formas distintas. Se em 1970 as terapias familiares beneficiaram majoritariamente as classes média e alta, as famílias de baixa renda tiveram acesso restrito, embora movimentos feministas e marxistas tenham ajudado a construir novas leituras sobre o tema (Rosa, 2005, p. 206). Em 1978, surgiu no Rio de Janeiro a primeira associação de familiares, focada na integração social pelo trabalho, o que reduzia a sobrecarga do cuidado e contribuía financeiramente (Amarante; Nunes, 2018).

Nos anos 1980, influenciada pela epidemia de AIDS, a Redução de Danos consolidou-se como lógica orientada pelos Direitos Humanos e atenção psicossocial. Sobre essa perspectiva, Marlatt (1999, p. 47) afirma:

[...] estimula os indivíduos com comportamento excessivo ou de alto risco a dar um passo de cada vez para reduzir as consequências prejudiciais de seu comportamento. A abstinência como meta final reduz muito ou elimina totalmente o risco de danos associados ao uso excessivo de drogas...

Na I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), familiares foram incorporados como atores políticos essenciais no processo de mudança de paradigma sobre a loucura (Tenório, 2002, p. 35):

Trata-se de chamar a sociedade para discutir e reconstruir sua relação com o louco e a loucura. A participação dos agora chamados 'usuários' dos serviços de saúde mental

(em lugar de pacientes) e de seus familiares nas discussões, encontros e conferências passa a ser uma característica marcante do processo.

A Constituição de 1988 e a Lei nº 8.080/1990 consolidaram a saúde como direito universal. Posteriormente, a Portaria nº 251/2002 estabeleceu diretrizes para a assistência psiquiátrica, reforçando a necessidade de abordar a família quanto ao diagnóstico e continuidade do tratamento (Brasil, 2002). Essa inclusão permitiu o desenvolvimento da psicoeducação e a participação familiar no Projeto Terapêutico Singular (PTS). Para Tenório (2002, p. 40):

A doença mental não é meramente uma questão de sintomas e de sua remissão, mas uma questão de existência. Deve-se levar em conta tudo que o diga respeito à existência da pessoa doente, uma vez que a condição psicótica abarca a totalidade da experiência do sujeito, desde questões objetivas, como trabalhar, manter moradia etc., até a dimensão subjetiva (relações interpessoais, vivências subjetivas etc.).

Um marco na inclusão do tema das substâncias psicoativas no SUS ocorreu em 2003, com a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas. Proposta pelo Ministério da Saúde, sua finalidade é proporcionar o cuidado contínuo, com foco na redução de danos, na reabilitação psicossocial e na reinserção social dos usuários (Brasil, 2003).

Por meio da Portaria nº 336 de 2002, o Ministério da Saúde estabeleceu as modalidades de CAPS; nesse contexto, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) consolidou-se como serviço específico para o atendimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. Entre as atividades propostas, incluíram-se grupos de família, atendimentos e visitas domiciliares, visando à inserção familiar e social. Tais medidas promoveram a descentralização das intervenções, antes focadas estritamente no usuário (Brasil, 2004).

Em 2011, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da Portaria nº 3.088. O objetivo da RAPS é atender integralmente pessoas com sofrimento ou transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas nos diversos dispositivos do SUS (Brasil, 2011). O documento preconiza que tanto usuários quanto familiares acessem o cuidado necessário através de dispositivos como Unidades de Acolhimento, CAPS AD e consultórios na rua.

Contudo, conforme apontam Prudencio e Senna (2022), permanecem lógicas distintas no cuidado. Coexistem a Federação Nacional das Comunidades Terapêuticas – pautada por um funcionamento heterogêneo, de cunho religioso e disputa por fundo público – e a Associação Médica de Psiquiatria, com forte representação da indústria farmacêutica. Em paralelo,

mantém-se a visão fundamentada na redução de danos. Embora existam correntes focadas no modelo medicamentoso e na abstinência, até 2015 a Coordenação Nacional de Saúde Mental contava com representantes da reforma psiquiátrica de orientação antimanicomial.

Ao longo dos anos, propostas proibicionistas e higienistas buscaram frear as ações de redução de danos, como o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack (2010), o Programa Crack, é Possível Vencer, a Portaria nº 131 de 2012 (que insere as Comunidades Terapêuticas na RAPS) e a Portaria nº 3.588 de 2017, que instituiu uma nova política de saúde mental.

A partir de 2017, o incentivo nacional à internação em Comunidades Terapêuticas, baseado no modelo manicomial, passou a ser o modo de cuidado preconizado. Isso demonstra a presença de dispositivos antirreformistas e o desinvestimento na RAPS, colocando em xeque a garantia de dignidade às pessoas com transtorno mental. Sob uma ótica higienista, restringe-se a autonomia e os direitos dos usuários, muitas vezes excluindo-os do convívio familiar (Guimarães; Rosa, 2019). Nesse cenário, a família retrocede ao papel de mera visitante ou informante, sofrendo ainda os estigmas decorrentes do uso excessivo de substâncias psicoativas.

Sob a perspectiva da doença que “precisa ser curada”, valores como imoralidade e delinquência fundamentam uma visão de reeducação para a vida social, mantendo a família sobrecarregada e como mera espectadora da cura. Observa-se que, na história da psiquiatria, a visão da família oscila conforme o lugar ocupado pelo Estado:

... no campo psi a família ganhou visibilidade teórica (como vilã ou vítima de transtorno mental), assistencial (como recurso, visita ou agente assistida) e, recentemente, como sujeito político que se organiza e luta por direitos, promove ações na esfera pública, ou como provedora de cuidados, devendo ser incluída nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde (Rosa, 2005, p. 209).

A família constituiu-se pela necessidade de sobrevivência e mantém-se como unidade de reprodução econômica, sendo que a base material da sociedade modifica sua forma de existir. No capitalismo, a maioria das famílias não possui condições de garantir o cuidado sem a proteção social pública, pois necessitam suprir a base material de seus membros para além do afeto (Engels, 2019).

Portanto, todo o fracasso nas relações familiares possui raízes na reprodução do capital, sendo impossível isolar a família das contradições do capitalismo. Nesse contexto, o Estado frequentemente a utiliza como instrumento de políticas públicas. O desafio das intervenções atuais é evitar a naturalização e a sobrecarga – especialmente das mulheres no âmbito doméstico – com ações que não contemplem sua realidade concreta.

1.3 A rede de atenção psicossocial

Ao considerar a família no contexto das contradições do capitalismo, torna-se evidente que sua dinâmica não pode ser compreendida de maneira isolada, uma vez que está profundamente marcada por processos de reprodução social e econômica. Nesse horizonte, a RAPS surge como uma estratégia essencial ao propor a organização e a integração dos serviços do SUS, assegurando um cuidado em saúde mental territorializado, comunitário e pautado na equidade.

A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, instituiu a RAPS no SUS, configurando-se como um marco na trajetória da política de saúde mental brasileira. Ela reforça os princípios da Reforma Psiquiátrica ao priorizar o cuidado em liberdade, a territorialização, a redução de danos e a substituição progressiva do modelo hospitalocêntrico por uma rede articulada e centrada na atenção psicossocial (Brasil, 2011).

De acordo com as diretrizes da RAPS, o acolher e o cuidar constituem dimensões de uma prática focada na integralidade e na dignidade dos sujeitos. O acolhimento, ênfase da Política Nacional de Humanização, configura-se como uma postura ética que envolve escuta qualificada e responsabilização compartilhada. Já o cuidar aponta para práticas contínuas que consideram a singularidade dos sujeitos e as determinações sociais do sofrimento (Brasil, 2013). Superando o foco estrito nos sintomas, a clínica ampliada visa a autonomia e a qualidade de vida, rompendo com modelos biomédicos tradicionais.

A RAPS organiza-se por níveis de atenção articulados: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar e Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial (Brasil, 2011).

Na Atenção Básica, destacam-se as equipes de Saúde da Família. Segundo Brasil (2013, p. 19):

... a Atenção Básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, são elas: ser base, atuando no mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária; ser resolutiva, identificando riscos, necessidades e demandas de Saúde e produzindo intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais; coordenar o cuidado, elaborando, acompanhando e criando projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhando e organizando o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS, assim como as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais; ordenar as redes, reconhecendo as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de Saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

Além das equipes, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Centros de Convivência (CC) e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) compõem este nível (Brasil, 2011, 2017a).

A Atenção Especializada é composta primordialmente pelos CAPS, serviços comunitários para o cuidado de sofrimentos graves e persistentes, inclusive aqueles decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Sua organização varia por modalidades: O CAPS I (municípios acima de 15 mil habitantes), CAPS II, CAPSi (infância e adolescência) e CAPS AD (álcool e drogas), para regiões com mais de 70 mil habitantes. Já os CAPS III e CAPS AD III oferecem atendimento 24 horas, com acolhimento noturno, em municípios com mais de 150 mil habitantes (Brasil, 2011).

A Atenção Hospitalar e de Urgência inclui leitos em hospitais gerais, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Nas estratégias de desinstitucionalização, figuram os Serviços Residenciais Terapêuticos e o Programa de Volta para Casa, enquanto a Reabilitação Psicossocial envolve iniciativas como cooperativas e oficinas. Nos dispositivos residenciais transitórios, encontram-se as Unidades de Acolhimento e, de forma discreta na portaria original, as Comunidades Terapêuticas (Brasil, 2011).

A partir de 2017, sob a presidência de Michel Temer, a política de saúde mental sofreu mudanças significativas. Paim (2019) aponta que instabilidades políticas e o fortalecimento de projetos neoliberais impactaram a continuidade do SUS, promovendo a transferência de serviços públicos para a iniciativa privada e a responsabilização individual pelo acesso à saúde.

Nesse contexto, a Portaria nº 3.588/2017 e resoluções subsequentes (nº 32/2017 e nº 01/2018) promoveram uma reorganização da RAPS que, embora alegasse ampliação de serviços, centralizou o cuidado em hospitais psiquiátricos e incentivou o uso de Comunidades Terapêuticas (Brasil, 2019). Tais medidas geraram controvérsias por revalorizar práticas de internação e fragilizar o cuidado em liberdade.

Segundo Cordeiro Junior (2019), houve um fortalecimento da lógica manicomial evidenciado pelo aumento do financiamento para internações. Esse movimento representa uma inflexão na política pública, colocando em risco os avanços da Lei nº 10.216/2001 ao favorecer práticas asilares e medicalizantes.

Embora a Portaria nº 3.588/2017 reafirmasse discursivamente o cuidado em liberdade, incorporou ambiguidades que permitiram a expansão hospitalocêntrica e a falta de regulação rigorosa sobre as comunidades terapêuticas (Brasil, 2017b). A ausência de critérios rígidos de

monitoramento favoreceu desigualdades regionais e um modelo híbrido que dificulta a consolidação de uma política antimanicomial (Cordeiro Junior, 2019).

Essa revalorização das emergências e internações como portas de entrada desafia a ordenação da RAPS, que deveria se basear no território (Cordeiro Junior, 2019). O foco na contenção imediata em detrimento do vínculo longitudinal fragiliza a reabilitação psicossocial. Observa-se, assim, a precarização dos dispositivos substitutivos (CAPS e residências terapêuticas) devido à redução de financiamento e deslocamento de prioridades estatais.

Essa reconfiguração aponta para a atualização de práticas de isolamento e disciplinarização. Conforme Costa e Silva (2024), vive-se um período de retomada de medidas manicomiais sob uma perspectiva de mercado, influenciada por interesses dos setores hospitalar e farmacêutico, comprometendo a efetivação de uma saúde mental baseada em direitos e cidadania.

1.4 A família no cuidado em saúde mental⁸

A Constituição de 1988 sinaliza que o papel de cuidado, originalmente dever do Estado, recai sobre a família caso o poder público não o cumpra. Segundo Teixeira (2015), as políticas sociais deveriam ser providas e de responsabilidade estatal. A tendência de ressurgimento da família como figura central na política social – corresponsável pela garantia de direitos – é relevante, desde que não lhe seja atribuído um encargo sem a devida retaguarda institucional.

Ao acionar as famílias como agentes de proteção, as políticas sociais reforçam a visão da família como núcleo protetivo. Nesse cenário, as problemáticas individuais são tratadas predominantemente no âmbito doméstico e na privacidade do lar (Teixeira, 2015). Para além dessa expectativa diante da desproteção estatal, Teixeira (2015) aponta que as demandas dos indivíduos são frequentemente referenciadas a outros agentes, como o voluntariado e a solidariedade familiar, via redes do terceiro setor.

No que tange ao conservadorismo moral, constrói-se um discurso que utiliza o argumento da “desestrutura familiar” como causa de sofrimentos, o que remete diretamente à culpabilização dos familiares do usuário de saúde mental. Deve-se ter cautela com discursos que tentam normatizar o cuidado e percebem o sofrimento psíquico como advindo do meio familiar, apresentando-o como negligente. Teixeira (2015, p. 214) afirma:

⁸ Dados extraídos e compilados para o artigo de Lima, Reis e Ribeiro (2025).

O enfoque na família pode limitar-se à transmissão de conhecimentos, comportamentos e atitudes esperadas para o controle de doenças e os cuidados necessários a serem desenvolvidos no ambiente doméstico pela própria família, restringindo a participação pública e a noção de promoção à capacitação da família para desempenhar as funções de prevenção e de cuidados.

Complementando essa visão, Miotto (2020, p. 27) acrescenta:

No escopo desta abordagem a família é tratada como instância essencialmente privada, sob o prisma da ordem, da integração, da estabilidade, da harmonia e alheia ao processo histórico. Ainda sob a lógica do estrutural-funcionalismo os conflitos e as instabilidades que têm lugar na família são interpretados como desvios ou disfunções e o foco de suas análises recaem sobre as relações internas da família.

Para além de ser responsável por ações educativas, supõe-se uma família preparada para prover o bem-estar de seus membros. Contudo, sob a primazia do mercado no campo da proteção social, nem todas possuem os mesmos recursos de acesso. É fundamental que todos gozem de direitos que assegurem melhores condições de vida (Teixeira, 2015). As famílias necessitam de intervenções que apresentem uma perspectiva analítica do contexto social, considerando o sistema macro e a natureza social de suas necessidades, excedendo o trabalho normativo focado na disciplina de papéis de pai e mãe (Teixeira, 2015).

Essas questões remetem ao raciocínio de Smith, que apresenta o Estado com uma negação da política social, sob a ideia de que a coesão social surgiria de um desejo natural de melhora coletiva. Esse pensamento fomenta a meritocracia e a culpabilização dos que não logram êxito. Nesse modelo, o Estado limitaria sua responsabilidade à defesa externa, proteção individual contra ofensas e obras públicas não privatizáveis (Behring; Boschetti, 2018).

Sob a ótica do usuário, o discurso da centralidade familiar, embora soe como amparo, frequentemente opera como mecanismo de naturalização da responsabilização pelo cuidado. Historicamente, no início do século XX, as intervenções ocorriam a partir da avaliação da “incapacidade” da família em cumprir seu papel na ordem social emergente, sendo a família operária vista como local de doutrinação (Alencar, 2011). No Brasil, entre 1930 e 1980, a família ocupou lugar secundário nas políticas sociais por ser considerada incapaz, predominando a institucionalização de quem era visto como ameaça, incluindo pessoas com transtornos mentais (Teixeira, 2015).

Embora as famílias se sobrecarreguem com a ausência de políticas públicas, elas têm sido instituídas como instâncias de normatização de condutas e, simultaneamente, tornam-se alvo de estigma quando recorrem a direitos sociais. Sobre o período pós-2017, Souza e Soares (2019, p. 15) afirmam:

[...] o atual saque ao fundo público impõe mais que o desmonte das políticas sociais, indo a busca por um consenso ideológico via o estigma sobre os direitos sociais, enquanto desperdício, “paternalismo” ou “estímulo à dependência”, solapando as bases da solidariedade da cidadania moderna.

Observa-se o retorno de uma visão que rotula o beneficiário de direitos sociais como “dependente”, desonerando o Estado da responsabilidade pelo bem-estar social. Na saúde mental, a Reforma Psiquiátrica preza pela intersetorialidade e autonomia no território. A família assume novos papéis, compartilhando o cuidado com o Estado; entretanto, a carência de serviços impede que o poder público atenda à demanda e às expectativas familiares (Teixeira, 2015). Para evitar a sobrecarga familiar, é imperativo reordenar serviços e recursos de modo articulado, sem desresponsabilizar o Estado (Teixeira, 2015).

Como o modo de produção capitalista não almeja equidade e o Estado não supre as necessidades da população, reproduz-se a ideia de que é preciso contar com a família. Teixeira (2015, p. 218) discorre sobre a centralidade familiar:

A centralidade da família nas políticas sociais, mas na direção da inclusão social (e não de reforço de papéis clássicos, histórica e culturalmente divididos por gêneros) e da oferta de uma rede intersetorial de serviços para atender suas necessidades e demandas que de fato possa garantir a vida familiar e evitar as rupturas e violações de direitos... Isto implica a oferta universal de serviços dirigidos à família, como suporte, apoio, cuidados domiciliares e serviços alternativos diurnos para os membros dependentes, por idade, problemas de saúde, desemprego, falta de qualificação e para ocupação do tempo livre de idosos, adolescentes e crianças com atividades socializadoras, esportivas e educativas, dentre outras.

Stein (2009) discute o papel histórico da mulher como principal cuidadora e gestora de benefícios, o que a retira de uma passividade teórica, mas a sobrecarrega com a vigilância da saúde dos membros da casa, acumulando o trabalho doméstico e, frequentemente, o emprego formal. Esse cuidado é um obstáculo à igualdade no mercado de trabalho, realidade camuflada por políticas que utilizam conceitos como “autonomia” para ocultar tendências conservadoras (Teixeira, 2015).

Quando a família não atende às expectativas estatais, observa-se a judicialização da saúde. De um lado, propõem-se internações compulsórias; de outro, pressionam-se as famílias pelo êxito do tratamento (Lima; Rosa, 2017). Diante do insucesso e da desproteção, a família busca a justiça esperando abstinência e reclusão do usuário, baseando-se em estigmas e preceitos morais (Lima, 2021).

Intervenções focadas na abstinência e em internações em Comunidades Terapêuticas reafirmam conceitos de imoralidade e delinquência, utilizando métodos religiosos ou disciplinares baseados no trabalho informal. Esse processo é atravessado pela lógica capitalista,

enquanto a família permanece como espectadora sobrecarregada, nutrindo a esperança de uma “nova vida” para o seu membro (Conselho Federal de Psicologia, 2018; Lima, 2021).

Torna-se necessário discutir como a família se sente e o que se espera dela. As políticas de saúde devem considerar a percepção atual da família e a relação entre familiares e profissionais. Como rede de apoio, a família deve receber assistência de profissionais qualificados, pois sofre com comportamentos decorrentes do uso de substâncias psicotóxicas, incluindo violência e isolamento (Soccol *et al.*, 2014).

Em suma, a ênfase em uma forma idealizada de família revela-se condicionada à sociabilidade capitalista, apresentando-se como uma proteção romantizada. O desafio dos profissionais é não naturalizar essa sobrecarga, respeitando as dificuldades de acesso e organização de cada núcleo familiar. Essas propostas prezam pelo desenvolvimento humano, remetendo ao modelo bioecológico de Bronfenbrenner, que destaca a influência mútua entre indivíduo e contextos e a importância de pesquisas para a elaboração de políticas públicas (Dessen; Costa Jr., 2005).

1.5 Teoria bioecológica do desenvolvimento humano

A integração entre o conhecimento científico e a política social possibilita a utilização da teoria bioecológica do desenvolvimento humano em estudos que contribuam para a construção de ações voltadas às pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas e seus familiares. Bronfenbrenner (1996), ao demonstrar a importância das políticas públicas no desenvolvimento humano, aponta que sua investigação revela interferências na produção de conhecimento da área, sendo indicado discernir entre análises sustentadas em evidências concretas e aquelas influenciadas por posicionamentos ideológicos.

A interação entre ciência e política social ganha relevância quando se reconhece que os contextos culturais amplos, compostos por sistemas de crenças e estruturas institucionais, exercem influência significativa sobre os ambientes onde ocorrem os processos de desenvolvimento. A política pública, inserida no nível abrangente do macrossistema, afeta diretamente as configurações dos contextos imediatos da vida cotidiana, repercutindo nas trajetórias do comportamento humano (Bronfenbrenner, 1996).

A teoria do desenvolvimento humano proposta por Urie Bronfenbrenner passou por importantes transformações, refletindo avanços nas concepções sobre o papel do contexto. Inicialmente concebida como um modelo ecológico, o ambiente era central no desenvolvimento do indivíduo. Posteriormente, propuseram-se fatores relacionados à pessoa em interação com

múltiplos sistemas sociais (microsistema, mesossistema, exossistema e macrosistema). A teoria foi reformulada com a introdução do cronossistema, que incorporou a dimensão temporal, considerando eventos históricos e mudanças no ciclo vital. Essa reformulação culminou na Teoria Bioecológica do Desenvolvimento, que enfatiza as interações proximais recíprocas entre quatro núcleos: Pessoa, Processo, Contexto e Tempo (Bronfenbrenner, 1996).

Nesse sentido, Benetti *et al.* (2013) discutem o desenvolvimento humano considerando as características que contribuem para que a pessoa se adapte ao ambiente e se desenvolva de modo ativo, como protagonista em seu meio social. Afirmam, ainda, que as estabilidades e mudanças das características biopsicológicas presentes na vida das pessoas e das gerações integram o desenvolvimento.

De acordo com Narvaz e Koller (2004), o processo é um conceito fundamental na Teoria Bioecológica e relaciona-se às interações recíprocas no ambiente imediato. Por meio dos processos proximais, motores do desenvolvimento, estabelecem-se as maneiras particulares pelas quais o organismo e o ambiente se relacionam ao longo do tempo. Neles, o desenvolvimento ocorre com a participação da pessoa na atividade, com regularidade nas interações e reciprocidade nos estímulos explorados. A complexidade das atividades vincula-se ao período do desenvolvimento (Bronfenbrenner; Morris, 1998).

Assim, é relevante considerar que o desenvolvimento está ligado ao engajamento da pessoa no processo, à periodicidade das interações, ao aumento da complexidade das atividades e à reciprocidade com o estímulo adequado. Benetti *et al.* (2013) apontam que, a partir dessas interações, o indivíduo atribui sentido e transforma seu mundo ao longo do desenvolvimento.

A pessoa é o componente formado por características biopsicológicas construídas e advindas da interação com o ambiente. Bronfenbrenner e Ceci (1994) afirmam a importância da biologia e da genética, sendo que a pessoa em desenvolvimento pode influenciar ou ser influenciada pelo contexto. Bronfenbrenner e Morris (1998) apontam três características da pessoa que influem no processo: a força (que movimenta ou interrompe o processo), o recurso (experiências e competências) e a demanda (estímulos imediatos ao ambiente).

A pessoa nos diversos contextos relaciona-se com subsistemas compostos por eventos e fatores externos que influenciam seu desenvolvimento. Esses subsistemas são quatro:

- **Microsistema:** É o contexto de contato imediato, como a família. Formado por papéis e relações vividas, considera o modo como a pessoa percebe e significa as vivências físicas, sociais e simbólicas (Narvaz; Koller, 2004). Benetti *et al.* (2013) defendem que sistemas distantes podem influenciar o sujeito através das relações nos microsistemas.

- **Mesosistema:** Compreende o conjunto de microsistemas frequentados pela pessoa e a relação entre eles, permitindo a troca de informações. A interação entre esses sistemas pode beneficiar ou não o desenvolvimento (Benetti *et al.*, 2013).
- **Exossistema:** Contextos nos quais a pessoa não participa ativamente, mas sofre influência indireta, como o ambiente de trabalho dos pais ou decisões governamentais (Narvaz; Koller, 2004; Tudge, 2008).
- **Macrossistema:** Estrutura ampla que envolve ideologias, valores, crenças e formas de governo. As políticas públicas influenciam os ambientes e as propostas de cuidado. Sobre isso, Benetti *et al.* (2013, p. 94) afirmam:

compõe-se de todos os padrões globais do micro, meso e exossistema, que fazem parte das culturas, crenças, valores, e costumes dominantes na sociedade, juntamente com os sistemas sociais, políticos e econômicos [...] predominantes em uma cultura, que filtram e orientam os comportamentos do cotidiano do indivíduo, que estão incluídos em cada um desses sistemas, e que podem afetar transversalmente os sistemas nele inclusos.

A dimensão do tempo é adicionada por meio do cronossistema, que analisa a estabilidade ou as mudanças decorrentes da própria pessoa ou de eventos externos (Benetti *et al.*, 2013). O desenvolvimento humano é uma reorganização contínua no tempo-espço, envolvendo variações genéticas e ambientais (Dessen; Costa Jr., 2005). Bronfenbrenner e Morris (1998) subdividem o tempo em: microtempo (continuidade nos processos proximais), mesotempo (periodicidade de episódios em intervalos maiores) e macrotempo (mudanças através das gerações e expectativas culturais).

De acordo com Benetti *et al.* (2013), estudos científicos sobre o desenvolvimento humano devem considerar aspectos ontológicos, epistemológicos e metodológicos. Após a proposta bioecológica, as instâncias psicológicas, sociológicas e políticas – do indivíduo às estruturas macro – são vistas como parte conjunta do curso de vida.

Para uma análise contemporânea da família, é essencial articular a teoria sistêmica com a perspectiva bioecológica, compreendendo a família como um sistema dinâmico e relacional. Desloca-se a atenção do indivíduo isolado para as interações entre os membros e subsistemas que se influenciam mutuamente. A família é entendida como um sistema aberto em constante transformação (Dessen, 2010).

O desenvolvimento humano resulta de processos relacionais construídos ao longo do tempo em diferentes contextos interdependentes. As relações familiares não podem ser percebidas de forma isolada, mas sim a partir das transformações sociais e históricas (Dessen, 2010). Estudar a política de saúde, as ações de cuidado e as crenças de profissionais e familiares

possibilita o conhecimento sobre pessoas, processos, contextos e tempo, permitindo compreender as interações dos diversos sistemas na Rede de Atenção Psicossocial consolidada pela Reforma Psiquiátrica brasileira.

CAPÍTULO 2 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

2.1 Etapas da pesquisa

Após a construção do marco teórico, a condução da pesquisa foi organizada em duas etapas. Na primeira etapa, realizou-se uma revisão integrativa da literatura, que será descrita a seguir.

Na segunda etapa, executou-se o trabalho de campo, que incluiu a realização de 15 (quinze) entrevistas com profissionais da RAPS e a análise dos dados encontrados; bem como o desenvolvimento de entrevistas com 15 (quinze) familiares de pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas. As duas etapas da pesquisa resultaram na elaboração de um capítulo contendo propostas para o cuidado dos familiares das pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas.

2.1.1 Revisão integrativa

Com a finalidade de responder ao objetivo de identificar na literatura científica nacional e internacional quais as ações de intervenção desenvolvidas no âmbito da Atenção Psicossocial aos familiares de pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas – e como parte da primeira etapa proposta no projeto de pesquisa –, realizou-se uma revisão integrativa da literatura. A revisão integrativa é um tipo de revisão bibliográfica que se propõe à seleção de pesquisas que abarcam a temática em questão. A partir de critérios definidos, faz-se a pesquisa nas bases de dados e a coleta de estudos é realizada de acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos (Grupo Anima Educação, 2014). Desta forma, qualquer pesquisador que realizar a busca seguindo os passos descritos encontrará os mesmos resultados.

Para a definição de quais descritores seriam utilizados na busca dos artigos, realizaram-se consultas aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Após uma varredura dos termos que abarcaria o tema de estudo e o levantamento de bases de dados, optou-se pela seguinte combinação de descritores nas línguas portuguesa e inglesa: (Drogas Ilícitas or Transtornos Relacionados ao Uso de Álcool and Família and Serviços de Saúde Mental) or (Alcohol-Related Disorders or Illicit Drugs and Family and Mental Health Services). O levantamento bibliográfico ocorreu nos portais de pesquisa da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no SciELO e no Pubmed, no mês de janeiro de 2024.

Os critérios de inclusão da presente pesquisa foram: textos na forma de artigos publicados em português ou inglês; artigos com acesso livre na íntegra; trabalhos contendo resultados a partir de estudos com seres humanos; estudos realizados que relatem abordagens de acompanhamento e condutas voltadas aos familiares das pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas; e artigos cujos estudos foram realizados entre 2011 e 2024. O marco temporal para a busca das publicações foi 2011, em virtude da Portaria nº 3.088 de 2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil.

Foram excluídos os seguintes tipos de artigos: estudos de revisão; artigos sem resumo, título e/ou autor; duplicados; trabalhos com dados secundários; estudos que não abordavam intervenções direcionadas aos familiares; estudos sobre prevenção em escolas ou em outros grupos de apoio que não fossem as famílias; artigos que abordassem especificamente o contexto da infância ou da adolescência; trabalhos com foco exclusivamente nos tipos de parentalidade; e intervenções ocorridas antes de 2011. Vale ressaltar a importância de uma revisão exclusiva que estude intervenções direcionadas às crianças e aos adolescentes, o que não foi objeto do presente trabalho.

Como auxílio para a coleta e análise de dados, utilizaram-se o software *State of the Art through Systematic Review (StArt)* e o *Excel*. O *StArt* é uma ferramenta computacional que auxilia na estruturação de evidências de dados encontrados em publicações científicas revisadas, permitindo organizar as informações por meio da estruturação de um protocolo e da sistematização dos dados coletados (Zamboni *et al.*, 2010).

Após a busca inicial pelas palavras-chave, o refinamento ocorreu de acordo com a leitura dos títulos e dos resumos no *software StArt*. Posteriormente à seleção prévia, realizou-se a leitura na íntegra dos artigos selecionados.

Para a realização da revisão integrativa, alcance do objetivo proposto e análise dos dados encontrados, coletaram-se dos artigos: o objetivo do trabalho, os autores, a revista de publicação, o local de realização do estudo, o ano de publicação, a metodologia, o país de origem, os resultados e as considerações relevantes que abarcassem intervenções com os familiares, além dos tipos de intervenções propostas. A análise dos resultados encontrados será discutida no Capítulo 3.

2.1.2 Pesquisa de campo

Com a finalidade de alcançar o objetivo principal de analisar as intervenções direcionadas ao familiar da pessoa que faz uso prejudicial de substâncias psicoativas, bem como

as expectativas da família e dos profissionais da saúde mental em relação ao tratamento/acompanhamento, realizou-se um estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa.

Esta etapa do estudo foi dividida em dois momentos de entrevistas: o primeiro com os 15 profissionais de nível superior que atuam na RAPS de um município do interior de Minas Gerais; o segundo com 15 familiares de pessoas que faziam uso prejudicial de substância psicoativa.

2.1.2.1 Entrevista com os profissionais da RAPS

Esta fase da pesquisa contou com a participação de 15 profissionais de nível superior atuantes na RAPS. Os critérios de inclusão priorizaram, inicialmente, os profissionais com maior tempo de atuação nas instituições da rede, sendo selecionados representantes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), da Equipe eMulti e do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). A adoção desse critério justifica-se pela maior proximidade desses dispositivos nos acompanhamentos de familiares e usuários no território, conforme as diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial. Tais serviços integram instituições públicas mantidas por esferas municipais, estaduais e federais.

Embora a proposta inicial previsse entrevistar os profissionais mais antigos, a pesquisadora optou por incluir funcionários de contratação mais recente nas últimas três entrevistas, devido à repetição de conteúdos nas falas anteriores. O estudo foi apresentado à coordenação da Atenção Primária do município e, após a anuência, encaminhou-se um e-mail comunicando a realização da pesquisa. Os participantes foram selecionados por conveniência e disponibilidade após o contato direto. O encerramento das 15 entrevistas ocorreu ao atingir o critério de saturação, quando as informações coletadas se tornaram redundantes..

Optou-se pela utilização de entrevistas semiestruturadas por ser um instrumento que permite o direcionamento das questões ao mesmo tempo em que abre espaço para o surgimento de conteúdos novos. Esta técnica favorece a expressão de pensamentos e sentimentos, aprofundando o conhecimento sobre os fenômenos estudados a partir da perspectiva dos participantes (Bauer; Gaskell, 2008).

O estudo abrangeu seis equipes da RAPS (CAPS, ESF e eMULTI) entre setembro de 2023 e junho de 2024. A coleta de dados ocorreu por meio de gravações de entrevistas individuais, agendadas nas respectivas instituições. Em um dos casos, a profissional não autorizou a gravação; portanto, a pesquisadora realizou anotações detalhadas, validando as informações com a entrevistada durante o processo para garantir a fidedignidade dos dados.

O roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice A) foi constituído por duas partes: caracterização socioprofissional dos participantes e questões abertas sobre a temática. Conduzidas pela pesquisadora principal, as entrevistas tiveram duração total de quatro horas, um minuto e 40 segundos. Ressalta-se que o roteiro serviu como guia norteador, sem rigidez. As transcrições foram realizadas na íntegra logo após cada sessão e validadas mediante nova escuta.

No momento das entrevistas, disponibilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os profissionais (Apêndice B). O termo apresentava título, objetivos, riscos, benefícios, voluntariedade, contatos dos pesquisadores, formas de divulgação, autorização para gravação, sigilo e dados do Comitê de Ética. A assinatura ocorria antes do início das gravações ou anotações. Para preservar o anonimato, os participantes foram identificados como “Profissional”, seguido de numeração arábica (1 a 15) conforme a ordem cronológica das entrevistas.

A análise qualitativa dos dados coletados fundamentou-se na técnica de análise de conteúdo descrita por Bardin (2011), compreendendo a pré-análise do material e a exploração a partir das respostas obtidas. A organização das categorias ocorreu com base nos objetivos da pesquisa e nos conteúdos emergentes das entrevistas, após a devida transcrição. Para a análise e discussão dos dados, utilizou-se a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano. Nessa etapa da pesquisa, as categorias foram organizadas após a coleta dos dados, considerando o objetivo do estudo e os relatos apresentados pelos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial.

No que refere à análise do conteúdo das duas etapas de entrevistas, utilizou-se o *software IRaMuTeQ*, uma ferramenta gratuita indicada para a análise sistemática de dados textuais em pesquisas qualitativas. Por meio desse recurso, é possível organizar e examinar grandes volumes de texto através de diferentes tipos de análise lexical, como as realizadas nas entrevistas. O programa possibilita identificar padrões, frequências de palavras e relações entre os conteúdos analisados. O *IRaMuTeQ* é amplamente utilizado nas Ciências Humanas e Sociais, especialmente em estudos que empregam análise de conteúdo ou análise textual discursiva. Suas funcionalidades não substituem a interpretação do pesquisador, mas potencializam a análise ao fornecer evidências estatísticas do *corpus*. Essa ferramenta metodológica auxilia na organização, exploração e análise rigorosa de dados qualitativos em pesquisas acadêmicas (Camargo; Justo, 2013).

Na presente pesquisa, os dados qualitativos foram discutidos por meio da nuvem de palavras e da análise de similitude. Por meio da análise de similitude, realiza-se a verificação

da coocorrência entre as palavras baseada na teoria dos grafos, o que permite conhecer e desenhar a conexão entre os termos e sua representação. Já a nuvem de palavras permite a representação visual que organiza as palavras de um conjunto de textos de acordo com a frequência com que aparecem. Quanto mais o termo é utilizado no corpus analisado, maior destaque ele recebe na imagem. Isso facilita a identificação dos elementos mais recorrentes nas respostas das entrevistas, auxiliando na percepção de tendências, temas predominantes e relações entre os termos (Camargo; Justo, 2013).

Para a organização dos dados de descrição dos profissionais entrevistados, utilizou-se um arquivo do Excel para posterior análise e definição do perfil. Sem a constatação de nomes, as informações identificadas incluíram: idade, gênero, arranjo residencial, coabitação com usuários de substâncias psicoativas, ocupação, renda mensal, parentesco com o usuário e nível de instrução.

Desde o primeiro momento de contato para as entrevistas, utilizou-se um caderno como instrumento para o registro do diário de campo. Este recurso permitiu, desde a abordagem inicial ao profissional, a anotação de percepções e procedimentos realizados, contribuindo para a análise e interpretação dos dados obtidos. Conforme Creswell (2007), por meio das observações feitas ao longo de todo o processo de investigação – do contato inicial à conclusão das entrevistas –, o pesquisador deve registrar os comportamentos e acontecimentos de destaque, tomando como referência as questões norteadoras do estudo.

2.1.2.2 Entrevista com familiares

O segundo momento de entrevistas teve como objetivo analisar a expectativa da família da pessoa que faz uso prejudicial de substâncias psicoativas em relação às condutas dos profissionais da saúde mental, bem como analisar as intervenções direcionadas ao familiar. Realizaram-se 15 entrevistas com familiares (Apêndice C). No mês de novembro, realizou-se uma entrevista de estudo piloto com uma familiar. As entrevistas foram finalizadas no dia 14 de maio de 2025.

Inicialmente, propôs-se que as entrevistas fossem realizadas com os familiares que participavam de um grupo de redução de danos acompanhado pelos profissionais da Secretaria de Saúde do município. A assistente social responsável pelo acompanhamento dos familiares disponibilizar-se-ia para auxiliar na abordagem; porém, no período de coleta de dados, o grupo não estava mais em funcionamento. Tal fato levou à alternativa de que a assistente social de referência fizesse a indicação das famílias. Contudo, a colaboradora deixou de fazer parte da

equipe de saúde do município, o que atrasou a seleção e gerou a necessidade de se pensar em uma nova estratégia de alcance das famílias. Assim, a pesquisadora necessitou de auxílio da coordenação do CAPS para a orientação sobre quais famílias integravam o projeto.

Apesar de a pesquisadora possuir contato com famílias de pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, optou-se pela seleção a partir da assistente social e da indicação de outros profissionais e familiares. Tal medida visou evitar o viés de entrevistar famílias cujos membros já estivessem em acompanhamento ou em contato profissional prévio com a pesquisadora.

O roteiro de entrevista direcionado aos familiares era formado por questões que buscavam a identificação socioeconômica, como: profissão, idade, gênero, composição do arranjo residencial, renda mensal, grau de parentesco com a pessoa usuária de substância psicoativa e formação escolar. Além disso, o instrumento era composto por perguntas que contribuíam para a compreensão dos seguintes conteúdos: concepção sobre a família, expectativa quanto à participação da família no cuidado nos serviços de atenção psicossocial, a contribuição da família no cuidado da pessoa usuária e expectativa em relação à conduta do profissional, bem como os serviços ofertados e propostas de cuidados. É importante ressaltar que se tratou de uma entrevista semiestruturada, o que possibilitou o surgimento de conteúdos e dados não previstos, conforme as vivências dos entrevistados.

Antes de iniciar as entrevistas, a pesquisadora entregava o TCLE dos Familiares (Apêndice D), explicava os termos da pesquisa e consultava a concordância em participar. Após a assinatura do termo, a entrevista era gravada para a posterior sistematização do conteúdo relatado.

Para a análise de dados, utilizou-se a análise de conteúdo e a discussão dos dados fundamentada na Teoria Bioecológica, bem como o uso dos *softwares* *IraMuTeQ* e *Excel*. Isso possibilitou o desenvolvimento de uma análise qualitativa que segue a mesma lógica de apresentação de dados adotada na etapa direcionada aos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial.

Os familiares participantes foram identificados como “Familiar”, seguido de numeração arábica conforme a sequência de realização das entrevistas (1 a 15), mantendo o critério de anonimato adotado anteriormente com os profissionais.

2.1.2.3 Inserção ecológica

Partindo do conceito de Inserção Ecológica, proposto a partir das concepções de Bronfenbrenner, as entrevistas com os profissionais ocorreram em seus locais de trabalho, o que permitiu à pesquisadora observar, momentaneamente, a rotina das instituições. Como forma de anotar o percurso realizado no estudo e as percepções da pesquisadora, utilizou-se o diário de campo.

Priorizou-se que as entrevistas com os familiares ocorressem em locais que integravam o cotidiano dos participantes. Foi-lhes possibilitado escolher o local em que se sentissem mais confortáveis para a participação; dessa forma, as entrevistas ocorreram em unidades de saúde, nos locais de moradia ou de estudo. Com a inserção nos ambientes de vivência dos participantes, sem privilegiar o ambiente laboratorial, obteve-se maior aproximação com a realidade dos envolvidos, o que permitiu adentrar no contexto em que estão inseridos e perceber aspectos relevantes.

Para viabilizar tal procedimento, ao realizar o contato para verificar a disponibilidade de participação, a entrevistadora consultava em qual local a pessoa se sentia mais confortável para responder às questões. É importante ressaltar que a participação não gerou ônus financeiro ao entrevistado. O deslocamento foi custeado pela própria pesquisadora, e o local de realização foi definido conforme a conveniência do participante.

2.1.3 Questões éticas

É importante indicar que, por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos – profissionais da RAPS e familiares de pessoas que fazem uso prejudicial de substância psicoativa –, o contato para agendamento de entrevista e o início da coleta de dados ocorreram somente após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Viçosa. O estudo seguiu a legislação brasileira, em especial a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Para a submissão do projeto ao CEP, foi necessária a elaboração de todos os documentos exigidos para a pesquisa, tais como: o projeto contendo a justificativa, questão de pesquisa e hipóteses, objetivos, metodologia proposta, cronograma e forma de financiamento, além dos roteiros de entrevistas, dos TCLEs, e do termo de anuência.

O Termo de Anuência (Anexo A) foi assinado pela Gestora Municipal de Saúde, indicando que a instituição possuía estrutura para a execução da pesquisa, iniciada após a devida

aprovação ética. A aprovação do projeto ocorreu no dia 11 de julho de 2023, sob o número do Parecer Consubstanciado do CEP 6.174.438 (Anexo B).

CAPÍTULO 3 - INTERVENÇÕES DIRECIONADAS AOS FAMILIARES DAS PESSOAS QUE FAZEM USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA

Para responder à questão de investigação, com o objetivo de identificar na literatura científica as ações de intervenção desenvolvidas no âmbito da Atenção Psicossocial aos familiares das pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas, e como parte da primeira etapa da proposta de pesquisa, realizou-se uma revisão integrativa de literatura. Nesta etapa, apresenta-se a descrição e a discussão dos artigos selecionados nas bases de dados Scielo, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e PubMed.

