

CLAUDIA DAIANA BORGES

**RELAÇÃO ENTRE REDE SOCIAL SIGNIFICATIVA E
ATENÇÃO À SAÚDE DE USUÁRIOS DE CAPSad COM
PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção de grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Daniela Ribeiro Schneider

FLORIANÓPOLIS, SC
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Borges, Claudia Daiana

Relação entre rede social significativa e atenção à saúde de usuários de CAPSad com problemas relacionados ao uso de álcool / Claudia Daiana Borges ; orientadora, Daniela Ribeiro Schneider - Florianópolis, SC, 2016.
193 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui referências

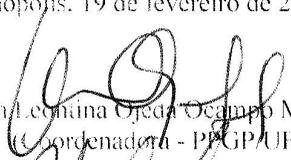
1. Psicologia. 2. Rede social significativa. 3. Atenção à saúde. 4. Álcool. 5. Usuários de CAPSad. I. Ribeiro Schneider, Daniela. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

Claudia Daiana Borges

Relação entre rede social significativa e atenção à saúde de usuários de CAPSad com problemas relacionados ao uso de álcool

Dissertação aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

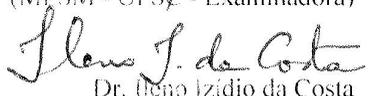
Florianópolis, 19 de fevereiro de 2016.


Dra. Carmen Leonina Ojeda Ocampo Moré
(Coordenadora - PPGP/UFSC)


Dra. Daniela Ribeiro Schneider
(PPGP - UFSC - Orientadora)


Dra. Ana Lúcia Maudeilli de Marsillac
(PPGP - UFSC - Examinadora)


Dra. Tânia Maris Grigolo
(MPSM - UFSC - Examinadora)


Dr. Ileno Izídio da Costa
(PsiCC - UNB - Examinador)

Dra. Carmen Leonina Ojeda Ocampo Moré
(PPGP - UFSC - Suplente)

À minha mãe, meus irmãos, ao meu noivo Luciano. Ao meu pai, que enquanto esteve entre nós me ensinou a buscar e persistir nos meus sonhos. E ao Davi, que na renovação do Ciclo Vital familiar, mostra, a cada dia, o quanto os vínculos afetivos são promotores de saúde!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos participantes desta pesquisa, usuários e familiares que compartilharam comigo suas histórias de vida, com suas dores e alegrias. Agradeço a toda equipe do CAPSad que tão carinhosamente me recebeu e por prestarem todo auxílio necessário.

Agradeço a minha orientadora Dani, que para além da orientação deste trabalho, mediou experiências acadêmicas e pessoais importantes na minha trajetória. Obrigada pela amizade, compreensão e pela horizontalidade na relação. Aprendi muito contigo, com sua forma de ver e viver a vida!

Agradeço a todos os colegas de turma pela parceria e pelos momentos que juntos vivemos, vocês tornaram esse processo alegre e cheio de bons encontros. Sentirei saudades das nossas conversas nos arredores do CFH, acompanhadas de café e paçoca. Agradeço de modo especial a Milene e a Karina, não tenho palavras para descrever como foi bom percorrer essa estrada com vocês, obrigada por toda ajuda e por todas as emoções compartilhadas.

Aos colegas do Psiclín, obrigada pelas produtivas conversas sempre regadas a um bom chimarrão. Agradeço a Scheila por todo auxílio no estudo e compreensão das redes sociais significativas, obrigada pelo carinho e disponibilidade de sempre! Agradeço as colegas Luciana e a Milene pelas contribuições na construção deste trabalho. E ao Jeovane, cujas contribuições acadêmicas são constantes desde a época da graduação.

Agradeço de modo especial às professoras Tânia e Cida pelas importantes contribuições no processo de qualificação e aos professores do PPGP por todo conhecimento transmitido e construído. Agradeço à CAPES pelo financiamento que possibilitou minha dedicação exclusiva ao mestrado.

Agradeço aos pais do meu noivo, Iara e Toni, pelo apoio e acolhida sempre que eu precisei. De fato, vocês representam minha família extensa! A Vanessa, agradeço pelos ensinamentos em relação a alimentação, por ter sido mais que uma colega de moradia, uma verdadeira amiga. Levo comigo esta verdadeira amizade que construímos!

Meu agradecimento especial à minha mãe, que com toda sua simplicidade, sempre me incentivou e acreditou em mim, quando às vezes nem eu mesma acreditava. Aos meus irmãos, Cleidiane e

Claudecir, agradeço pelo apoio e por possibilitarem que, apesar da distância, nossos vínculos fossem mantidos e fortalecidos. Ao meu sobrinho Davi, cujo nascimento marcou o início do Mestrado e me mostrou que, estar ao seu lado compensa cada quilometro rodado, cada artigo não lido, cada parágrafo não escrito, viver literalmente não cabe no Lattes!