Inicialmente, identificaram-se 2.567 artigos, sendo 255 da BVS, 2.307 da PubMed e 5 da SciELO. A partir da leitura dos títulos e resumos, selecionaram-se 29 trabalhos, sendo 10 da BVS, 16 da PubMed e 3 da SciELO. Na terceira etapa, realizou-se a leitura dos artigos na íntegra. Após essa fase, foram selecionados 18 artigos, sendo 10 da Pubmed, 2 da SciELO e 6 da BVS.

Para a apresentação dos resultados, o trabalho foi dividido em: descrição dos artigos e intervenções e famílias.

3.1 Descrição dos artigos

Primeiramente, para a identificação dos artigos selecionados, apresentam-se os autores, a base de dados e o ano de publicação (Quadro 1). Após a seleção e a leitura na íntegra dos artigos, obteve-se, conforme a base de dados: 10 da PubMed, 2 da Scielo e 6 da BVS.

Quadro 1 – Descrição dos autores, base de dados e ano das publicações selecionadas

| Autores | Base de Dados | Ano |
|---|----------------------|------------|
| Day, Copello, Seddon, Christie, Bamber, Powell, George, Ball, Frew, Freemantle. | Pubmed | 2013 |
| McCrary, Epstein, Cook, Jensen, Ladd. | Pubmed | 2011 |
| Rychtarik, McGillicuddy, Barrick. | Pubmed | 2015 |
| Osilla, Pedersen, Gore, Trail, Howard. | Pubmed | 2014 |
| Murray, Kane, Glass, van Wyk, Melendez, Paul, Kmett, Murray, Mayeya, Simenda, Bolton. | Pubmed | 2020 |
| Hellum, Nielsen, Bischof, Andersen, Hesse, Ekstrom, Bilberg. | Pubmed | 2019 |
| Timko, Grant, Han, Young, Cucciare. | Pubmed | 2022 |
| Trail, Osilla, Rodriguez, Pedersen, Gore. | Pubmed | 2019 |
| Slesnick, Zhang. | Pubmed | 2016 |
| Brigham, Slesnick, Winhusen, Lewis, Guo, Somoza. | Pubmed | 2014 |
| Nacamura, Marconi, Paiano, Salcil, Radovanovicl, Rodrigues, Giacon. | Scielo | 2020 |
| Nasi, Oliveira, Lacchinic, Scheneiderd, Pinhé. | Scielo | 2015 |
| Lavezzo, Horr, Micheli, Silva, Reichert. | BVS | 2023 |
| Pontes, Nacamura, Paiano, Salci, Radovanovic, Carreira, Pini, Jaques. | BVS | 2021 |
| Assalin, Zerbetto, Ruiz, Cugler, Pereira. | BVS | 2021 |
| Reis, Santa, Almeida, Radovanovic, Oliveira. | BVS | 2020 |
| Figueiró, Dimenstein. | BVS | 2020 |
| Soares, Oliveira, Pinho. | BVS | 2019 |

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Em relação ao ano de publicação, percebe-se um aumento quantitativo em 2020, não havendo publicações selecionadas nos anos de 2012, 2018 e 2023 (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Número de estudos selecionados por ano



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

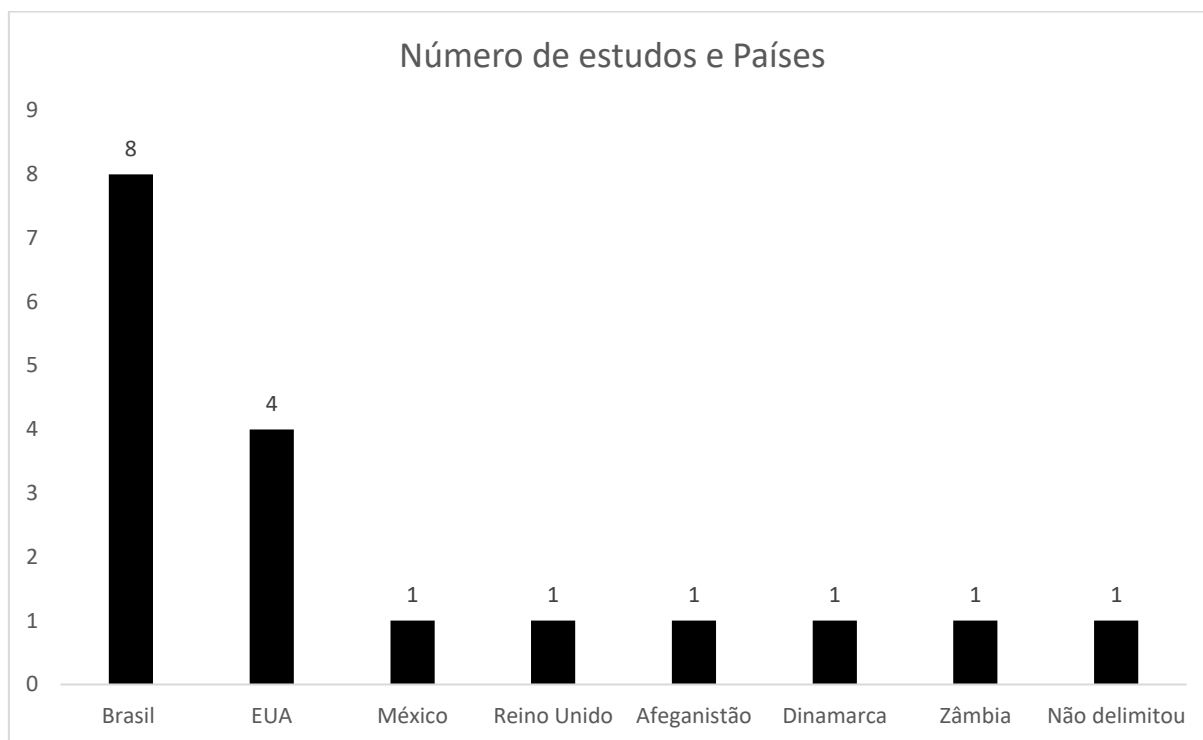
Todos os estudos brasileiros selecionados foram publicados após o ano de 2015. É necessário considerar um aumento no número de publicações até o período de 2014-2015, seguido de um decréscimo entre 2017 e 2018.

Pode-se estabelecer um paralelo com o dado que, a partir de 2017, o incentivo financeiro na saúde mental – especificamente para o tratamento de pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas – tendeu à privatização das ações. Houve foco na internação dos usuários na rede privada de saúde e uma desvalorização das ações territoriais da Rede de Atenção Psicossocial.

Destaca-se a valorização do tratamento realizado pelas comunidades terapêuticas por parte do Estado, com incentivos financeiros e indicações de intervenções nessas instituições, o que apresenta marcas de um retrocesso nas conquistas adquiridas com a Reforma Psiquiátrica. Isso remete ao período anterior à década de 1980, no qual Teixeira (2015) pontua o predomínio do modelo de cuidado manicomial. Em 2017, essa mesma visão demonstrou um incentivo a dispositivos antirreformistas, com a valorização de instituições do Terceiro Setor, de perspectiva higienista, e o tratamento desvinculado do território, uma vez que a pessoa é excluída do convívio familiar com foco exclusivo na cura (Guimarães; Rosa, 2019).

O Gráfico 2 descreve o número de estudos por país. Apesar do retrocesso descrito anteriormente, percebe-se que, do total, oito pesquisas foram realizadas no Brasil, o que representa 44,44% dos estudos selecionados. Tal dado demonstra a relevância da temática no cenário brasileiro, com foco na importância do cuidado de quem cuida.

Gráfico 2 – Número de estudos selecionados por país



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Em relação às revistas de publicação dos estudos (Tabela 1), nota-se uma multidisciplinaridade referente às áreas das publicações, sendo a Psicologia e a Enfermagem as áreas que aparecem em maior evidência nas publicações do Brasil. Internacionalmente mostram-se marcantes as publicações em revistas e jornais direcionados especificamente à temática de substâncias psicoativas, conforme pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1 – Número de publicações por revista

| Revista | Nº de publicações |
|---|--------------------------|
| Psicologia e Saúde | 1 |
| Psicología, Conocimiento y Sociedad | 1 |
| Revista de Enfermagem | 1 |
| Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas | 1 |
| Enfermagem em Foco | 1 |
| Trabalho, Educação e Saúde | 1 |
| Revista Gaúcha de Enfermagem | 1 |
| Revista Brasileira de Enfermagem | 1 |
| Drug and Alcohol Dependence | 1 |
| Psychology of Addictive Behaviors | 3 |
| Journal of Substance Abuse Treatment | 1 |
| Addiction | 1 |
| BMC Public Health | 1 |
| PLoS Medicine | 1 |
| Addiction Science & Clinical Practice | 1 |
| Trials | 1 |
| Total | 18 |

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Percebe-se que, nos estudos nacionais, existe uma predominância de abordagens de trabalhos em grupos e propostas de estudos descritivo-exploratórios com metodologia qualitativa. Já nos trabalhos internacionais, encontram-se ensaios clínicos randomizados. Relacionando os locais das pesquisas no Brasil, cinco estudos foram realizados com a população atendida em CAPS AD, sendo um proveniente da Atenção Básica de Saúde. O CAPS AD é o dispositivo de saúde que realiza o acompanhamento especializado no SUS, tendo como público as pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas e apresentam sofrimento psíquico (Brasil, 2011). Contudo, embora exista coerência entre o local da pesquisa e a especialidade do serviço, é importante considerar a necessidade de escuta das pessoas que não estão inseridas nos serviços especializados.

3.2 Intervenções e famílias

Após a descrição quantitativa das referências analisadas e com a finalidade de atender ao objetivo do trabalho, realizou-se uma varredura das ações e intervenções focadas nas famílias nos artigos selecionados. Identificaram-se as seguintes propostas e ações já executadas: reuniões grupais direcionadas aos familiares, visitas mensais, contatos telefônicos, acolhimento, escuta, Reforço Comunitário e Treinamento Familiar (CRAFT), Terapia Familiar de Base Ecológica (EBFT), Terapia de Rede e Comportamento Social, Al-Anon, *Coach Al-Anon*, *Common Elements Treatment Approach* (CETA), *Web-Based Intervention* (WBI) adaptado do CRAFT e treinamento de habilidades de enfrentamento baseado na internet.

Nos estudos brasileiros, as reuniões grupais destinadas aos familiares emergiram como a intervenção que mais possibilita a orientação quanto ao cuidado da pessoa que faz uso de substância psicoativa, permitindo a escuta e o compartilhamento de sentimentos (Soares; Oliveira; Pinho, 2019; Assalin *et al.*, 2021; Pontes *et al.*, 2021; Nacamura *et al.*, 2020). Embora não se trate de pesquisa de intervenção com grupo controle, Nasi *et al.* (2015) reiteram a importância estratégica dos grupos de familiares na proposta de cuidado. Conforme proposto pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2013, p. 121):

O processo grupal, desde que bem pensado em sua finalidade, estrutura e manejo, permite uma poderosa e rica troca de experiências e transformações subjetivas que não seria alcançável em um atendimento de tipo individualizado. Isto se deve exatamente pela pluralidade de seus integrantes, à diversidade de trocas de conhecimentos e possíveis identificações que apenas um grupo torna possível.

Para além disso, conforme Assalin *et al.* (2021), o grupo contribui para o conhecimento sobre sintomas, sinais de abstinência e comportamentos do usuário, o que possibilita a construção de aliança terapêutica entre os trabalhadores dos serviços de saúde e os familiares. Tal estratégia permite maior adesão do familiar ao cuidado, além de favorecer a percepção de que não estão sozinhos no processo de acompanhamento dos usuários.

Pontes *et al.* (2021) relatam a necessidade de flexibilização no funcionamento dos grupos devido ao horário de trabalho dos familiares, fator que dificulta a participação. Isso confirma o apontado por Nascimento, Souza e Gaino (2015) que, ao analisarem se os serviços oferecidos por um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) proporcionaram melhorias no relacionamento com o familiar, observaram que a interação na família foi beneficiada após as intervenções da instituição. Os benefícios decorrentes do suporte dos serviços indicam a

relevância da flexibilização dos horários de funcionamento dos grupos, considerando a disponibilidade do familiar.

Lavezzo *et al.* (2023) e Nacamura *et al.* (2020) demonstram a relevância do acolhimento ao familiar, ressaltando a importância da articulação com a Atenção Primária à Saúde por meio de ações que contribuam para o processo de acompanhamento e o alcance do objetivo de cuidado. Entre as ações, Nacamura *et al.* (2020) apontam o atendimento em grupo aos familiares.

No que refere à Política de Saúde Mental brasileira, o CAPS é um serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos, possuindo atenção estratégica no desenho da RAPS. A atenção básica também se mostra relevante como porta de entrada para questões de saúde mental. Dessa forma, devido à importância da família no processo de acompanhamento, o acolhimento de seus entes faz-se necessário quando se propõem ações baseadas na RAPS, sejam elas por atendimentos individuais, grupais ou visitas domiciliares.

Porém, como discutido por Reis *et al.* (2020), em pesquisa que estuda a assistência com foco em comunidades terapêuticas e no cuidado hospitalar, poucas famílias elegem os serviços de base comunitária como apoiadores no enfrentamento do abuso de substâncias psicoativas. Esse cenário evidencia a necessidade de fortalecimento da relação entre as famílias e a RAPS, bem como de uma referência pós-alta de base comunitária para a continuidade do acompanhamento, visando ao fortalecimento de práticas de enfrentamento e à prevenção do agravamento dos casos atendidos em serviços de urgência e internações hospitalares.

Figueiró e Dimenstein (2020) discutem o distanciamento da família no acompanhamento. Apesar de citadas as visitas e os contatos telefônicos como mecanismos de acompanhamento no período de internação do usuário em Comunidades Terapêuticas (CTs), as famílias demonstram insatisfação quanto ao método de aproximação dos serviços, incluindo as CTs e os dispositivos da RAPS.

Esses dados complementam informações encontradas em relatório de inspeção realizada em CTs no Brasil, no qual se identificaram familiares com baixo poder aquisitivo que enfrentavam dificuldades na manutenção dos laços sociais com as pessoas internadas e falta de comunicação; além disso, os contatos por telefone ou cartas eram controlados por profissionais das instituições (CFP, 2018).

Apesar de as comunidades terapêuticas constarem na RAPS de 2011 como dispositivos da rede, atualmente existe uma discussão nacional referente à contribuição do cuidado prestado

às pessoas e aos seus familiares⁹. Tais locais são apontados como espaços de exclusão social e, por vezes, reprodutores de uma lógica manicomial, o que diverge do acompanhamento proposto pela Lei nº 10.216 de 2001, marco da Reforma Psiquiátrica no cenário brasileiro.

Em relação às pesquisas internacionais, percebe-se uma predominância de estudos de intervenções com grupo controle, bem como de protocolos para intervenções. Observa-se o impacto positivo da terapia familiar para a mulher que faz uso prejudicial de álcool, maconha e cocaína, quando comparada à terapia individual, com benefícios específicos estendidos aos filhos (Slesnick; Zhang, 2016).

Rychtarik, McGillicuddy e Barrick (2015), ao utilizarem intervenções baseadas na Web, especificamente o CRAFT associado à entrevista motivacional e à terapia cognitivo-comportamental, evidenciaram que os parceiros podem ser catalisadores para mudanças de hábitos dos usuários de álcool.

A entrevista motivacional favorece o trabalho com pessoas relutantes e com dificuldades de alterar seus comportamentos de uso de substâncias psicoativas. O terapeuta realiza intervenções com a finalidade de aumentar o desejo de mudança, sendo a pessoa responsável pelo seu movimento dentro dos estágios propostos pela técnica (Edwards; Marshall; Cook, 2005). Miller e Rollnick (2001) propõem estágios de mudança pelos quais a pessoa passa no acompanhamento: pré-contemplação, ponderação, determinação, ação, manutenção e recaída. Indica-se que o terapeuta utilize estratégias como: proporcionar orientação e escolhas, auxiliar na remoção de barreiras, identificar incentivos positivos, fornecer feedback e esclarecer objetivos.

No que tange à Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), parte-se da premissa de que o uso de substância psicoativa possui relação com o comportamento aprendido; logo, a abordagem deve possibilitar o desenvolvimento de comportamentos mais adequados. Nessa perspectiva, podem-se desenvolver técnicas de treinamento de habilidades sociais, resolução de problemas, relaxamento, manejo de raiva e reconstrução cognitiva (Miller; Rollnick, 2001).

Outro método utilizado é o WBI, empregado por Osilla *et al.* (2014), adaptado do CRAFT com princípios da entrevista motivacional e TCC. Trata-se de um desenho proposto para beneficiar militares afetados por conflitos recentes advindos do uso de álcool e que estariam sem tratamento, sendo a intervenção direcionada aos parceiros.

Murray *et al.* (2020) propuseram um estudo com a intervenção baseada no CETA, um modelo fundamentado no TCC. Não se trata de um novo tratamento, mas de uma abordagem

⁹ Ver materiais disponibilizados pelo Conselho Federal de Psicologia (2018, 2020) e pelo Conselho Federal de Serviço Social (2018).

que ensina competências por meio de nove elementos: envolvimento, psicoeducação, a segurança, redução do uso de substâncias psicoativas, enfrentamento, reestruturação cognitiva, resolução de problemas, ativação comportamental e relaxamento/exposição. Evidenciou-se que a intervenção foi mais eficaz na redução do uso de álcool pelo parceiro do que o tratamento usual.

Slenick e Zhang (2016) basearam-se na Terapia Familiar de Base Ecológica (EBFT), que visa trabalhar as interações disfuncionais ligadas a comportamentos problemáticos. Baseada na perspectiva de Bronfenbrenner, preconiza-se que o uso de substâncias e as questões familiares estão em relação com os sistemas. O trabalho foca na orientação das famílias para que reelaborem e interpretem situações por meio de técnicas que interrompam problemas comportamentais via comunicação e resolução de problemas.

Nas sessões iniciais da EBFT, a finalidade é envolver os familiares, avaliar necessidades individuais e pontos fortes, e orientar a família. Posteriormente, auxilia-se na identificação de aspectos do relacionamento que contribuem para o uso de drogas ou que atuam como fatores protetores. Novas habilidades são ensinadas e praticadas para melhorar as interações sociais e conexões emocionais (Slenick; Zhang, 2016). Resultados de estudos longitudinais demonstram que, ao tratar a mãe que faz uso prejudicial de substâncias psicoativas, o impacto nos outros membros da família é positivo e diferenciado do observado em terapias individuais.

Nas pesquisas de Brigham *et al.* (2014), Trail *et al.* (2019), Hellum *et al.* (2019) e Osilla *et al.* (2014), a principal intervenção foi o CRAFT (*Community Reinforcement and Family Training*), desenvolvido para o cuidado de pessoas que fazem uso de álcool, visando auxiliá-los na busca por tratamento através do suporte de familiares e amigos. A abordagem de reforço comunitário intervém de forma instrumental, focando na manipulação de recompensas do ambiente e alterando contingências de reforço no convívio familiar (Edwards; Marshall; Cook, 2005).

Schenker e Minayo (2004) apontam que o CRAFT acredita no suporte familiar para o alcance de objetivos positivos. Nessa abordagem, o familiar aprende a mudar seu próprio estilo de vida. O feedback auxilia na percepção de comportamentos que mantêm o uso, reforçando habilidades que demonstram um estilo de vida mais gratificante do que o consumo da substância.

O Al-Anon intervém com a filosofia de aceitação da impotência em ajudar o dependente, incentivando os familiares a focarem em suas próprias necessidades. A recuperação é percebida como associada ao contexto ou "comunidade" de reforço. Segundo Edwards, Marshall e Cook (2005, p. 255), o Al-Anon é uma organização de autoajuda

independente do AA, mas aliada a ele, que cuida das famílias de alcoolistas através de seus “12 passos”. O propósito é evitar que o familiar tente controlar o outro ou assumir as consequências de seus atos, responsabilizando-se apenas pelo seu comportamento.

As abordagens apresentadas possibilitam intervenções nos contextos familiares com resultados e metodologias distintas. É fundamental considerar os fatores que contribuem para que os familiares integrem o processo de cuidado de si e do outro, sem sobrecarga. As técnicas descritas podem auxiliar o desenvolvimento de ações nos dispositivos da RAPS, não se restringindo a serviços especializados. A interdisciplinaridade é fator primordial, permitindo que diferentes profissionais realizem intervenções éticas dentro de sua formação.

É relevante apontar que, no presente estudo, extraíram-se dos artigos propostas de intervenções, sem foco em instrumentos de medidas para avaliações diagnósticas ou conflitos familiares. Nota-se a importância da inserção da família no acompanhamento, zelando pelo apoio familiar conforme os princípios da política de saúde mental que preconiza o cuidado no território.

CAPÍTULO 4 – ANÁLISE DAS PERSPECTIVAS DOS PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

O presente capítulo foi construído após a análise dos conteúdos que emergiram nas 15 entrevistas realizadas com profissionais da RAPS em um município de médio porte, localizado em Minas Gerais. As entrevistas buscavam responder ao objetivo principal de analisar as intervenções direcionadas ao familiar da pessoa que faz uso prejudicial de substância psicoativa, bem com as expectativas dos profissionais da saúde mental em relação ao acompanhamento.

Para atingir o objetivo geral, foram trabalhados os seguintes objetivos específicos: descrever as intervenções e o trabalho de profissionais que atuam na atenção psicossocial voltadas para o cuidado com o familiar do usuário de substância psicoativa; e conhecer a expectativa de profissionais da saúde mental em relação aos familiares no tratamento dos usuários de substâncias psicoativas. Os dados coletados no início das entrevistas possibilitaram descrever o perfil dos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial de um município do interior de Minas Gerais.

Para a apresentação dos resultados, inicialmente realizou-se uma descrição da Rede de Atenção Psicossocial do município e do perfil dos profissionais entrevistados, com posterior análise dos conteúdos que emergiram nas entrevistas e discussão baseada em conceitos propostos pela Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2024), a RAPS é formada pelos seguintes dispositivos de atenção psicossocial: Unidade Básica de Saúde/Estratégia de Saúde da Família (UBS/ESF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Acolhimento (UA), Serviços de Residência Terapêutica (SRT), Programa de Volta para Casa (PVC), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), SAMU, Hospitais Gerais e Centros de Convivência e Cultura.

Desta forma, considerando o preconizado na Portaria nº 3.088 de 2011 e presente também na Portaria de Consolidação nº 03/2017, o município de realização do estudo conta com dispositivos de saúde que integrem a Rede de Atenção Psicossocial, sendo eles: 20 equipes de Estratégia de Saúde da Família e 18 Unidades Básicas de Saúde sob gestão municipal, locais onde se situam as ESF e os serviços ambulatoriais da Atenção Primária. Há um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) que atende municípios da microrregião (Brasil, 2024). O município possui quatro leitos de saúde mental no Hospital Geral, sendo referência para sete municípios vizinhos. Além disso, a microrregião conta com mais dois hospitais com leitos de saúde mental preparados para o atendimento regional.

Além dos dispositivos descritos acima, tem-se o SAMU, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro, o Programa de Volta para Casa e a Equipe eMulti (em substituição aos Núcleos Ampliados de Apoio à Saúde da Família). Esses serviços distribuem-se entre a atenção básica, psicossocial especializada e de urgência.

A cidade conta com uma faculdade privada que oferece diversos cursos, entre eles Medicina, Psicologia, Enfermagem, Farmácia, Nutrição e Fisioterapia, além de possuir gestão plena no Sistema Único de Saúde (SUS). O serviço hospitalar local é referência na macrorregião, contando com dois hospitais com investimento em tecnologia e convênio com o SUS para atendimentos de alta complexidade. Adicionalmente, o município possui uma unidade do Hemominas e um Consórcio Intermunicipal de Saúde, sendo que este último contribui para a atenção especializada da Rede de Atenção Psicossocial por meio de serviços ambulatoriais.

4.1 Descrição dos/as profissionais entrevistados/as

Com a finalidade de descrever o perfil de profissionais da Rede de Atenção Psicossocial de um município do interior de Minas Gerais, construiu-se a caracterização dos participantes entrevistados. Sabe-se que o conhecimento sobre os sujeitos da pesquisa é necessário para auxiliar na compreensão dos conteúdos emergentes. Os dados descritivos foram coletados no momento da entrevista, mediante o preenchimento dos dados de identificação.

É relevante pactuar que os entrevistados foram convidados a participar da pesquisa por intermédio da coordenação imediata. Após o convite, a pesquisadora realizava o contato para o agendamento, conforme a disponibilidade e o desejo do profissional. Ressalta-se que não houve obrigatoriedade de participação na pesquisa.

Com relação à formação dos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial entrevistados, a amostra é composta por: psicólogos, enfermeiros, médicos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais.

A composição dos participantes do estudo baseou-se no princípio de que todos os profissionais que compõem a equipe integram os processos das instituições de saúde. Conforme as concepções da Reforma Psiquiátrica e as diretrizes do Ministério da Saúde, a assistência deve ser multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar (Brasil, 2011). A Tabela 2 permite conhecer o quantitativo dos profissionais entrevistados segundo a formação.

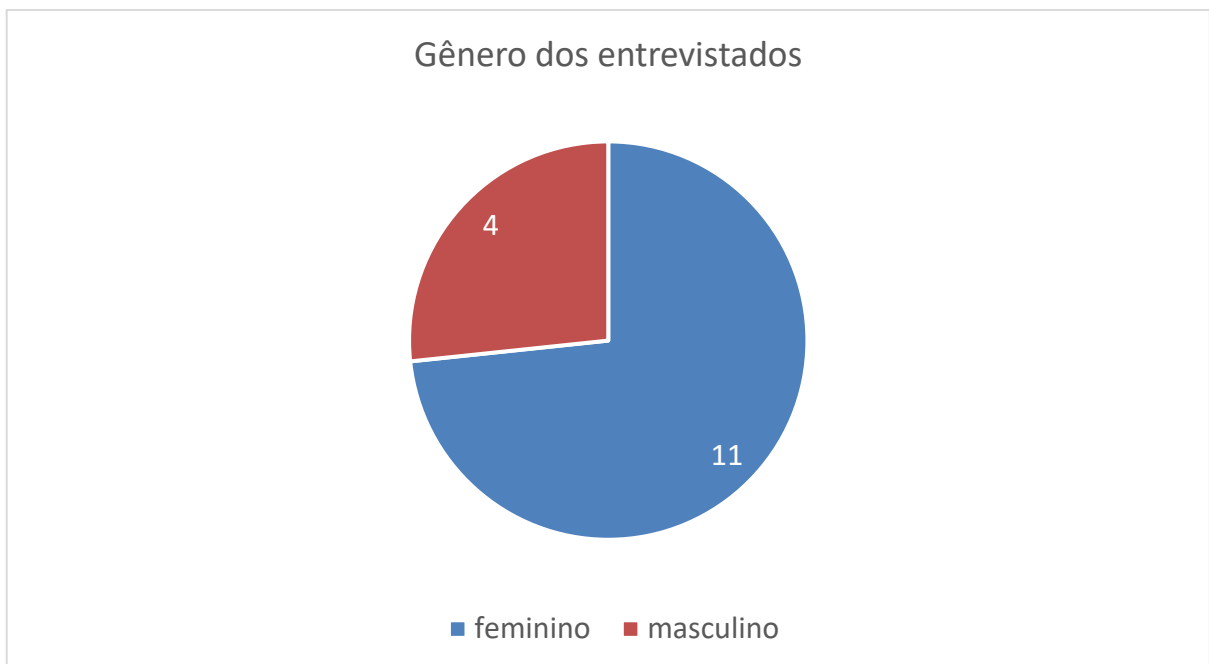
Tabela 2 – Número de participantes e formação profissional

| Formação profissional | Número |
|------------------------------|---------------|
| Enfermagem | 6 |
| Medicina | 3 |
| Psicologia | 2 |
| Serviço Social | 3 |
| Terapia Ocupacional | 1 |
| Total | 15 |

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Com relação ao gênero dos participantes retratados no Gráfico 3, o quantitativo permite perceber a predominância de mulheres. Por se tratar de uma pesquisa de base qualitativa, não se pode afirmar uma relação causal entre gênero e atuação profissional na saúde mental; contudo, é possível inferir sobre a marcante presença feminina nesse contexto. Tal dado possibilita refletir sobre o cuidado e o acolhimento culturalmente esperados da figura feminina. Por outro lado, observa-se a profissional que exerce múltiplas funções para além do trabalho, sendo frequentemente a responsável pelo cuidado do lar.

Gráfico 3 – Número de profissionais da RAPS por gênero



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Dos 15 profissionais entrevistados, oito graduaram-se após o Decreto nº 3.088 de 2011, que instituiu a RAPS, o que demonstra a importância da formação continuada após a conclusão do nível superior. Sabe-se que mudanças nos contextos sócio-históricos influenciam as diretrizes das políticas públicas; desta forma, os avanços decorrentes do processo de Reforma Psiquiátrica estão relacionados a evoluções no desenvolvimento dos indivíduos enquanto profissionais.

Considerando a dimensão temporal, por meio do cronossistema proposto por Bronfenbrenner em 1994 (Bronfenbrenner; Ceci, 1994), evidencia-se a necessidade de continuidade na formação profissional para que o indivíduo disponha de mecanismos e conhecimentos voltados ao seu desenvolvimento como referência no acompanhamento de usuários e familiares.

Mostra-se relevante o fato de que dois profissionais não possuem especialização, ainda que em áreas diversas da saúde mental. Contudo, um deles cursa pós-graduação em Relações Familiares, o que contribui para o conhecimento referente à família, e outro já participou de cursos de extensão sobre dependência química.

Com relação aos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial, as entrevistas foram realizadas com cinco profissionais atuantes em CAPS II; seis da Estratégia de Saúde da Família (totalizando quatro equipes distintas situadas em diferentes regiões do município); e quatro participantes da equipe eMulti, que atendem às zonas rural e urbana. Esses dados revelam a participação de uma equipe diversificada entre serviços de atenção básica e especializada, conforme proposto inicialmente no projeto de pesquisa.

Os profissionais entrevistados atuam em outros serviços das áreas de saúde e assistência social concomitantemente ao trabalho nos dispositivos da RAPS, tais como: Família Acolhedora, Serviços de Urgência e Emergência, atendimentos domiciliares, SAMMDU e Docência de Nível Superior. Tal cenário demonstra um conhecimento abrangente de outras áreas da saúde e da assistência social. Dessa forma, os profissionais interagem em diversos espaços da rede intersetorial, não se restringindo ao cuidado especializado em saúde mental. A presença de profissionais do gênero feminino atuando em mais de uma frente de trabalho aponta uma sobrecarga de atividades ainda maior para esse grupo.

4.2 Perspectivas dos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial

Com a proposta de descrever as intervenções e o trabalho de profissionais que atuam na atenção psicossocial voltadas para o cuidado com o familiar do usuário de substância psicoativa,

bem como conhecer a expectativa de profissionais da saúde mental em relação aos familiares no acompanhamento dos usuários de substâncias psicoativas, realizou-se a análise dos conteúdos emergentes nas entrevistas efetuadas com os profissionais.

Para iniciar as discussões dos conteúdos encontrados, faz-se necessário retomar Bronfenbrenner (1996) e considerar que o indivíduo, nos distintos ambientes nos quais se desenvolve e interage, é afetado pelos comportamentos alheios, bem como afeta o ambiente.

A Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner foi proposta para ser utilizada em estudos ao longo de todo o ciclo de vida. Contudo, a aplicação mais comum ocorre em pesquisas com crianças e jovens de até 18 anos (Dessen; Costa Jr., 2005). Por meio deste estudo foi possível apontar a aplicabilidade da teoria na fase adulta e em distintos ambientes de pesquisa.

Os profissionais que integraram a pesquisa, de alguma maneira, são afetados e afetam os comportamentos das famílias e das pessoas que fazem uso de substância psicoativa¹⁰. Desta forma, o desenvolvimento das famílias e da pessoa que faz uso de substâncias é influenciado por aspectos do macrosistema, presentes no cotidiano cultural e nos valores de cada profissional.

As intervenções disponibilizadas aos familiares e às pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, bem como as expectativas dos profissionais das RAPS, devem ser compreendidas no espaço e no tempo de maneira processual no acompanhamento. O Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner é composto por quatro núcleos – Processo, Pessoa, Contexto e Tempo –, o que possibilita uma reflexão sobre o contexto social, as formas de acompanhamento e as expectativas de familiares e profissionais, aqui identificadas nos sistemas influenciando e sendo influenciadas pelas interações.

Com um papel ativo, interativo e de protagonismo, familiares e profissionais influenciam o meio e são por eles influenciados. Além disso, nas relações construídas no acompanhamento das famílias e pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, é marcante a presença dos cinco contextos propostos no Modelo Bioecológico: microsistema, mesossistema, macrosistema, exossistema e cronossistema.

Desta forma, baseando-se na visão da Teoria Bioecológica e nos conteúdos emergentes nas entrevistas, foi possível dividir a discussão dos dados encontrados em quatro categorias: função e concepção de família; eficácia no cuidado profissional; expectativa no cuidado pela família; e relação serviços e família.

¹⁰ Neste capítulo, optou-se por manter os termos ‘álcool’ e ‘drogas’, conforme o relato original, em vez de substituí-los pela expressão técnica ‘substância psicoativa’.

Antes o conceito era muito estático, pai, mãe e filho. Hoje o nosso conceito de família é bem mais abrangente, devido às variações... (Profissional 8, 2023).

A família, para mim, é o grupo de pessoas, sem número definido, gênero (Profissional 2, 2023).

É difícil falar sobre família, [...] Família não é só quem tem uma herança genética comum (Profissional 10, 2023).

A família vão ser as pessoas para além do laço consanguíneo. São pessoas que estão juntas com algum propósito daquele lar (Profissional 13, 2024).

E quem são essa família? É toda aquela pessoa que cuida de você. Que está próxima a você. Então muitas das vezes não precisa do elo genético para ser uma família. [...] A família é aquela que constrói, aquela que está junto na hora que a gente mais precisa. Então a gente tem a formalidade do nome pro familiar. Que é um pai, que é uma mãe. Que é aquela árvore genealógica. Que aí depois vem os filhos. Nós viemos, os nossos pais vieram de pais. Então temos nossos avós, tios, primos e sucessivamente (Profissional 1, 2023).

Entre os conteúdos que emergiram de cuidado, apoio e integração, destacam-se as falas:

Que possui uma relação entre eles de afeto, proteção e convivência (Profissional 2, 2023).

Família é a nossa integração. Desde o nosso nascimento a gente precisa ter uma família. Não é uma junção. [...]. Mas a família é aquele que cuida. É aquele que está próximo da gente (Profissional 1, 2023).

Família é o seu ponto de apoio. Família é tudo.... Em alguns momentos é individualidade, porque a gente tem que olhar também a individualidade. Mas eu vejo muita família também. Porque se a gente não tiver o apoio da família, a gente não tem como trabalhar, e ela é o sustento. Para a gente dar o sustento para um paciente, ele tem que estar fortalecido também para nos ajudar (Profissional 6, 2023).

Apesar da evolução no conceito de família, ainda se observa a mãe predominando como o integrante que busca o cuidado nos serviços de saúde; além dela encontram-se o pai, o irmão, o esposo, o filho e o companheiro como atores nessa função, porém com menor frequência.

Por meio da nuvem de palavras na Figura 1, tem-se a representação da concepção dos elos familiares baseada na genética, bem como pelos vínculos afetivos. Evidencia-se o entendimento de família para além do vínculo genético, com uma compreensão que valoriza o afeto e o cuidado. Desta forma, os profissionais reconhecem a família como dinâmica e construída por relações interpessoais. Por outro lado, ocorre o deslocamento de uma família idealizada, de ordem genética e formalizada, para uma composta por pessoas que se relacionam por afetividade.

Considerando as trocas de afeto, de mediação social e de construção de identidade, os profissionais apontam na família o papel de:

... cuida de você [...] junto na hora que a gente mais precisa (Profissional 1, 2023),

É o cuidado (Profissional 11, 2024).

... relação entre eles de afeto, proteção e convivência (Profissional 2, 2023).

Família é mais do que a componente. Família é atitude (Profissional 4, 2023).

Todos estes relatos reconhecem o papel desse microsistema nas trajetórias de vida e nas experiências de apoio e convivência. Essa percepção favorece a construção de estratégias de cuidado nas quais a família é parte do desenvolvimento do ser humano. Desta forma, diante do uso de substância psicoativa, a família constitui um dos microsistemas no qual a pessoa, em suas interações diretas, recebe o acompanhamento necessário e possível, considerando as distintas realidades familiares.

Assim, se por um lado existe a família que cuida, deve-se atentar para as dificuldades encontradas pelas famílias diante das questões que enfrentam, as quais contribuem para a desorganização do núcleo familiar e de seus integrantes, gerando modos de funcionamento possíveis para as pessoas envolvidas.

... a função da família é de ser uma estrutura central, tanto pode estar contribuindo, sendo suporte para que ele largue as drogas ou amenize o consumo, como também, de certa forma, é a principal vítima dessa desorganização, às vezes [...]. Às vezes, a família se desestrutura de uma forma que ela se desestrutura e ela se torna desestruturante para a pessoa também. Então, às vezes, é um ciclo ali de, se entra numa de melhora, vai melhorando, mas se, na maioria das vezes, cai numa piora, você sente que vai piorando as relações familiares... (Profissional 2, 2023)

Diante desta perspectiva, a família aparece como um microsistema que influi no desenvolvimento do ser humano por meio de seu cuidado, em uma visão de apoio, acompanhamento e base para o enfrentamento de dificuldades: *“é muito importante a base para acompanhar as pessoas. É fundamental, a família está dando um apoio”* (Profissional 5, 2023).

Entretanto, há relatos sobre a dificuldade que algumas famílias possuem nesse cuidar, bem como a existência de modos de funcionamento diversificados, conforme exemplificado pelos Profissionais 1 e 7:

... mas eu tenho visto um desleixo desta denominação família (Profissional 1, 2023).

Acho que a família, quando tem uma pessoa dentro da casa com uso de álcool, droga, eu acho que ela tem que tentar ser o apoio daquela pessoa, né? E muitas vezes a gente não vê isso, às vezes a gente vê uma pessoa que quer ficar livre daquela pessoa. E quando a gente tenta abordar e falar, olha, não, mas você tem que dar o apoio, aí, ah, mas a pessoa não quer, ou então fica batendo naquela mesma tecla o tempo todo, ah, você só sabe beber, você só sabe procurar isso, procurar aquilo, mas não tem, não cerca a pessoa realmente com o cuidado pra tentar desviar ele de tal situação (Profissional 7, 2023).

Nesta perspectiva, é necessária atenção para não culpabilizar os familiares pelas condições que a família e seus integrantes se encontram. Não se trata aqui de desresponsabilizar o sujeito, mas sim de considerar os determinantes sociais que contribuem para o desenvolvimento das pessoas.

É necessário apontar que, entre os ambientes nos quais o usuário de substância psicoativa realiza suas interações diretas, pode-se citar a família, mas o convívio não se restringe a ela, pois há também os grupos de pares e outros contextos nos quais as pessoas mantêm relações diretas ou indiretas durante seu desenvolvimento.

Em meio a esses ambientes, encontram-se também os locais de referência para o acompanhamento de saúde mental, no que tange às políticas de cuidado destinadas às pessoas que apresentam prejuízos advindos do uso de substância psicoativa.

É notória a importância de retomar o conceito de microsistema, definido como “um ambiente ou local onde o indivíduo pode estabelecer interações face a face [...]. Devemos levar em conta a realidade não como ela é, mas como é percebida pelas pessoas” (Yunes; Juliano, 2010, p. 355), não se restringindo ao ambiente familiar. Assim, além das características individuais dos membros da família que contribuem para seu funcionamento, o modo como cada um interage e constrói relações em outros ambientes interfere em sua dinâmica.

Além disso, na aliança entre os microsistemas, tem-se o mesossistema. Assim, a família e o local de acompanhamento da pessoa que faz uso de substância psicoativa estão inseridos neste conjunto de sistemas. De acordo com Yunes e Juliano (2010), estes contextos influem e criam uma relação entre si e as pessoas neles inseridas, o que proporciona o vínculo e uma participação multidimensional, resultando na rede social formada a partir dessa relação.

Nesse sentido, supera-se o modelo centrado no indivíduo e reconhecem-se as múltiplas determinações do sofrimento e as potencialidades que emergem do território e dos vínculos familiares e sociais, como preconizado pela RAPS em 2011.

Faz-se relevante apontar uma crítica à postura de profissionais que atribuem à família a responsabilidade pela condição do usuário, reproduzindo uma lógica de culpabilização que ignora a complexidade multifatorial do fenômeno. Tal compreensão reduz o problema ao âmbito privado e desconsidera determinantes sociais, econômicos e institucionais que estruturam a experiência da dependência. Ao deslocar o foco da importância da família como parte do processo de cuidado para a culpabilização pela origem do problema, conduz-se a visões simplistas que reforçam estigmas e fragilizam o apoio mútuo. Desta forma, os profissionais atuam como um processo negativo no cuidado do familiar e do usuário de substância psicoativa.

O bem-estar psicossocial desenvolve-se a partir das interações da pessoa nos diferentes contextos e da contribuição dos processos proximais presentes (Benetti *et al.*, 2013, p. 98). Isso reafirma que os indivíduos estão em constante interação dinâmica com diferentes contextos, não sendo possível direcionar essa responsabilidade exclusivamente à família. Não se trata de desresponsabilizar cada ator por seu papel, mas de considerar uma interação baseada em características pessoais que estão em constante desenvolvimento ao longo do tempo.

4.2.2 Eficácia no cuidado profissional

Nos conteúdos emergentes na categoria referente à eficácia no cuidado profissional inserido na RAPS, sob a perspectiva dos próprios profissionais, encontram-se as ações e os resultados esperados junto aos familiares, bem como aqueles almejados para as pessoas que fazem uso prejudicial de substância psicoativa, acrescidos das limitações que se apresentam. Os profissionais percebem o atendimento realizado como fundamental para os resultados obtidos no acompanhamento. Por meio da nuvem de palavras (Figura 2), apontam-se conceitos relevantes para a discussão, tais como as unidades de sentido representadas pelas palavras: família, paciente, pessoa e profissional, bem como redução de danos, conseguir, equipe, tratamento, acompanhamento e acompanhar, atendimento, conversar, dificuldade, cuidado, comprometimento, entender, recurso, serviço, estigma, rua, saúde e rede.

Figura 2 – Nuvem de palavras da categoria “Eficácia no cuidado profissional”



Fonte: Elaborada pela autora (2025), com base nos relatórios do *software IRaMuTeQ*.

É relevante que, neste contexto, o olhar esteja voltado tanto ao familiar quanto às pessoas que fazem uso de substância psicoativa, as quais são denominadas “pacientes”¹¹ pelos profissionais. Ao realizar o acompanhamento preconizado pela RAPS, o profissional deve adotar uma perspectiva holística, não centralizada apenas nos sintomas; assim, a pessoa e a família precisam ser acolhidas em sua singularidade:

Eu acho que... Sim, não erro, não. Mas eu acho que, realmente, através dos grupos, através de escutar a pessoa, o que ela tá vivendo, de acordo com cada realidade, cada família, cada núcleo tem o seu problema. Então, eu acho que, de acordo com o que eles nos passam, através de uma roda de conversa mesmo (Profissional 7, 2023).

É de suporte, é de sensibilização também, também ser acolhido e ser tratado, explicando pra ela também o que que é a droga, sabe? É de ouvir as angústias dela também, da gente saber como lidar com ela sem, às vezes, eu falo isso, com muito cuidado, sem te romantizar que ela tem que estar ali o tempo todo, tem que dar suporte, tem que entender que também ela é vítima daquilo, que ela também sofre junto com aquela pessoa que está ali, que ela também sente os efeitos da droga, sente os efeitos da insegurança (Profissional 2, 2023).

Desta forma, os profissionais relatam a importância do atendimento e acompanhamento adequados às famílias. Diante das dificuldades, a escuta isenta de preconceitos e pautada na empatia contribui para que o indivíduo consiga elaborar e aliviar suas angústias. Associada à importância do acompanhamento profissional, emerge a discussão sobre as limitações presentes.

Por influência do macrossistema, destaca-se a necessidade de formação dos profissionais inseridos na RAPS, em especial os da atenção básica. Percebe-se, nos relatos, uma correlação entre a atuação profissional e a importância do acolhimento para a eficácia dos resultados; contudo, como apontado pelo Profissional 1 (2023), existem limitações:

Nós precisamos também pensar dentro dessa atenção primária, veja, nós também ficamos um pouco perdidos. Como acompanhar? Sabe, a gente não consegue dar aquele acolhimento real necessário. Talvez a gente precise até de ser mesmo, como que eu vou falar pra você, ter uma forma de treinamento, sabe? Ter um treinamento de como a gente vai prosseguir, como que a gente vai acompanhar melhor, sabe? (Profissional 1, 2023).

O que é redução? O que é? Nós precisamos rever essa questão. O que é redução de danos? Na prática, na prática, a gente pode oferecer algo que a gente possa mover a redução de danos para o paciente. E muitas vezes, se conseguir a redução de danos,

¹¹ Embora profissionais e familiares utilizem o termo ‘pacientes’, a nomenclatura recomendada é ‘pessoas usuárias dos serviços de saúde mental’. Conforme Vasconcelos (2021, p. 41), “o termo ‘paciente’ induz uma conotação de passividade perante os profissionais e serviços, e ‘clientes’ é utilizado no campo das relações de serviços privados, ou seja, remete para o campo de direito do consumidor. Nesse sentido, a escolha do termo ‘usuário(a)’ é estratégica: ela evoca o campo de lutas por direitos dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), compreendido como uma política de Estado deveras obrigada a prover serviços de qualidade baseados na cidadania”. Ressalva-se que, durante as entrevistas, a pesquisadora não interveio quando os participantes utilizaram o termo ‘pacientes’, visando preservar a espontaneidade e a fidedignidade dos relatos.

ele está atrelado ao quê? À pessoa, ao poder, ao passo mágico. Não é assim. É a dependência do conhecimento. E, assim, as pessoas... Estão sofrendo, as famílias estão sofrendo (Profissional 8, 2023).

entre as questões mais sérias que a gente tem, às vezes quando vai falar de redução de dor, de danos, quando vai fazer tipos de intervenção, né? Tem o estigma. A pessoa, quando é um usuário de álcool e drogas, ele tem aqueles estigmas, né? Carrega aqueles estigmas (Profissional 8, 2023).

Além do estigma sofrido pela pessoa que faz uso prejudicial de substância psicoativa, o próprio questionamento e a definição da proposta de cuidado em redução de danos, conforme preconizado nas diretrizes da RAPS, demonstram uma dificuldade no direcionamento das ações que interferem nos resultados esperados. A falta de incentivo e de informação sobre as diretrizes da Política de Saúde Mental gera desconhecimento e hesitação sobre a prática com foco na redução de danos.

Reafirmando os relatos acima, o Ministério da Saúde (Brasil, 2013, p. 25) aponta: “a sensação de não saber o que se está fazendo pode causar um sentimento de desconforto, impotência, autodepreciação e até mesmo de culpa nos trabalhadores de Saúde”. Tal condição pode ser decorrente da formação recebida na graduação e das dificuldades culturais presentes em torno do conceito de saúde mental e uso de substâncias psicoativas.

Nesse sentido, não se deve culpabilizar o trabalhador da saúde mental pela dificuldade encontrada em sua prática, visto que conceitos ligados à cultura e às ideologias de trabalho presentes em diferentes gestões de saúde influenciam no cuidado executado.

Além disso, no que se refere à influência do sistema educacional na formação e nas condutas dos profissionais da RAPS, destacam-se as Diretrizes Curriculares propostas pelo Ministério da Educação. Assim, o macrossistema, por meio das propostas curriculares dos cursos definidas pelo MEC, influencia na construção de modos de perceber o sujeito na sociedade, como apontado pelo Profissional 4 (2023):

... a verdade é que, assim, nossa, vou falar de uma forma menos formal, mas assim, trabalhar, eu estava pensando nisso ontem. A gente lê, vai estudando, e a medicina, nossa, pelo menos a minha formação, é muito focada ainda para a parte medicamentosa”.

Mediante a interferência do macrossistema, os sistemas sociais, políticos, de saúde e de educação orientam o comportamento dos profissionais e a percepção que possuem das famílias. Dessa forma, não apenas os profissionais, mas também as famílias e os usuários que não participam ativamente da formulação das políticas sociais acabam sendo afetados pelas propostas de acompanhamento e pelas políticas de saúde mental vigentes.

No estado de Minas Gerais, de acordo com Machado e Faria (2024), mesmo diante de períodos de tensionamento e retrocessos na política de saúde mental em nível nacional, a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais sustenta ações voltadas à formação dos profissionais por meio da educação permanente.

Atrelada à discussão das diretrizes formativas, observa-se a presença de uma cultura com visão curativista e preconceituosa¹². Tal perspectiva integra a sociedade, não excluindo as equipes de saúde, como pontuado pelo Profissional 9 (2023):

A gente percebe que tem muito a se caminhar. Porque o preconceito já vem dos próprios profissionais. Estou falando no geral. Em todos os setores. Inclusive em todos os dispositivos de saúde. A cultura curativista, essa cultura de moral, de julgamento, ela interfere no cuidado, na atuação dos profissionais. Então, a eficácia acaba sendo prejudicada e a evolução é pequena mesmo (Profissional 9, 2023).

Nota-se, por meio do relato Profissional 9, a persistência da busca pela cura no acompanhamento. Associadas a isso, mostram-se relevantes as orientações e condutas direcionadas à família, para que, em conjunto com os profissionais, compreendam o processo terapêutico. Demanda-se que os profissionais estejam capacitados para a orientação familiar, visto que essa conduta interfere no cuidado e nos resultados obtidos, como sugere o Profissional 11 (2024):

Essa aceitação, porque muita gente espera essa abstinência total, e na hora que você vai atuar com a família e explicar, eles começam a ter uma outra visão e começam a entender que não é aquela questão de vagabundagem. Que o vício não é ser vagabundo. Eu acho que a intervenção da família é muito importante. Tanto no tratamento, se o paciente for com a clínica, antes do paciente voltar, já ter esse tratamento com a família. Eu acho que isso é um grande valor (Profissional 11, 2024).

E a gente sabe que não é imediatista. É um trabalho de formiguinha com o tempo. E muitas vezes pode nem terminar de fato com aquela situação, mas pode minimizar. A gente sabe que as nossas políticas públicas também estão bem defasadas (Profissional 6, 2023).

Reconhecendo que os valores e crenças transmitidos pela cultura contribuem para o modo de pensar e agir dos indivíduos (Polonia; Dessen; Silva, 2005) e estão vinculados ao momento histórico e ao contexto macro regido por regimes políticos e ideologias, um acompanhamento com orientação adequada ao familiar propicia maior sucesso no cuidado.

A valorização da abstinência em detrimento da redução de danos esteve fortemente atrelada a propostas governamentais em 2017, que priorizavam condutas proibicionistas. A RAPS 2011, contudo, possui em suas diretrizes a Redução de Danos e fundamenta-se nos

¹² Para complementação teórica e reflexão sobre o assunto, é indicada a leitura do material do Conselho Federal de Serviço Social (2022).

direitos humanos. Não se trata de uma oposição à abstinência, mas sim de focar na redução de riscos diante das dificuldades sociais ou individuais para obtê-la. Focar exclusivamente no proibicionismo impede a percepção de avanços intermediários.

Outro fator relacionado à formação profissional é a compreensão das dificuldades enfrentadas pelas famílias na relação com a pessoa usuária de substâncias psicoativas. O percurso profissional é atravessado por múltiplos ambientes e experiências; assim, as vivências pessoais e os modos de atuação são influenciados por dimensões que extrapolam a academia, mas que incidem diretamente sobre a prática.

Ao considerar o contexto macro e retomando o CFP (2019), os dispositivos de saúde mental devem prezar pelo cuidado integral, com foco nos direitos humanos e ações multidisciplinares na rede de saúde e socioassistencial. Por meio da clínica ampliada, desenvolvem-se ações de promoção, prevenção e reabilitação, visando ao fortalecimento dos usuários e de seus familiares.

Contudo, faz-se relevante notar que a educação permanente, como afirmado por Nasi *et al.* (2015), não deve pretender apenas que os indivíduos alterem hábitos, para que ressignifiquem conceitos e práticas de saúde e doença. Na saúde mental, essa educação deve propiciar a compreensão das propostas da Reforma Psiquiátrica, visto que o principal instrumento de trabalho são as tecnologias leves.

Por outro lado, considerando as características individuais, a escuta no acolhimento, conforme Lobosque (2024, p. 292):

... não requer rigor técnico, mas sensibilidade. A sua precisão reside, antes, no acolhimento e no desejo de cuidar do que na posse de conhecimentos específicos. [...] pode ser útil adquirir certas noções de psicopatologia psiquiátrica ou aprender uma certa concepção de sujeito do inconsciente da Psicanálise.

Além da formação, os recursos disponibilizados para as ações em saúde mental foram apontados como cruciais para a eficácia profissional:

Eu acho que precisa de mais profissionais da saúde, psicólogo, psiquiatra. Acredito que a gente está com uma falha de recursos humanos, que é pouco para todo mundo. Acho que é só isso mesmo (Profissional 5, 2023).

Aqui a gente vê uma dificuldade de atuação para a família mesmo. Eu acho que a gente foca no paciente, até mesmo pela dificuldade de recursos que a gente tem, a gente foca muito nessa questão de crise do paciente e nesse intervalo a gente esquece muito da família, dessa interação, de tentar trazer essa família mais para cá. Eu acho que tanto por deficiência de recursos, ou às vezes por um pouco dessa questão de a gente estar focando muito no paciente, focando muito na pessoa do paciente. Pode se formar um sintoma do paciente, porque a gente tem aquela questão muito grande de crise e como a gente é um serviço muito inflado também, a gente não consegue dar conta (Profissional 12, 2024).

Além dos recursos materiais, sabe-se que cada indivíduo possui características que contribuem para o desempenho de suas atividades. O relato do Profissional 12 (2024) aponta para o comprometimento como um atributo individual: “*você não vê o comprometimento dessas pessoas, de alguns profissionais que estão envolvidos nessa ação, você não vê o comprometimento, você vê a possibilidade de comprometimento*”.

Embora os recursos contribuam para a competência, eles não geram a ação isoladamente (Copetti; Krebs, 2018). Assim, cada profissional possui características singulares que interferem em sua atuação. Ademais, nota-se a influência do posicionamento do profissional, por vezes marcado pela resistência, como evidenciado abaixo:

É igual a gente está conversando. Eu vejo muita resistência de muitos profissionais quando a família chega para o atendimento. E principalmente para o usuário. Muitas vezes eu vejo essa... Eu já tive casos aqui de chegarem e falarem que não ia atender o paciente porquê... Ah, porque ele fica na rua, ele está em situação de rua, então já não tem mais nada para fazer, não é minha obrigação estar indo atrás dele na rua. A gente está com um pouco de dificuldade nisso daí. Já teve casos de chegar paciente aqui... Não paciente, familiares, falam... Olha, ele foi, aí quando ele chegou lá, o profissional falou assim... Você aqui de novo? Então a gente tem... Isso daí tem que ser bem trabalhado com a equipe. Porque está acontecendo muito. Bem repetido, sabe? De novo, você de novo aqui? Ou quando o profissional vai procurar a equipe para poder conversar... Ah não, já acompanha muitos anos, isso daí não tem jeito, não vai sair disso, não vai mudar, vai ser isso aí mesmo. Isso é o que eu tenho mais... (Profissional 14, 2024)

O sujeito tem responsabilidade, se ele quiser, ele para. E não percebe que tem outras variáveis, que podem ser negativas para manter esse uso. Então, eu acho que por isso que muitas vezes essa ação fica isolada do paciente. Ele não percebe se trazer essa família para o tratamento junto com ele (Profissional 13, 2024).

Nas situações descritas, o preconceito do profissional e a culpabilização do sujeito interferem na intervenção. Como relatado pelo Profissional 14 (2024), a situação de rua do usuário leva o profissional a crer que nenhuma intervenção é possível. Assim, as características pessoais do profissional influenciam o ambiente de cuidado. Espera-se que o profissional consiga distanciar-se de tais julgamentos morais.

Por meio do relato do Profissional 7, percebe-se a importância de adotar condutas que não foquem apenas nos sintomas ou em abordagens moralizantes:

de acordo com o que eles nos passam, através de uma roda de conversa mesmo, através de todo mundo exposto à situação, eu acho que a gente consegue direcionar a pessoa melhor ou, às vezes, uma coisa que a pessoa tá fazendo, como eu falei, não ficar toda hora falando na cabeça da pessoa, você bebe, você faz isso, não é só colocando os problemas dela, é, às vezes, colocando pra ela, olha, você tem qualidade, você é uma pessoa boa, você pode, você vai conseguir sair dessa situação, ao invés só de ficar enfatizando que ela bebe o dia todo, que ela é o problema daquela casa, eu acho que é por aí (Profissional 7).

Encontra-se a predominância, não apenas na saúde, mas também no âmbito escolar, de valores voltados à cura de sintomas educacionais e de saúde que surgem para demonstrar alguma dificuldade no processo de desenvolvimento. Contudo, deve-se atentar para que a explicação não resulte na culpabilização do sujeito, sendo necessário analisar tais questões no âmbito social e político. Todavia, observa-se que determinantes sociais – como o racismo, a desigualdade, a violência e a pobreza – são, por vezes, desconsiderados, deslocando-se o foco para o desejo individualizado e a culpabilização da família:

Eu acho que alguns profissionais são muito resistentes a entender a importância da família no processo de dependência. Eu acho que até os profissionais têm que se trabalhar com isso também. Porque há vários relatos. Ela está usando porque o pai é assim, a mãe é assim. E não é por esse lado que eu vejo certas questões. Eu vejo essas questões, sabe? E o profissional sabendo lidar, tendo um ponto de vista específico, o profissional sabendo lidar, tendo a importância que é dessa ajuda familiar, além da ajuda com o usuário, seria interessante também. Eu entendo assim, então, que sem culpar a família pelo processo. Sem culpar a família pelo processo (Profissional 11, 2023)

Por outro lado, o relato abaixo refere-se a um profissional que propôs a permanência no CAPS como forma de cuidado com o familiar e contribuição para a eficácia no acompanhamento do usuário. Dessa forma, seu modo de perceber e se relacionar com as pessoas influenciou o contexto de atuação; a ajuda aparece como recurso para aliviar o desgaste da família:

a mãe estava exausta, a mãe tinha problemas de saúde e não conseguia mais fazer absolutamente nada para ajudar o filho, embora o filho não quisesse, ele estivesse na fase de pré- contemplação, mas eu sabia que era a única forma também de aliviá-la mentalmente daquele desgaste e não existia outra saída naquele momento, então eu deixei ele ficar (Profissional, 10)

Como proposta de melhorias no acompanhamento, Hirdes *et al.* (2015), ao investigarem ações de prevenção e tratamento na atenção primária, encontraram dados que demonstram a importância do acompanhamento que considera a família do usuário. Tal estratégia associa-se ao apoio à equipe por meio do matriciamento para o aprimoramento do trabalho desempenhado, com investimento na formação e qualificação profissional. Desta forma, diante das dificuldades apontadas, principalmente no que tange à atenção básica, faz-se necessário refletir sobre as bases e diretrizes do SUS.

Ao considerar o SUS e os princípios instituídos na Constituição Federal de 1988 – marcos históricos na construção da Política de Saúde Mental brasileira –, observa-se, segundo Borges e Baptista (2008), o movimento de Reforma Psiquiátrica inserido no processo de democratização do país, com a participação de profissionais, movimentos sociais e sociedade

civil. Para obter eficácia nas ações em saúde mental, deve-se seguir as diretrizes dos direitos humanos, da humanização e da integralidade. O relato do Profissional 10 (2023) evoca a lógica do SUS e destaca a integralidade dentro das políticas que norteiam a rede de saúde:

Então, a própria política do SUS, quando ela fala as Leis Orgânicas da Saúde, a 8080 com os princípios doutrinários, a integralidade, e é exatamente a concepção que eu te falei do indivíduo, do ser humano, do paciente, que não é só ele, aquele organismo vivo que está sentado na sua frente, mas é tudo que o envolve, tanto as relações sociais, familiares, em caso de amigos, profissionais etc., ambientais, geológicas etc. e tal, tudo isso contribui para a saúde do indivíduo. Então, a própria questão da integralidade já fala isso, então a gente precisa estender o cara além daquele organismo físico, então é claro que a mãe dele, o pai dele, o irmão dele, isso tudo está envolvido. Como eu falei, a maioria acha que aqui é uma creche, que aqui é um ambiente asilar... (Profissional 10, 2023)

Na colocação do Profissional 10 (2023), evidencia-se a expectativa de que a atuação ocorra a partir dos princípios do SUS. Todavia, a escassez de informações sobre os serviços indica a necessidade de que tanto a rede quanto os familiares conheçam os dispositivos disponíveis. Conforme indicado pelo Profissional 14 (2024), os familiares frequentemente desconhecem os serviços, sendo função dos profissionais orientá-los:

Eles não conhecem o serviço, eles não conhecem a rede. Eles têm uma visão de CAPS totalmente diferente do que é. Então, eles têm ficado bem surpresos. Tem gente que falou, o PSF é em frente da minha casa, eu nem sabia. Então, eles realmente não sabem como funciona a rede, não.

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2019), é fundamental uma discussão que supere o posicionamento individualista e naturalizante dos fenômenos psicológicos, os quais delegam às pessoas e às suas famílias as causas de situações que refletem o coletivo, o que pode ocasionar o aumento do sofrimento.

Refletir sobre as expectativas atribuídas aos profissionais na eficácia do acompanhamento e discutir a proposta do SUS na formação e no funcionamento da RAPS – além da precarização de ações e dos obstáculos ao cuidado – auxilia no entendimento e no movimento de mudança nas intervenções junto a pessoas em situações de vulnerabilidade.

4.2.3 Expectativa no cuidado pela família

A expectativa em relação ao cuidado profissional possui uma relação estreita com a expectativa de cuidado depositada na família. Atrelado a isso, reconhece-se a importância da presença familiar nos serviços de saúde e em outros contextos. De acordo com Silveira *et al.*

(2017), a participação do familiar no cuidado ocorre pelo auxílio aos profissionais, o que propicia melhor adesão ao acompanhamento.

A análise da nuvem de palavras representada na Figura 3 auxilia na discussão da expectativa no cuidado pela família. Na visão dos profissionais, existe uma correlação direta entre a família e a eficácia do cuidado. Nota-se a presença de conceitos como “família”, “paciente” e “pessoa”, associados a termos como “querer”, “conseguir”, “situação”, “entender”, “acompanhar”, “tratamento” e “comprometida”. Simultaneamente, encontram-se conceitos como “doença”, “lidar”, “adoecer”, “desgastado”, “cansado” e “perdido”. A análise conduz à discussão de que a expectativa recai sobre o acompanhamento do familiar no cuidado, ao mesmo tempo em que este se apresenta desgastado e com necessidade de assistência própria.

Figura 3 – Nuvem de palavras da categoria “Expectativa no cuidado pela família”



Fonte: Elaborada pela autora (2025), com base nos relatórios do *software IRaMuTeQ*.

Faz-se relevante apontar que a família, nas falas dos profissionais, enquanto microsistema, influi nos resultados dos cuidados. Desta forma, o apoio e o comprometimento dos entes tornam-se pertinentes, seja no acompanhamento nos serviços, no suporte emocional ou no incentivo para que o usuário realize o cuidado. Isso se mostra evidente nos relatos dos Profissionais 6, 5, 4, 3 e 9 (2023):

E conseqüentemente está acompanhando em parceria com a família. É uma estabilidade maior. Mais tempo de garantia (Profissional 3, 2023).

A participação da família faz toda a diferença. Quando a gente tem uma família comprometida, a gente percebe que a gente consegue uma evolução melhor. Uma família não é só comprometida não, porque não adianta a família ser comprometida e achar que a única solução é colocar o usuário abstêmio e pronto, acabou (Profissional 9, 2023).

Apoiar, eu acho que seria. Mas o familiar está cansado também, porque muitas vezes já tentou de tudo e não está conseguindo. Ele recorre, ajuda o município. Mas eu acho que fundamental seria o apoio, o carinho, entender a situação dele, que naquele momento ele está doente. E ele não entende. Seria um apoio mesmo (Profissional 6, 2023).

É muito importante, mesmo que não seja um parente sanguíneo, que é igual falei anteriormente, é muito importante a base para acompanhar as pessoas. É fundamental, a família está dando um apoio. A família faz parte do tratamento, eu acredito. Porque sem essa base aí de pessoas, de uma família, o que essa pessoa considera, de quem é a família é a base para o tratamento, além do tratamento, o acompanhamento psicológico e o acompanhamento médico, eu acredito que essa família também ela é a base para um bom acompanhamento para essa pessoa (Profissional 5, 2023).

é o familiar que coloca, que salienta com o dependente que é necessário procurar ajuda de um profissional pra abandonar o vício. Então, essa atitude de estar aqui dentro, na maioria das vezes, parte sim de um familiar. E a gente vê que ao longo do tempo, quando existem os momentos de fraqueza e do dependente é esse familiar que comprou a missão que vai aumentar muito a chance de sucesso. É ele parar de usar álcool ou droga ilícita (Profissional 4, 2023).

Os relatos dos cinco profissionais acima estão em consonância com Gonçalves *et al.* (2019) e Ribeiro *et al.* (2019) ao apontarem que a família é fundamental no cuidado à pessoa que faz uso de substâncias psicoativas. Demonstram que a adesão ao acompanhamento se associa ao apoio e incentivo dos familiares, enquanto Paiano *et al.* (2019) complementam que esse apoio está relacionado ao desenvolvimento emocional.

Apesar de o apoio ser relevante, nos relatos dos profissionais fica evidente que a falta de informação dos familiares sobre os transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas compromete a ação e confere ao quadro uma conotação de “falta de caráter”, reproduzindo uma visão preconceituosa da sociedade.

A presença de conceitos como “julgar”, “vagabundagem”, “pouca vergonha” e “desacreditar” reforça a discussão sobre a necessidade de que os profissionais realizem o acompanhamento da família, dado que ela influencia o processo de desenvolvimento da pessoa, como demonstrado nos relatos dos Profissionais 6, 1 e 7 (2023):

A família é o primeiro a apontar, que é o primeiro a julgar. E eles não sabem muito bem do que que seja isso. Então eles tratam como um tipo de vagabundagem, de que ele está fazendo isso porque ele gosta de fazer. Então começa dentro de casa mesmo. E o conhecimento é errôneo do que seja o uso abusivo de substância psicoativa.

Porque eles acham que, por banal, e às vezes a pessoa passou por alguma dificuldade mental, emocional, que vai cair nesse quesito de usar essas drogas (Profissional 6, 2023).

A droga é muito mal vista, né? Mas são doentes. O alcoolismo é uma doença. Tem gente que fala, né? Por que quer? Não para porque não quer. Da mesma forma, é a droga, desde o momento que você passou a consumir, você passou a ter o vício. Então, é uma doença. E muitas famílias não encaram isso como uma doença. Encaram isso como uma pouca vergonha, porque ele quis, eles sabiam. Não sei, porque a gente, às vezes, já passou por isso dentro da nossa própria família. E não é fácil absorver isso. Não é fácil você conversar com a pessoa sobre isso, a família mesmo conversar. Porque já não tinha aquele hábito de diálogo. Você está me entendendo? Muitas famílias (Profissional 1, 2023).

É, porque eu acho que isso é o básico, né? Por aí que começa, porque, às vezes, a pessoa ouve tanta coisa ruim dentro de casa, ouve tanto ponto negativo sobre ela mesmo, que ela acaba desacreditando nela. Se você tem pessoas ali que tentam te colocar pra cima, tentam fazer você enxergar aquela pessoa que você realmente é, que pode ser melhor, às vezes, né, ela mesma começa a acreditar mais nela e melhorar realmente a situação. Dá mais oportunidade pra aquela pessoa também, né? (Profissional 7, 2023).

O modo de lidar com a situação vivenciada influi nos resultados do cuidado, podendo associar-se a fatores negativos para o desenvolvimento do indivíduo. Uma visão preconceituosa influencia a resposta do familiar ao cuidado, o que demonstra a importância de um entendimento técnico e humano sobre a situação do paciente.

Tal como as pessoas que fazem uso prejudicial de substância psicoativa sofrem estigmas, na visão do Profissional 10 (2023), os familiares também enfrentam dificuldades decorrentes dessa questão:

Então, a nossa sociedade, ela tem bastante estigma e preconceito. Então, a família, ela chega aqui já, na grande maioria das vezes, desgastada... exatamente pelo preconceito que já existe, a exclusão social que existe, tanto do sujeito que está envolvido com drogas, quanto da própria estrutura, das pessoas que estão próximas dele. E isso envolve, até mesmo, a questão de garantir a própria existência, porque muitos empregadores não contratam os familiares de quem usa drogas, porque sabem que às vezes vai ter problema, porque tem relatos de situações de marginalidade envolvendo essas pessoas também. Eles estão realmente já à margem ... as pessoas envolvidas por essa pressão social já chegam aqui muito desgastadas (Profissional 10, 2023)

Dessa forma, a família apresenta-se desgastada, apesar da expectativa de que ofereça apoio. O preconceito, por vezes decorrente do julgamento dos próprios profissionais, influi no acompanhamento. A fala acima aponta, além do estigma, a dificuldade de alguns profissionais em compreender o lugar da família no processo de cuidado.

Ademais, considerando que a pessoa e suas características influenciam seu processo de desenvolvimento, Silveira *et al.* (2014) destacam a importância do conceito de estigma internalizado. Por meio deste processo, o indivíduo mantém uma percepção distorcida sobre

si mesmo, reafirmando uma suposta incapacidade de tratamento, o que influencia suas crenças e ações. Quando o profissional atua pautado em estigmas sociais, contribui para que a família reproduza essa visão negativa.

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2019), entre os desafios do cuidado aos usuários e suas famílias, destaca-se a importância de uma prática que prime pela superação do estigma e da exclusão, considerando o contexto social para compreender o indivíduo. Assim, além da formação profissional, mostra-se relevante a orientação às famílias e à sociedade.

Referente à necessidade de cuidado da família para a obtenção de maior eficácia no acompanhamento, os relatos de diversos profissionais justificam sua importância:

Adoece a família, adoece o paciente, adoece a comunidade (Profissional 6, 2023).

tem que entender que também ela é vítima daquilo, que ela também sofre junto com aquela pessoa que está ali, que ela também sente os efeitos da droga, sente os efeitos da insegurança. Então, eu vejo a família também como ator de cuidado, mas também como alguém, entre aspas, a ser cuidado, um núcleo a ser cuidado. Muito difícil (Profissional 2, 2023)

A família tá muito cansada. Então, a família, ela já chega... É forma de querer se livrar do paciente, porque ela já passou por tanta coisa e ela acaba... Ela tá querendo um descanso mesmo, né? A maioria dos pacientes que eu vejo é isso, que a família tá procurando é descanso (Profissional 9, 2023).

Ela precisa ter um cuidado com o paciente, entender que ele é uma pessoa que tem uma doença, que precisa de cuidados, precisa de acompanhamento, mas ela também precisa de ser cuidada e precisa também de ter um profissional que possa levar educação em saúde pra ela. Porque se ela não tiver esse conhecimento, ela também não vai conseguir exercer as suas atividades, o seu papel dentro do tratamento, né? (Profissional 9, 2023).

E elas têm problemas, elas são doentes, elas estão cheias de feridas, elas muitas vezes não sabem como lidar com isso. E elas, embora elas, seria o maior instrumento que nós temos para poder acompanhar, para poder lidar com esse paciente. Mas eu vejo que as famílias, infelizmente, não conseguem lidar com essa situação (Profissional 8, 2023).

Olha, quando tem uma pessoa doente na família, a família toda fica doente. Então, eu acho que a gente tem que ter um cuidado. Com a pessoa sintomática, que seria o usuário, e também o cuidado com essa família. Porque você tem que trabalhar a dinâmica da família como um todo, senão você não consegue. É uma evolução. É isso? (Profissional 9, 2023).

No que tange à expectativa dos profissionais quanto ao trabalho com a família, nota-se a necessidade de acompanhamento e escuta qualificada, além de orientações e construção de possibilidades conjuntas. A expectativa é de que a família receba cuidados para que possa, então, auxiliar no cuidado do outro.

A orientação aos familiares contribui para a melhoria das relações e das expectativas ligadas ao acompanhamento. A proposta é de uma clínica que aposta no agenciamento dos encontros e na construção de subjetividades, em que o sujeito é agente ativo e seu desejo é considerado.

Por meio de uma clínica horizontal, é possível construir intervenções baseadas nas necessidades apontadas pelos sujeitos, com trocas de experiências e reconstrução de histórias de vidas (Freitas, 2007). Fica evidenciada nos relatos dos Profissionais 10 (2023) e 11 (2024) a importância da participação da família e dos pacientes na construção de seus projetos terapêuticos:

Se também a família estiver pressionando o paciente a fazer o tratamento, não é interessante. Então, educar a família também, conscientizá-la a respeitar a vontade do paciente é uma questão também que envolve até mesmo essa participação da família, porque há muitos castigos, né? Tipo assim, olha, você só vai poder fazer isso se você fizer o tratamento. E isso não é uma forma de educar também ninguém, nem de colaborar para o tratamento de ninguém, principalmente uma pessoa que já tenha, já seja emancipada (Profissional 10, 2023).

o acompanhamento familiar é muito importante. Porque a família tá perdida, tão perdida quanto o usuário. Então, eu acredito que ele sendo acompanhado, a família sendo orientada também, alguma redução do dano ali do usuário, do convívio familiar vai ter. Nem que seja uma redução mínima, mas alguma expectativa a família pode ter, alguma realidade onde ela possa alcançar de entender esse processo que o sujeito tá passando. Essa aceitação, porque muita gente espera essa abstinência total, e na hora que você vai atuar com a família e explicar, eles começam a ter uma outra visão e começam a entender que não é aquela questão de vagabundagem. Que o vício não é ser vagabundo. Eu acho que a intervenção da família é muito importante. Tanto no tratamento, se o paciente for com a clínica, antes do paciente voltar, já desse tratamento com a família. Eu acho que isso é um grande valor (Profissional 11, 2024).

Como preconizado na Política de Saúde Mental, os usuários dos serviços e familiares precisam participar da construção do PTS e, assim, contribuir na elaboração de objetivos, conhecendo suas possibilidades e fragilidades para que tomem consciência do processo ao qual se propõem. Essa ação possibilita o alcance das expectativas estabelecidas na atuação profissional e o conhecimento das propostas de cuidado, o que pode reduzir a sobrecarga sentida pela família. O profissional que atua com ações isoladas encontrará dificuldades para possibilitar um cuidado integral.

Associado aos resultados pretendidos com a participação da família no cuidado, encontram-se relatos que demonstram conceitos e valores de uma família que cuida e precisa ser cuidada. No entanto, conforme relatado pelo Profissional 1 (2023), observa-se uma mudança de valores na própria sociedade no que se refere à família, o que interfere no acompanhamento dispensado à pessoa:

mas eu ainda acredito, eu como profissional, sem essa família a gente não vai conseguir chegar no lugar nenhum com os nossos pacientes. E é o que nós precisamos resgatar. Qual que é o papel desta família? O que as pessoas estão pensando em relação à família? Eu acho que hoje o mundo que nós estamos hoje vivendo está perdido esse conceito de família. É o que eu tenho percebido. Existem exemplos, muitas das vezes, que a gente analisa sem julgamentos, é claro. Mas a gente analisa assim, meu Deus, cadê a família? Qual que é o papel dessa família? A família está desvinculada, ela está separada. Ela não quer saber. Eu quero saber do eu. Mas o outro se vira. Aí ele se vira pra lá. Quem mandou ele entrar nessa confusão (Profissional 1, 2023)!

Isso remete à discussão proposta por Bezerra Junior (2010) que, ao referir-se ao conceito de individualização, mostra que, na contemporaneidade, os sujeitos são incentivados à busca pela própria realização pessoal e de identidade, muitas vezes em detrimento das estruturas tradicionais e normativas da sociedade. Isso pode incluir a busca por carreiras, relacionamentos e estilos de vida que se alinhem às preferências individuais, em vez de seguir modelos preestabelecidos pela tradição ou pela família. Apesar de não se observar a extinção da tradição, nota-se a perda da norma.

Embora a liberdade de escolha seja valorizada, é essencial considerar como esses processos afetam as relações interpessoais, a solidariedade comunitária e a equidade social, já que a individualização social não ocorre em um vácuo; ela está intrinsecamente ligada às estruturas sociais e econômicas que moldam as oportunidades disponíveis para diferentes grupos na sociedade (Beck, 2011).

Se por um lado há o processo de individualização, por outro, encontram-se famílias que buscam, em seu cotidiano, meios de sobrevivência frente ao capitalismo envolvente, o qual não possibilita escolhas e autonomia aos familiares. Isso está relacionado ao conteúdo emergente na entrevista do Profissional 10:

Está tão ocupada com situações para garantir a sua existência, às vezes, dependendo do nível social, que não encontra nem uma disponibilidade, vive sempre no modo automático e não consegue encontrar uma disponibilidade para uma tomada de consciência dessa importância. E isso, talvez, é um processo que perdura já há anos, talvez até mesmo antes da entrada do sujeito no ambiente em que foi facilitada o uso de drogas (Profissional 10, 2023).

A família consiste em um suporte e um facilitador desta terapêutica, não diria que tratamento, uma terapêutica. Agora, é um trabalho difícil se ela não tiver educada e não tiver consciência e respeito desse papel, entende? E também, dependendo do nível social em que ela se apresentar, porque aí ela não consegue nem enxergar isso, não consegue nem se envolver com isso claramente [...] É, porque tornar a família como condição sine qua non, aí é algo desumano, porque os familiares também são seres humanos, e eles também são envolvidos com diferentes situações, como eu falei, até mesmo a ideia, sabe, vendo o porquê, qual é o propósito de vida que essas pessoas têm. Então, assim, é isso. Complexo (Profissional 10, 2023).

Os dados das entrevistas acima demonstram a importância do cuidado conjunto da família e dos profissionais, apesar do momento de individualização vivenciado. As famílias precisam ser cuidadas e apoiadas, pois encontram-se adoecidas, e a pessoa com uso de substância psicoativa pode surgir como sintoma de questões familiares. As exigências do capitalismo influenciam no comportamento dos indivíduos; existem famílias que buscam sua sobrevivência cotidiana e não possuem consciência do regime capitalista no qual estão inseridas e ao qual respondem.

Diretamente associada à importância da família na RAPS, tornou-se evidente a presença de ações voltadas aos familiares, com a necessidade do desenvolvimento de intervenções de acolhimento e acompanhamento, para além de orientações referentes ao cuidado do outro.

Segundo Souza e Kantorski (2009), o suporte emocional possibilita que as famílias desenvolvam mecanismos para vivenciar e responder às situações em ambientes nos quais a droga está presente; acolher a dor favorece a adesão familiar ao planejamento terapêutico do usuário, resultando na melhoria das relações (Lemes *et al.*, 2020). O Profissional P2 relata, entre as ações direcionadas às famílias:

De suporte, é de sensibilização também, também ser acolhida e ser tratada, explicando pra ela também o que que é a droga, sabe? É de ouvir as angústias dela também... (Profissional 2, 2023).

Eles precisam se fortalecer para poder lidar com o usuário. A família tem que estar fortalecida. Porque vejo que muitas vezes eles chegam aqui e eles estão esgotados. Então eu acho, né, eu converso, eu falo, eu peço para participar, para tentar ir no que é proposto pela rede. Porque eles precisam se fortalecer. E eu tenho visto, desde quando eu cheguei aqui, assim, eles têm retornado aqui para falar, olha, eu estou indo lá, melhorou minha relação com o meu filho. Estou conseguindo aceitar certas coisas. Então parece que está caminhando (Profissional 14, 2024).

Mas a família também tem que ser acompanhada. Porque tem a saúde mental do familiar. Que é muito importante. Mesmo porque a partir do momento que você tem o controle do paciente. E conseqüentemente está acompanhando em parceria com a família. É uma estabilidade maior... E esse familiar vai chegar um momento. Que ele vai ter uma descarga de energia. Que talvez possa vir a fazer um mal para ele. Então, penso que o acolhimento tem que ser por completo. Enquanto nós estamos apoiando o familiar. Apoiando a história dele. Ele está controlado. E a família em si está em um momento de paz (Profissional 3, 2023)

Ao considerar a importância de acolher, de acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2013, p. 24), o acolhimento:

É um dispositivo para a formação de vínculo e a prática de cuidado entre o profissional e o usuário. [...] a equipe da unidade de Saúde já pode oferecer um espaço de escuta a usuários e a famílias, de modo que eles se sintam seguros e tranquilos para expressar suas aflições, dúvidas e angústias, sabendo então que a UBS está disponível para acolher, acompanhar e se o caso exigir, cuidar de forma compartilhada com outros serviços.

Diante disso, reconhece-se a importância do microsistema no desenvolvimento humano. As constantes interações entre os membros de uma família e a presença de conflitos podem acarretar o sintoma do uso prejudicial de substâncias psicoativas como forma de manifestação. Assim, faz-se necessário considerar que o sujeito interage em diferentes contextos e sofre influências constantes deles. É notória a relevância do cuidado ser direcionado à família, sem desconsiderar a realidade na qual está inserida, suas dificuldades e potencialidades.

O Profissional 9 (2023) remete a situações nas quais a expectativa de cura influi em sua conduta e no modo de perceber e cuidar da família, o que deve ser considerado diante das distintas dinâmicas familiares presentes nos serviços de saúde e de modos de funcionamento transmitidos por gerações:

E não é fácil você conseguir mudar uma dinâmica familiar que às vezes veio de gerações e gerações. Então, a evolução é muito pequena. Pra eu não me frustrar, eu me agarro nas pequenas evoluções e tento ser o menos curativista possível. Senão eu vou ser um profissional frustrado (Profissional 9, 2023).

As particularidades de cada família perpassam o modo como cada uma conduz suas ações e os resultados que almeja no acompanhamento realizado pelos serviços de saúde mental. Por meio de ações em rede intersetorial, é possível que a família receba e participe de modo ativo do suporte para o aprimoramento do seu bem-estar, de acordo com suas características. No entanto, relato evidencia a dificuldade dos familiares possuem em ajudar associada à falta de informação:

Pelo sofrimento mesmo, porque ela não quer ver o filho naquela situação. Ela quer ver melhor e não entende também por que ele caiu naquela situação. Então, eles querem um resultado imediatista. Eles veem o sofrimento do ente querido dele naquela situação [...] A família não conhece o que é o tratamento de fato. E a rede em si também não sabe direito o que é o doente de saúde mental por causa do devido uso de álcool e droga [...] eu estou hoje com 17 casos, principalmente judiciais, nesse quesito do uso de álcool e droga [...] Eles só falam que está cansado, que quer compulsória para ficar livre só um tempo do paciente. Sabemos que a compulsória muitas vezes não é resultado eficaz daquilo (Profissional 6, 2023).

O relato acima nos remete a situações que a família sem informação se apresenta como barreira no cuidado, já que esperam um descanso por meio da conduta compulsória, e como apontado por Profissional 9 (2023) a solução que almejam é a abstinência.

A participação da família faz toda a diferença. Quando a gente tem uma família comprometida, a gente percebe que a gente consegue uma evolução melhor. Uma família não é só comprometida não, porque não adianta a família ser comprometida e achar que a única solução é colocar o usuário abstinência e pronto, acabou (Profissional 9, 2023).

fiz contato com o paciente, conseguimos sensibilizá-los, ele estava com a compulsória e conseguimos sensibilizá-lo e mediante esse vínculo que ele tinha com a mãe, a mãe hospitalizou e nesse intervalo ele mesmo procurou a instituição e institucionalizá-lo. Tomara que essa nova internação venha como momento de reflexão para que possa mudar esse comportamento, uma pessoa que já teve institucionalizado em outra oportunidade e agora voltou, e possa voltar e a sociedade possa acolhê-lo com o novo olhar, que eu acho que um grande desafio de quem está institucionalizado é voltar para a sociedade (Profissional 8, 2023).

Apesar de a RAPS, segundo a Portaria nº 3.088 de 2011, não preconizar a intervenção compulsória, esta se mostra presente na fala dos profissionais como ações solicitadas e almejadas pelos familiares e por eles mesmos, utilizando o vínculo com a família para conseguir que a pessoa se submeta a internação. Mostra-se relevante um processo de informação aos familiares e à sociedade sobre as consequências de uma ação compulsória. É necessário que o familiar tenha conhecimento sobre a lógica do mundo atual para que não seja levado por pressões capitalistas de valorização da internação, que não estão em consonância com a política de saúde mental.

Quando se mencionam as internações, os profissionais referem-se àquelas que ocorrem em Comunidades Terapêuticas, de modo compulsório ou não. Isso remete à lógica da abstinência com foco na venda de internações por instituições privadas e financiamentos governamentais. No cenário das ações de cuidado em saúde mental, ainda existem olhares distintos e controvérsias em relação ao funcionamento e às indicações das CTs. As discussões presentes em Conselhos de Psicologia, de Serviço Social, bem como na ABRASME (Associação Brasileira de Saúde Mental) evidenciam questões sobre o modo de funcionamento dessas instituições. No entanto, a própria mudança de gestão de governos influencia o espaço que a CT ocupa na RAPS.

Referente às dificuldades enfrentadas pelas famílias, o Profissional 14 (2024) aponta o desgaste presente em quem vivencia cotidianamente as dificuldades advindas do uso de substâncias psicoativas, como a falta de recursos emocionais e sociais. No entanto, a sociedade é marcada por uma desigualdade que influencia o modo de cada um conduzir as questões que vivencia.

Eles vêm procurando essa internação compulsória. E é o que a gente conversa um pouquinho aqui. Essa questão, essa importância da família. Estar ali junto com eles. Porque, muitas vezes, a gente vê familiar que chega aqui e quer simplesmente mandar o paciente pra clínica. Quando você pergunta a questão da visita, aí fala que não vai fazer (Profissional 14, 2024).

Essa lógica excludente e de privilégios está na base da forma como, por muito tempo e ainda hoje, a sociedade brasileira lida com a saúde mental. No lugar de cuidado e acolhimento,

ofereceu-se segregação e punição. A perspectiva psiquiátrica hegemônica reforçou estigmas e contribuiu para a invisibilidade dessas pessoas no espaço social e político. Ainda hoje, apesar de conquistas como a Reforma Psiquiátrica e a criação da RAPS, persistem desafios importantes.

Acerca da ênfase em valores proibicionistas e com foco na cura da pessoa que faz uso de substâncias psicoativas, é importante retomar o retrocesso de propostas de políticas públicas que, por meio do macrosistema, influenciam o modo como familiares e profissionais constroem ações de ajuda. Como afirmado por Costa e Silva (2024, p. 64):

os governos ultraneoliberais propiciaram importantes inflexões, garantindo o aumento de recursos públicos a fim de subsidiar grupos predominantemente religiosos para gerir a Política de Saúde Mental e de Drogas, além de permitir as internações involuntárias, representando processos significativos da Luta Antimanicomial no país.

Assim, valores representados por ideologias políticas, ações e incentivos governamentais gerenciam o modo como as pessoas compreendem o direcionamento dos acompanhamentos e as condutas propostas. No decorrer das narrativas, percebe-se uma relação estreita entre a eficácia e a expectativa no acompanhamento profissional e familiar, com um entrelace de cuidados. Isso reforça a importância de considerar as relações da pessoa em distintos ambientes e remete à relevância da relação entre os microsistemas, apontando para o cuidado de todos os integrantes. Diante da expectativa de cuidar do outro, mostra-se fundamental que familiares e profissionais cuidem de si mesmos.

4.2.4 Relação serviços e família

Considerando as interligações propostas por Bronfenbrenner (1996) ao tratar do mesossistema, faz-se necessário pontuar a influência que o indivíduo em uso prejudicial de substância psicoativa sofre da relação entre o ambiente familiar e os dispositivos de saúde, mesmo que não esteja presente de forma direta em todos os momentos. Da mesma forma, a relação construída entre o sujeito e os dispositivos de saúde proporcionará interferências na dinâmica familiar.

Por meio do exossistema, o cuidado ocorre mediante a relação que a família estabelece com o ambiente de saúde, no qual o usuário nem sempre mantém interações frequentes ou diretas. Assim como ocorrem as conexões entre os microsistemas, é preciso considerar que existem dificuldades na relação entre eles.

Desta forma, a Figura 4 evidencia que o relacionamento entre os atores envolvidos no acompanhamento pode ocorrer por meio de várias metodologias, com destaque para diferentes aspectos. No que refere à interação entre profissionais e familiares, ressalta-se a relevância de uma comunicação clara e esclarecida para que resultem melhores desfechos no vínculo no acompanhamento, conforme retratado nos relatos abaixo:

A gente não consegue estar bem perto deles, então eles acabam caminhando da forma que eles recebem algumas orientações dos serviços. E os serviços, muitas das vezes, eles precisam também soltar, né? O paciente precisa caminhar também. Mas eu não sei se esse serviço também lá, não tem um outro processo com esta família. Como que essa, sabe? Esse acompanhamento mais de perto com essa família, esse vínculo de acompanhamento, né? Dentro desse percorrer aí, desse tratamento... (Profissional 1, 2023)

Hoje eu percebo que é uma atuação falha. Não tem, tem uma orientação mínima, mas eu não tenho esse acompanhamento familiar, não (Profissional 11, 2024).

Eu vejo a atenção básica muito sobrecarregada, com muitas tarefas. Quando a gente começa a entender o que é atenção básica, a gente vê que de básico não tem nada. Eu acho que toda essa complexidade, essa multitarefa, multirresponsabilidade que a gente tem, ela limita, assim, a gente, pelo menos aqui, desempenhar alguma ação específica, assim, para esse perfil de paciente. Eu acho que todas as ações, elas são válidas. Seja informação, seja uma reunião de apoio, apoio emocional, apoio ao tratamento, tanto o medicamentoso também, mas muito pouco o que a gente faz, o que a gente deveria fazer (Profissional 4, 2023).

Os três profissionais acima descrevem uma fragilidade no vínculo entre a família e o serviço. O Profissional 4 (2023) destaca a sobrecarga da atenção básica, o que acarreta desassistência em áreas como a saúde mental, especificamente no que tange ao suporte familiar.

Desde a Constituição Federal de 1998, propõe-se a organização de ações e serviços de saúde em rede regionalizada e hierarquizada. Em 2010 e 2011, discutiram-se conceitos para a operacionalização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que prezam por uma organização transversal; o aspecto vertical restringe-se à especialização nos pontos de atenção secundários e terciários, em função da técnica exigida. Ao discutir a transversalidade no cuidado e a comunicação entre a Atenção Primária à Saúde (APS), os pontos secundários, terciários e os sistemas de apoio e governança da RAS, torna-se fundamental conhecer os fatores de risco das subpopulações de cada região mediante o vínculo entre a APS e as famílias (Mendes, 2014). Nesse sentido, Tofani *et al.* (2021) reiteram que a atenção básica deve ser a coordenadora do cuidado e ordenadora do sistema, embora existam desafios para o alcance desse objetivo.

Nas fala dos entrevistados, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) surge como o principal local de referência para o cuidado de usuários de substâncias psicoativas e suas famílias. Entretanto, considerando Mendes (2014), o compartilhamento do cuidado é premissa para o funcionamento da RAS. Apesar de ser um serviço especializado de “portas abertas”, o

acompanhamento deve ocorrer nos diversos dispositivos da rede e não se restringir apenas ao usuário.

Associado a isso, tem-se o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), por meio de sua política pública, objetiva “garantir proteção social a famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade e risco pessoal e social por violação de direitos, inclusive, as associadas aos usos de álcool e outras drogas, por meio da oferta de serviços, programas, projetos e benefícios” (Brasil, 2016, p. 12) e por meio de ações de serviço social pode auxiliar na garantia do cuidado. No entanto, o relato do Profissional 2 (2023) aponta para uma especialização do cuidado que não é compartilhada entre as equipes:

Olha a experiência nossa aqui é muito pouca, né. Nesse campo aqui, infelizmente, é como se sobrasse só para o CAPS, para as outras unidades, um encaminhamento (Profissional 2, 2023).

Então, o que você vê na saúde mental, no CAPS, isso é uma forma ainda muito assim. O paciente deu o trabalho, é um etilista, é uma pessoa que tá em uso de drogas, vai pro CAPS. A pessoa é depressiva, vai pro CAPS junto com a pessoa que tem esquizofrenia, junto com o psicopata e joga pro CAPS (Profissional 2, 2023).

Além da falta de corresponsabilização em casos complexos, fatores como a ausência de condições materiais e simbólicas, dificuldades de comunicação intersetorial e a concorrência entre dispositivos como porta de entrada confirmam os desafios apresentados por Tofani *et al.* (2021). O Profissional 2 (2023) evidencia a precariedade de recursos para o alcance dos resultados propostos:

A gente é muito precarizado, a gente trabalha com o mínimo tempo todo, com quantidade de profissionais, com estruturas mínimas. Daí que eu tô falando do médico, que é o privilegiado nisso tudo. Essa impressora aqui não, o meu colega ali veio da dentista, ele sempre tem uma impressora [...] você tem o papel das burocracias, têm o preenchimento, você tem que preencher, do acompanhamento, do matriciamento (Profissional 2, 2023).

A saúde mental é relegada ao que sobra dos outros. Ao que sobra da saúde, ao que sobra da assistência social, ao que sobra dos hospitais. O próprio paciente de CAPS, de surto, o SAMU não atende se ele estiver agressivo, aí é o bombeiro. Se ele estiver armado, é a polícia. Então você vê que a gente trata eles, a pessoa que está com a patologia, como uma questão de segurança pública, não como questão de saúde. Enquanto a gente tratar como questão de segurança pública, não vai ter recurso. Vai ser sempre a margem, a margem, a margem (Profissional 2, 2023).

Além das burocracias e da falta de suporte material, os relatos dos profissionais da atenção básica demonstram uma sobrecarga de cuidados na atenção primária, questão que não é restrita ao município em estudo. É notório que a disponibilidade de recursos para ações em saúde mental influencia diretamente a viabilidade do acompanhamento das famílias. Toda essa

estrutura de trabalho é estabelecida em contextos nos quais mesmo os atores sem relação direta sofrem influência do que é instituído pelas pessoas inseridas no sistema e pelas ações propostas.

Lobosque (2007), baseando-se na Reforma Psiquiátrica, discute que o interesse e o posicionamento dos profissionais são relevantes para o desenvolvimento de ações antimanicomiais. Contudo, a precariedade na formação e no trabalho, problemas institucionais e dificuldades da gestão em compreender os valores da reforma influenciam as condutas e propostas de cuidado. Na relação com o familiar, o medicamento frequentemente surge como a principal forma de intervenção:

Não se tem, você não cuida da família. E, às vezes, você cuida da família de coisas paliativas, por exemplo, a mãe está vivendo isso tudo, está ansiosa, não está dormindo de noite. Vai lá, um doutor do sono, um antidepressivo, um ansiolítico. Então, a gente trata isso de uma forma muito mecânica, muito travada. A gente não acorda, a gente não trabalha com a família, a gente não tem um plano de... A gente não tem um plano de cuidado do usuário, então, a culpa é da família, não existe isso nessa realidade atual (Profissional 2, 2023)

Nós não temos... Normalmente é leito, medicação e muitas das vezes é desconhecimento dos próprios funcionários da área da saúde no trato do uso de álcool e droga. Então, eu vejo muita... É um ciclo que vai e volta. A pessoa vai, trata, faz medicamento. Cai no município novamente, mas a família não dá conta. Volta a fazer uso de novo. Então, é desconhecimento do que é a realidade do usuário. A família não conhece o que é o tratamento de fato. E a rede em si também não sabe direito o que é o doente de saúde mental por causa do devido uso de álcool e droga (Profissional 6, 2024)

Esses relatos remetem à necessidade de formação e de uma visão crítica sobre o papel da medicação na sociedade. Uma abordagem focada estritamente no cuidado medicamentoso pode negligenciar o sujeito em sua integralidade, reproduzindo uma lógica de remissão de sintomas. De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2013, p. 25), “boa parte da formação dos profissionais de Saúde tem orientado o seu foco de trabalho na doença. Por essa razão, entre outras, muitas das expectativas que temos acerca de como lidar com os casos de saúde mental são de acabar com os sintomas que os usuários nos expõem”.

É relevante considerar a reflexão macro de que a psiquiatria contemporânea tem-se apoiado na biotecnologia para gerir o bem-estar mental. Esse movimento, embora apresente avanços, levanta questões sobre a medicalização do sofrimento. A gestão tecnológica do bem-estar pode refletir por formas padronizadas de felicidade, expandindo diagnósticos falso-positivos e para a tentativa de solucionar dilemas existenciais com fármacos (Bezerra Junior, 2010).

A psiquiatria encontra-se na intersecção entre a gestão tecnológica do bem-estar e as pressões sociais e econômicas, sendo frequentemente utilizada como forma de controle social

para minimizar desvios comportamentais (Bezerra Junior, 2010). Essa medicalização excessiva foca nos sintomas proeminentes, negligenciando as causas subjacentes do sofrimento psíquico. Em uma sociedade de imediatismos, intervenções que demandam ações a longo prazo tendem a ser desvalorizadas.

Paralelamente à medicalização, surge a importância da formação continuada, evitando que o cuidado se restrinja ao especialista. Profissionais relatam que a relação com o sujeito ultrapassa o âmbito medicamentoso, envolvendo questões jurídicas e sociais para as quais a formação acadêmica muitas vezes é insuficiente:

A verdade é que, assim, nossa, vou falar de uma forma menos formal, mas assim, trabalhar, eu estava pensando nisso ontem. A gente lê, vai estudando, e a medicina, nossa, pelo menos a minha formação, é muito focada ainda para a parte medicamentosa. Inclusive, deve ser a seguinte até no CAPS, tá? Um psiquiatra que é um médico, teoricamente, especialista disso. É culpa de formação, isso é cultural. A minha formação é uma formação baseada em tratamento medicamentoso. E quando mistura tudo que a gente sabe, não é só a parte da medicação, a gente não sabe lidar. Eu não sei lidar com as situações, como é que a gente aborda um problema que aparece, como é que a gente faz para buscar aquele paciente que abandonou o tratamento, aí entra a parte jurídica aí no meio também, o que pode, o que não pode, até onde você deve ir. Então, toda essa falta de conhecimento, mesmo assim, não é falta de experiência, é falta de conhecimento de como se aborda esse paciente. Ele fica prejudicado no acompanhamento (Profissional 4, 2023).

Desta forma, a falta de conhecimento evidencia uma fragilidade no cuidado oferecido aos usuários dos serviços, o que interfere nos resultados e no relacionamento entre os envolvidos. O relato mencionado possibilita refletir sobre a proposta do SUS referente à Reforma Psiquiátrica e sobre a necessidade de formação dos profissionais inseridos na RAPS. Tal proposta deve fornecer conteúdo técnico aos profissionais, pautando-se nos aspectos preconizados pela Rede.

Os valores e crenças presentes na sociedade, construídos na vivência dos profissionais, podem se tornar obstáculos ou contribuir para uma formação crítica, o que demonstra a importância de considerar desde o macrossistema até às características do indivíduo no âmbito das ações em saúde mental.

Percebe-se que não se trata de uma dificuldade profissional estritamente individual, e mas de um pensamento transmitido na rede de profissionais. Isso demonstra a necessidade de capacitação dos trabalhadores da saúde sobre o cuidado em saúde mental voltado à pessoa que faz uso prejudicial de substâncias psicoativas e seus familiares, visto que a informação de que os profissionais dispõem influencia o modo como orientam, acolhem as famílias no processo de acompanhamento e constroem as relações de cuidado.

Ao considerar o sujeito biopsicossocial, perpassado por questões pessoais e contextuais ao longo do tempo, nota-se que uma estritamente biológica limitaria a atuação do profissional inserido na Rede de Atenção Psicossocial e a adoção de propostas mais adequadas às necessidades das pessoas acompanhadas nos serviços.

Por outro lado, encontram-se relatos que revelam a importância de ações pautadas na redução de danos. Entre as estratégias com os familiares, destaca-se o grupo de redução de danos, que favorece a proximidade e a melhoria na relação e no vínculo entre profissionais e família:

Existe um grupo de redução de danos, e não só os usuários participam, mas os familiares também. Esse grupo acontece uma vez ao mês, porém acho interessante que seja de 15 em 15 dias para criar um vínculo com a família e para que seja também criado um vínculo da família com esse usuário. Quando tem essa continuação, essa continuidade, seja de quinzenal, eu acredito, dá para ter um vínculo maior, e esse fortalecimento de vínculo com a família e com o usuário e sua família é muito importante. Eu acredito que seria dessa forma (Profissional 5, 2023).

Hoje, no nosso município, a gente tem o grupo de riscos e redução de danos que acontece uma vez no mês. São os mesmos que comparecem (Profissional 6, 2023).

No ambiente grupal, a relação pode ser construída entre o usuário, a família e os profissionais. Apesar de tal dispositivo ter sido citado, alguns profissionais relataram desconhecê-lo, o que demonstra a necessidade de maior proximidade na rede e de aprimoramento da relação entre família e serviços. Conforme relatado: “*Não se tem, você não cuida da família. E, às vezes, você cuida da família de coisas paliativas*” (Profissional 2, 2023);

É possível conceber uma relação indireta quando o familiar e a pessoa usuária de substância psicoativa não se engajam no serviço de saúde mental especializado, como o CAPS, mas são acompanhados pela Equipe de Estratégia de Saúde da Família. Esta última está inserida no processo de matriciamento proposto pela política de saúde mental e realizado por profissionais do CAPS. Assim, estabelece-se a rede de segunda ordem proposta por Bronfenbrenner: “essa rede indireta de inter-relações entre os dois ambientes é denominada rede de segunda ordem”.

Por meio da rede de segunda ordem, pode-se construir uma relação entre os profissionais da atenção especializada, os usuários e os familiares. O relato do Profissional 15 (2024) reforça a importância de todos os trabalhadores tenham conhecimento sobre as diretrizes do cuidado, construção que pode ser viabilizada pelo matriciamento:

A gente encontra obstáculo, tem pessoas que não aceitam que há melhorias. A gente conversando, desse ponto de vista e a pessoa começa a olhar com um olhar diferente. O tempo todo interagindo, para todo mundo tem que saber o que é redução de danos,

começa na portaria até o último profissional. A gente tentar fazer item por item (Profissional 15, 2024).

Os matriciamentos das equipes, realizados pela equipe eMULTI e pelos profissionais do CAPS, contribuem para a construção da relação desenvolvida na rede de segunda ordem. Desta forma, por meio da comunicação entre ambientes (Bronfenbrenner, 1996), as discussões de casos propostas no matriciamento e construídos com as equipes da atenção básica e especializada permitem transmitir orientações e realizar intervenções junto às famílias e aos usuários. Essas condutas proporcionam mensagens entre os ambientes e ocorrem de maneira bilateral, com trocas de informações e orientações que contribuem para o fortalecimento das ações propostas na política de saúde mental.

A reavaliação dos matriciamentos constitui-se como uma ferramenta eficaz no cuidado em saúde mental, pois fortalece a relação entre as equipes. Como resultado, observa-se uma melhoria nos conteúdos e nas ações destinados aos familiares e às pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas. Uma ação indireta também possibilita o aprimoramento da relação entre os serviços e os familiares.

No que se refere à comunicação entre a família e o profissional da atenção especializada, esta pode ocorrer também por intermédio da pessoa que faz uso de substância psicoativa. Além disso, conforme pontuam Yunes e Juliano (2010, p. 361):

Os ambientes microssistêmicos que compõem o mesossistema devem comunicar-se, ou seja, toda a informação ou mensagem deve ser intencionalmente transmitida de um ambiente para outro. Essas comunicações interambientais podem ocorrer de forma unilateral ou bilateral, dependendo das características e condições ambientais em que os comunicantes se encontram.

As comunicações realizadas por telefone ou presencialmente entre famílias e profissionais são denominadas bilaterais, por envolverem uma interação pessoal e recíproca. Por outro lado, relatórios e comunicados escritos são considerados unilaterais, uma vez que não apresentam uma via recíproca ou interação pessoal imediata. Como exemplo, identifica-se a interação bilateral apontada pelo Profissional 14 (2024): *“Aí ela chega, ela me pergunta, você tem alguma notícia? Aí eu explico que o PSF, aí eu pergunto, o PSF tá acompanhando, tá acompanhando”*.

Mostra-se relevante a ocorrência de uma comunicação fluida no mesossistema, mediante um contato bidirecional, com informações precisas, objetivos comuns entre os sistemas envolvidos, confiança e equilíbrio de poder. Essa comunicação pode ser estabelecida no momento de construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Por meio do relato do Profissional 12 (2024), percebe-se que alguns comportamentos emitidos pelo profissional na condução do caso são regidos por uma posição de poder, sem o equilíbrio necessário para a melhor condução do processo e para a centralidade do cuidado no familiar:

No primeiro momento, a gente já derruba obrigações para a família, esquecendo que ela está saturada, que a gente atende muita gente carente, que trabalha, que tem outros problemas em casa, e acaba que essa relação, às vezes, no início, ela se torna mais conflituosa. Às vezes, com o tempo, isso vai se e diluindo, a gente consegue pôr a cabeça no lugar e compreender isso. Mas, em muitos dos casos, nós acabamos sendo muito, vamos dizer assim, cegos para essa parte, de que ela é uma família que está cansada, que tem mais problemas, que, em grande maioria dos casos, são pessoas com menos recursos (Profissional 12, 2024).

No contexto supracitado, o profissional evidencia uma concepção que, inicialmente, corre o risco de remeter ao familismo, ao atribuir a centralidade do cuidado das pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas prioritariamente ao núcleo familiar como suporte e proteção social. Sendo assim, embora se reconheça a relevância dos vínculos familiares, deve-se ter cautela para não reforçar a transferência do dever estatal para a esfera privada, sob o risco de responsabilizar uma família desprovida de proteção. Nesse sentido, a fala exemplifica como a prática profissional pode, mesmo de forma implícita, reproduzir uma lógica que naturaliza o cuidado como função prioritária da família.

Por outro lado, pode-se aplicar o conceito de vínculo suplementar (Bronfenbrenner, 1996). A família, ao atuar como apoio e participar de reuniões, espaços de escuta e acolhimento voltados aos usuários, constrói um vínculo entre a pessoa e o serviço. Da mesma forma, quando a família não possui uma relação próxima com os dispositivos, o vínculo ocorre por meio do usuário. Como apontam Polonia, Dessen e Silva (2005, p. 80), os vínculos suplementares “asseguram a participação da pessoa em determinado microssistema no qual ela não mantém relações frequentes”.

Desta forma, ações voltadas às famílias colaboram para o cuidado de seus entes, como relatado pelo Profissional 3: *“Então, penso que o acolhimento tem que ser por completo. Enquanto nós estamos apoiando o familiar. Apoiando a história dele. Ele está controlado. E a família em si está em um momento de paz”*.

Os relatos abaixo apresentam relações construídas pelo vínculo que o profissional desenvolve com a família:

Quem precisa mais do atendimento hoje são as famílias, porque quando vem para a internação, o usuário não quer. Mas a família precisa. Eu tenho uma mãe, eu sei que hoje ela vem aqui. Eu comecei a atender, o primeiro atendimento que eu fiz ela foi em fevereiro. Ela vem aqui toda terça-feira, porque ela quer conversar comigo.

[...]Depois ela muda totalmente de assunto, e ela fala, posso ficar um pouquinho conversando? Vem, senta, conversa. Ela não fala, ela vem aqui toda terça-feira, conversa comigo, na hora de ir embora ela me pede um abraço e vai embora. Então a gente vê essa carência da família. Eles precisam (Profissional 14, 2024).

Com o acolhimento da família. A família, a gente acolhe também a dor da família, porque existe essa dor. E os sentimentos que aparecem de início é o de negação, de raiva, né? Enfim, como se a família estivesse vivendo um luto. E aí a gente trabalha isso com a família e depois, depois de acolher, acolher em muitos momentos é que é explicado o que é uma pessoa envolvida com álcool e droga, uma pessoa com doença, né? E aí a gente já passa por esse lado, depois de acolher muitas vezes, é fazer com que a família entenda o que é de fato (Profissional 5, 2024).

Elas ficam sozinhas, ficam sem o apoio, sem o suporte. E não conseguem ir adiante por essa razão. Então, o acolhimento eu acho que é fundamental para isso. [...] se você faz o acompanhamento dessa família. Você percebe essa família menos sobrecarregada. Essa família se sentindo mais acolhida. É necessário, que foi exatamente o que a gente falou agora a pouco. Esse negócio de você ter a visão de cuidar do paciente. Da necessidade do paciente. Do vício do paciente. Ele não está sozinho. Se ele está lá, minimamente ele foi levado por alguém. Geralmente algum familiar (Profissional 3, 2023).

O acolhimento das famílias mostra-se relevante conforme os relatos dos profissionais. Historicamente, as ações antimanicômias e as transformações em saúde mental contaram com a participação de trabalhadores e familiares. No entanto, nos relatos dos entrevistados, encontra-se a precarização de ações destinadas às famílias, embora estas sejam citadas como o núcleo de cuidado do sujeito:

A gente não tem um plano de cuidado do usuário, então, nem da família, não existe isso nessa realidade atual (Profissional 2, 2023).

Mas é de fato, está muito longe do que deveria ser. Para a família? Bom, primeiramente, tudo se inicia com a educação e saúde. Não adianta você criar serviços para a família, porque os serviços já estão aí. (Profissional 9, 2023).

No contexto da Reforma Psiquiátrica e da saúde mental, a rede de referência no cuidado às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas é a RAPS. É importante notar que, apesar de a RAPS possuir serviços do SUS integrados e articulados (Brasil, 2011), as políticas públicas de saúde muitas vezes não são amplamente divulgadas, e suas diretrizes não são totalmente esclarecidas aos profissionais. Isso pode ocasionar diferentes ideologias de trabalho no acompanhamento em saúde mental.

O Profissional 6 menciona o leito de saúde mental, porém não se identificou nos relatos de outros profissionais a presença de outros dispositivos da rede além da ESF, CAPS, eMULTI e serviços ambulatoriais de psiquiatria e psicologia. Isso aponta para a importância de que a relação entre profissionais, dispositivos e famílias se estabeleça de forma mais efetiva. Os dispositivos presentes no território podem contribuir com o acompanhamento e intervenções

adequadas para o desenvolvimento do indivíduo e de seus familiares. Assim, deve-se prezar pela articulação entre atenção básica, especializada, hospitalar e de urgência/emergência.

Além disso, mesmo diante da expectativa de fortalecimento familiar por meio de uma maior aproximação entre família e serviços, existem barreiras que influenciam as propostas de cuidado e os resultados. Para tal, é necessário fortalecer tanto os profissionais quanto os familiares:

A gente encontra obstáculo, tem pessoas que não aceitam que há melhorias. A gente conversando, desse ponto de vista e a pessoa começa a olhar com um olhar diferente. O tempo todo interagindo, para todo mundo tem que saber o que é redução de danos, começa na portaria até o último profissional. A gente tentar fazer item por item (Profissional 15, 2024).

Diante do contexto em que uma aproximação e uma relação positiva entre família e serviço são apontadas como fatores contributivos para o desenvolvimento e resultados dos acompanhamentos, mostra-se relevante construir estratégias de cuidados que atendam à realidade do uso de substâncias psicoativas.

As estratégias facilitam o processo de acompanhamento pois, como apontado por Polonia, Dessen e Silva (2005), a pessoa é influenciada pelos acontecimentos de seu período histórico; o desenvolvimento humano está relacionado às transições biológicas e sociais, e à forma como elas se associam às expectativas e possibilidades culturais de acordo com o período de vida.

Contudo, faz-se importante considerar a indicação de Bronfenbrenner de que as interações são eficazes quando mantêm uma regularidade. Desta forma, é relevante que as intervenções realizadas com os familiares, bem como o cuidado que o familiar desenvolve com o seu ente, possuam maior eficácia a partir de uma constância de ações positivas e direcionadas ao desenvolvimento das pessoas.

Além disso, a vida de cada membro da família é interdependente; portanto, o curso do desenvolvimento de um influencia o do outro. Da mesma forma, as pessoas influenciam seu próprio desenvolvimento pelas escolhas que realizam diante do contexto social, econômico, cultural e histórico. Desta forma, o indivíduo produz mudança histórica, não sendo meramente um produto do meio.

CAPÍTULO 5 – ANÁLISE DAS ENTREVISTAS COM FAMILIARES DE PESSOAS QUE FAZEM USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA¹³

Com a finalidade de analisar as intervenções direcionadas ao familiar da pessoa que faz uso prejudicial de substância psicoativa, bem como as expectativas da família em relação ao acompanhamento, foram realizadas 15 entrevistas semiestruturadas com os familiares atendidos nos serviços de um município de médio porte, localizado em Minas Gerais. Na apresentação dos resultados, inicialmente realizou-se uma descrição das famílias entrevistadas, relacionando-as com a Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner.

5.1 Descrição dos familiares entrevistados

A caracterização dos familiares entrevistados mostra-se fundamental para subsidiar a compreensão dos conteúdos emergentes. Com relação aos participantes, percebe-se que 14 dos 15 familiares são do gênero feminino, o que corresponde a 93,33%. Somente um entrevistado é do gênero masculino. Esse dado confirma o caráter fortemente feminino do cuidado, o que ocorre também no que se refere às questões de saúde mental. A proposta na presente pesquisa foi que o participante da entrevista fosse o familiar que está envolvido e próximo do acompanhamento, sendo ele a referência para as equipes de saúde.

A Reforma Psiquiátrica representa um marco civilizatório na ruptura com o modelo asilar, propondo novas possibilidades de acompanhamento e reinserção da pessoa na comunidade; todavia, a responsabilização familiar, sobretudo feminina, marca a estratégia de sustentação do cuidado psicossocial.

Referente à função do gênero feminino, Stein (2009) discute o lugar ocupado pela mulher como historicamente responsável pelos benefícios recebidos. Isso possibilitaria retirar a mulher de um papel de passividade na família; contudo, o resultado é que ela cuida da saúde e exerce vigilância sobre os membros de sua casa, atividades associadas ao trabalho doméstico e, em várias situações, à sua inserção no mercado de trabalho. Na presente pesquisa, quatro mulheres relataram cuidar de suas casas, porém existe um trabalho extra na informalidade.

Cosentino *et al.* (2017) afirmam que as mulheres são mais inseridas do que os homens no acompanhamento de questões referentes às pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas. O Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (Laranjeira *et al.*, 2013) indicou que

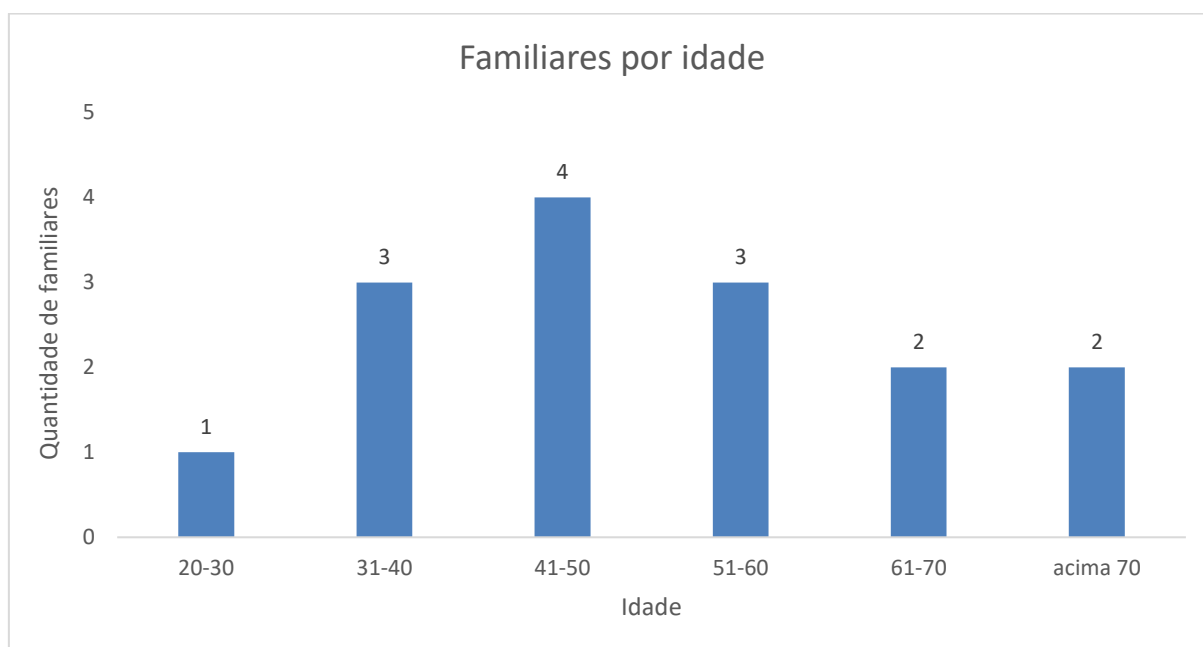
¹³ Neste capítulo, optou-se por manter os termos ‘álcool’ e ‘drogas’, conforme o relato original, em vez de substituí-los pela expressão técnica ‘substância psicoativa’.

86% dos familiares entrevistados eram mulheres e 66% delas eram as responsáveis pelo acompanhamento.

Entre os familiares entrevistados, 10 relataram possuir filhos(as) que faziam uso de substância psicoativa, dois relataram ser o marido, uma relatou ser o irmão, três a mãe e uma pessoa relatou o pai. Duas entrevistadas apontaram dois familiares próximos em uso prejudicial de substância psicoativa.

O Gráfico 4 apresenta os familiares por idade. Quanto à faixa etária, há maior concentração entre os 41 e os 50 anos (33,3%), seguida pela faixa de 51 a 60 anos (26,7%) e de 61 a 70 anos (20,0%), indicando que o cuidado recai majoritariamente sobre mulheres adultas.

Gráfico 4 – Número de familiares por idade



Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Em relação às profissões dos familiares entrevistados, o Gráfico 5 aponta que, no período das entrevistas, apenas um familiar possuía como profissão uma atuação que exige formação em nível superior.

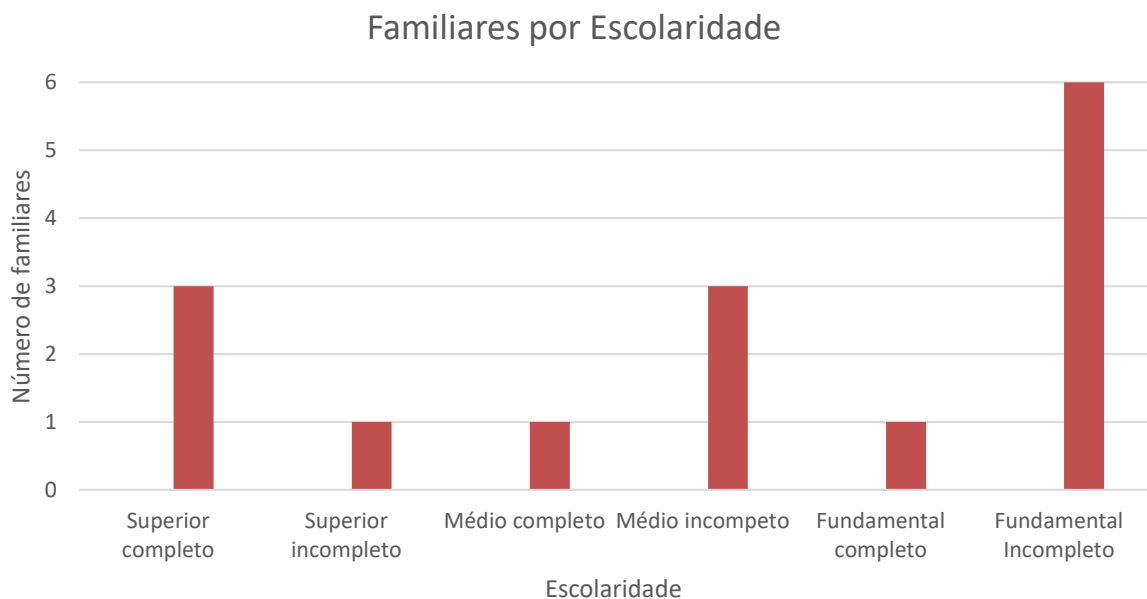
No que tange à escolaridade (Gráfico 6), 40% dos participantes possuem ensino fundamental incompleto, 20% ensino médio incompleto e apenas 13,3% ensino superior completo, o que revela uma baixa qualificação formal da maioria dos familiares que estão mais próximos das pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas. O Gráfico 6 permite conhecer o quantitativo de familiares por escolaridade.

Gráfico 5 – Número de familiares por profissão



Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Gráfico 6 – Número de familiares por escolaridade



Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Em relação ao familiar residir com a pessoa que faz uso de substância psicoativa, os resultados mostram que três não residiam com a pessoa entrevistada, mas eram referências no cuidado. Dos que não residiam com os familiares, dois moravam com outras pessoas e um morava na casa ao lado do seu familiar – local destinado à permanência do indivíduo devido aos conflitos domésticos.

Inicialmente confirma-se – sob as perspectivas do familiar e do profissional – o lugar central ocupado pela figura materna no contexto familiar e de cuidado. Na definição de família, encontram-se os termos: cuidar, apoiar, apoio, laço, ajuda, procurar, falar e entender, os quais conferem sentido de ação à sua função. Assim, estabelece-se a concepção de uma família que cuida e apoia a partir de laços afetivos e biológicos:

É a pessoa com quem eu fui criada. A pessoa que está ali, que me apoia, que eu também posso apoiá-la. Que eu criei um laço sentimental com ela. Como se fosse uma base, mas muitas vezes a família da gente não é a base da gente. A família da gente, pra mim, é minha família com quem eu fui criada. Onde eu nasci, onde eu criei laços (Familiar 1, 2024).

Família... para mim... são aquelas pessoas que estão ali do meu lado. Quando eu necessito, me apoiam. É uma troca, né? Família para mim é uma troca. Hoje, para mim, são meus dois filhos e meu irmão. Sim. Geralmente a família quer ajudar, quer apoiar aquele que está passando pela dificuldade. Mas em muitos dos casos, eles não aceitam ajuda. Eu acho que a família precisa apoiar essa pessoa que está sofrendo esse problema com o álcool (Familiar 4, 2025).

Nessa mesma linha, os Familiares 2, 3, 13 e 8 apontam, respectivamente:

Cuidar da família, ter a família, preservar a família, dar amor para a família. [...] Procurar entender. [...] E procurar ajudar (Familiar 2, 2025).

Família é um conjunto de pessoas onde tem laço afetivo. Mãe, pai, irmãos, tios. É, a família serve como uma rede de apoio, né? Nos momentos difíceis, a família tá sempre por perto pra poder ajudar, lidar com as emoções (Familiar 3, 2025).

Família pra mim é tudo, né? Tudo. A gente tá disposto a cuidar do início ao fim. Sem distinção se é mãe, se é tio, se é pai, se é avó. É cuidar. Sem distinção nenhuma (Familiar 13, 2025).

Seria, no caso, a esposa, o esposo, os filhos, netos, bisnetos, né? É isso que é a família pra mim (Familiar 8, 2025).

Ainda no que tange à concepção e função familiar, os amigos são mencionados como suporte ao cuidado desempenhado pela família. Além do vínculo consanguíneo, as amigas aparecem em um âmbito afetivo como apoio tanto para o núcleo familiar quanto para o usuário:

Às vezes, conversar até com os próprios amigos dessa pessoa pra que esses amigos também ajudem você como família a ajudar aquela pessoa. Porque dependendo da pessoa que faz uso de droga, ou de algo que seja, ela às vezes ouve mais o amigo, tá com ele ali (Familiar 1, 2025).

Associada ao apoio afetivo, a família destaca-se como meio de auxílio material, como moradia, alimentação e cuidado com netos:

Ele passou pra minha guarda provisória, agora no momento é provisória, ele é autista (Familiar 8, 2025).

Ela, a associação, a assistência social me pediu para arrumar lugar para ela. Arrumei o porão. Bora, tá lá. Paguei pedreiro, paguei electricista. Paguei para poder arrumar lá para mim. Ela veio. Nos primeiros dias já... Já trouxe um cara para ir. Eu nem sei quem é...[...] Ontem mesmo eu estive no fórum para legalizar o documento dele. Legalizar a guarda dele. Quer dizer que a guarda dele agora é minha mesmo. Ela não tem nada mais com ele. Mas mesmo assim ela ainda quer mandar, quer fazer as coisas... Mandar ele fazer as coisas para ela. Eu falo para ele sempre. Depende do que vai fazer. Né? Porque... Eu não acho certo (Familiar 9, 2025).

No relato acima, ao descrever sua função, o Familiar 9 (2025) aponta as dificuldades enfrentadas para que sua filha siga os valores familiares. A partir dos relatos dos Familiares 8 e 9 (2025), depreende-se que o uso de substâncias psicoativas não é um fenômeno estritamente individual, mas compreende um evento bioecológico que exige a reorganização dos vínculos, dos papéis e das rotinas familiares.

A referência à fé como recurso de enfrentamento, frequentemente acompanhada pela personalização de uma figura divina presente no apoio, emergiu nas entrevistas dos Familiares e 10 (2025):

A família, para mim, é tudo. Entendeu? Tudo de amor. A gente passa alguns momentos, assim, meio difíceis com eles. Mas... Eu vou correr atrás. Deus abriu as portas aqui para mim. Faz parte de uma família. É Deus. Meus filhos (Familiar 6, 2025).

A família, assim, eu, pra mim, os filhos e abaixo de Deus é tudo pra mim. Sabe, família é, eu não abandono meus filhos de jeito nenhum, passo o que passar, mas eles sabem disso... (Familiar 10, 2025).

Tais depoimentos indicam a relevância da espiritualidade e sua associação direta com o núcleo familiar. Da mesma forma, o Familiar 14 (2025) identifica a prece como forma de lidar com as adversidades: “*Orar. Oração. Só isso. Mais nada. Isso aí, eu vou sempre estar fazendo. Orando, pedindo a Deus pra eles*”.

Por outro lado, surgem reflexões sobre a discrepância entre a expectativa familiar e a realidade vivenciada:

Família... Pode referir a lar dentro de casa, né? Que é harmonia, paz, cumplicidade, entendimento. E nada disso não tem dentro de casa. As pessoas que fazem parte? Marido, filho, netos, sobrinhos, tios. Para mim tudo é família. Mas a família mais completa é o que a gente vive no dia a dia. Que é o marido e os filhos (Familiar 12, 2025).

Eu... Eu... Eu e minha família, eu imaginava uma família bonita, unida, né? Fiz de tudo pra sermos unidos. Considerava tudo normal, achava que tudo era normal, tudo tava dentro dos conformes. Só que, infelizmente, aconteceu algo na minha família que aí destruiu tudo. Aí... acabou com esse conceito meu de família. Eu não tenho mais um conceito bonito de família, eu não sei o que a família mais tem. Infelizmente. É a realidade. Meus filhos foram pra um lado, outro pro outro, marido separado, eu sozinha, meu neto comigo (Familiar 8, 2025).

Os Familiares 12 e 8 (2025) definem a família como “lar”, mas relatam obstáculos para vivenciar essa concepção no cotidiano doméstico. Diante dessa realidade, em que o apoio e o acompanhamento são percebidos como funções inerentes ao cuidado – apesar das dificuldades – torna-se relevante conhecer as expectativas dos familiares quanto ao acompanhamento institucional de seus entes.

5.2.2 Família e cuidado

Ao analisar os contextos nos quais as pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas estão inseridas e considerando os conteúdos emergentes na categoria “família e cuidado” sob a perspectiva dos próprios familiares, mostra-se relevante apontar ao menos dois contextos diretos nos quais o indivíduo influencia ou sofre influência. Assim, destacam-se os microssistemas família e os ambientes de acompanhamento de saúde, como o CAPS e as Unidades Básicas de Saúde, que serão abordados no conteúdo referente à expectativa com o cuidado familiar.

Os processos que ocorrem no microssistema são percebidos por meio das atividades realizadas, dos papéis sociais e das relações construídas nos espaços de interação mais imediata. Mesmo que nem todos os indivíduos possuam contato direto com suas famílias, estas influenciam e interferem, de modo indireto, no desenvolvimento de suas vidas, especificamente no acompanhamento na RAPS e em suas relações nos diversos ambientes.

Recorrendo ao termo “experienciado”, proposto por Bronfenbrenner (1996), e à forma como o indivíduo interpreta e atribui sentido às vivências em seu entorno – o que ultrapassa as condições objetivas do ambiente físico ou social –, observa-se que nos microssistemas ocorrem os processos proximais, responsáveis por impulsionar e manter o desenvolvimento ao longo do tempo.

No entanto, a efetividade desses processos está diretamente relacionada à sua organização e ao conteúdo das interações que os constituem, em relação constante com o desenvolvimento da pessoa que faz uso prejudicial de substância psicoativa, bem como de sua família, profissionais da saúde e outros contextos de influência mútua. Ressalta-se que não se apontam determinismos nessas relações.

Nesta perspectiva, a partir das respostas referentes à família e à eficácia no acompanhamento, construiu-se a nuvem de palavras (Figura 6) para discutir as expectativas relacionados ao cuidado familiar para o alcance do objetivo do acompanhamento da pessoa que faz uso de substância psicoativa.

da área, um psiquiatra, um psicólogo para fazer um acompanhamento ou até mesmo uma internação.

Assim como o Familiar 4 (2025), outros participantes apontaram as ações para obter acompanhamento e orientação como um modo de a família auxiliar a pessoa que faz uso de substância psicoativa: *“é importante, se a família não ajudar a pessoa a interessar, a família tem que ajudar. Uhum. Ajuda, o que eu falo é em procurar ajudar mesmo, tratamento, né?”* (Familiar 7, 2025). Na mesma linha, os Familiares 3, 5 e 10 (2025) relatam:

No caso, eu já participei acompanhando minha mãe no CAPS. Então, eu acho que o acompanhamento, tá ali do lado dela todos os dias, faz a diferença. Porque não é só chegar lá e deixar na mão dos profissionais, mas você tá ali do lado, mediante as atividades que são propostas lá, tá, tipo assim, inserindo juntamente com ela dentro das atividades, né? (Familiar 3, 2025).

Eu acho que sim. Eu acho que há, porque... Se você tem alguém próximo a você, você representa a necessidade de um... Se você é importante pra alguém, você se motiva muito mais. Eu acho que se você tiver a família toda ao seu redor, eu acho que a motivação de parar é muito mais prática (Familiar 5, 2025).

O acompanhamento, assim, a família tem que lutar, né, porque esse aqui, se eu não tivesse lutado muito por ele, eu tinha perdido ele. Já fui muito na rua pra buscar ele, sabe? Já paguei até, e se a família não correr atrás, perde. Perde mesmo, porque eles lutam pra aquela pessoa, né, pra poder afundar com a pessoa cada vez mais. E a gente, como família, tem que correr atrás, igual onde que eu corri atrás. E fiz ele fazer o tratamento, eu não queria fazer, mas você acredita que eu dei o remédio na minha conta? Dei o remédio na minha conta. Fui pôr no suco, pra tirar ele da boca, porque ele tava vendendo droga. Aí ele começou a desanimar, começou a ficar fraco, começou a ficar desanimado. Ele me explicou o que tava acontecendo, e eu corri atrás. Tirei ele dessa situação. E nisso aí, Deus abençoou (Familiar 10, 2025).

Para além do auxílio no acompanhamento, utilizam-se verbos como “cuidar” e “internar”, bem como a ação de ir à rua para buscar o familiar. Percebe-se, assim, um agente que, de acordo com a função familiar, atua no acompanhamento do parente. De acordo com Brasil (2013), o indivíduo constrói sua representação no mundo a partir de vivências e memórias.

Dessa forma, as relações familiares são vivenciadas e construídas a partir de histórias de vida. É importante notar que a percepção de mundo ocorre segundo a concepção construída ao longo do desenvolvimento; assim, as ações estão em relação direta com as experiências e traços de personalidade. Tanto a concepção de família quanto a visão sobre o uso de substâncias psicoativas e o conhecimento sobre os fatores associados influenciam as condutas familiares.

... Aí, na hora de tomar o remédio, não tem mais o que remédio. Aí eu tenho que buscar lá. Outra hora, se ficar ruim, eu tenho que ligar pro bombeiro. Então eu tenho que cuidar, eu tenho que esconder. Mas quando tá ruim, a gente esconde, procura até achar. Eu sei que é uma luta. A família tem que tá mesmo, tem que tá cuidando. Se a família deixar por conta deles, o tratamento não vai adiante não. A família tem

que ajudar. Tem que cuidar do remédio. E se eles desistirem, tem que incentivar de novo. Tem que ir até pedir ajuda pra que eles busquem ele e volta com ele pro tratamento. Porque eles por isso não vão não. Eles começam a tomar o remédio, depois falam que não querem mais não. Não tomam não. A família tem que ajudar (Familiar 10).

Mas a gente, enquanto familiar, a gente tenta, sabe? Acho que eu já até fugi da resposta da pergunta. E uma dificuldade muito grande pra... Na minha casa, por exemplo, pra todo mundo, sabe? E a gente tenta ajudar, todo mundo tenta fazer alguma coisa, procuramos tratamento, procuramos internar (Familiar 1).

É natural que o macrossistema influencie as crenças e ações consideradas adequadas pelo familiar, o que se relaciona à busca por serviços julgados pertinentes para o auxílio no acompanhamento do uso de substâncias psicoativas. Assim, associada à ajuda por meio de escuta e acolhimento, observa-se a relação com a medicação, a internação e tratamentos sob uma visão curativista. Dessa forma, familiares buscam auxílio com a finalidade de internação:

*Quando chegou na situação que ele chegou de rua, aí eu não tive outra solução. Não sei pedir. Porque foi o último caso mesmo. A gente pediu internação compulsória, né? Porque, na verdade, o que a gente sabe é que eu já passei por isso com meu esposo. Então, o que a gente sabe que vale mesmo é eles querem. Entendeu? Porque, inclusive, ***, depois que saiu da clínica, ele dormiu dois dias na rua. Eu tive que ir atrás dele de novo. Porque ele não foi por vontade própria. Ele foi porque ele foi obrigado. [...] (Familiar, 14, 2025).*

Por outro lado, mostra-se relevante a presença de conflitos internos, sentimentos ambivalentes e sofrimento no relato do Familiar 1 (2024). A força para acreditar na possibilidade de melhora residente na percepção da vontade do indivíduo em se cuidar:

Eu sinto que ele quer, mas, infelizmente, ele não consegue. E isso é o que dói mais na gente, você saber que a pessoa tá ali dentro ainda, sabe? Que ela quer, mas ela não consegue sair. Porque ela quer, porque ela buscou ajuda de alguma forma, sabe? Foi no PSF, falou com o vizinho, que só se eu ficar internado e tal. E aí a gente sofre muito com isso, sabe? [...] E agora ele é usuário de crack. Eu temia muito que ele passasse por isso, sabe? Eu sempre tive muito medo disso. É isso, e tal. Aí hoje em dia a gente olha assim e pensa assim. E agora, sabe? Será que ainda tem solução? Será que não? E a família também, a gente vive num conflito interno, sabe? Porque a gente, ao mesmo tempo que você ama a pessoa, você sofre por ver a pessoa daquela forma. Às vezes a pessoa faz tanta raiva, igual ele já fez, você já sabe. [...] Você tem que dar um suporte ali. Você sente que você precisa dar um suporte emocional, um suporte psicológico, mostrar que você tá ali pra apoiar e tal. Mas só que... É difícil até pra você mostrar pra essa pessoa isso, sabe? Porque o usuário de álcool e droga, ele perde a identidade a longo prazo, sabe? Quando ela começa a fazer o longo prazo disso, você não reconhece mais essa pessoa como seu familiar. Só que você reconhece porque você lembra, você tem lembranças de como essa pessoa era antes. Então, você lembra e fala assim, nossa, meu irmão, irmão, não tá assim, nem acredito. Mas é complicado até pra intervir (Familiar 1, 2024)

O relato acima permite perceber que a família reconhece sua importância no cuidado, mas apresenta conflitos internos associados a uma ambivalência afetiva. Isso pode ser ocasionado pelas sucessivas tentativas de cuidado sem êxito:

Foi na época que a gente teve a internação, ele começou o tratamento, aí começava, parava, começava, parava. E agora ele é usuário de crack. Eu temia muito que ele passasse por isso, sabe? Eu sempre tive muito medo disso (Familiar 1, 2024).

Tal cenário evidencia a necessidade de intervenções que auxiliem os indivíduos na elaboração desses sentimentos. Assim, o cuidado deixa de ser destinado apenas ao acompanhamento da pessoa usuária de substância psicoativa e passa a focar também no familiar, dada a sua ambivalência emocional.

Diante de conflitos entre o planejamento de vida e a realidade vivenciada, surgem angústias reveladas no hiato entre o ideal e o real. Essa vivência favorece o desenvolvimento de fantasias e medos decorrentes de incertezas. Com as perdas e a percepção de um ambiente familiar distante do idealizado, a psicologia contribui para a elaboração da situação. No entanto, aspectos sociais, biológicos e políticos integram os sistemas que influenciam o desenvolvimento do indivíduo e de seus familiares, reafirmando a importância da interdisciplinaridade.

Por outro lado, no relato abaixo, o macrosistema manifesta-se por meio de crenças religiosas que auxiliam a esperança materna diante das dificuldades com os filhos. A figura divina surge como apoio e fé, sustentando a busca contínua por ajuda. Há a percepção de uma instância divina superior à família conforme os Familiares 1 e 14:

Mas eu não vejo uma luz no fim do túnel. A minha luz no fim do túnel, é pensar que Deus ainda tem alguma coisa pra fazer na vida dele, sabe? Eu penso assim, eu falo com a minha mãe, eu falo assim, talvez eu vou ser uma mulher de pouca fé. Porque, apesar de você ser evangélica, do jeito que a minha mãe fala, mas eu entendo ela também, sabe? Eu falo assim, na hora mesmo, quando eu paro pra refletir, eu entendo o sofrimento dela. Eu me coloco no lugar dela. Mas eu falo isso. Eu falo assim, porque Deus sabe todas as coisas. Às vezes ainda não é o momento dele, né? (Familiar 1).

Conversando. Às vezes até dando bronca. Porque também não pode passar muito mão na cabeça deles, não. Sabe? Pode não. E orando. Igual eu te falei (Familiar 14).

De acordo com Vasconcelos (2021), a religiosidade surge como recurso utilizado pelos indivíduos diante de desafios sociais e existenciais de difícil enfrentamento. No contexto neoliberal, a fragilidade das redes de suporte social favorece que a solidariedade seja canalizada pela via religiosa. Nesse cenário, observa-se a expansão de igrejas que oferecem promessas de amparo a sujeitos em situação de vulnerabilidade.

O Familiar 13 (2025) apresenta a individualização da vontade como fator determinante do cuidado, percepção também compartilhada por profissionais. É relevante considerar a multideterminação dos fenômenos e evitar a responsabilização meramente individual. Embora

as características individuais influenciem, fatores como o prazer do uso das drogas e as influências ambientais estão associados:

Mas, primeiramente, é ela que tem que querer. Porque se ela não quiser, não tem como eu, como família, fazer nada. A minha filha tem que querer sair dessa. Assim como o meu irmão também. Do contrário, família não consegue por si só. A não ser que tenhamos ajuda (Familiar 13, 2025).

O Familiar 15 reconhece a importância do cuidado familiar, mas descreve os mecanismos desenvolvidos para lidar com a situação:

Sim, com certeza. A família é importante nesse papel. Tem que ter. A família tem que estar junto. Agora não tenho nem pressa, eu mudei muito, mas não foi por causa do psicólogo, eu mudei com o sofrimento, temos fases: negação, do porquê isso veio para mim, do choro, da aceitação (Familiar 15, 2025).

Dificuldades em lidar com sentimentos e situações interferem na vida dos familiares: “*Aí eu penso que isso aí que vai me aliviar. Mas, mesmo assim, eu tenho que ficar ciente que a bebida não vai resolver o meu problema, não. Só não naquele momento*” (Familiar 2, 2025). Observa-se o uso de álcool no ambiente familiar para aliviar angústias geradas pela situação do filho, bem como a presença de sintomas depressivos: “*Olha, pra ser sincera, eu fico muito chateada com tudo que tá acontecendo. Porque eu querendo ou não, eu tenho quadro depressivo. Não só por causa disso, mas de casos anteriores*” (Familiar 13, 2025).

Os relatos reforçam a importância da participação familiar como apoio no cuidado. Entretanto, sentimentos de ambivalência, dificuldades inerentes ao uso de substâncias psicoativas e a falta de orientação marcam essa prática e influenciam sua condução. Embora os familiares relacionem a eficácia do acompanhamento à presença da família, percebem limitações no processo. Isso confirma a importância de que o profissional da RAPS esteja capacitado para o acompanhamento da pessoa e de sua família, visando um suporte que ultrapasse o simples “saber lidar” com o usuário de substâncias.

5.2.3 Expectativa no acompanhamento do profissional

Na categoria referente à expectativa no acompanhamento, com a finalidade de identificar quais as perspectivas as famílias possuem em relação no atendimento do profissional, observa-se uma associação com a eficácia no cuidado, conforme representado abaixo na nuvem de palavras (Figura 7).

Figura 7 – Nuvem de palavras da categoria “Expectativa do acompanhamento do profissional”



Fonte: Elaborada pela autora (2025), com base nos relatórios do *software IRaMuTeQ*.

Os conceitos que se destacaram na nuvem de palavras foram: pessoa, ajudar, querer, profissional, falar, remédio, casa, família, tomar, clínica, filho, sair, acompanhamento e entender. Além disso, evidenciam-se conceitos como psiquiatra, compulsório, internar, psicólogo, apoio, conseguir e judicial.

Inicialmente, é notória a perspectiva do cuidado compartilhado, expressa pelos termos “profissional” e “família”:

Porque nem a família consegue sozinho e nem o profissional consegue sozinho. Porque o profissional tá lá na área dele e não vai vir cá na casa da gente pra ajudar. Tá lá na área dele. A gente que tem que ir até lá. E se a gente não ajudar o paciente, ele não vai até lá. E aí não vai adiante. Por mais que eles queiram tratar, mas se a gente que é família não tá levando, não tá cuidando, não tem condições, não (Familiar 10, 2025).

Considerando o conceito de mesossistema, na fala do Familiar 6, a interação entre o indivíduo no ambiente de acompanhamento e os profissionais é influenciada e igualmente influencia os outros ambientes nos quais as pessoas participam, como a família. A fala do Familiar 6 aponta essa relação de modo claro, com a presença da palavra “ajuda”: “*Eu espero, assim, tratar bem o paciente, pra ele não desistir do tratamento. E aí, ajudando o paciente, tá ajudando a família*”. Evidencia-se que o processo de desenvolvimento e as ações propostas no ambiente clínico repercutem na dinâmica familiar.

Desta forma, na categoria expectativa em relação ao cuidado do profissional, a família percebe a ação voltada à pessoa influenciando nos contextos nos quais ela se encontra inserida

ou possui relações. É possível estabelecer uma associação com as consequências do comportamento da pessoa na vida dos familiares, como no exemplo abaixo:

... Aí ele começa a acelerar, a pedir as coisas. Queria um chinelo, queria uma roupa. Aí eu explico para ele, por enquanto não vão ter. Mas na melhor hora vai tudo organizar. Ele fica agitado só por causa das coisas que ele quer comprar e não tem para comprar. Aí se for querer comprar um bem material assim, um chinelo, uma roupa, aí tem que pensar na água, na luz, o que comer. Porque esses meninos que tomam esses remédios, não. Outro dia ele comeu sete vezes... (Familiar 2, 2025)

O Familiar 2 (2025) aponta um comportamento do indivíduo que influencia o funcionamento familiar, do qual espera-se melhor controle a partir do acompanhamento.

Outro ponto de destaque na perspectiva da família em relação aos profissionais é o conceito de cura. Por meio de termos como “compulsório”, “clínica”, “internação” e “remédio”, percebe-se uma posição curativista, o que remete à presença de valores ligados a uma causalidade biológica.

Se, por um lado, há a presença do CAPS na perspectiva de cuidado, denota-se a marca da valorização das internações, em especial nas Comunidades Terapêuticas. Assim como apresentado nas entrevistas com os profissionais, os relatos dos Familiares 5, 15 e 11 retratam essa possibilidade diante da dificuldade de encontrar o cuidado esperado:

Eu acho que o acompanhamento, igual a mãe teve internada pela primeira vez no compulsório, na época teve ela lá na clínica, e a gente familiar aqui. A gente teve um acompanhamento com psicólogo, com tudo. Eu acho interessante (Familiar 5, 2025).

É, eu acho que demorou muito. Eu acho que poderia ser uma coisa mais rápida. Os trâmites, né? Podia ser mais rápido. Mas aí não parte da saúde, parte do Estado, né? O Judiciário. Porque foi tudo com o Judiciário, né? Que foi na Defensoria. Mas tirando isso foi tudo tranquilo, sabe? Graças a Deus a clínica que ele foi muito boa, super recomendo, não tive nenhum problema com ele. Graças a Deus. Foi muito bom. E também só achei muito pouco tempo. Foi seis meses de tratamento. Ele estava muito bem lá, sabe? Só que pela situação que ele ficou na rua eu achei muito pouco tempo. Eu até fui atrás e consegui mais dois meses. Na verdade, eu queria que ele ficasse pelo menos um ano lá, né? Mas tudo bem. Ele saiu e a gente está tentando fazer da melhor forma possível, né? Mas é complicado. É fácil não (Familiar 15, 2025).

O papel que eu queria ter, que eu arrumasse o lugar pra ele, pra ele ficar internado. Ficar internado. Ou se não quiser ficar internado, pra ele parar por conta própria, entendeu? Ter uma decisão na vida dele, arrumar um serviço, né? Que sempre foi um menino honesto, trabalhador. E hoje tá desse jeito. É complicado, né? Eu espero, sim, que um dia se conserta meu filho e tire dessa vida. Conserta, não sei, dar uma providência ou um lugar pra ele ficar durante uma semana. Vim pra casa, ficou uma semana. Tem que parar com essas palhaçadas dessa cheiração de pó dele (Familiar 11, 2025).

As falas acima permitem retomar a discussão de Costa e Silva (2024) sobre as mudanças na política de saúde mental e drogas no Brasil, especialmente entre 2017 e 2022. Com um olhar

crítico, aponta-se um momento marcado por contrarreformas que expressaram o avanço do ultraneoliberalismo e do neoconservadorismo, resultando em retrocessos às conquistas obtidas desde a Reforma Psiquiátrica iniciada na segunda metade da década de 1970.

Isso remete à discussão de que, diante da falta de informação, as famílias seguem um fluxo leigo. Referente aos encaminhamentos na rede de atendimento, Cecilio *et al.* (2014) apresentam os seguintes tipos de regimes de regulação do SUS: governamental, profissional, clientelístico e leigo. A regulação governamental pode ser atravessada por interesses políticos e pessoais. No entanto, quando não se atinge o alcance esperado no cuidado, encontram-se as regulações profissional, clientelística e leiga, operadas respectivamente por: contato com médicos conhecidos; pedidos a agentes políticos; e mecanismos alternativos criados pelos usuários a partir da experiência adquirida.

Nas entrevistas realizadas, encontram-se relatos de familiares com a finalidade de buscar dispositivo que acolham seu ente. Por meio de uma regulação leiga, criam fluxos de atendimento, conduzem encaminhamentos e buscam internações em Comunidades Terapêuticas. Essas ações podem representar tentativas de cuidado por pessoas que não conseguem uma regulação via condutas profissionais da rede. Nesse sentido, foram citados pedidos de internação compulsória nos quais a família, diante de uma sobrecarga relatada, busca uma alternativa para que seu familiar seja acompanhado. As famílias caminham sozinhas e desenham seus próprios fluxos.

Nesta lógica de cuidado, observa-se o atravessamento da questão mercantil, com a valorização das Comunidades Terapêuticas (CTs). O fortalecimento das CTs, do modelo de abstinência e das internações compulsórias – em detrimento da política de redução de danos e do cuidado em liberdade – interfere na expectativa do familiar. Os serviços que prezam pela abstinência com base no modelo proibicionista seguem uma lógica capitalista. Morais *et al.* (2018), ao discutirem a privatização de instituições em relação direta com as políticas governamentais, apontam que, conforme a ideologia da gestão, ocorre a contratação desses serviços para internação.

Isso demonstra a importância de um trabalho de construção em rede que considere diferentes saberes, com visão científica e de acordo com os princípios da RAPS e da participação social. Por outro lado, encontram-se dispositivos que não possuem objetivos de cuidado claros, como se perceber tanto em serviços filantrópicos quanto nas internações compulsórias privadas em CTs financiadas pelo Estado.

O desfinanciamento crônico e a valorização das Comunidades Terapêuticas (Cordeiro Junior, 2019) demonstram uma contradição entre o discurso da reforma e a prática política. Isso

está em consonância com a função histórica do Estado em formações sociais dependentes, que tendem a conter o sofrimento social em vez de enfrentá-las em sua raiz estrutural.

Não se pode desconsiderar o papel de serviços manicomiais na sociedade que reproduzem valores da classe dominante, como as CTs, muitas vezes vinculadas a instituições religiosas. Tais instituições operam sob uma lógica de isolamento, disciplina e moralização da conduta, frequentemente desrespeitando os direitos humanos e baseando-se meramente em espiritualidade e trabalho (CFP, 2018).

A expansão das CTs foi impulsionada pela destinação de recursos públicos e respaldo político, sobretudo em cenários de articulação entre setores estatais e forças religiosas conservadoras. Como apontado pelo CFP (2018), o financiamento público dessas instituições é questionado devido à necessidade de adequação técnica e científica. Para integrarem a atenção à saúde mental, essas instituições devem atender aos direitos humanos e promover a inserção social.

Dados do CFP (2018) apresentam casos em que a força de trabalho é utilizada como forma de tratamento e disciplina nas CTs, ocorrendo em condições desfavoráveis. A manutenção do local é realizada por internos, o que remete à superexploração do trabalho e à manutenção de uma estrutura de privilégios presente em economias dependentes baseadas na desigualdade estrutural.

Essa discussão remete à história do tratamento do sofrimento psíquico sob o conceito de cronossistema da teoria bioecológica, que interpreta o tempo de maneira microgenética e como passagem histórica (Bronfenbrenner, 1992). A interação entre famílias, usuários e serviços ocorre ao longo do tempo. O tempo histórico, por sua vez, é influenciado pela cultura e mudanças que podem impactar o desenvolvimento do indivíduo e da sociedade (Polonia; Dessen; Silva, 2005).

Nesse sentido, no que refere aos valores no campo da saúde mental, o tempo demonstra que marcos do século XIX no Brasil, como a influência da religião no conceito de loucura, são retomados na atualidade pelo discurso religioso nas CTs. Com respaldo governamental, a loucura passou do campo social para instituições manicomiais (Figueiredo, 1996), como na inauguração no Rio de Janeiro, no século XIX, do Hospício D. Pedro II (Teixeira, 1997). Nessas instituições, a loucura era associada ao espiritual e à moralidade, com registros de maus-tratos, repressão física e baixas condições de higiene nos cuidados propostos na época (Medeiros; Nunes Filho, 1977).

Apesar da presença de médicos nos manicômios, o discurso religioso marcava o tratamento como forma de controle social. No final do século XIX, a religião perde espaço para

o discurso científico da psiquiatria, baseado em um olhar biomédico sob o aval do Estado (Teixeira, 1997). Com mecanismos de regulação social, voltadas à normatização dos comportamentos, a loucura – entendida como desvio da norma – passou a ser tratada de forma institucionalizada, muitas vezes mais como um problema de ordem pública do que de saúde. A criação de asilos e manicômios refletia não apenas uma preocupação médica, mas sobretudo uma tentativa de retirar da vista pública aqueles considerados “indesejáveis” para o projeto de modernização urbana (Ribeiro, 2016).

As contradições do Estado brasileiro também são apontadas por Ribeiro (2016), ao discutir o papel do hospital psiquiátrico na exclusão social e na manutenção de benefícios por classes detentoras de poder via relações de clientelismo que determinavam o acesso ao estabelecimento e a maneira como acontecia a assistência. A dificuldade de acesso para as classes populares demonstrava a marca das relações de poder na urbanização do século XIX.

Ainda hoje, sob uma perspectiva proibicionista e higienista, encontram-se propostas que respondem ao sofrimento com segregação e controle da força de trabalho, como em algumas CTs (CFP, 2018). Como apontado por Marini (2005) e Osório (2019), o Estado que privilegia a contenção da pobreza e a manutenção da ordem, em vez de transformações estruturais, que combatam as raízes do sofrimento social, não assume um caráter redistributivo ou de bem-estar, mas atua seletivamente, reforçando desigualdades regionais, sociais e raciais. As ações conservadoras em saúde mental operam como estratégias de manutenção da ordem, muitas vezes sob o pretexto da assistência, mas que na prática contribuem para a invisibilização, medicalização e exclusão dos sujeitos em sofrimento psíquico, sobretudo dos mais vulnerabilizados. Assim tem-se uma política voltada à mercantilização da saúde e ao controle moral dos sujeitos, interferindo na defesa dos direitos humanos e na atenção psicossocial integral.

Bronfenbrenner (1992) já apontava mudanças no macrossistema e nas pessoas nele inseridas; mudanças que ocorrem por influência do tempo, associadas a alterações políticas ou econômicas que modificam tal sistema. De acordo com Tudge (2008, p. 218), “a transformação do macrossistema também ocorre, porque cada nova geração nunca imita exatamente as práticas ou aceita cegamente os valores e crenças da geração precedente. Além disso, em épocas distintas ocorrem alterações nas culturas com influências multidirecionais”.

Desta forma, apesar de o processo de Reforma Psiquiátrica, iniciado em 1970, prezar pela política de redução de danos e pelo cuidado no território, encontram-se ações que perpassam valores tidos como contrarreformistas, como a internação de longa permanência, em especial em instituições que não possuem o aparato técnico-científico e os princípios de cuidado

em saúde mental propostos pela RAPS em 2011. Como apontado por Narvaz e Koller (2004, p. 60), “os eventos históricos podem alterar o curso do desenvolvimento humano não só para o indivíduo como para grandes segmentos da população”.

Nesse processo de controle moral e mercantilização da saúde, além da internação, o fármaco aparece como forma de cuidado, sendo importante atentar para que este não se torne o elemento central no acompanhamento, gerando uma expectativa de que eliminará todos os sintomas acarretados pelo uso de substâncias psicoativas ou as causas do uso. É fundamental reiterar que o medicamento possui sua relevância; contudo, a pessoa está sob influência de diversas áreas de sua vida, e não apenas da dimensão biológica.

Eu vejo um resultado positivo. A começar pelo tratamento medicamentoso, eu acho que ajuda muito a pessoa a controlar aquela abstinência, aquele nervoso que ela tem, a agressividade. E também a pessoa procurar conversar, o profissional orienta, mostra para a pessoa a real situação dela e o que pode vir a acontecer se ela continuar mexendo com a bebida (Familiar 4, 2025).

O conceito de medicalização, em um contexto macro, pode ser discutido a partir de uma “tomada de responsabilidade”, conforme apresentado por Bueno (2024), ao tratar do desenvolvimento de ações no território e da corresponsabilização da comunidade. Desta forma, fica evidenciado que:

[...] combater a medicalização e a institucionalização é também refletir sobre o que está sendo feito para transformar a vida das pessoas que assistimos e cuidamos, assim como desinstitucionalizar conceitos, ações e inverter fazeres-saberes capazes de modificar o sentido da vida e existência de quem tem nossa assistência (Bueno, 2024, p. 117).

Assim, a medicalização é frequentemente utilizada em função da resistência em alterar uma estrutura social marcada pela exclusão, pelos privilégios, pelo monopólio e pelo patriarcado. Dessa maneira, mantém-se o que caracteriza histórica e economicamente a formação sócio-histórica do Brasil. Quando se medicaliza a dificuldade frente ao sofrimento, sem que se conheça e transforme a estrutura social, o desconforto social é transformado em patologia.

Além disso, a medicalização assinala o poder de uma psicopatologia médica que demonstra, de acordo com Dalgalarrondo (2019, p. 10-11): “a noção do ser humano centrada no corpo, no ser biológico como espécie natural e universal. Assim, o adoecimento mental é visto como um mau funcionamento do cérebro, uma desregulação de alguma parte ou sistema do ‘aparelho biológico’”. É importante retomar, conforme apontado por Tenório (2002), que, no contexto da Reforma Psiquiátrica, adota-se a perspectiva existencial; assim, as vivências são

particulares e os sintomas relacionam-se a um modo de existência. Tais pontos indicam que, mesmo após anos do movimento de luta antimanicomial, valores que prezam pelo olhar estritamente biomédico ainda permeiam as ações de saúde mental em detrimento de mudanças sociais efetivas. Conseqüentemente, permanecem conceitos manicomiais no cuidado às pessoas.

Por meio dos relatos dos familiares, percebe-se uma expectativa maior no cuidado realizado por profissionais de psicologia e psiquiatria, embora também surjam relatos associados a equipes do CAPS, CREAS, além de agentes comunitários de saúde e assistentes sociais. Faz-se relevante apontar que, nas equipes da Rede de Atenção Psicossocial, há enfermeiros, técnicos de enfermagem, terapeutas ocupacionais e outros profissionais de nível superior e médio que contribuem de forma relevante no cuidado institucional. Cada profissional corrobora com sua formação, considerando-se uma clínica baseada na horizontalidade de saberes.

Os Familiares 7, 10 e 13 destacam os psicólogos e psiquiatras no cuidado:

Primeiramente é psicológico, né? Depois, no caso, uma clínica, dependendo do grau, né? Que a pessoa esteja (Familiar 7).

Ah, eu espero, assim, o que eu espero deles é que eles conversem. O psicólogo tá sempre conversando. O psiquiatra. É muito bom o psiquiatra conversar porque só medicamento, também, sem um diálogo. E eu acho que o medicamento vai controlar a doença, mas o diálogo de um psicólogo pode mudar muita coisa também pro paciente (Familiar 10).

Psicólogo, psiquiatra, de preferência pra eles que são usuários, tanto dependentes químicos como alcoólatras. Porque não adianta eu querer ser mais do que o médico. Porque jamais eu vou conseguir ir além. Porque pra isso, eu teria que estudar além de tudo. E, por enquanto, no momento, eu não tenho condições de pegar e continuar os estudos por causa dela. Eu tenho que olhar por ela também (Familiar 13).

Há ainda a fala do Familiar 9: “ajuda. Ajuda. Ela, pelo menos, pela dica da psicóloga que a outra veio aqui”.

Os depoimentos reforçam a expectativa frente ao trabalho do psiquiatra e do psicólogo; todavia, deve-se atentar para o cuidado que transcende esses profissionais, considerando a própria política de saúde mental com serviços intersetoriais e sua relação com questões políticas e sociais. Do mesmo modo que se deve considerar o risco de medicalizar questões sociais, exige-se cautela para não “psicologizar” ou “psiquiatrizar” tais fenômenos.

Em relação ao lugar ocupado pelo médico psiquiatra, responsável pela medicação nos CAPS, Lobosque (2024) discute que o saber sobre a farmacologia é constantemente solicitado a esse profissional. Porém, isso não confere ao médico autoridade absoluta sobre o caso, visto

que se conta também com o papel do técnico de referência e da própria pessoa usuária do serviço. Isso aponta para a questão do poder profissional presente na fala do Familiar 13, referente ao lugar social ocupado pelo médico. É o lugar do saber e da definição de condutas, como relatado pelo Familiar 15.

No relato do Familiar 15, observa-se uma tendência à psiquiatrização e psicologização associada à internação: *“A defensoria pública demorou porque eles agarraram ela lá. Inclusive hoje ela deve passar na psiquiatra. Acho que a doutora conceda. Marquei a consulta particular. Ela fala em suicídio se for para a compulsória”*.

Pela fala do familiar, evidencia-se também o cuidado exercido pela agente de saúde, mas em associação direta com a medicação: *“A agente de saúde é ótima, troca whatsapp. Dr. ajudou demais, atendendo super bem, colocava as medicações para ela”*.

Por outro lado, nota-se que o apoio dos profissionais auxilia a família na condução do cuidado. A informação prestada por profissional capacitado e envolvido permite um fluxo de atendimento menos afetado por preconceitos, evitando a desassistência.

Aí tentei compulsória, clínica compulsória pra ela, aí eu ouvi comentários que eu não deveria fazer isso, porque não vale a pena a compulsória, porque eles voltam de lá piores ainda, aí eu fui desistir, entrei, confesso que eu entrei com a papelada, mas desisti no meio do caminho. Aí, nisso, o CREAS, acionei o CREAS pra me ajudar, o CREAS me ajudou, o CREAS ia muito lá debaixo da ponte pra arrancar ela de lá, que é a. Nisso, depois ela saiu debaixo da ponte, graças a Deus, e foi lá pro bairro de Fátima morar com um... (Familiar 8, 2025).

O relato acima demonstra a importância das ações intersetoriais no cuidado diante dos prejuízos advindos do uso de substâncias psicoativas. Existe uma expectativa de acolhimento e ações de cunho psicossocial; contudo, permanece uma visão curativista associada à internação e à intervenção compulsória. A aproximação e a comunicação entre os atores envolvidos contribuem para a melhoria do processo, ressaltando a relevância de uma relação sólida entre família e serviços.

No que se refere ao acompanhamento realizado nos serviços de saúde mental, compreende-se a pessoa como um ser biopsicossocial, o que reforça a importância de uma abordagem multidisciplinar. Apesar de os familiares citarem determinados profissionais com maior frequência, a ação multidisciplinar prevista na RAPS preconiza o cuidado integral e possibilita leituras complementares.

Por fim, observa-se que algumas percepções sobre o acompanhamento levam à psiquiatrização e medicalização do indivíduo, remetendo ao conceito de cura e à normatização de questões sociais. É relevante destacar a importância de médicos e psicólogos, todavia,

Inicialmente, nota-se que a palavra “ajuda” se destaca tanto por aspectos positivos quanto negativos na relação. O Familiar 1 (2024) e o Familiar 12 (2025) relatam dificuldades em participar das atividades propostas para o usuário e comentam a ausência de indicações direcionadas aos próprios familiares:

Eu conheço vários tipos de ajuda que tem familiar, mas aqui a gente não tem acesso a esse tipo de ajuda. Não. Nunca participei (Familiar 12, 2025).

Mas falou que era muito importante a gente participar de tudo isso. Mas é muito difícil pra gente participar de tudo isso. A gente participa indiretamente, sabe? [...] Ninguém falou assim, ah, eu sou psicóloga, eu tô aqui, você também precisa de ajuda (Familiar 1, 2024).

Por outro lado, segundo os familiares, a relação estabelece-se por meio de auxílio para o trabalho e obtenção de recursos básicos de subsistência, além de melhorias na moradia:

A assistência social me ajuda. Eu trabalhando, para mim, tem uma cesta básica. Eu trabalhando, para mim, tem um gás. Eu trabalhando para me ajudar a pagar uma conta (Familiar 2, 2025).

Eu já, eu, teve uma época, esse serviço, assim, se for de ajuda financeira, eu... Numa época, ele tava querendo se suicidar. Então, eles me deram um pouquinho de tijolo pra me poder arrumar aqui (Familiar,10, 2025).

Ademais, a relação de ajuda mantém-se por meio de orientações sobre o funcionamento da rede de atendimento:

A gente sempre espera, né? Que vai dar certo e tal, mas... Depende muito do profissional. Tem os profissionais que vem lhe ajudar. Eu já tive experiência disso. Mas espero que possa me ajudar. A entender melhor, né? A pessoa. Pra poder acompanhar, pra poder ajudar. Serviço da rede? Eu acho que... Ajudar ajuda, sim (Familiar 7, 2025).

O tipo de intervenção realizada e a eventual omissão estatal contribuem para a construção dessa relação. A falta de apoio acarreta sentimentos de desamparo e desânimo frente aos serviços. No relato do Familiar 5 (2025), observa-se uma forte correlação entre “ajuda” e “querer”:

Eu acho que não foi tão bem feito não. Foi meio desanimante, porque a pessoa alcoólatra é muito resistente. Você tem que ter muita paciência, jogo de cintura, e o público da área da saúde é muito desanimado. Eles não gostam de persistir, igual o caso de mãe. Mãe foi pro CAPS duas vezes, ela teve crises de bebida, fomos parar no hospital com ela, o médico encaminhou ela por tentativa de suicídio, e o CAPS simplesmente falou que se ela não voltasse, eles não iriam aceitar ela. Então essa desistência deles com o paciente é muito prático, né? É tipo, se você não quer, eu também não quero. Pra mim, tanto fez, tanto faz. Quem precisa é você. Porque eu já ouvi isso. Quem precisa é você, não sou eu. Então é muito desanimante. Então, da última hora que ela foi pro CAPS, eles me falaram isso, eu não voltei com ela mais. Eu fiquei muito decepcionada com isso (Familiar 5, 2025).

E a área da saúde do PSF, que estava acompanhando a gente, a psicóloga, a mesma coisa, virou pra mim e falou, se ela não quer, não tem como você querer. Mas eu não persisto nisso. A gente que é filho, principalmente que é filho, quer ver a mudança da pessoa (Familiar 5, 2025).

No relato do Familiar 12 (2025), evidenciam-se dificuldades no acompanhamento desde a infância:

E se você for olhar, isso vem desde a infância da pessoa. E pra falar a verdade, lá atrás, na infância, o acesso é bem pior. Bem pior. Não tem. Não tem. Porque quando começa, a gente começa a ver os problemas da pessoa na fase de crescimento, desenvolvimento. Ai a gente vai atrás da ajuda. A ajuda é pouca. Quando dá um tempo, é dispensado. Porque não tem mais como trabalhar com aquele problema que a pessoa está apresentando. Se a gente for olhar por esse lado das pessoas que hoje em dia são viciadas em droga, bebida, pode perceber que se lá atrás eles tivessem tido uma oportunidade de um atendimento mais acolhedor, profissional, hoje seriam pessoas diferentes.

Ao perceber o sentimento de desamparo nesses relatos, recorre-se a Santos (2024, p. 103), que afirma:

Mesmo com as limitações de ordem diversa, inerentes ao nosso contexto histórico, não podemos consentir que nosso trabalho seja o de manutenção do edifício da ilegalidade, da violência e da desigualdade social, servindo silenciosamente ao sistema. Pode ser um trabalho de atenção e cuidado aos usuários. Pode ser um trabalho clínico, de contribuição para a transformação da relação dos sujeitos- coletivos ou singulares- com as drogas. Pode ser uma atuação que contribua para a minimização do sofrimento, individual, familiar e social.

Dessa forma, são necessárias ações com diretrizes bem definidas nos serviços de saúde mental. As intervenções devem ser norteadas pelo coletivo, não dependendo exclusivamente da subjetividade ou da boa vontade do profissional. A responsabilização isolada do indivíduo por sua condição pode levar à culpabilização da família por fatores adversos ou pelo insucesso terapêutico.

Tal fato relaciona-se à postura do profissional diante do cuidado. Associando aos conceitos de Bronfenbrenner e Morris (1998), as características disruptivas influenciam o modo como a pessoa conduz suas ações, e desempenhar processos complexos de interação. Atributos como impulsividade, agressividade, indiferença ou apatia podem dificultar a interação em processos complexos.

Assim, os atributos pessoais dos profissionais interferem na relação construída com o familiar e com o usuário, influenciando o desenvolvimento da proposta de acompanhamento e podendo impactar o cuidado positiva ou negativamente. Por outro lado, existem as características denominadas “desenvolvimentalmente geradoras”, nas quais o indivíduo

apresenta maior curiosidade e persistência, contribuindo para interações mais positivas (Bronfenbrenner; Morris, 1998).

No acompanhamento em saúde, o conceito de *stimulus attributes* (atributos de estímulo), proposto por Bronfenbrenner e Morris (1998), mostra-se relevante: trata-se de características que encorajam ou desencorajam o desenvolvimento das outras pessoas no ambiente. Tais atributos do profissional de saúde influem no desenvolvimento psicológico do usuário e de seu familiar, podendo gerar processos saudáveis ou sentimentos negativos.

Nenhum atributo pessoal exerce influência de modo isolado; existe uma interação constante entre a pessoa e o ambiente. É fundamental que o profissional tenha consciência de suas limitações para que, se necessário, a condução do caso seja compartilhada. Nesse sentido, o trabalho em equipe multidisciplinar possibilita a divisão de responsabilidades e o compartilhamento de ações.

Quanto ao acompanhamento, pode-se recorrer a Benjamin (2011) ao tratar da “entrevista de ajuda”. O autor ressalta a importância do autoconhecimento do profissional para que ocorra uma escuta genuína, permitindo que o sujeito seja responsável por seu processo, livre de julgamentos ou críticas. O estabelecimento de uma relação positiva na entrevista favorece o vínculo entre família e serviço.

Copetti e Krebs (2018) apontam que, embora as disposições pessoais sejam influenciadas pelos ambientes, as forças instigadoras e as disposições podem ter sentidos opostos, sofrendo a influência do fator tempo: “O tempo de intervalo entre os fatores concretos ou fatores de interação, ou mesmo de duração desses, poderá aumentar as chances de que estes fatores se tornam decisivos no fortalecimento ou no enfraquecimento de determinadas disposições pessoais” (Copetti; Krebs, 2018, p. 80). Assim, a duração e a frequência do acompanhamento influem nos resultados.

Além da responsabilidade profissional, Vasconcelos (2021) destaca que o cuidado em saúde requer a participação ativa de usuários e familiares, com compromisso e respeito ao ambiente terapêutico. Elementos com a atualização de dados cadastrais e comportamentos protetivos fazem parte desse processo e fortalecem o vínculo com os serviços. Durante a seleção dos participantes desta pesquisa, a defasagem de dados cadastrais dificultou a coleta, evidenciando a necessidade de conscientizar a população sobre a importância dessa comunicação fluida para a relação serviço-família-usuário.

Os recursos materiais e sociais das famílias influenciam a forma como estas lidam com o uso de substâncias psicoativas. Moradia, oportunidades de emprego, estudo e alimentação podem promover processos proximais saudáveis; inversamente, deficiências graves nesses

recursos podem ser perturbadoras. Portanto, a viabilização de recursos que auxiliem o desenvolvimento de processos proximais é essencial, reforçando o papel de políticas públicas integradas.

O conceito “procurar” surge ligado tanto à busca ativa das famílias pelos serviços – *“Inclusive eu que fui lá procurar ajuda. Depois minha mãe foi também, minha mãe é meio difícil”* (Familiar 1, 2024) – quanto ao trabalho de busca ativa dos profissionais. A proximidade com a equipe de ESF, CREAS e CRAS é apontada como geradora de assistência:

O CRAS sempre procura saber se eu tô precisando de alguma coisa, no que eles podem me ajudar. Eu sempre falo pra eles, vocês não se preocupam com nada. Se eu tiver precisando, eu venho e trabalho. Eu gosto de trabalhar pra ganhar o meu (Familiar 13, 2025).

Porque ninguém me informou, né. No PSF, tinha a chefe do PSF, trabalhou lá, muito, me ajudou, procurou tudo sobre. Vinha aqui procurar, informação de saúde dela, pré-natal dela. Fizeram, moveu céus e terra pra o tratamento, da gravidez da. Só que ela não aceitou de tudo. Fazia, a gente marcava, tadinha, marcava exames, não ia. A gente fazia de tudo, a não ia, ela fugia, ela ia pra de baixo a ponte. E é isso aí, o CREAS me ajudou, a assessoria pública, fui lá procurar eles, me ajudou também (Familiar 8, 2025).

A assistência social me ajuda. Eu trabalhando, para mim, tem uma cesta básica. Eu trabalhando, para mim, tem um gás. Eu trabalhando para me ajudar a pagar uma conta. Mas aí eu tenho que trabalhar. Mas aí, no intervalo que estava no surto, eu não pude deixar ele sozinho. A assistência social me ajudou também. Me deu uma cesta, porque eu não pude deixar ele sozinho em casa. E os medicamentos, porque estava muito acelerado. E disso eu não tenho que reclamar. Eles têm me apoiado (Familiar 2, 2025).

Além da busca ativa, esses relatos dos Familiares 13 e 8 demonstram a importância de mecanismos que aproximem os profissionais das famílias. Por fim, a presença de uma equipe qualificada é identificada como fator determinante: *“Eu acredito que falta qualificação de alguns dos profissionais. Alguns não estão, assim, preparados pra lidar com certos tipos de situações. Então eu acredito que falta, assim, falta mais psiquiatras, psicólogos, em relação quando se trata da saúde mental”* (Familiar 3, 2025).

Ao considerar um acompanhamento que permita à família desenvolver-se em seu ambiente, pode-se recorrer a Vasconcelos (2021) e ao conceito de empoderamento. O autor aponta que o empoderamento pode ser utilizado tanto com a finalidade de manter o conservadorismo quanto de possibilitar a emancipação. Pensando em uma sistematização para o contexto brasileiro e considerando o movimento internacional da saúde mental, sugere-se uma dinâmica de relação entre os seguintes aspectos: *cuidado de si, ajuda e suporte mútuo, defesa de direitos, luta contra a discriminação e estigma e a participação, controle social e militância.*

Nesse trabalho de construção, pertencimento e participação, Vasconcelos (2021) indica que familiares e usuários devem integrar o fortalecimento do SUS. Para isso, é necessário que se informem sobre os serviços, dialoguem com a sociedade e se insiram em espaços coletivos que prezem pela participação social – um dos princípios preconizados pelo sistema de saúde.

Por meio da participação social em conselhos de saúde, conferências e fóruns, familiares e usuários contribuem a melhoria e a construção de políticas públicas. Podem, assim, integrar ações formuladas ao nível do macrossistema, o que possibilita a intervenção na construção de leis, concepções de cuidado e princípios, além de influenciar a cultura e as ideologias institucionais. Tais frentes permitem a elaboração de propostas baseadas nas necessidades reais da população.

Além disso, a participação na construção desse processo de cuidado remete à corresponsabilização que ocorre ao longo do tempo. As mudanças e inovações propostas na política remetem ao cronossistema ao longo da história. No que tange à rede de cuidado em saúde mental, considerando os dispositivos disponíveis na RAPS, as interações entre os serviços facilitam o desenvolvimento da família e a melhoria no processo de vida do usuário de substância psicoativa. Mesmo que o indivíduo não frequente diretamente o serviço de assistência social, ele recebe benefícios por meio de sua família, de modo indireto, o que contribui para o desenvolvimento do sujeito e do grupo familiar.

O Familiar 5 também ressalta a importância de um apoio destinado aos familiares, que frequentemente se sentem perdidos na RAPS:

A gente familiar que necessita desse apoio precisa de uma orientação aonde ir e como fazer. Então eu acho que sim. Um agente de saúde de poder orientar aonde você tem que ir. Uma enfermeira, igual o caso de mãe. Entrei, pediam uma ordem judicial, a audiência mandou ir pro CAPS, aí o CAPS manda ir pro PSF, o PSF te manda pra ir pra uma psicóloga, e no final das contas não deu solução em nada. Ficou tudo paralisado. Então eu acho que sim, vale muito o apoio (Familiar 5, 2025).

No cuidado em saúde mental, nos momentos de acolhimento e orientações, os indivíduos engajam-se e interagem com as situações vivenciadas, de modo individual ou grupal, o que auxilia na atribuição de sentido ao seu mundo e na sua conseqüente transformação. Por meio das orientações e interações com os profissionais de saúde e outras famílias em situações semelhantes, observam-se ações que podem funcionar como processos proximais e engrenagens para o desenvolvimento dos membros da família.

A partir do engajamento nas tarefas propostas e construídas junto à equipe de saúde, a pessoa pode ressignificar sua realidade. Dessa forma, familiares e profissionais de saúde ocupam uma posição central na construção dos processos que ocorrem a partir das interações

face a face. No entanto, utiliza-se Copetti e Krebs (2018, p. 80) para a compreensão da importância dos recursos individuais nesse processo:

É importante que seja levado em consideração que cada pessoa engajada em uma atividade, seja ela formal ou informal, solitária ou em grupo, possui um conjunto de recursos que a capacitam a atuar com maior ou menor grau de eficiência nos contextos em que participa. Quanto maior e melhor for esse conjunto de recursos pessoais, aumentadas são as possibilidades e opções que essa pessoa terá para obter o sucesso e desempenhar suas tarefas com competência. Competência esta que deve ser compreendida dentro de sua especificidade, ou seja, considerando os recursos que estão sendo utilizados para a execução de uma ação em específico, mas que devem levar em conta os processos de interação e complementaridade entre o conjunto de recursos da pessoa, sejam eles físicos, motores, perceptivos, cognitivos, sociais ou emocionais que estão na base da competência. Isso se deve pela compreensão de que a ação é o resultante da interação entre os recursos pessoais que se apresentam disponíveis para a pessoa.

É fundamental considerar que as orientações individuais ou grupais são insuficientes se os indivíduos não conseguirem dar direcionamento a elas. Assim, faz-se necessário o controle emocional, o conhecimento sobre o uso de substâncias psicoativas, a organização dos pensamentos sobre a situação vivenciada e a definição de metas a alcançar. Dessa forma, a família deve agir no contexto em que está inserida por meio de um complexo conjunto de fatores. Como parte dos recursos pessoais, devem-se incluir os conhecimentos que os familiares já possuem sobre os modos de cuidado e as características do usuário. Além disso, a trajetória de vida dos familiares influencia diretamente as ações desempenhadas.

Todo indivíduo, seja o usuário ou outro integrante da família, possui características biopsicológicas, desenvolvidas pela interferência do contato com diferentes ambientes. Em relação à “força”, encontram-se os fatores que movimentam os processos proximais – como orientações individuais, busca por conhecimento sobre o acompanhamento e participação em grupos de apoio. Tais forças são denominadas geradoras, pois sustentam e colocam as pessoas envolvidas em movimento.

Por outro lado, existem as forças desorganizadoras, representadas por dificuldades em lidar com as emoções ou comportamentos descritos pelos próprios familiares como desestruturantes. Outro fator relatado pelo Familiar 1 é a presença da culpabilização e da responsabilização exclusiva da família pelo cuidado. Isso demonstra a necessidade de que o trabalho em saúde mental seja pautado no conceito de integralidade proposto pelas diretrizes da RAPS de 2011, evitando a reprodução do “familismo”. O relato do Familiar 1 expõe o julgamento e a individualização do cuidado:

Eu acho que é importante esse olhar pra família que não tem, sabe? Porque a família fica muito, como que eu digo? Muito de escanteio, né? Não tô achando a palavra

certa pra falar agora. Fica muito jogado e mais com tipo assim, você é familiar, você tem o papel a obrigação de procurar um atendimento, você tem a obrigação de dar apoio pro seu familiar ali drogado, sei lá, se vira nossa, você não tá interessado em ajudar seu familiar, não, sabe? Então é muito julgado a família e eu acho que teria que ter um olhar mais humano, sabe? Pro familiar porque é muito sofrido, só quem passa que sabe. O que eu tô falando aqui não é nem um texto do que a gente já passou, sabe? É muito sofrido mesmo se não ter saída. Então eu acho que tinha que ter um olhar mais humano mais holístico, sabe? Pro familiar (Familiar 1, 2024).

Dessa forma, o cuidado integral pode contribuir para o desenvolvimento da família e do indivíduo no sentido da emancipação; contudo, deve-se ter cautela ao utilizar esse conceito de modo arbitrário. Na realidade brasileira, encontram-se contextos familiares com limitações que dificultam o usufruto dos serviços ofertados. Diante de tais adversidades, as escolhas tornam-se restritas, comprometendo a relação com a rede de saúde.

Tem aula de violão, tem crochê, tem bordado. Mas só que, para mim, ir num lugar desse, eu tenho que levar agora. O neto tem que levar [...]. Então, se for depender de eu levar [...], eu não vou, porque ele não vai. E é lá [...]. Tem oficina, já fui convidada. Eu sei bordar. Eu sei fazer artesanato, brinco, pulseira, colar. Mas só que, igual ao caso, agora eu tenho que vigiar a criança pequena e o meu filho que toma remédio. Quando ele surta, eu fico a noite inteira acordada. Ele liga gás o dia inteiro. O dia inteiro (Familiar 2, 2025).

Por outro lado, o Familiar 1, ao referir-se aos profissionais, relata sua expectativa, apesar de não ter sido convidado a participar de ação específicas:

Eu espero um apoio, mas um apoio contínuo, sabe? Porque o profissional não desista tão fácil, porque não é fácil. E o profissional que está ali, ele sabe que não é fácil, sabe? A gente sabe. Então, eu espero isso, que ele não desista. Que ele busque outras formas de investir nessa melhoria do paciente, sabe? E não que fale, vamos lá, vamos usar a medicação, desistiu, vou lá e não está lá, vamos deixar esse trem para lá, sabe? Porque não é assim, eu espero uma certa insistência, mesmo sabendo que não é fácil, sabe? Até mesmo que o profissional que está ali para isso e está acostumado, talvez, com esse tipo de coisa, mas que ele não desista fácil, que ele insista mais, que ele invista mais nisso, sabe? É isso que eu espero. Eu não vejo isso (Familiar 1, 2024).

Quanto à expectativa de ação voltada ao familiar, acrescenta-se o seguinte:

Orientar. Orientar a família, o que deve fazer com o paciente, a sua recuperação, se tiver uma reação na cabeça, o paciente. [...] Assim, no caso, é ajudar a gente com palavras, com palavras amigas, que a gente fica, assim, mais confortável, assim, com o paciente, que ele tenha um resultado, assim, né? Feliz (Familiar 6, 2025).

Observa-se também uma relação construída a partir de uma perspectiva patológica, focada na cura e na remissão dos sintomas por meio de medicamentos:

E eu faço tratamento, também, passei pelo doutor também, tomo remédio antidepressivo, haldol (Familiar 6, 2025).

Eu fechei aí, porque ele tava muito bom de remédio, não pulava, mas se ficasse aberto ele ia, aqui era aberto. [...] Me dá receita de remédio dele. Renova receita. Agora não tô renovando a receita mais não, porque ele já tá fazendo tudo direitinho (Familiar 10, 2025).

Espero que as coisas melhorem mais nessa área de estar ali com a gente. Quando chega nesse extremo, assim. Porque agora, por exemplo, ele tá bem. Ele tá indo pro CAPS direitinho. Mas chega um momento que ele não desiste de tomar remédio. Ou vai pra rua e eu não tenho como dar o medicamento, porque ele tá lá na rua e eu tô aqui. Aí começa a bagunçar, começa a misturar droga (Familiar 14, 2025).

Eu tomo quatro tipos de remédio, aí pra mim não, pra mim aguentar trabalhar, eu tive que, eu mesma diminuir ele, eu diminuí ele pra mim tomar. Aí eu tomo os medicamentos direitinho e..[...] Tomo os remédios conforme os médicos já me deu há uns quatro, cinco anos que eu tomo os remédios que eu tomo. E seguro o rojão aí por causa desses remédios. Então, com esses remédios aí, o pouco que eu passei, eu tinha surtado de novo. [...] Eu pergunto, tá tudo normal. Ela tá tomando remédio assim... (Familiar 8, 2025)

No decorrer deste capítulo, as discussões remetem à importância de uma relação de apoio entre os familiares, bem como entre a família e o profissional na construção do cuidado. Mostra-se relevante o preparo dos integrantes do microssistema (família e serviços de saúde) para que contribuam positivamente no acompanhamento do usuário de substância psicoativa. Os relatos indicam a necessidade de aprimorar ações e concepções para que as intervenções influenciem favoravelmente o desenvolvimento da pessoa e de seu núcleo familiar.

Além disso, percebe-se que, mesmo sem a presença direta da família nos serviços de saúde, há a influência do exossistema, conforme ilustrado pelo Familiar 13:

*E agradeço muito aos psicólogos do CAPS por estar olhando por ela, por mim. Porque lá eles estão fazendo a parte deles, e aqui eu tô fazendo a minha.[...] Olha, o cuidado dela pra mim tá sendo ótimo, maravilhoso. Não vejo nada de errado. Se eu encontrar alguma coisa de errado, com certeza eu vou falar, mas pra mim tá sendo ótimo.[...] Tá sendo a primeira vez que a minha filha tá lá. Eu ainda não fui, eu ainda não tive coragem cara, ainda. Mas se precisarem de mim lá, é só me chamar que eu vou. Tranquila, sossegada. Atravesso **** e apareço lá (Familiar 13, 2025).*

Apesar de o familiar não participar das intervenções direcionadas diretamente ao usuário, estas influenciam indiretamente a vida familiar. No desenvolvimento do processo de acompanhamento, as ações dos profissionais repercutem no funcionamento do contexto doméstico. Dessa forma, a partir da percepção de profissionais e familiares, sugere-se a proposição de modelos de cuidado que sejam eficazes no contexto do uso de substâncias psicoativas.

CAPÍTULO 6¹⁴ – PROPOSTAS DE CUIDADO¹⁵

Com a finalidade de atender ao objetivo específico de propor ações que contribuam para o desenvolvimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município, o presente capítulo foi construído a partir das entrevistas realizadas com profissionais e familiares, somando também considerações realizadas pela autora desta tese, fundamentas nas limitações apresentadas pelos entrevistados no decorrer da pesquisa.

6.1 Perspectiva dos profissionais

A partir das entrevistas com os profissionais, propõe-se ações que contribuam para o cuidado aos familiares, com a indicação das seguintes sugestões: educação em saúde, grupos com familiares e pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas, melhorias nas políticas públicas, construção de ecomapa e genograma, e a elaboração efetiva do Projeto Terapêutico Singular.

Dada a relevância dos profissionais na condução do acompanhamento da família e do usuário, foram descritas limitações na atuação, bem como apontada a necessidade de ações que promovam mudanças de comportamento. Destaca-se a conscientização social por meio da educação em saúde:

Hoje falam assim, não tem disponibilidade de isolar a pessoa, falam trabalhar com a questão da família, mas na prática eu vejo que os serviços ainda, como posso dizer para você, os profissionais não estão ainda habilitados para poder executar esse tipo de serviço. Eles não se sentem confortáveis. Então, reunião de controle com a própria família, com familiares, né, meio de controle para autoexperiência, redução de danos. Tive a oportunidade de participar também de um curso... (Profissional 8, 2023).

O que falta é educação e saúde e conscientização, porque não adianta você informar as pessoas, fazer educação e saúde se você não consegue conscientizar, porque quando você consegue conscientizar, isso provoca uma ação. Conhecer é uma coisa, conscientizar é outra coisa. E é um trabalho formiguinha mesmo, porque culturalmente falando, nós temos uma cultura medicalocêntrica, curativista, uma cultura que o paciente não é olhado tão holisticamente assim, mas isso é cultura. Então, a gente tem que lutar com educação e saúde, educação e saúde vai mudar o mundo (Profissional 9, 2023).

Tudo tem que partir do profissional, porque se você tem um profissional que acredita naquilo que ele está fazendo, você acaba tendo uma chance maior de conscientizar a família também, de promover as ações (Profissional 9, 2023).

¹⁴ Neste capítulo, optou-se por manter os termos ‘álcool’ e ‘drogas’, conforme o relato original, em vez de substituí-los pela expressão técnica ‘substância psicoativa’.

¹⁵ Este capítulo foi elaborado com o propósito de orientar profissionais na condução de intervenções junto aos familiares de pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas. Propõe-se, futuramente, a confecção de uma cartilha voltada aos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Considerando a indicação da educação em saúde e as dificuldades advindas da falta de recursos na saúde mental, pode-se retomar Vasconcelos (2021, p. 131) quando afirma:

Precisamos nos instrumentar teórica e conceitualmente para compreender o contexto em que vivemos, trabalhamos e lutamos, para sermos capazes de identificar os períodos de “vacas gordas” e “vacas magras”, e os “sinais dos tempos”, que apontam para as necessárias estratégias de recuo ou avanço, para as contradições e brechas que possibilitam a resistência.

A afirmação ressalta a importância de, no âmbito microssocial, manter-se a atenção para que o movimento da luta antimanicomial não se enfraqueça nem se afaste de seus propósitos, mesmo diante de uma RAPS marcada por fragilidades. Por outro lado, faz-se necessário intervir para que não haja desassistência quando ocorre associação entre a falta de recursos e a escassa instrumentação teórica.

Vasconcelos (2021) aponta que, ao longo do tempo, ações antimanicomiais marcaram lutas em um campo micropolítico, como no surgimento das primeiras propostas de serviços substitutivos: o CAPS em São Paulo e o Núcleo de Atenção Psicossocial em Santos. Assim, pequenas ações em saúde mental podem ser inovadoras e propulsoras de práticas nacionais futuras.

A discussão supracitada remete à importância de ações que contribuam para a luta antimanicomial mesmo em nível local; a partir de atuações em microssistemas, como as famílias e dispositivos de saúde mental, é possível atingir o nível macro. Desta forma, condutas profissionais, movimentos sociais, fóruns de discussão e o estímulo à participação em conselhos de saúde possibilitam o desenvolvimento de microdiscussões que geram reflexões sociais capazes de influenciar condutas nos serviços de saúde mental. O entendimento da população local sobre as diretrizes da política de saúde mental contribui para o cuidado e ocasiona reflexões sobre as propostas governamentais. Tais reflexões, ao serem levadas aos níveis estadual e federal, podem gerar a construção de políticas e diretrizes no âmbito do macrossistema.

Dessa maneira, a educação em saúde ocorre ao informar profissionais, famílias e demais cidadãos, influenciando diretrizes no macrossistema. Outra indicação feita foi a utilização de instrumentos que embasam a prática de cuidado, como o genograma e o ecomapa:

O genograma, mas o genograma propriamente dito é mais essa questão de consanguinidade, só que um ecomapa que é um pouco maior, um ecomapa que também contém o genograma, que é ver exatamente quais são as instituições que podem dar um suporte, se é uma igreja, se é uma escola, qual é o vínculo dele maior, se é um clube específico, se é um grupo específico, e tentar, assim, incorporar essa rede às vivências e necessidades do paciente, mas fazer um plano em comum, não individual, não só olhando para o paciente, algo que realmente seja aplicável, algo

realmente exequível, digamos assim, né? Porque também falar, tem que se fazer isso, vai ter que ter essa, não é assim que se faz, né? E aí é dar mais ouvido, é realmente entrevistar, é realmente conversar, é realmente a participação das pessoas nesse processo de cuidado, né? Como um tudo (Profissional 10, 2023)

As ações propostas acima estão descritas no Caderno de Atenção Básica, divulgado pelo Ministério da Saúde em 2013, como instrumentos de avaliação do funcionamento familiar, sendo indicados para o diagnóstico e a abordagem à família. O “Genograma identifica as relações e ligações dentro do sistema multigeracional da família, o Ecomapa identifica as relações e ligações da família com o meio onde ela vive” (Brasil, 2013, p. 68).

O conhecimento do funcionamento familiar e de suas relações é fundamental para a construção de propostas de ações em saúde mental. Por meio destes instrumentos, as pessoas que compõem a rede de cuidado são identificadas tanto por consanguinidade quanto por afetividade. Tais procedimentos possibilitam conhecer os indivíduos e as instituições que integram as relações sociais e podem contribuir para o acompanhamento de famílias e usuários que fazem uso prejudicial de substância psicoativa.

O estímulo à participação de pessoas com vínculos sanguíneos e de afeto na construção do PTS fortalece a rede de cuidado e o desenvolvimento de propostas, contribuindo para o compartilhamento do acompanhamento. Isso descentraliza a responsabilidade da família, que pode estar sobrecarregada ou limitada por contextos sociais. O estímulo para que o próprio usuário participe da construção de seu PTS foi afirmado por Carney (2024, p. 34): “o entendimento que os usuários são peças fundamentais para criar e sustentar uma rede substitutiva aos manicômios advém da própria ética manicomial”. De acordo com Brasil (2013, p. 55):

... o PTS como dispositivo de intervenção desafia a organização tradicional do processo de trabalho em saúde, pois pressupõe a necessidade de maior articulação interprofissional e a utilização das reuniões de equipe como um espaço coletivo sistemático de encontro, reflexão, discussão, compartilhamento e corresponsabilização das ações com a horizontalização dos poderes e conhecimentos.

Essas ações demonstram a importância de a família e as pessoas próximas participarem do processo avaliativo situacional, o que favorece o planejamento de intervenções mais eficazes. Até o momento, entre as propostas de cuidado, destacam-se a educação em saúde e o PTS, métodos que possibilitam o conhecimento e a melhoria nos processos de trabalho a partir das diretrizes de cuidado e do funcionamento do sujeito e suas relações. Faz-se necessário, contudo, apontar propostas que transcendam a lógica do conhecer e desenvolvam intervenções

diretas no cuidado à família e ao usuário. Entre as propostas de acompanhamento, surgem os grupos que atuam dentro do território:

A prática, eu acho que o trabalho no território, os grupos operativos dessas famílias, seria muito válido, mas com um profissional conscientizado. [...] Então, acho que os grupos operativos no território, junto com a família, inclusive a família dos usuários, quando a família procura o serviço, e a gente coloca a família, não só o sujeito como protagonista, mas o sujeito e a família, é mais fácil a família aderir. E outra, quando esses grupos são feitos no território, perto da casa dela, também é mais fácil, a chance de ocorrer é melhor (Profissional 9, 2023).

Eu acredito que os grupos operativos fazem muito sentido nesse tema. Mas não é isolado. Ou só da saúde, ou só da assistência, ou só da educação. E eu acho que precisava de mais profissionais de outras áreas para atuar nesses grupos, tanto com a família quanto com o usuário. Ou seja, de pensar no sentido de que a conversa, o trabalho, ele vai exigir outras áreas de conhecimento. Eu percebo que os grupos isolados, eles não dariam conceito. Eles precisariam de grupos juntando várias políticas, né? Política social, educação, trabalho em corrida. Eu acho que é isso (Profissional 13, 2024).

Quando eu me expresso assim, eu falo, é mais pensando em um grupo operativo, em alguma ação conjunta da equipe, abordando essas situações. Pelo menos nesses quatro anos e meio que estou aqui, não me recordo, ao menos da minha parte, de participar de alguma ação assim. É claro que mesmo sendo apoiado pelo serviço, a gente de forma direta também ajuda no acompanhamento desse paciente, seja na orientação, mas alguma ação em conjunto, são ações isoladas (Profissional 4, 2024).

Os grupos operativos são ferramentas que auxiliam os indivíduos a construir possibilidades de desenvolvimento dentro de suas limitações e potencialidades, com foco na resolução de questões do cotidiano. Por meio desse olhar, criam-se possibilidades de mudanças. Familiares e usuários podem participar do grupo de forma independente. Nos grupos, a pessoa é considerada em sua integralidade.

Esse modo de funcionamento surgiu a partir de movimentos e questionamentos nas instituições psiquiátricas; desta forma, os valores, crenças, medos e fantasias de cada pessoa que integra o grupo devem ser trabalhados como aspectos grupais, o que possibilita a melhoria do funcionamento coletivo. Aspectos implícitos que, muitas vezes, dificultam o funcionamento do grupo podem se tornar explícitos, e as intervenções realizadas precisam permitir que os integrantes sejam os responsáveis pela condução e conheçam os limites, as necessidades e perspectivas do grupo.

Desta forma, os integrantes terão voz ativa e serão escutados em suas necessidades. Por meio do sentimento de pertencimento ao grupo, promove-se o desenvolvimento de propostas de acompanhamento nas quais estejam presentes a formação de cooperativas e associações de pessoas. Além disso, obtém-se como resultado o trabalho para superar estereótipos, a reconstrução de papéis na sociedade e as possibilidades de mudança.

O grupo possibilita desde a escuta do sofrimento até a elaboração e o deslocamento do lugar da pessoa na sociedade em que está inserida, seja por aspectos subjetivos, emocionais e afetivos, seja por ações objetivas, como a criação de possibilidades de trabalho e renda e a participação social em conselhos que permitem a construção de políticas públicas. Os resultados esperados possibilitam que famílias e usuários façam parte do seu processo de acompanhamento e sejam promotores dele.

Contudo, faz-se necessário considerar as várias funções que os processos grupais exercem na sociedade: desde o local de pertencimento e construção até o espaço que possibilita às instituições trabalharem a produtividade das pessoas inseridas na relação, por meio de treinamento. Nesse sentido, a ferramenta pode se apresentar como uma tentativa de desenvolvimento de controle social sobre o indivíduo.

Inseridas nos grupos, as pessoas podem desenvolver suas diferenças e apresentar suas individualidades, o que se relaciona ao próprio desenvolvimento do sujeito e do processo grupal. Desta forma, a ferramenta não é utilizada apenas como meio de transmissão de conhecimento sobre o uso de substâncias psicoativas e temas correlatos. Com o cuidado de não se transformar em um local de alienação capitalista, o funcionamento grupal pode permitir que os integrantes elaborem e construam seu modo de funcionamento enquanto sujeitos da sociedade.

No que refere ao território, a questão existencial proposta por Tenório (2002) auxilia no entendimento de que este não se forma apenas a partir de endereços de localização, mas também das subjetividades e dos laços construídos. Além disso, destaca-se a definição do Caderno de Saúde Mental (Brasil, 2013, p. 34): “incorporar a concepção de territórios existenciais implica não considerar apenas as dimensões subjetivas daqueles que são cuidados, os usuários, mas também a subjetividade dos trabalhadores de saúde”. Desta forma, a relação que o profissional constrói em seu trabalho influi na condução dos casos.

Existe a indicação de grupos de apoio que contribuem para que a família conheça seus direitos e deveres no cuidado:

... como se fosse um grupo de apoio às famílias, uma coisa organizada, uma coisa na qual as pessoas pudessem ter uma orientação jurídica, porque às vezes as pessoas têm orientações jurídicas, uma orientação sobre direitos sociais da pessoa, sobre o serviço de saúde, sobre um local dentro de um serviço que elas pudessem ter como referência para a família. E na maioria das vezes, quando vai buscar lá, eles vão buscar, o foco é no, na pessoa, no usuário, não é tanto na família. Eu não sei se fossem trazer uns questionamentos assim, falando que não, não é mesmo, a gente esquece muito da família, a gente esquece muito da família. E leva a família a ter uma ideia errada de que o problema é aquela pessoa estar ali, mas não, tem toda uma questão social que envolve ela... (Profissional 2, 2023).

Por meio do trabalho em grupo, profissionais da equipe interdisciplinar podem acompanhar familiares e o usuário. Uma família que possui informações sobre o acompanhamento mantém uma relação mais próxima com a equipe de saúde mental, facilitando o conhecimento sobre as dificuldades, necessidades e potencialidades apresentadas ao lidar com o indivíduo. Desta forma, por meio da ação interdisciplinar, o grupo deve ser ouvido, as demandas identificadas e os profissionais mais indicados devem intervir a partir das necessidades existentes.

Sugere-se um espaço de escuta que ocorra semanalmente, no território, em horário adequado ao funcionamento das famílias, podendo ser um grupo aberto e estruturado a partir das demandas dos próprios integrantes. Para alcançar sua finalidade, o grupo deve ser composto inicialmente por uma equipe de Serviço Social, Psicologia, Enfermeiro e Farmácia, com a possibilidade de inserção de novos integrantes conforme a demanda apresentada.

Nas ações grupais, podem ser realizados os encaminhamentos necessários para a continuidade do cuidado. Ressalta-se, ainda, que ansiedades grupais podem surgir tanto entre os participantes quanto entre os profissionais. No que refere aos profissionais, retoma-se a importância do cuidar de si para que as intervenções sejam realizadas de maneira ética e adequada no auxílio ao próximo.

Mostra-se relevante o trabalho em rede, conforme já preconizado pela RAPS 2011; a rede psicossocial precisa realizar um trabalho intersetorial com os demais setores, como a assistência social e a educação:

Porque está muito centralizado na saúde. E quando acontece, chega algum caso para outro setor, eles têm visão completamente diferente. Então eu acho que precisava mesmo, sabe, de isso estar ampliando para as outras redes do município. Eu vejo que eu sinto essa falta, quando você vai conversar com um profissional que não é da saúde, a visão é totalmente diferente. E a gente muitas vezes precisa do apoio deles, precisa fazer um trabalho com eles, mas a gente não consegue. Eu vejo essa dificuldade, não só aqui, mas em todo município que eu trabalhei também (Profissional 14, 2024).

Associado ao trabalho em rede intersetorial, a educação referente às diretrizes de cuidado em saúde mental precisa ser compartilhada com os demais profissionais, seja por matriciamento das equipes ou por formações pontuais com profissionais da assistência social, educação e cultura. A articulação com as instâncias de gestão é fundamental no que tange ao aspecto do macrossistema.

Assim como as ações em rede trabalham de forma interligada, acredita-se que o incentivo à cultura e ao lazer integre o processo de acompanhamento das famílias. O

Profissional 6 (2023) aponta propostas de oficinas e incentivos em políticas públicas realizados em outro município:

*Eles têm oficinas, eles fazem viagens, eles frequentam cinema, eles vão a teatro, tem atividade de artes. E aqui, **, não tem nem para o usuário, nem para o paciente. Voltada para o paciente também, que eu lembro, para a família, que eu lembro e não li nada também, a respeito não. É interessante isso, também não li, nunca vi. Não, eu queria que as poucas leis voltadas para esse público tivessem mesmo efetividade, e que no nosso município tivesse mais apoio, tivesse mais políticas públicas (Profissional 6, 2023).*

Por meio de ações de cultura e lazer, oportunizam-se momentos de contato com outras possibilidades de construção de objetivos de vida e prazer, o que fomenta mecanismos de desenvolvimento distintos dos habituais do cotidiano.

Considerar a possibilidade de acompanhar o grupo familiar como um todo é relevante no processo, reforçando o acompanhamento com esclarecimentos e conhecimentos sobre o cuidado necessário:

Esse acompanhamento conjunto, que seja um membro, dois membros, três membros, não sei. Eu acho que tem que absorver mais pessoas dentro dessa família para eles entenderem o que está passando, o processo daquela pessoa. Talvez eles não conseguem entender, porque muitas vezes eles são criticados (Profissional 1, 2023).

De acordo com as diretrizes da RAPS 2011, destacou-se a realização de ações que preconizam a redução de danos, o trabalho multiprofissional e a orientação aos familiares:

[...] grupo de redução de danos, o Dia da Família, dia internacional do idoso, setembro amarelo, a festa junina, o grupo direcionado a família uma vez por mês, atividades físicas, educador de arte (Profissional 15, 2024).

Então, eu acho que uma equipe multidimensional. Que trabalhe nesse grupo de redução de danos. É um ótimo começo. Se ele ficar voltado para isso. E a finalidade dele é justamente essa. Eu falei para você que eu desconheço. Mas na verdade é uma proposta nova. Então, a gente pouco se fala. Mas a gente já encaminha, usuários, familiares. Pessoas com história de necessidade de acompanhamento. Ai seria talvez acompanhamento psicológico. Eu acho que a redução de danos seria um excelente aliado. É um projeto que apresenta ser muito bom. Eu acredito que isso depende muito da equipe multidisciplinar (Profissional 3, 2023).

Faz-se relevante ressaltar a importância de que todos os envolvidos conheçam as propostas da Política de Redução de Danos; ao definir a diretriz do cuidado, mecanismos práticos e teóricos precisam ser disponibilizados.

As propostas de atividades culturais aparecem nos relatos, assim como a relevância da efetividade das intervenções existentes. Observa-se a presença de discussões sobre investimento, ideologias e valores estigmatizados frente aos usuários, especialmente em casos

de prejuízos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Ações de educação permanente podem contribuir para a eficácia dos objetivos. No contexto da saúde mental, as tecnologias utilizadas são as “leves”, dependendo do conhecimento e empenho dos profissionais.

Desta forma, o conhecimento e a consciência técnica constroem possibilidades de intervenção; contudo, é vital atentar para o preparo do profissional a partir de seu próprio autocuidado. Segundo Mortari (2024), cuidar de si exige o autoconhecimento, que ocorre pela busca do bem e pela valorização da sabedoria e da virtude, em detrimento da honra ou do poder. Isso se dá por meio do cuidado com a alma. Conhecer a si mesmo inclina o sujeito à descoberta das forças que implicam em seu modo de ser e no funcionamento de sua mente.

Na vida pública e nas relações construídas, o cuidado de si é necessário para que as pessoas assumam seus papéis sociais e ajam no mundo (Mortari, 2024). Nesse contexto, é fundamental que o profissional desenvolva o autoconhecimento. Mortari (2024, p. 60) afirma: “conhecer a si mesmo significa perguntar-se qual a esperança que nos faz viver, compreender os próprios desejos, elencar os pontos de força e os pontos fracos, individuar os recursos interiores que mais facilmente ativamos e as zonas frágeis que exigem maior cuidado”.

O autor apresenta práticas para desenvolvimento de posturas mentais no cuidado de si: técnicas de concentração (busca pela verdade); alívio (remoção do não essencial); subtração (tempo para pensar sem foco produtivo); distensão (despotencialização de pensamentos perturbadores); e recordação (reconciliação com o passado).

De acordo com o Profissional 7 (2023), a ajuda ocorre quando: *“é buscar a ajuda, um autocuidado, a pessoa estar melhor diante daquela situação que ela tá vivendo ali. Então, eu acho que se ela tá bem, ela consegue levar algo de melhor pra família também”*.

Ao buscar esse autocuidado, o indivíduo influi nos movimentos do microssistema familiar, permitindo alterações positivas nos papéis que desempenha.

6.2 Perspectiva dos familiares

Neste ponto do trabalho, discutem-se as propostas de ações esperadas pelos familiares da pessoa que faz uso prejudicial de substância psicoativa. Retoma-se aqui a reflexão sobre a importância da escuta das famílias acerca de suas necessidades e ações de cuidado; dessa forma, torna-se possível contribuir com estratégias alinhadas às demandas e expectativas de desenvolvimento manifestadas pelas próprias famílias.

Sabe-se que, de acordo com a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, os indivíduos mantêm relações constantes nos mais distintos ambientes, de modo direto ou

indireto, influenciando ou sendo influenciados pelo meio. A partir de suas características, vivenciam os processos nos quais se encontram inseridos, o que contribui para o seu desenvolvimento ao longo do tempo. Com o mesossistema presente nessa relação, a pessoa e os serviços de saúde, em conjunto, promovem o desenvolvimento do funcionamento da família, assim como a interação entre profissionais e o usuário influi no contexto familiar.

Os relatos foram marcados pela dificuldade dos familiares em expressar suas necessidades enquanto núcleo familiar. Entre as ações propostas para o cuidado, destacaram-se: *o acolhimento e a orientação ao familiar; o acompanhamento psicológico, as intervenções em grupo e as terapias*. Inicialmente, mostra-se relevante apontar a consideração de que, cuidar do usuário, o profissional contribuirá para o desenvolvimento e o bem-estar do microssistema família. Sendo assim, essa reflexão permite compreender que o acompanhamento direcionado diretamente à pessoa influencia o seu meio familiar.

Por outro lado, propostas de ações com a família, enquanto microssistema, melhoram o bem-estar de seus membros, conforme apontado pelo Familiar 5, que sugere ações de orientação voltadas diretamente para o grupo familiar:

É reeducar a família a poder ajudar, ter força de vontade de ajudar e unir para esse projeto de família. É como se fosse uma clínica dentro de casa. Porque as pessoas, eu acho que, têm que aprender a lidar e comportar com as pessoas assim. Nem tudo, você pode falar, tudo é relevante, mas, às vezes, o ser humano que faz o uso, ele te ataca tão grande que você perde as estribeiras. Mas, seria importante as pessoas, tanto a pessoa que é usuária, quanto a gente ter aquele acompanhamento para fortalecer. Às vezes, eu acho que mudaria bem mais do que ir para uma clínica (Familiar 5, 2025)

O relato acima aponta para o auxílio que não se localiza na internação do indivíduo, mas sim no compromisso de cuidado no território, o que não desresponsabiliza o Estado de seu papel de propiciar assistência às pessoas. Entre os profissionais envolvidos nesse processo de acompanhamento pela RAPS, destaca-se o técnico de referência do CAPS. Lobosque (2024, p. 286) aponta a função deste profissional no que se refere à conduta com os familiares:

Ouvir suas dificuldades, avaliar sua situação, aprender o tipo de relação que estabelecem com o familiar em sofrimento mental, sem julgamentos morais que os desqualificam, mas também sem cumplicidades que os autorizem a excluir ou destratar seu membro mais frágil. Fazê-los sentir que são bem-vindos no serviço e solicitar sua presença, não para impor-lhes obrigações, mas para ajudá-los a cumprir seus compromissos. Não para ensinar-lhes autoritariamente como devem tratar o paciente, mas para orientá-los e pensar junto com eles a melhor atitude a tomar numa situação dada. Tudo isso é também parte necessária da escuta a ser feita pelo técnico de referência.

Outras intervenções propostas são os grupos com familiares, as quais também sugeriram nas entrevistas dos profissionais. Essas intervenções podem ocorrer no CAPS ou em outros pontos da RAPS:

Pra familia. Um grupo (Familiar 7, 2025).

Uma reunião, um dia assim de... Tipo os alcoólicos anônimos. Uma reunião entre eles lá. Ai eles tudo falam suas lutas, suas pelejas. Ai podia ter esse tipo de envolvimento com pais de pessoas assim, entendeu? E ai ali os pais poderiam falar cada uma as suas experiências. Pra um passar pro outro ali as suas experiências. Ai na hora que um sair, também continuar ali dentro. Servir de base de experiência, de esperança pro outro. Ó, o meu não tá assim mais, saiu tudo e tal. Ó, o meu tá assim, sabe? Eu acho. Legal. Uma coisa legal. Mas é difícil, né? Todo mundo quer ir. Eu iria. Eu iria (Familiar 8, 2025).

Aqui, o grupo é visto como um local de expressão de sentimentos e de elaboração das questões que se apresentam em suas realidades. Além disso, Vasconcelos (2021) sugere que os grupos possibilitam trabalhar a compreensão de variáveis que geram desconforto; na atenção às famílias, pode-se obter:

uma diminuição dos principais sintomas cotidianos mais leves de sofrimento mental [...] desenvolver estratégias para lidar melhor com os sintomas mais difíceis. [...] A quebra do isolamento social é uma dimensão importante, porque os participantes criam identificações e amigos dentro do grupo, passam a se telefonar e se encontrar fora do grupo [...] as trocas e experiências sobre os efeitos colaterais indesejáveis dos medicamentos psiquiátricos os ajudam a compreender esses efeitos (Vasconcelos, 2021, p. 253).

Como apoio ao familiar, a participação no grupo possibilita a construção de um lugar na sociedade e pertencimento, além de permitir o desenvolvimento de conhecimentos com outros integrantes para que possam se sentir mais seguros no contato e na discussão de casos com médicos e outros profissionais da equipe. Dessa forma, questiona-se o poder médico e possibilita-se a verticalidade de saberes que se complementam: o médico, com o seu saber acadêmico, e o familiar, por meio da participação e do compartilhamento de experiências.

Outro ponto que se destaca é a proposta de acompanhamento desde a infância, quando a pessoa já apresenta alterações comportamentais que justifiquem a atenção da rede de saúde mental. A intensificação do cuidado infantil como diretriz da proposta de trabalho pode contribuir para a prevenção de agravos, sendo esta já prevista na RAPS:

Com certeza, porque quando a pessoa chega num estágio mais avançado, que é hoje que meu filho, no caso, está. Se lá atrás eu tivesse tido um suporte pra dar pra ele, realmente, muita coisa poderia ter evitado ele chegar de ser como usuário. Por quê? Por que eu falo isso? Porque hoje, atrás desse barranco que a gente trabalha, faz força, corre atrás de um e corre atrás de outro, e dá um suporte melhor, eu evitei

muita coisa perigosa na vida dele. Muita coisa. Então, eu acredito assim, quando apresenta ajuda na infância, já teria que ser dali (Familiar 12, 2025).

No relato do Familiar 12, a presença do tempo no desenvolvimento do indivíduo é evidenciada na percepção da mãe. Isso remete ao conceito de cronossistema; assim, o microtempo demonstra que a descontinuidade das ações de acompanhamento do sujeito interfere em seu desenvolvimento ao longo da vida. Ações de acompanhamento por equipe multiprofissional em interação com a família e a pessoa contribuem para a formação dos sujeitos.

Contudo, por meio do mesotempo, a dificuldade de interação entre serviços e família afetam o desenvolvimento da pessoa, assim como a falta de intervenções com o usuário de substância psicoativa interfere no funcionamento familiar. Dessa forma, o desamparo diante das ações dos serviços de saúde aparece acrescido da afirmação de que os serviços podem contribuir com acompanhamentos para a formação da pessoa e, de modo indireto ou direto, para o funcionamento da família.

É pertinente considerar que, na realização de um projeto preventivo, deve-se contar com uma equipe multiprofissional, o que não desresponsabiliza a família de seu papel nas ações com o indivíduo. Desta forma, a família partilha responsabilidades com o Estado, instituições do terceiro setor e o setor privado. Reitera-se aqui a importância de não responsabilizar a família por um cuidado que ela não consiga prover sem o apoio necessário.

Silva e Dessen (2005), ao tratarem das intervenções preventivas no cuidado à pessoa – o que reflete no cuidado à família –, apontam pilares a serem considerados na infância: interação entre genitores e crianças; acontecimentos significativos na vida da criança desde a concepção; características sociodemográficas; características ecológicas da família; e a saúde da família. No contexto infantil, as autoras indicam a relevância desses fatores no desenvolvimento da criança; contudo, tais preceitos podem ser transpostos para outras etapas da vida, visto que atuar sobre as possibilidades, potencialidades e fragilidades são aspectos que contribuem em todos os momentos. Fatores ambientais somados a aspectos individuais contribuem para o comportamento do indivíduo em diferentes fases.

Uma ação que surgiu no relato de poucos familiares, mas que remete à fala dos profissionais, refere-se aos grupos de familiares baseados na Redução de Danos. Percebe-se que, apesar da importância dessa estratégia para o desenvolvimento da relação como parte do mesossistema e do exossistema, explorou-se pouco a interação entre os dois ambientes a partir dessa proposta.

No cuidado sob a perspectiva da redução de danos, observa-se a interferência de teorias e resultados de pesquisas influenciando o nível macro. Assim, o desenvolvimento de teorias e a evolução de estudos e métodos de cuidado manifestam-se por meio do macrotempo, trazendo novos conceitos que propiciam novas elaborações no acompanhamento e na política social proposta. É importante apontar que a compreensão de que a redução de danos não se opõe à abstinência é fundamental entre familiares e profissionais; todavia, a RD contribui para a ampliação do cuidado.

Outro ponto de discussão é a expectativa por psicoterapia e orientações, que integram o acompanhamento esperado pelas famílias:

Eu gostaria também de passar psicólogo, assim, eu gostaria (Familiar 10, 2025).

O apoio à família, eu acho que é tudo. Porque a família, se ela não tiver uma boa estrutura, se ela não... Correr atrás pra se fortalecer diante do problema, fica todo mundo neurótico. [...] Sofre o filho, sofre a mãe, sofre o pai. E no final, quando dá a conclusão de tudo, todo mundo doente. Porque eu tô doente, meu marido tá doente, o meu filho é doente. Né? Então se for olhar, todos nós, a gente precisa... Nesse momento, tinha que estar passando por uma terapia familiar. Familiar. Acolhedora. Pra estar me escutando, escutando meu marido, escutando a versão do meu filho também. Porque por mais que eu seja uma mãe querendo entender, eu não sei... O psicológico, eu não tenho esse conhecimento. Entendeu? Então, é onde que o conflito começa a crescer. Porque eu não tenho entendimento, eu tô ajudando, ele acha que eu tô contra ele. E assim com o marido também. Né? Porque a gente sempre quer falar o melhor pra eles e não, você tá cobrando, isso é cobrança. Mas não é, isso é... É... Ansiedade de que tudo fica bem. Né? Então, eu acho que se tivesse um acolhimento familiar, era tudo de bom pra todo mundo que tá passando por isso. Isso é de experiência própria mesmo. É isso! (Familiar 12).

O psicólogo aparece no papel de acolher o sofrimento e possibilitar uma reelaboração das situações vivenciadas, sendo proposta a terapia familiar como uma intervenção que cuide de todos os entes. Outros métodos grupais podem contribuir com propostas preconizadas pelo SUS que consideram a dinâmica familiar no suporte às pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas.

Referente ao cuidado direcionado ao familiar, surge o auxílio para que a pessoa que a pessoa que faz uso de substância psicoativa alcance a independência financeira:

*O paciente não tem a possibilidade de trabalhar, que conseguisse um auxílio do INSS. Entendeu? Porque agora eu sou mãe, né? Eu pago o lugar, aí fica pesado pra mim. Tem que comprar o medicamento, tem que comprar roupa pra ele, tem que comprar tudo pra ele. Ele tem impossibilitado mesmo de trabalhar, Dr. *** falou. Ele tem impossibilitado de trabalhar, que a metade do fígado dele tá igual a uma gelatina (Familiar 6, 2025).*

Contudo, no trabalho intersetorial, dois aspectos mostram-se relevantes: a *necessidade de apoio para suprir as necessidades básicas de sobrevivência dos membros da família e a importância de que os serviços de saúde e assistência social atuem de forma articulada.*

6.3 Propostas diante das dificuldades

Em meio aos conteúdos emergentes nas entrevistas com familiares e profissionais, foram descritas potencialidades e fragilidades no acompanhamento das famílias e da pessoa que faz uso prejudicial de substância psicoativa. Dessa forma, para além do que foi proposto pelos entrevistados, a pesquisa considera relevante trazer aspectos que contribuem para as ações e processos de acompanhamento.

No que refere ao acolhimento das famílias, no primeiro momento, faz-se importante considerar a proposta de uma *entrevista de ajuda*. O autoconhecimento permite que o profissional se libere para uma escuta que visa compreender e interessar-se pela demanda do outro. Assim, ele agirá com honestidade e atenção, mesmo diante de pessoas que demonstrem impulsividade ou agressividade nas interações. O ponto central reside em não enfatizar tais comportamentos em um primeiro momento, já que a ansiedade do próprio profissional em atuar pode dificultar o estabelecimento da relação (Benjamin, 2011).

Na situação de entrevista de aconselhamento, o profissional deve considerar que, embora o encontro seja iniciado pelo entrevistador, é necessário possibilitar o momento de fala do sujeito sobre o que o levou àquele local, sem interpelações ou indução de conteúdo. Na intervenção, o indivíduo realizará sua construção a partir do próprio processo, com o auxílio do profissional e de outros contextos de sua vida (Benjamin, 2011).

Tudo isso se mostra relevante pelo fato de o profissional ser responsável por conduzir a intervenção adequadamente, possibilitando o desenvolvimento do sujeito, embora não possa determinar ou controlar o resultado construído pelo outro. Para cuidar do próximo, o profissional precisa desenvolver o processo de cuidar de si. Da mesma forma que os profissionais, os familiares podem realizar tal proposta.

De acordo com Benjamin (2011), profissionais que se conhecem e possuem clareza sobre seus sentimentos e comportamentos apresentam maior facilidade para entender o outro. Portanto, quanto mais o profissional conhece o seu “eu”, maior é a facilidade em evitar que suas intervenções sejam conduzidas por questões pessoais. A liberação para a escuta possibilita maior confiança e envolvimento da outra pessoa no processo, por meio de ações que demonstrem a responsabilidade do indivíduo por seus atos, pensamentos e sentimentos, além

do apoio do profissional ao acreditar na capacidade do outro de desenvolver recursos e estimular a mudança.

Dessa forma, o cuidar de si pelo profissional contribui como um processo proximal no acompanhamento da família e do usuário de substância psicoativa. Além de atuar como contexto de cuidado e envolvimento, o compartilhamento de responsabilidades possibilita o desenvolvimento da pessoa.

Somado ao cuidado de si, o profissional contribui com ações que permitem ao familiar cuidar-se, incentivando o prestar atenção em si mesmo por meio da concentração e do silêncio interior; da concessão de tempo, da busca pelo essencial, do cultivo da energia vital e do registro do pensamento (Mortari, 2024). Sobre o prestar atenção em si mesmo, Mortari (2024, p. 264) afirma:

Atenção significa saber concentrar-se sobre o presente [...] não como olhar para o externo, mas sobre o interno da vida da mente. [...] É necessária uma preparação da alma que consiste em examinar os nossos apegos ao já transcorrido e as expectativas com relação ao tempo vindouro, já que tomar consciência das tendências que nos mantêm distraídos do presente é o caminho necessário para desenvolver uma reflexão que se atém à atualidade da experiência.

Acompanhada pela atenção ao presente, destaca-se a importância do silêncio interior. Mortari (2024, p. 273) auxilia no entendimento de que:

Fazer o silêncio interior significa desativar o essencial para deixar que apenas o irrenunciável se enraíze nos tecidos da mente [...] Não existe um critério a priori para decidir aquilo que se deve calar; cada um precisa avaliar por si a partir de um exame atento e detalhado do impacto de certas ideias, certas convicções, certos modos de sentir produzem na vida. [...] é possível reconhecer como lesivas todas as teorias que pretendem para si mesmas um valor definitivo ou aquelas expectativas que levam a limitar a experiência somente em torno de objetivos determinados.

Assim sendo, os profissionais podem contribuir com orientações, escuta e acolhimentos dos familiares; contudo, o processo de compreensão e decisão de cada indivíduo faz parte da escuta de um silêncio interior que é individualizado. Assim, técnicas de intervenções grupais ou individuais auxiliarão no processo, mas não terão eficácia idêntica para todos, visto que as características pessoais permitem que cada um ressignifique a vida a partir de suas particularidades. As necessidades e os silêncios individuais atuarão conjuntamente com as intervenções.

Antes de prosseguir para as intervenções indicadas no acompanhamento aos familiares, nota-se a importância de aprofundar a discussão sobre o cuidar de si. Trata-se de encontrar tempo para cuidar da alma, possibilitando consistência no cuidado ao longo do tempo e sentido

na ação proposta, buscando o essencial para direcionar energia ao que realmente possui valor e não sobrecarrega a mente (Mortari, 2024).

Como citado anteriormente nesta tese, algumas intervenções são indicadas no acompanhamento e funcionam como diretriz de conduta para o trabalho com familiares, integradas ao processo de cuidar de si. De acordo com Vasconcelos (2021), certas ações na rede de saúde mental podem resultar no aumento do protagonismo dos usuários e de seus familiares. Algumas propostas já foram detalhadas, enquanto outras surgem neste momento:

- Participação dos envolvidos na construção e evolução do PTS;
- Estímulo ao funcionamento do GAM¹⁶;
- Execução de ações de incentivo aos trabalhadores de suporte de pares¹⁷;
- Formação e fortalecimento de associações de usuários e familiares;
- Efetivação de assembleias em serviços de saúde mental, com participação de familiares, usuários e gestores;
- Produção e acesso a material informativo sobre os serviços e formas de participação;
- Estímulo ao desenvolvimento de redes sociais para trocas de experiência;
- Formação profissional (graduação, pós-graduação e educação permanente);
- Criação de centros de convivência com a participação das famílias;
- Promoção de mecanismos de mobilização para obtenção de medicamentos;
- Estímulo à participação em pesquisas que possibilitem dar voz aos usuários e familiares.

Para as famílias em situação de vulnerabilidade financeira, no que refere ao trabalho de pares, Vasconcelos (2021, p. 481) propõe: “incluir lideranças e familiares com maior experiência no convívio com o transtorno como trabalhadores de suporte de pares, via bolsa de trabalho ou, preferencialmente, via contrato CLT, nas equipes de saúde mental dos serviços”. O trabalho de pares pode contribuir para o desenvolvimento do familiar em aspectos sociais e emocionais. Por meio do trabalho formalizado, o familiar terá possibilidades de melhoria financeira e, simultaneamente, poderá desenvolver aspectos emocionais ligados ao pertencimento no mercado de trabalho e à inserção social.

¹⁶ GAM (Guia Autônomo da Medicação): “visa aumentar o conhecimento os usuários e familiares sobre seu corpo e mente; sobre os principais sintomas dos transtornos; sobre os melhores medicamentos, suas dosagens, formas de atuação, efeitos principais na vida e os efeitos colaterais indesejáveis; sobre como empoderar os usuários e familiares para negociar com o psiquiatra ou médico a diminuição desses efeitos e da própria medicação; e sobre como realizar estratégias alternativas de lidar com o transtorno no dia a dia” (Vasconcelos, 2021, p. 480).

¹⁷ Refere-se à inclusão de familiares e usuários como trabalhadores na rede de saúde mental por meio do suporte entre pares, com o trabalho devidamente reconhecido via bolsas de auxílio ou contratos de trabalho (Vasconcelos, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que se refere ao cuidado prestado às pessoas que fazem uso de substância psicoativa e às suas famílias, encontram-se facilitadores e dificultadores desse processo no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

A partir da teoria de Bronfenbrenner, foi possível discutir aspectos da pessoa, dos contextos e dos processos que ocorrem ao longo do tempo. Assim, alcançou-se o objetivo de analisar as intervenções direcionadas ao familiar da pessoa que faz uso prejudicial de substância psicoativa, bem como as expectativas da família e dos profissionais de saúde mental em relação ao acompanhamento.

Inicialmente, realizou-se um estudo teórico para a compreensão da Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner, dos princípios e proposta da Rede de Atenção Psicossocial, da política social brasileira e suas marcas na saúde mental, da Reforma Psiquiátrica no contexto brasileiro e do papel da família no cuidado em saúde mental.

Em consonância com o referencial teórico, realizou-se uma revisão integrativa, por meio da qual pôde reafirmar a relevância do cuidado destinado à família e as dificuldades na execução do acompanhamento. Isso demonstra a necessidade da inclusão das famílias na conduta proposta ao usuário de substância psicoativa, visto que as intervenções com familiares qualificam e contribuem o processo terapêutico.

Nesta etapa do estudo, evidenciou-se que, nas pesquisas brasileiras, as reuniões grupais destinadas aos familiares figuram como a intervenção que possibilita orientar quanto ao cuidado do indivíduo que faz uso prejudicial de substância psicoativa, além de permitir a escuta do familiar e o compartilhamento de sentimentos. A articulação do serviço especializado com a Atenção Primária à Saúde mostrou-se fundamental nesse processo. Em estudos internacionais, prevaleceram intervenções com grupos de controle e protocolos estruturados.

Por meio das entrevistas de campo, foi possível organizar os conteúdos emergentes e discutir a importância da família e dos profissionais da RAPS no acompanhamento dos usuários de substâncias psicoativas. A expectativa de cura por parte dos familiares e a proposta de cuidado em serviços de lógica manicomial – na visão dos profissionais da rede – estiveram presentes nos relatos. A carência de informações sobre as propostas dos serviços para familiares e profissionais evidenciou a necessidade de formação continuada para as equipes que atuam na RAPS. Contudo, ficou evidente que características individuais do profissional influenciam as condutas; portanto, o conhecimento técnico pode orientar a prática, mas não a determinar isoladamente.

Sugere-se que a proximidade com a família permite aos profissionais maior eficácia no cuidado ao usuário. Indica-se que a família seja assistida de maneira individual ou grupal, com orientações sobre o acompanhamento e os objetivos das intervenções construídas com o sujeito. Além disso, é essencial escutar e auxiliar a família inserida no cuidado, em uma perspectiva que transcenda a merca medicalização de sintomas de tristeza e estresse.

A influência de familiares e serviços no cuidado direcionado às pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas é perpassada por sistemas sociais, políticos, de saúde e de educação, que interferem no comportamento dos profissionais e na percepção que possuem das famílias.

Percebe-se a necessidade de aprimoramentos para o desenvolvimento de uma Rede de Atenção Psicossocial pautada no cuidado integral e humanizado. O funcionamento do SUS enfrenta desafios como o redirecionamento de políticas públicas, a interrupção de ações contínuas, limitações no financiamento e o enfraquecimento de dispositivos substitutivo – fatores que dificultam a consolidação de práticas territorializadas e o apoio efetivo às famílias.

Nos relatos de profissionais e familiares, identificou-se ainda a presença de práticas conservadoras, como o fortalecimento das comunidades terapêuticas. Estas operam, muitas vezes, à margem dos princípios da Reforma Psiquiátrica, contando com financiamento público e respaldo político, o que se revela mais presente na perspectiva dos familiares. Em contrapartida, os profissionais apresentam em seus relatos o conceito de redução de danos, embora manifestem dificuldades teóricas e práticas em relação à execução das ações.

Nos conteúdos enfatizados nas entrevistas, profissionais e familiares apresentam perspectivas similares sobre o papel da família, atribuindo-lhe a função central de cuidar. No que se refere à responsabilização da família na concepção de cuidado, nota-se o lugar de destaque que esta ocupa, o que revela a importância de atentar para a não responsabilização e culpabilização do núcleo familiar, principalmente frente às lacunas nas ações propostas pelo Estado.

Diante dos dados encontrados, percebeu-se a necessidade de educação em saúde direcionada aos profissionais e de conscientização da população sobre direitos humanos e princípios que regem a Política de Saúde Mental. Inserir a família no processo de cuidado ultrapassa propostas terapêuticas, considerando o próprio funcionamento do Estado brasileiro.

Existe a necessidade de *incentivo à participação popular nas decisões*, a partir de uma visão crítica do funcionamento da política social brasileira. A política de saúde mental no Brasil continua operando sob a lógica de um Estado excludente e conservador, herdeiro de uma formação social marcada pelo patriarcalismo, pelo racismo estrutural e pela precarização das políticas sociais.

Ademais, evidenciou-se a importância de que tanto o profissional quanto o familiar pratiquem o autocuidado. Por meio da tomada de consciência de questões internas e de um processo de atenção às prioridades e valores, o cuidado de si mostra-se relevante para a sustentação do cuidado com o outro.

Até o momento, percebe-se que, mesmo diante de diversas dificuldades, almeja-se um SUS universal, com uma Rede de Atenção à Saúde que desenvolva plenamente as ações psicossociais no Brasil. Entre os aspectos desafiadores para o funcionamento do sistema, destacam-se as transformações demográficas e epidemiológicas, que apontam para a necessidade de mudança no modo de funcionamento visando à promoção intersetorial da saúde, à integração dos serviços e ao foco em ações centralizadas no cuidado com apoio e participação da família, respeitando suas potencialidades e fragilidades.

A política de desinstitucionalização, implementada no âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira, embora respaldada por avanços legais e normativos, não foi acompanhada por transformações estruturais capazes de assegurar apoio e condições dignas às famílias que acompanham seus entes em sofrimento decorrente do uso de substância psicoativa.

Como sugestão para futuras investigações, propõe-se o aprofundamento da análise sobre os impactos psicossociais do cuidado para os familiares, com especial atenção às intersecções entre gênero, raça e classe. Ademais, pesquisas que explorem os mecanismos de suporte oferecidos pelas redes comunitárias e pelas políticas públicas locais podem contribuir para o fortalecimento da atenção psicossocial e para a efetivação dos princípios da Reforma Psiquiátrica em sua integralidade.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, M. T. Família, trabalho e reprodução social: limites na realidade brasileira. In: DUARTE, M. J. O.; ALENCAR, M. M. T. (Orgs.). **Família e famílias: práticas sociais e conversações contemporâneas**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.
- AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
- ASSALIN, A. C. B.; ZERBETTO, S. R.; RUIZ, B. O.; CUGLER, P. S.; PEREIRA, S. S. Facilidades de adesão familiar no tratamento da dependência química: percepção dos familiares. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 17, n. 1, p. 17-25, 2021. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2021.150251>
- BAMBIRRA, V. As condições e características do desenvolvimento dos países cuja industrialização foi produto da expansão e transformação do setor primário-exportador. In: BAMBIRRA, V. **O capitalismo dependente latino-americano**. Florianópolis: Insular, 2024. p. 63-102.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2008.
- BECK, U. Individualização, institucionalização e padronização das condições de vida e dos modelos biográficos. In: BECK, U. **A sociedade do risco: rumo a uma outra modernidade**. São Paulo: Editora 34, 2011.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2018.
- BENETTI, I. C.; VIEIRA, M. L.; CREPALDI, A. M.; SCHNEIDER, D. R. Fundamentos de la teoría bioecológica de Urie Bronfenbrenner. **Pensando Psicología**, v. 9, n. 16, p. 89-99, 2013. <https://doi.org/10.16925/pe.v9i16.620>
- BENJAMIN, A. **A entrevista de ajuda**. 13.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- BEZERRA JUNIOR, B. A psiquiatria e a gestão tecnológica do bem-estar. In: FREIRE FILHO, J. (Org). **Ser feliz hoje: reflexões sobre o imperativo da felicidade**. São Paulo: FGV, 2010. p. 117-134.
- BORGES, C. F.; BAPTISTA, T.W. F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 456-468, 2008. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200025>
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 set. 2021.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/11026.htm. Acesso em: 20 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 251, de 31 de janeiro de 2002**. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_251.pdf. Acesso em: 15 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf. Acesso em: 16 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 20 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Memória da loucura: apostila de monitoria**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memoria_loucura_apostila_monitoria.pdf. Acesso em: 10 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 12 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 34). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 12 nov. 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Caderno de orientações técnicas: atendimento no SUAS às famílias e aos indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social por violação de direitos associada ao consumo de álcool e outras drogas**. Brasília, DF: MDS, 2016. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/acervosocial/wp-content/uploads/sites/7/2017/08/155.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2017a. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 18 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF: MS, 2017b.

Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 23 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**.

Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF: MS, 2019. Disponível em:

https://abrasco.org.br/wp-content/uploads/2019/02/11_23_14_123_Nota_T%C3%A9cnica_no.11_2019_Esclarecimento_s_sobre_as_mudan%C3%A7as_da_Politica_de_Sa%C3%BAde_Mental.pdf. Acesso em: 28 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário Saúde Brasil: substâncias psicoativas**. 18 jan. 2023. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/glossario/substancias-psicoativas>. Acesso em: 22 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **CNESNet**. Disponível em:

https://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp. Acesso em: 11 nov. 2024.

BRIGHAM, G. S.; SLESNICK, N.; WINHUSEN, T. M.; LEWIS, D. F.; GUO, X.; SOMOZA, E. A randomized pilot clinical trial to evaluate the efficacy of Community Reinforcement and Family Training for Treatment Retention (CRAFT-T) for improving outcomes for patients completing opioid detoxification. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 138, p. 240-243, 2014. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.02.013>

BRONFENBRENNER, U. Ecological system theory. In: VASTA, R. (Org.). **Six theories of child development**. London: Jessica Kingsley, 1992. p. 187-243.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre: Artmed, 1996.

BRONFENBRENNER, U.; CECI, S. J. Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: a biological model. **Psychological Review**, v. 101, n. 4, p. 568-586, 1994.

<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-295X.101.4.568>

BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P. A. phenomenology and ecological systems theory: development of diverse groups. In: LERNER, R. (Ed.). **Theoretical models of human development**. 5.ed. New York: Wiley, 1998. p. 993-1028. (Handbook of Child Psychology, 1).

BUENO, R. C. O modelo territorial em saúde mental de Trieste: singularidades do cuidado nas desvantagens sociais. In: RIOS, A. R.; MACHADO, A. R.; RIBEIRO, G. D.; PEREIRA, J. A.; MORELO, L.; MORAES, P. R. L. (Orgs.). **Nada será como antes: invenções cotidianas para o cuidado em liberdade nas Redes de Atenção Psicossocial**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2024.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M.; IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.
<https://doi.org/10.9788/TP2013.2-16>

CARNEIRO, H. O uso de drogas na sociedade. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Álcool e outras drogas: da coerção à coesão**. Florianópolis, SC: UFSC, 2014. (Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas, da Coerção à Coesão).

CARNEY, L. F. Experiência de formação política dos usuários em oficinas e eventos promovidos pela Associação dos Usuários dos serviços de saúde mental de Minas Gerais: possibilidades e desafios. In: RIOS, A. R.; MACHADO, A. R.; RIBEIRO, G. D.; PEREIRA, J. A.; MORELO, L.; MORAES, P. R. L. (Orgs.). **Nada será como antes: invenções cotidianas para o cuidado em liberdade nas Redes de Atenção Psicossocial**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2024.

CECILIO, L. C. O.; CARAPINHEIRO, G.; ANDREAZZA, R.; SOUZA, A. L. M.; ANDRADE, M. G. G.; SANTIAGO, S. M.; ...; SPEDO, S. M. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 7, p. 1502-1514, 2014. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00055913>

CISLAGHI, J. F. **Do neoliberalismo de cooptação ao ultraneoliberalismo: respostas do capital à crise**. 8 jun. 2020. Disponível em: <https://esquerdaonline.com.br/2020/06/08/do-neoliberalismo-de-cooptacao-ao-ultraneoliberalismo-respostas-do-capital-a-crise/>. Acesso em: 25 fev. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas – 2017**. Brasília DF: CFP, 2018. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas_web.pdf. Acesso em: 30 jan. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) em políticas públicas de álcool e outras drogas**. Brasília, DF: CFP. 2. ed. Brasília: CFP, 2019. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/09/AlcooleOutrasDrogas_web-FINAL.pdf. Acesso em: 10 fev. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório de diligência de instrução na comunidade terapêutica “Desafio Jovem Maanaim”**. Brasília, DF: CFP, 2020. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2021/08/Relatorio-Diligencia-de-Instrucao-na-Comunidade-Terapeutica-Desafio-Jovem-Maanaim.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Serviço social e a inserção de assistentes sociais nas comunidades terapêuticas no Brasil**. Brasília, DF: CFESS, 2018. (Relatório de Fiscalização). Disponível em: https://www.cfess.org.br/uploads/revista/3954/QmvpaTzKrrcphhXUJUz_k0TWx2EYqADH.pdf. Acesso em: 13 abr. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Discriminação contra a população usuária da saúde mental**. Brasília, DF: CFESS, 2022. (Série Assistente Social no Combate ao Preconceito, 8). Disponível em: <https://www.cfess.org.br/uploads/revista/4015/ENLZaDRQAc16jXMo566c6xTgHMZOBdHP.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2026.

COPETTI, F.; KREBS, R. J. As propriedades da pessoa na perspectiva do paradigma bioecológico. In: KOLLER, S. H. (Org.). **Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil**. 2.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2018. p. 67-90.

CORDEIRO JUNIOR, Q. **Nota de avaliação crítica da Nota Técnica 11/2019 - Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas**. 4 fev. 2019. Disponível em: <https://transparencia.cfp.org.br/wp-content/uploads/sites/24/2019/02/Note-tecnica-Saude-Mental.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2025.

COSENTINO, S. F.; VIANNA, L.A.C.; SOUZA, M. H. N.; PERDONSSINI, L. G. B. Características de cuidadores familiares e de usuários de drogas. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 11, n. 6, p. 2400-2407, 2017. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i6a23403p2400-2407-2017>

COSTA, E. V. Urbanização no Brasil no século XIX. In: COSTA, E. V. **Da monarquia à república**. 6.ed. São Paulo: UNESP, 1999. p. 233-270. Disponível em: <https://www.unijales.edu.br/library/downebook/id:459>. Acesso em: 30 set. 2025.

COSTA, R. O.; SILVA, A. X. A política de saúde mental e drogas no Brasil em tempos ultraneoliberais. **Revista Em Pauta: Teoria Social e Realidade contemporânea**, v. 22, n. 54, 2024. <https://doi.org/10.12957/rep.2024.80190>

COUTO, B. R. R. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** São Paulo: Cortez, 2010.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2.ed. Tradução de Luciana de Oliveira da Rocha. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

DAY, E.; COPELLO, A.; SEDDON, J. L.; CHRISTIE, M.; BAMBER, D.; POWELL, C.; ...; FREEMANTLE, N. Pilot study of a social network intervention for heroin users in opiate substitution treatment: study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, v. 14, 264, 2013. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-14-264>

DESSEN, M. A. Estudando a família em desenvolvimento: desafios conceituais e teóricos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 30, p. 202-219, 2010. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000500010>

DESSEN, M. A.; COSTA JR., A. L. **A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

EDWARDS, G.; MARSHALL, E.J.; COOK, C.C.H. **O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais de saúde**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ENGELS, F. Barbárie e civilização. In: ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. São Paulo: Boitempo, 2019.

FIGUEIREDO, G. R. **A evolução do hospício no Brasil**. 1996. 238f. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1996. Disponível em: <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/13527>. Acesso em: 14 out. 2025.

FIGUEIRÓ, M.; DIMENSTEIN, M. Rede de saúde mental e acolhimento para as famílias que sofrem com problemas decorrentes do uso de drogas no município do Natal, Rio Grande do Norte. **Psicología, Conocimiento y Sociedad**, v. 10, n. 1, p. 81-100, 2020. Disponível em: <https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/558>. Acesso em: 11 jan. 2025.

FREITAS, M. E. Tecendo a clínica: princípios e diretrizes. **Caderno de Saúde Mental**, p. 97-100, 2007. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/colecciones/2007/27341/27341-290.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2025.

GONÇALVES, J. R. L.; CANASSA, L. W.; CRUZ, L. C.; PEREIRA, A. R.; SANTOS, D. M.; GONÇALVES, A. R. Adesão ao tratamento: percepção de adolescentes dependentes químicos. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, v. 15, n. 1, p. 57-83, 2019. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.000415>

GRUPO ANIMA EDUCAÇÃO. **Revisão bibliográfica sistemática integrativa: a pesquisa baseada em evidências**. Belo Horizonte: Grupo Anima Educação, 2014. (Manual). Disponível em: http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/06/manual_revisao_bibliografica-sistemática-integrativa.pdf. Acesso em: 10 jun. 2020.

GUIMARÃES, T. A. A.; ROSA, L. C. S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão**, v. 22, n. 44, p. 111-138, 2019. Disponível em: https://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/osq_44_art5.pdf. Acesso em: 20 jun. 2022.

HELLUM, R.; NIELSEN, A. S.; BISCHOF, G.; ANDERSEN, K.; HESSE, M.; EKSTRØM, C. T.; BILBERG, R. Community reinforcement and family training (CRAFT) - design of a cluster randomized controlled trial comparing individual, group and self-help interventions. **BMC Public Health**, v. 19, 307, 2019. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6632-5>

HENRIQUES, B. D.; ROCHA, R. L.; REINALDO, A. M. S. Use of crack and other drugs among children and adolescents and its impact on the family environment: an integrative literature review. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 25, n. 3, e1100015, 2016. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016001100015>

HENRIQUES, B. D.; REINALDO, A. M. S.; AYRES, L. F. A.; LUCCA, M. S.; ROCHA, R. L. Uso de crack e outras drogas: percepção familiar em relação a rede de suporte em um centro de referência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 10, p. 3453-3462, 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.13462016>

HIRDES, A.; MARCON, G.; BRANCHI, R. N.; VIVIAN, A. G. Prevenção ao uso de álcool e outras drogas e tratamento na Atenção Primária à Saúde em um município do Sul do Brasil. **Aletheia**, n. 46, p. 74-89, 2015. Disponível em: <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/aletheia/article/view/3233/2382>. Acesso em: 10 jul. 2020.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social brasileiro em tempos de mundialização do capital**. In: YAZBEK, M. C.; IAMAMOTO, M. V. Serviço social na história: América Latina, África e Europa. São Paulo: Cortez, 2019. p. 34-61. Disponível em: https://www.u-cursos.cl/facso/2025/1/MTS0001/1/material_docente/bajar?id=8844061&bajar=1. Acesso em: 22 mar. 2025.

LARANJEIRA, R.; SAKIYAMA, H.; PADIN, M. F. R.; MITSUHIRO, S.; MADRUGA, C. S. **LENAD Família**: levantamento nacional de famílias dos dependentes químicos. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD)/UNIFESP, 2013. Disponível em: <https://spdm.org.br/noticias/lenad-familia-levantamento-nacional-de-familias-dos-dependentes-quimicos/>. Acesso em: 20 jun. 2020.

LAVEZZO, B. O.; HERR, J. F.; MICHELI, D.; SILVA, E. A.; REICHERT, R. A. Atenção psicossocial a usuários de álcool e outras drogas: um estudo dos profissionais de um município sul-brasileiro. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 21, e02128222, 2023. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2128>

LEMES, A. G.; ROCHA, E. M.; NASCIMENTO, V. F.; SILVA, L. S.; ALMEIDA, M. A. S. O.; VILLAR, M. A. L. Caracterização de usuários de drogas psicoativas residentes em comunidades terapêuticas no Brasil. **Enfermería Global**, v. 19, n. 58, p. 421-435, 2020. <https://doi.org/10.6018/eglobal.389381>

LIMA, M. M. G. **O pedido de internação compulsória para os usuários de álcool e outras drogas**: a família, os serviços e os contextos. 2021. 128f. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2021. Disponível em: <https://locus.ufv.br/handle/123456789/28078>. Acesso em: 30 mar. 2023.

LIMA, A. F. M. L.; ROSA, L. C. S. Judicialização da questão social na saúde mental como direito de subsistência perversa. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 8, 2017, São Luís, MA. **Anais...** São Luís: UFMA, 2017.

LIMA, M. M. G.; REIS, L. P. C. Familismo e saúde mental: a pessoa que usa álcool e drogas e sua família. **Serviço Social em Revista**, v. 27, n. 3, p. 763-785, 2024. <https://www.doi.org/10.5433/1679-4842.2024v27n3p763>

LIMA, M. M. G.; REIS, L. P. C.; RIBEIRO, D. B. Política de saúde mental no Brasil: tendências atuais e o foco no familismo. **Serviço Social e Saúde**, v. 23, e024012, 2025. <https://www.doi.org/10.20396/sss.v23i00.8676819>

LOBOSQUE, A. M. Um desafio à formação: nem a fuga da teoria, nem a recusa da invenção. In: LOBOSQUE, A. M. (Org.). **A reforma psiquiátrica que queremos por uma clínica antimanicomial**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2007.

LOBOSQUE, A. M. O técnico de referência no CAPS: o que ele faz. In: RIOS, A. R.; MACHADO, A. R.; RIBEIRO, G. D.; PEREIRA, J. A.; MORELO, L.; MORAES, P. R. L. (Orgs.). **Nada será como antes**: invenções cotidianas para o cuidado em liberdade nas Redes de Atenção Psicossocial. Belo Horizonte: ESP-MG, 2024.

MACHADO, A. R.; FARIA, A. R. A formação em saúde mental na Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais: apostas, estratégias e compromisso. In: RIOS, A. R.; MACHADO, A. R.; RIBEIRO, G. D.; PEREIRA, J. A.; MORELO, L.; MORAES, P. R. L. (Orgs.). **Nada será como antes: invenções cotidianas para o cuidado em liberdade nas Redes de Atenção Psicossocial**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2024.

MARINI, R. M. **A dialética da dependência**. In: MARINI, R. M. **Ruy Mauro Marini: vida e obra**. São Paulo: Expressão Popular, 2005. p. 131-172.

MARLATT, G. A. **Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

McCRADY, B. S.; EPSTEIN, E. E.; COOK, S.; JENSEN, N. K.; LADD, B. O. What do women want? Alcohol treatment choices, treatment entry and retention. **Psychology of Addictive Behaviors**, v. 25, n. 3, p. 521-529, 2011. <https://doi.org/10.1037/a0024037>

MEDEIROS, T. A.; NUNES FILHO, E. P. **Formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1977.

MENDES, E. V. Comentários sobre as redes de atenção à saúde no SUS. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, n. 52, p. 38-49, 2014. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2014/dezembro/1-b-divulgacao-52.pdf/@/@/download/file>. Acesso em: 25 set. 2025.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

MIOTO, R. C. T. Família contemporânea e proteção social: notas sobre o contexto brasileiro. In: FÁVERO, E. T. (Org.). **Famílias na cena contemporânea: (des)proteção social, (des)igualdades e judicialização**. Uberlândia: Navegando, 2020. p. 25-38.

MORAIS, H. M. M.; ALBUQUERQUE, M. S. V.; OLIVEIRA, R. S.; CAZUZU, A. K. I.; SILVA, N. A. F.. Organizações sociais da saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, e00194916, 2018. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194916>

MORTARI, L. **Cuidar de si**. Tradução de Dilson Daldoce Junior. Belo Horizonte: Artesã, 2024.

MURRAY, L. K.; KANE, J. C.; GLASS, N.; VAN WYK, S. S.; MELENDEZ F.; PAUL, R.; ...; BOLTON, P. Effectiveness of the Common Elements Treatment Approach (CETA) in reducing intimate partner violence and hazardous alcohol use in Zambia (VATU): a randomized controlled trial. **PLOS Medicine**, v. 17, 4, e1003056, 2020. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003056>

NACAMURA, P. A. B.; MARCON, S. S.; PAIANO, M.; SALCI, M. A.; RADOVANOVIC, C. A. T.; RODRIGUES, T. F. C. S.; GIACON, B. C. C. Guidelines to the families of mental health service users from the multi-professional team's perspective. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, v. 1, 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0389>

NARVAZ, M. G.; KOLLER, S. H. O modelo bioecológico do desenvolvimento humano. In: KOLLER, S. H. **Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 51-66.

NASI, C.; OLIVEIRA, G. C.; LACCHINI, A. J.; SCHNEIDER, J. F.; PINHO, L. B. Tecnologias de cuidado em saúde mental para o atendimento ao usuário de crack. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 1, p. 92-97, 2015. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.01.45934>

NASCIMENTO, L. T. R.; SOUZA, J.; GAINO, L. V. Relacionamento entre familiar e usuário de álcool em tratamento em um centro de atenção psicossocial especializado. **Texto e Contexto - Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 834-841, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015003610013>

ORFORD, J.; PADIN, M. F. R.; CANFIELD, M.; SAKIYAMA, H.; LARANJEIRA, R.; MITSUHIRO, S. S. The burden experienced by Brazilian Family members affected by their relatives' alcohol or drug misuse. **Drugs: Education, Prevention and Policy**, v. 26, n. 2, p. 157-165, 2019. <https://doi.org/10.1080/09687637.2017.1393500>

OSILLA, K. C.; PEDERSEN, E. R.; GORE, K.; TRAIL, T.; HOWARD, S. S. Study design to develop and pilot-test a web intervention for partners of military service members with alcohol misuse. **Addiction Science & Clinical Practice**, v. 9, 18, 2014. <https://doi.org/10.1186/1940-0640-9-18>

OSÓRIO, J. O Estado no capitalismo dependente. In: OSÓRIO, J. **O Estado no centro da mundialização: a sociedade civil e o tema do poder**. 2.ed. São Paulo: Expressão Popular, 2019. p. 205-238.

PAIANO, M.; KURATA, V. M.; LOPES, A. P. A. T.; BATISTELA, G.; MARCON, S. S. The intervening factors on the treatment adherence of drug users assisted by a Caps-Ad. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 11, n. 3, p. 687-693, 2019. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.687-693>

PAIM, J. S. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde em Debate**, v. 23, n. esp., p. 15-28, 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S502>

POLONIA, A. C.; DESSEN, M. A.; SILVA, N. L. P. O modelo bioecológico de Bronfenbrenner: contribuições para o desenvolvimento humano. In: DESSEN, M. A.; COSTA JUNIOR, A. **A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras**. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 71-89.

PONTES, A. R. S.; NACAMURA, P. A. B.; PAIANO, M.; SALCI, M. A.; RADOVANOVIC, C. A. T.; CARREIRA, L.; ...; JAQUES, A. E. Compreendendo o atendimento prestado por equipe multiprofissional em centro de atenção psicossocial na percepção familiar. **Enfermagem em Foco**, v. 12, n. 1, p. 40-46, 2021. <https://dx.doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3839>

PROCÓPIO, E. R.; OLIVEIRA, L. A. C.; LIMA, M. M. G.; REIS, L. P. C. Avanços e desafios nas políticas sociais nas áreas da educação e saúde mental para as famílias das camadas populares. In: PEREIRA-SILVA, N. L.; MOREIRA, L. V. C. **Temas atuais sobre famílias em diferentes contextos e etapas do curso da vida**. São Paulo: Companhia Ilimitada, 2025. p. 181-209.

PRUDENCIO, J. D. L.; SENNA, M. C. M. Política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas: retrocessos nas concepções, desenho e financiamento. **Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**, v. 20, n. 49, p. 159-173, 2022.

REIS, L. M.; SANTA, C.J.; ALMEIDA, E. G.; RADOVANOVIC, C. A. T.; OLIVEIRA, M. L. F.. Familiares de usuários de substâncias psicoativas em busca de cuidado. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 14, 2020. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.244356>

RIBEIRO, D. C. Ciência, caridade e redes de sociabilidade: o Hospício de Pedro II em outras perspectivas. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 23, n. 4, p. 1153-1167, 2016. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702016005000023>

RIBEIRO, J. P.; GOMES, G. C.; MOTA, M. S.; LOPES, K. B. Aspectos que dificultam o tratamento do adolescente usuário de crack na rede de atenção psicossocial. **Journal of Nursing and Health**, v. 9, n. 3, e199303, 2019. <https://doi.org/10.15210/jonah.v9i3.14449>

ROSA, L. C. S. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicologia em Revista**, v. 11, n. 8, p. 205-218, 2005. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-11682005000200005&script=sci_arttext. Acesso em: 10 jun. 2022.

ROSA, L. C. S.; SILVA, E. K. B. Família na política brasileira de saúde mental, álcool e outras drogas. **Ser Social**, v. 21, n. 44, p. 199-222, 2019. https://doi.org/10.26512/ser_social.v21i44.23491

RYCHTARIK, R. G.; MCGILLICUDDY, N. B.; BARRICK, C. Web-based coping skills training for women whose partner has a drinking problem. **Psychology of Addictive Behaviors**, v. 29, n. 1, p. 26-33, 2015. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/adb0000032>

SANTOS, D. C. Da reforma psiquiátrica à atenção aos usuários de drogas: contribuições da Psicologia Social Crítica. In: RIOS, A. R.; MACHADO, A. R.; RIBEIRO, G. D.; PEREIRA, J. A.; MORELO, L.; MORAES, P. R. L. (Orgs.). **Nada será como antes: invenções cotidianas para o cuidado em liberdade nas Redes de Atenção Psicossocial**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2024.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 649-659, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000300002>

SILVA, N. L. P.; DESSEN, M. A. Intervenções precoce e família: contribuições do modelo bioecológico de Bronfenbrenner. In: DESSEN, M. A.; COSTA JUNIOR, A. **A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras**. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 152-167.

SILVEIRA, P. S.; MONTEIRO, E. P.; NERY, F. C.; FERREIRA, G. C. L.; NOTO, A. R.; RONZANI, T. M. Terapia de aceitação e compromisso (ACT): estratégias de redução de estigma associado à dependência de substâncias. In: ROZANI, T. M. **Intervenções e inovações em álcool e outras drogas**. Juiz de Fora: UFJF, 2014. p. 135-154.

- SILVEIRA, R. M. P.; SILVA, M. R. S.; FARIAS, F. L. R.; MONIZ, A. S. B.; VENTURA, J. Autonomy and social reintegration: perception of families and professionals who work with harm reduction. **Ciência Cuidado Saúde**, v. 16, n. 3, p. 1-7, 2017.
<http://www.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v16i3.34299>
- SLESNICK, N.; ZHANG, J. Family systems therapy for substance-using mothers and their 8- to 16-year-old children. **Psychology of Addictive Behaviors**, v. 30, n. 6, p. 619-629, 2016.
<https://doi.org/10.1037/adb0000199>
- SOARES, R. H.; OLIVEIRA, M. A. F.; PINHO, P. H. Avaliação da atenção psicossocial em álcool e drogas na perspectiva dos familiares dos pacientes. **Psicologia & Sociedade**, v. 31, e214877, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1135909>. Acesso em: 2 fev. 2024.
- SOCOL, K. L. S.; TERRA, M. G.; RIBEIRO, D. B.; TEIXEIRA, J. K.S.; SIQUEIRA, D. F.; MOSTARDEIRO, S. C. T. S. O cotidiano das relações familiares com indivíduo dependente químico. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 116-122, 2014.
<https://doi.org/10.5380/ce.v19i1.35967>
- SOUZA, C. L. S. A indissociabilidade entre racismo e superexploração da força de trabalho no capitalismo dependente. **Serviço Social & Sociedade**, v. 146, n. 1, p. 16-35, 2023.
<https://doi.org/10.1590/0101-6628.301>
- SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P. A rede social de indivíduos sob tratamento em um CAPS ad: o ecomapa como recurso. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 2, p. 373-383, 2009. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000200017>
- SOUZA, G.; SOARES, M. G. M. Contrarreformas e recuo civilizatório: um breve balanço do governo Temer. **Ser Social**, v. 21, n. 44, p. 11-28, 2019.
https://doi.org/10.26512/ser_social.v21i44.23478
- STEIN, R. H. Configuração recente dos programas de transferência de renda na América Latina: focalização e condicionalidade. In: BOSCHETTI, I.; BEHRING, E. R.; SANTOS, S. M. M.; MIOTO, R. C. T. (Orgs.). **Política social no capitalismo: tendências contemporâneas**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 196-219.
- TEIXEIRA, M. O. L. Nascimento da psiquiatria no Brasil. **Cadernos IPUB**, v. 8, p. 42-78, 1997.
- TEIXEIRA, S. M. Política social contemporânea: a família como referência para as políticas sociais e para o trabalho social. In: MIOTO, R.C.T. (Org.). **Familismo, direitos e cidadania: contradições da política social**. São Paulo: Cortez, 2015. p. 211-239. Disponível em: <https://toaz.info/doc-view-4>. Acesso em: 23 nov. 2025.
- TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.
<https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>
- TIMKO, C.; GRANT, K. M.; HAN, X.; YOUNG, L. B.; CUCCIARE, M. A. Al-Anon Intensive Referral to facilitate concerned others' participation in Al-Anon Family Groups: a randomized controlled trial. **Addiction**, v. 117, n. 3, p. 590-599, 2022.
<https://doi.org/10.1111/add.15670>

TOFANI, L. F. N.; FURTADO, L. A. C.; GUIMARÃES, C. F.; FELICIANO, D. G. C. F.; SILVA, G. R.; BRAGAGNOLO, L. M.; ...; CHIORO, A. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 10, p. 4769-4782, 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.26102020>

TRAD, S. Princípios e desafios para a integração da família nas políticas de drogas. In: TRAD, L. A. B. (Org.). **Família contemporânea e saúde**: significado, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 179-198.

TRAIL, T. E.; OSILLA, K. C.; RODRIGUEZ, L. M.; PEDERSEN, E. R.; GORE, K. L. Exploring the association between changes in partner behaviors, perceived service member drinking, and relationship quality: Secondary analysis of a web-based intervention for military partners. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 98, p. 66-72, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.01.002>

TUDGE, J. A teoria de Urie Bronfenbrenner: uma teoria contextualizada? In: MOREIRA, L. V. C.; CARVALHO, A. M. A. (Orgs). **Família e educação**: olhares da psicologia. São Paulo: Paulinas, 2008.

VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Novos horizontes em saúde mental**: análise de conjuntura, direitos humanos e protagonismo de usuários(as) e familiares. São Paulo: Hucitec, 2021.

YUNES, M. A. M.; JULIANO, M. C. A bioecologia do desenvolvimento humano e suas interfaces com educação ambiental. **Cadernos de Educação**, n. 37, p. 347-379, 2010. <https://doi.org/10.15210/caduc.v0i37.1591>

ZAGO, A. P. B. Amadurecendo a temática da dependência química na esfera da reabilitação psicossocial. In: MERHY, E.; AMARAL, H. **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2007.

ZAMBONI, A. B.; THOMMAZO, A. D.; HERNANDES, E. C. M.; FABBRI, S. C. P. F. StArt: uma ferramenta computacional de apoio à revisão sistemática. In: CONFERÊNCIA BRASILEIRA DE SOFTWARE, 2010, Salvador. **Anais...** Salvador: UFBA, 2010.

ZANATTA, A. B.; GARGHETTI, F. C.; LUCCA, S. R. O centro de atenção psicossocial álcool e drogas sob a percepção do usuário. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 36, n. 1, p. 225-237, 2012. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2012.v36.n1.a248>

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semiestruturada com profissionais

1- IDENTIFICAÇÃO

Profissão:

Data de nascimento:

Gênero:

Ano de formado:

Serviço que atua na Rede de Atenção Psicossocial

Quanto tempo trabalha no serviço:

Trabalha em outro serviço? Qual?

Possui especialização? Qual?

2- CONCEPÇÃO SOBRE A FAMÍLIA

- O que é família para você? Quem são as pessoas que fazem parte de uma família?
- O seu trabalho é desenvolvido a partir desta concepção de família?
- Qual o papel da família em relação ao acompanhamento/ tratamento da pessoa usuária de álcool e outras drogas?
- Qual o papel da família no cuidado com a pessoa usuária de álcool e outras drogas?

3- A FAMÍLIA E O USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

- Qual a relação você faz entre família e eficácia no tratamento?
- Como você percebe a participação da família no tratamento?
- Qual a expectativa você possui em relação à família e as ações com o usuário? Explique.
- Geralmente, qual o membro familiar está mais presente no acompanhamento do usuário de álcool e outras drogas?

4- AS INTERVENÇÕES E AS FAMÍLIAS

- Qual a relação você faz entre o atendimento pelo profissional de saúde e a eficácia no tratamento?

- Como você percebe a relação entre os serviços de tratamento e a família?
- Qual ação dentro de serviço de atendimento ao usuário de álcool e outras drogas é voltado para a família? Explique as ações.
- Pensando o Estado representado por todas as ações dos serviços voltados ao atendimento e acompanhamento dos usuários de álcool e outras drogas, relate ações propostas para eles (na saúde e em outros setores).
- Você conhece outras propostas de políticas públicas, programas ou projetos para a família do usuário de álcool e drogas, diferentes do serviço no qual você atua?
- Você possui sugestão de ações que identifica como importantes para a sua prática?

Data da realização da entrevista:

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para profissionais

Eu, _____, contato telefônico _____, carteira de identidade _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “**A FAMÍLIA DO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL: INTERVENÇÕES E PERSPECTIVAS**” a ser desenvolvido pela pesquisadora Marcela Mansur Gomides Lima, do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa, com orientação e supervisão da pesquisadora responsável Professora Dra. Lílian Perdigão Caixêta Reis. Esta pesquisa tem como objetivo principal analisar as intervenções direcionadas ao familiar do usuário de álcool e outras drogas, bem como as expectativas da família e dos profissionais da saúde mental em relação ao tratamento. Concedo aos pesquisadores responsáveis minha autorização para a publicação, em meios de divulgação científica, os dados obtidos durante o desenvolvimento do trabalho, sem que ocorra minha identificação.

Este estudo se justifica pela importância de conhecer como as intervenções de cuidado com o familiar dos usuários de álcool e outras drogas refletem nas relações familiares, e na melhoria de vida dele, por meio da identificação das intervenções com os familiares, da atuação dos profissionais da atenção psicossocial, além de discutir o que é esperado da família e do profissional no tratamento do usuário de álcool e outras drogas. Assim, ele poderá contribuir com o poder público para maior embasamento na formação de políticas que trabalhem com as famílias de modo a cuidar efetivamente e constituir com as mesmas ações que as auxiliem no processo que vivem, além de possibilitar uma visão crítica dos profissionais diante da política de saúde mental.

Para tal finalidade, após concordância no Termo de Anuência Institucional, a pesquisadora assistente convidará individualmente os profissionais Técnicos em saúde mental que atuam no Centro de Atenção Psicossocial de Ponte Nova/MG (CAPS) e os profissionais de nível superior da Estratégia de Saúde da Família e do Núcleo Ampliado de Saúde para a participação na pesquisa e fará a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em um espaço reservado, disponibilizado pelo CAPS ou pela UBS, sem que haja influência de terceiros.

Esclarecemos que, sua participação ou não nesta pesquisa em nada influenciará no desenvolvimento diário de seu trabalho, portanto, fique inteiramente à vontade para decidir pelo que melhor lhe convier. Ao participar do estudo você responderá a uma entrevista semiestruturada conduzida pela pesquisadora. O(A) Sr.(a) receberá todos os esclarecimentos necessários ao início e decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome e seus dados não serão divulgados, sendo mantido no mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo. Informamos ainda que o(a) Sr.(a) terá o tempo que julgar necessário para a leitura e análise deste termo (TCLE), assim como para decidir sobre sua participação ou não na pesquisa antes de assiná-lo.

Trata-se das suas opiniões particulares, não existe resposta certa ou errada. As respostas serão gravadas e posteriormente transcritas. Fique à vontade para responder da sua maneira e para encerrar a entrevista em qualquer momento, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo, usando todo o tempo que julgar necessário. Caso tenha dúvidas ou não entenda qualquer

pergunta ou orientação fique à vontade para questionar a pesquisadora. É garantida a plena liberdade ao participante da pesquisa, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma; bem como decidir se as entrevistas poderão ser gravadas ou não.

Informamos que podemos considerar entre os riscos em participar da pesquisa: o desconforto, stress, cansaço e/ou constrangimento com as perguntas realizadas, ou ainda, possíveis receios em relação à identificação, possibilidade de extravio do material. Para minimizar estes riscos informamos que você terá todo o tempo que julgar necessário, podendo não responder às perguntas que considerar inadequadas, pedindo explicações sobre as que não entenda ou interrompendo a entrevista, a qualquer momento, caso não esteja sentindo-se confortável. Ainda nesse sentido, garantimos que haverá absoluto anonimato em relação ao conteúdo de sua entrevista e que ela será realizada em espaço reservado e sem influência de terceiros. Será garantido que o material não será acessado por outra pessoa que não seja a equipe de pesquisa. Não haverá de forma alguma a divulgação de seu nome. Todas as suas informações permanecerão sob a guarda do pesquisador principal, em segurança e manutenção do sigilo das respostas, com privacidade dos participantes durante todas as fases da pesquisa e em nenhum momento da pesquisa serei identificado, sendo meu anonimato garantido.

A entrevista será agendada antecipadamente, conforme a disponibilidade do entrevistado. A sua participação é voluntária, portanto, não haverá pagamento por sua colaboração, tal como o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo. Apesar disso, diante de eventuais gastos em virtude de sua participação na pesquisa, o(a) Sr.(a) tem assegurado o direito ao ressarcimento destes gastos através de depósito em conta bancária, bem como, diante de eventuais danos decorrentes do estudo, o(a) Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização. Em caso de danos psicológicos em decorrência da pesquisa, será fornecido acompanhamento psicológico gratuito ao participante pelo Sistema Único de Saúde.

Os benefícios da sua participação serão as contribuições à pesquisa, uma vez que as suas respostas fornecerão informações para construção de políticas que trabalhem com as famílias de modo a cuidar efetivamente e constituir com as mesmas ações que as auxiliem no processo que vivem, além de possibilitar uma visão crítica dos profissionais diante da política de saúde mental voltada aos usuários de álcool e drogas.

Fui informado(a) e esclarecido(a) sobre a base legal deste documento, o qual foi preparado de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, em atenção à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, Brasília, DF, e utilizarão as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, que serão rubricadas pelo(a) Sr.(a) e pelas pesquisadoras, sendo que uma via será fornecida ao(à) Sr.(a) e a outra será arquivada pela pesquisadora principal. Em caso de dúvidas a respeito da pesquisa, o(a) Sr.(a) pode entrar em contato com a pesquisadora Marcela Mansur Gomides Lima, no horário das 14:00 às 18:00 horas de segunda a sexta-feira, pelo telefone (31) 997263420 ou pelo e-mail marcelamglima@gmail.com; e/ou com a pesquisadora responsável Professora Dra. Lílian Perdigão Caixêta Reis, Departamento de Educação da UFV, email: lilian.perdigao@ufv.br e telefone: 31 36127516. Em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa, você poderá consultar: CEP/UFV – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Universidade Federal de Viçosa. Edifício Arthur Bernardes, piso inferior. Av. PH

Rolfs, s/n – Campus Universitário. Cep: 36570-900 Viçosa/MG. Telefone: (31)3899-2492
Email: cep@ufv.br. www.cep.ufv.br.

Considerando tudo afirmado acima, declaro não possuir nenhum problema em participar da pesquisa. Assim, assino este termo de consentimento em duas vias, de maneira voluntária e de pleno acordo.

Assinatura do Participante: _____

Marcela Mansur Gomides Lima
Pesquisadora/ Orientanda

Professora Dra. Lílian Perdigão Caixêta Reis
Pesquisador Responsável/Orientadora

Ponte Nova, _____ de _____ de 2023.

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista semiestruturada com familiares

1- IDENTIFICAÇÃO

Profissão:

Idade:

Gênero:

Reside com quem?

Reside com o usuários de álcool e outras drogas

Ocupação:

Renda mensal:

Parentesco com o usuário de álcool e outras drogas:

Nível de instrução:

2- CONCEPÇÃO SOBRE A FAMÍLIA

- O que é família para você? Quem são as pessoas que fazem parte de uma família?
- Na sua opinião, a família tem de ter um papel em relação ao acompanhamento/tratamento da pessoa usuária de álcool e outras drogas? Se sim, qual?
- Para você, a família tem de ter algum papel no cuidado com a pessoa usuária de álcool e outras drogas? Se sim, qual?

3- A FAMÍLIA E O USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

- Você acredita que há relação entre família e eficácia no tratamento? Se sim, de que maneira?
- Como você percebe a participação da família no tratamento?

4- O ACOMPANHAMENTO E A FAMÍLIA

- Você entende que há relação entre o atendimento pelo profissional de saúde e a eficácia no tratamento? Se sim, explique.
- Você espera algo do profissional de saúde? Se sim, o que?
- Como você percebe a relação entre os serviços de tratamento e a família?

- Você conhece ações dentro de serviço de atendimento ao usuário de álcool e outras drogas voltadas para a família? Explique as ações.
- Você participa de alguma ação voltada à família? Já participou? O que achou? Se participou: qual o motivo para ter participado? Se não participou, por que não?
- Pensando o Estado representado por todas as ações dos serviços voltados ao atendimento e acompanhamento dos usuários de álcool e outras drogas, você conhece ações propostas para eles e para os membros da família? Se sim, quais?

Data da realização da entrevista:

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para familiares

Eu, _____, contato telefônico _____, carteira de identidade _____ abaixo assinado, concordo em participar do estudo “**A FAMÍLIA DO USUÁRIO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS E OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL: intervenções e perspectivas**” a ser desenvolvido pela pesquisadora Marcela Mansur Gomides Lima, do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa, com orientação e supervisão da pesquisadora responsável Professora Dra. Lílian Perdigão Caixêta Reis. Esta pesquisa tem como objetivo principal analisar as intervenções direcionadas ao familiar do usuário de álcool e outras drogas, bem como as expectativas da família e dos profissionais da saúde mental em relação ao tratamento. Concedo aos pesquisadores responsáveis minha autorização para a publicação, em meios de divulgação científica, os dados obtidos durante o desenvolvimento do trabalho, sem que ocorra minha identificação.

Este estudo se justifica pela importância de conhecer como as intervenções de cuidado com o familiar dos usuários de álcool e outras drogas reflete nas relações familiares, e na melhoria de vida dele, por meio da identificação das intervenções com os familiares, da atuação dos profissionais da atenção psicossocial, além de discutir o que é esperado da família e do profissional no tratamento do usuário de álcool e outras drogas. Assim, ele poderá contribuir com o poder público para maior embasamento na formação de políticas que trabalhem com as famílias de modo a cuidar efetivamente e constituir com as mesmas ações que as auxiliem no processo que vivem, além de possibilitar uma visão crítica dos profissionais diante da política de saúde mental.

Para tal finalidade, após concordância no Termo de Anuência Institucional, a pesquisadora assistente convidará individualmente os familiares dos usuários de álcool e outras drogas para a participação na pesquisa e fará a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em um espaço reservado, disponibilizado pelo CAPS ou pela UBS, sem que haja influência de terceiros. O(A) Sr.(a) receberá todos os esclarecimentos necessários ao início e decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome e seus dados não serão divulgados, sendo mantido no mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo. Informamos ainda que o(a) Sr.(a) terá o tempo que julgar necessário para a leitura e análise deste termo (TCLE), assim como para decidir sobre sua participação ou não na pesquisa antes de assiná-lo.

Esclarecemos que, sua participação ou não nesta pesquisa em nada influenciará no tratamento do seu familiar, portanto, fique inteiramente à vontade para decidir pelo que melhor lhe convier. Ao participar do estudo você responderá a uma entrevista semiestruturada conduzida pela pesquisadora. O(A) Sr.(a) receberá todos os esclarecimentos necessários ao início e decorrer da pesquisa, e lhe asseguramos que seu nome e seus dados não serão divulgados, sendo mantido no mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo. Informamos ainda que o(a) Sr.(a) terá o tempo que julgar necessário para a leitura e análise deste termo (TCLE), assim como para decidir sobre sua participação ou não na pesquisa antes de assiná-lo.

Trata-se das suas opiniões particulares, não existe resposta certa ou errada. As respostas serão gravadas e posteriormente transcritas. Fique à vontade para responder da sua maneira e para encerrar a entrevista em qualquer momento, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo, usando todo o tempo que julgar necessário. Caso tenha dúvidas ou não entenda qualquer

pergunta ou orientação fique à vontade para questionar a pesquisadora. É garantida a plena liberdade ao participante da pesquisa, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma; bem como decidir se as entrevistas poderão ser gravadas ou não.

Informamos que podemos considerar entre os riscos em participar da pesquisa: o desconforto, stress, cansaço e/ou constrangimento com as perguntas realizadas, ou ainda, possíveis receios em relação à identificação, possibilidade de extravio do material. Para minimizar estes riscos informamos que você terá todo o tempo que julgar necessário, podendo não responder às perguntas que considerar inadequadas, pedindo explicações sobre as que não entenda ou interrompendo a entrevista, a qualquer momento, caso não esteja sentindo-se confortável. Ainda nesse sentido, garantimos que haverá absoluto anonimato em relação ao conteúdo de sua entrevista e que ela será realizada em espaço reservado e sem influência de terceiros. Será garantido que o material não será acessado por outra pessoa que não seja a equipe de pesquisa. Não haverá de forma alguma a divulgação de seu nome. Todas as suas informações permanecerão sob a guarda do pesquisador principal, em segurança e manutenção do sigilo das respostas, com privacidade dos participantes durante todas as fases da pesquisa e em nenhum momento da pesquisa serei identificado, sendo meu anonimato garantido.

A entrevista será agendada antecipadamente, conforme a disponibilidade do entrevistado. A sua participação é voluntária, portanto, não haverá pagamento por sua colaboração, tal como o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo. Apesar disso, diante de eventuais gastos em virtude de sua participação na pesquisa, o(a) Sr.(a) tem assegurado o direito ao ressarcimento destes gastos através de depósito em conta bancária, bem como, diante de eventuais danos decorrentes do estudo, o(a) Sr.(a). tem assegurado o direito à indenização. Em caso de danos psicológicos em decorrência da pesquisa, será fornecido acompanhamento psicológico gratuito ao participante pelo Sistema Único de Saúde.

Os benefícios da sua participação serão as contribuições à pesquisa, uma vez que as suas respostas fornecerão informações para construção de políticas que trabalhem com as famílias de modo a cuidar efetivamente e constituir com as mesmas ações que as auxiliem no processo que vivem, além de possibilitar uma visão crítica dos profissionais diante da política de saúde mental voltada aos usuários de álcool e drogas.

Fui informado(a) e esclarecido(a) sobre a base legal deste documento, o qual foi preparado de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, em atenção à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, Brasília, DF, e utilizarão as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, que serão rubricadas pelo(a) Sr.(a) e pelas pesquisadoras, sendo que uma via será fornecida ao(à) Sr.(a) e a outra será arquivada pela pesquisadora principal. Em caso de dúvidas a respeito da pesquisa, o(a) Sr.(a) pode entrar em contato com a pesquisadora Marcela Mansur Gomides Lima, no horário das 14:00 às 18:00 horas de segunda a sexta-feira, pelo telefone (31) 997263420 ou pelo e-mail marcelamglima@gmail.com; e/ou com a pesquisadora responsável Professora Dra. Lílian Perdigão Caixêta Reis, Departamento de Educação da UFV, email: lilian.perdigao@ufv.br e telefone: 31 36127516. Em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa, você poderá consultar: CEP/UFV – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Universidade Federal de Viçosa. Edifício Arthur Bernardes, piso inferior. Av. PH

Rolfs, s/n – Campus Universitário. Cep: 36570-900 Viçosa/MG. Telefone: (31)3899-2492
Email: cep@ufv.br. www.cep.ufv.br .Considerando tudo afirmado acima, declaro não possuir
nenhum problema em participar da pesquisa. Assim, assino este termo de consentimento em
duas vias, de maneira voluntária e de pleno acordo.

Assinatura do Participante: _____

Marcela Mansur Gomides Lima
Pesquisadora/ Orientanda

Professora Dra. Lílian Perdigão Caixêta Reis
Pesquisador Responsável/Orientadora

Ponte Nova, _____ de _____ de 2023.

ANEXO A – Termo de anuência para realização da pesquisa

TERMO DE ANUÊNCIA
AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PONTE NOVA- MG
AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Ponte Nova, 02 de junho de 2023.

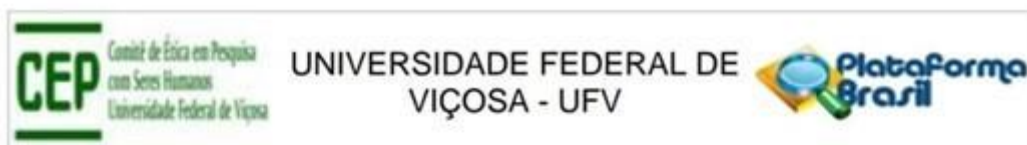
Eu, Kátia Jardim de Carvalho Irias, Secretária Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Ponte Nova/MG, CNPJ 23804149/0001-29, venho por meio deste, informar que autorizo a pesquisadora Marcela Mansur Gomides Lima, aluna do Doutorado em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa, a realizar a pesquisa intitulada “ **A FAMÍLIA DO USUÁRIO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS E OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL: intervenções e perspectivas**”, sob a orientação do pesquisadora responsável Lilian Perdigão Caixêta Reis. Declaro que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta autorização só é válida no caso de haver parecer favorável do Comitê de ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Viçosa para o desenvolvimento da referida pesquisa.


Kátia Jardim de Carvalho Irias
Secretária de Saúde
Ponte Nova - MG

Kátia Jardim de Carvalho Irias

Secretária Municipal de Saúde de Ponte Nova

ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A FAMÍLIA DO USUÁRIO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS E OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL: intervenções e perspectivas

Pesquisador: Lilian Perdigão Caixêta Reis

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 70746623.2.0000.5153

Instituição Proponente: Departamento de Economia Doméstica

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.174.438

Apresentação do Projeto:

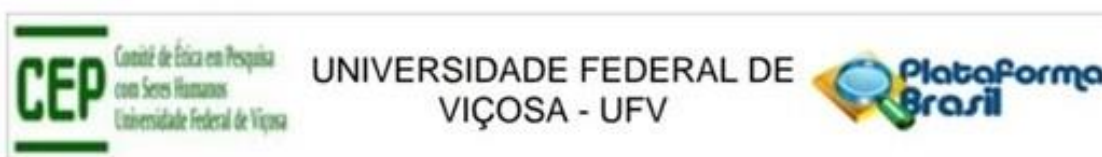
O presente protocolo foi enquadrado como pertencente à Grande Área 6. Ciências Sociais Aplicadas

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1925344.pdf) e/ou do Projeto Detalhado:

1. RESUMO: O uso abusivo de álcool e outras drogas está relacionado a questões de marginalização social e econômica. Além de acarretar consequências sociais e à saúde do usuário, fatores interpessoais, psicológicos e biológicos estão presentes, o que gera problemas relativos à saúde pública e altos gastos no cuidado à população. Além das consequências do uso, tem-se as discussões da eficácia dos tratamentos e acompanhamentos dessa população (HENRIQUES et al., 2018).

Diante da Política de Saúde Mental e dos desafios que os profissionais da saúde mental vivenciam em ações que visam a atenção psicossocial aos usuários de álcool e outras drogas e seus familiares, pesquisas científicas sobre as intervenções com os familiares nos serviços de saúde precisam ser ampliadas e desenvolvidas. Pesquisas que possuam a finalidade de verificar e analisar

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 36.570-977
UF: MG **Município:** VICOSA
Telefone: (31)3612-2316 **E-mail:** cep@ufv.br



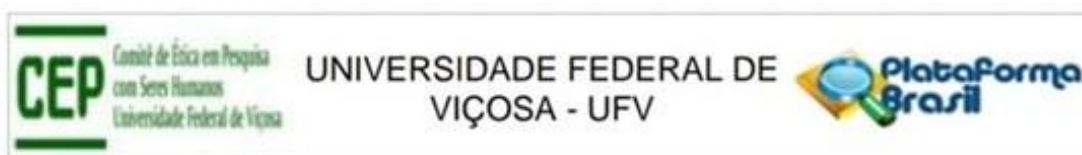
Continuação do Parecer: 6.174.438

ações de cuidado psicossocial integral às famílias, que considerem o sofrimento, a sobrecarga e a presença do usuário no cotidiano delas, a culpa sentida e a responsabilidade da família; bem como que possibilite o conhecimento das dificuldades que os profissionais vivenciam no trabalho podem contribuir para a construção de intervenções e propostas de ações com famílias e profissionais na Saúde Mental. Na tentativa de desenvolver a temática, a presente pesquisa tem como objetivo principal analisar as intervenções direcionadas ao familiar do usuário de álcool e outras drogas, bem como as expectativas da família e dos profissionais da saúde mental em relação ao tratamento.

A pesquisa será executada em quatro partes: em um primeiro momento será realizada uma revisão integrativa de literatura com a finalidade de analisar as intervenções direcionadas aos familiares e os métodos utilizados pelos profissionais da rede de atenção psicossocial, além de uma revisão de documentos propostos na Política de Atenção Psicossocial; no segundo momento, será proposta a entrevista semiestruturada aos profissionais da atenção psicossocial selecionados previamente, com a análise quantitativa e qualitativa dos dados encontrados; na terceira etapa será feita uma entrevista semiestruturada com os familiares dos usuários de álcool e outras drogas que são acompanhados por grupo de atendimento proposto pela Secretaria Municipal de Saúde de Ponte Nova; e por último será construído um material que apoie os profissionais da atenção psicossocial no cuidado aos familiares dos usuários de álcool e outras drogas.

METODOLOGIA: A pesquisa será executada em quatro partes: em um primeiro momento será realizada uma revisão integrativa de literatura com a finalidade de analisar as intervenções direcionadas aos familiares e os métodos utilizados pelos profissionais da rede de atenção psicossocial, além de uma revisão de documentos propostos na Política de Atenção Psicossocial; no segundo momento, será proposta a entrevista semiestruturada aos profissionais da atenção psicossocial; na terceira etapa será feita uma entrevista semiestruturada com os familiares dos usuários de álcool e outras drogas que são acompanhados por grupo de atendimento proposto pela Secretaria Municipal de Saúde de Ponte Nova; e por último será construído um material que apoie os profissionais da atenção psicossocial no cuidado aos familiares dos usuários de álcool e outras drogas. A segunda e a terceira etapas do projeto serão realizadas no município de Ponte Nova- MG, localizado na Zona da Mata Mineira, por meio de pesquisa de campo. Será realizado um estudo de natureza quantitativa e qualitativa, descritivo e explicativo. O método de coleta de dados será a realização de entrevista semiestruturada com profissionais da rede de atenção psicossocial e familiares dos usuários de álcool e outras drogas.

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 36.570-977
UF: MG **Município:** VICOSA
Telefone: (31)3612-2316 **E-mail:** cep@ufv.br



Continuação do Parecer: 6.174.438

Os profissionais a serem entrevistados são os que possuem formação de ensino superior e fazem parte da equipe de Estratégia de Saúde da Família, do Centro de Atenção Psicossocial ou do Núcleo Ampliado de Saúde. No Caps serão selecionados um profissional de cada formação profissional de nível superior, sendo psicólogo, terapeuta ocupacional, serviço social, psiquiatra, clínico geral e enfermeiro. Será convidado o profissional com maior tempo de atuação no serviço. No Núcleo Ampliado de Saúde serão convidados dos profissionais dedicados à saúde mental, sendo eles, psicólogo e assistente social. Nas estratégias de saúde da família serão selecionados um enfermeiro e um médico por Unidade de Saúde, sempre mantendo a escolha por maior tempo de serviço. O total de profissional a ser entrevistado será 16.

Os familiares entrevistados serão os atendidos pela equipe de saúde na Rede de Atenção à Saúde em grupo de intervenção proposto aos familiares

. Serão selecionados 15 familiares de jovens usuários de álcool e outras drogas.

Para análise dos dados quantitativos será utilizado o Excel. A análise qualitativa será baseada na técnica de análise de conteúdo descrita por Bardin (2011), compreendendo a pré-análise do material, exploração a partir das respostas obtidas. A organização das categorias se pautará nos objetivos e conteúdos emergentes na entrevista, após a transcrição dos conteúdos. Com a finalidade de completar a análise de conteúdo utilizar-se-á o software Iramuteq, desta forma, pode-se analisar dados qualitativos com base em estatística textual, com a Classificação Hierárquica Descendente e nuvens de palavras.

3. HIPÓTESE:

Hipótese 1 (H1): Profissionais da saúde mental e familiares possuem perspectivas iguais relacionadas ao papel da família no tratamento do usuário de álcool e outras drogas.

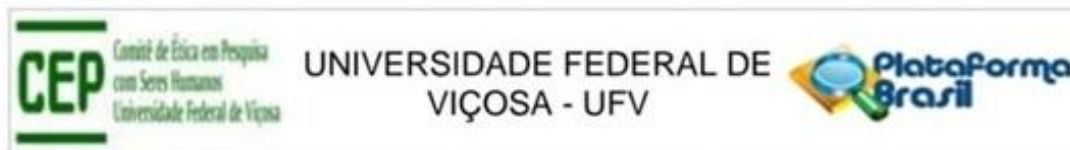
Hipótese 2 (H2): A responsabilização da família faz parte da concepção de tratamento proposta pela equipe de saúde mental, com o foco central na família e desresponsabilização do Estado.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO: Não informados.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com as pesquisadoras,

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 36.570-977
UF: MG **Município:** VICOSA
Telefone: (31)3612-2316 **E-mail:** cep@ufv.br



Continuação do Parecer: 6.174.438

Objetivo Primário:

Analisar as intervenções direcionadas ao familiar do usuário de álcool e outras drogas, bem como as expectativas da família e dos profissionais da saúde mental em relação ao tratamento na rede de atenção psicossocial.

Objetivo Secundário:

Identificar na literatura científica nacional e internacional e na política de saúde brasileira, quais as ações de intervenção são indicadas no âmbito da Atenção Psicossocial aos familiares dos usuários de álcool e outras drogas.

Descrever as intervenções e analisar as condutas dos profissionais que atuam na atenção psicossocial voltadas para o cuidado com o familiar do usuário de álcool e outras drogas.

Analisar a expectativa do profissional da saúde mental em relação aos familiares no tratamento do usuários de álcool.

Analisar a expectativa da família do usuários de álcool e outras drogas em relação às condutas dos profissionais da saúde mental. Propor ações que contribuam no desenvolvimento da rede de Atenção Psicossocial no Município de Ponte Nova.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

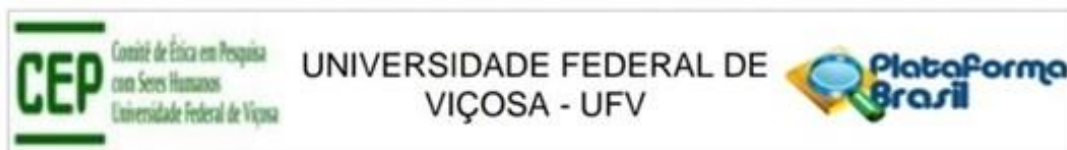
As pesquisadoras apresentam no formulário online da Plataforma os seguintes Riscos:

O desconforto, stress, cansaço e/ou constrangimento com as perguntas realizadas, ou ainda, possíveis receios em relação à identificação. Embora as informações gerais do projeto não apontem as formas de minimizar tais riscos, no TCLE estão assegurados: o rigoroso sigilo quanto à identificação do sujeito; a possibilidade de encerrar a entrevista a qualquer momento, bem como decidir se a entrevista será gravada ou não. Além disso, caso as respostas forem anotadas pela pesquisadora, a mesma fará a leitura para confirmar as informações.

e os seguintes Benefícios:

As respostas fornecerão informações que podem contribuir para a construção de políticas que trabalhem com as famílias dos usuários de álcool e outras drogas; de modo a cuidar efetivamente e constituir com as mesmas ações que as auxiliem no processo em que vivem, além de possibilitar uma visão crítica dos profissionais diante da política de saúde mental voltada aos usuários de álcool e drogas.

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 36.570-977
UF: MG **Município:** VICOSA
Telefone: (31)3612-2316 **E-mail:** cep@ufv.br



Continuação do Parecer: 6.174.438

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As pesquisadoras propõem realizar uma pesquisa qualitativa, em nível de Doutorado, com financiamento próprio. Serão realizadas entrevistas semiestruturadas com 15 profissionais de nível superior e 15 familiares de usuários de álcool e outras drogas. O início da coleta está previsto para setembro de 2023 e o encerramento do estudo será em agosto de 2025.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram todos entregues de acordo com as normas do Sistema CEP/CONEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

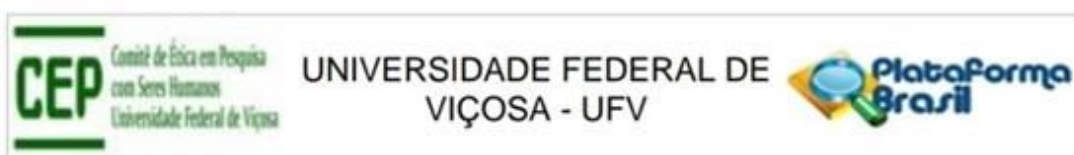
Ao término da pesquisa é necessário apresentar, via notificação, o Relatório Final (modelo disponível no site www.cep.ufv.br). Após ser emitido o Parecer Consubstanciado de aprovação do Relatório Final, deve ser encaminhado, via notificação, o Comunicado de Término dos Estudos para encerramento de todo o protocolo na Plataforma Brasil.

Projeto aprovado autorizando o início da coleta de dados com os seres humanos a partir da data de emissão deste parecer.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|-----------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2161725.pdf | 22/06/2023 14:46:11 | | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha_de_rosto.pdf | 22/06/2023 14:31:02 | MARCELA MANSUR GOMIDES LIMA | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | projeto_pesquisa_doutorado_cep.pdf | 21/06/2023 14:48:49 | MARCELA MANSUR GOMIDES LIMA | Aceito |
| Declaração de concordância | TERMO_DE_ANUENCIA.pdf | 21/06/2023 14:48:20 | MARCELA MANSUR GOMIDES LIMA | Aceito |
| Outros | ROTEIRO_ENTREVISTA_PROFSSIONAL.pdf | 21/06/2023 14:41:20 | MARCELA MANSUR GOMIDES LIMA | Aceito |
| Outros | ROTEIRO_ENTREVISTA_FAMILIARES.pdf | 21/06/2023 14:40:48 | MARCELA MANSUR GOMIDES LIMA | Aceito |

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 36.570-977
UF: MG **Município:** VICOSA
Telefone: (31)3612-2316 **E-mail:** cep@ufv.br



Continuação do Parecer: 6.174.438

| | | | | |
|---|----------------------|------------------------|--------------------------------|--------|
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_PROFSSIONAL.pdf | 21/06/2023 14:39:53 | MARCELA MANSUR GOMIDES LIMA | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_FAMILIARES.pdf | 21/06/2023 14:39:37 | MARCELA MANSUR GOMIDES LIMA | Aceito |
| Orçamento | ORCAMENTO.pdf | 21/06/2023 14:39:20 | MARCELA MANSUR GOMIDES LIMA | Aceito |
| Cronograma | CRONOGRAMA.pdf | 21/06/2023 14:38:22 | MARCELA MANSUR GOMIDES LIMA | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VICOSA, 11 de Julho de 2023

Assinado por:
Guilherme de Azambuja Pussieldi
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 36.570-977
UF: MG **Município:** VICOSA
Telefone: (31)3612-2316 **E-mail:** cep@ufv.br