Minha gratidão ao meu amor, meu noivo Luciano, um grande incentivador para que eu ingressasse no Mestrado. Agradeço por toda ajuda com as ferramentas tecnológicas, com o inglês, por todo incentivo, por não medir esforços e sempre me apoiar na busca de meus objetivos. Obrigada por ser meu suporte e por partilhar comigo um projeto de vida!

E finalmente à Deus, por segurar a minha mão e sempre conduzir meu caminho!

“O afeto deles também me dá aquela alegria né, você ser bem tratado, um aconchego de alguém, não tem coisa ruim que não tire da gente”.

(Participante - Usuário 4).

Claudia Daiana Borges. **Relação entre rede social significativa e atenção à saúde de usuários de CAPSad com problemas relacionados ao uso de álcool.** Florianópolis, 2016. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof^a Dr^a Daniela Ribeiro Schneider

Data da defesa: 19/02/2016

RESUMO

Os problemas relacionados ao uso do álcool configuram-se como um dos principais problemas de saúde pública da atualidade. É a substância psicoativa que causa maior dependência e está relacionada a situações de violência, agravos na saúde, dificuldades nas relações sociais e familiares e complicações na vida laboral. Sendo assim, requerem estratégias de cuidado e atenção que atendam a complexidade envolvida neste processo. No Brasil, os Centros de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas (CAPSad) representam o principal dispositivo para a atenção à saúde de usuários com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, cuja proposta de trabalho é de base territorial e prevê a participação da família e da comunidade, já que os vínculos e as relações sociais constituem fator preponderante no processo do cuidado. Diante disso, o presente estudo teve como objetivo compreender qual a relação entre rede social significativa e atenção à saúde de usuários de CAPSad com problemas relacionados ao uso de álcool. Participaram do estudo oito usuários de um CAPSad do sul do país com problemas relacionados ao uso do álcool e cinco membros da rede social significativa dos usuários que foram indicados por eles para participarem do estudo, totalizando treze participantes. Como instrumentos foram utilizados entrevista semiestruturada e a construção do mapa de rede dos usuários. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo e geraram sete categorias. Os resultados demonstraram que os usuários têm a história de vida marcada por perdas e conflitos em função do uso do álcool, evidenciando quebra de vínculos e vivências conflituosas com membros da família. De um modo geral, a vida laboral dos usuários está comprometida, e suas relações com amigos e colegas de trabalhos são reduzidas ou ausentes. Os participantes afirmaram sentirem-se acolhidos no CAPSad. Os usuários demonstraram forte vínculo com os profissionais e o encontro com estes e outros usuários

desvelou-se como fundamental para o processo de atenção e cuidado. Em relação ao Projeto Terapêutico Singular, os usuários demonstraram pouco ou falta de conhecimento sobre o mesmo. Identificou-se certo distanciamento e/ou pouca participação da família nas atividades do CAPSad. Tanto usuários como familiares concordaram que o acompanhamento no CAPSad trouxe benefícios para a vida dos usuários. As avaliações do serviço foram predominantemente positivas. As redes sociais significativas dos usuários eram constituídas principalmente por familiares, profissionais e colegas do CAPSad. Percebeu-se que aqueles usuários que contavam com uma rede social ativa e com vínculos fortes, tinham melhores condições de vida e seu processo de atenção à saúde era favorecido. Por outro lado, aqueles usuários que indicaram ter uma rede bastante restrita em vínculos e em funções, demonstraram condições vulneráveis de vida e limitações no processo de atenção à saúde.

Palavras-chaves: Rede Social Significativa. Atenção à Saúde. Álcool. Usuários de CAPSad.

ABSTRACT

Problems related to alcohol use are regarded as one of the today's major public health problems. It is the psychoactive substance causing greater dependence and is related to violence, diseases, difficulties in social and family relationships and complications in working life. Therefore, strategies for care and attention are required to comply with the complexity involved in this process. In Brazil, the Psychosocial Attention Centres for alcohol and other drugs (CAPSad) represent the main device for users with problems related to the use of alcohol and other drugs. CAPSad's proposed work is territorially based and demands the participation of family and community, since ties and social relations are a major factor in the care process. This study aimed to understand the relation between significant social network and health care for CAPSad users with problems related to alcohol use. The study included eight members of the Brazilian's southern CAPSad and five members of the significant social network users who have been nominated by them to participate in the study, a total of thirteen participants. Data were collected using semi-structured interviews along with the construction of users' network map. The data were subjected to content analysis and generated seven categories. The results showed that users have life stories marked by losses and conflicts due to the use of alcohol, that accentuated break ties and conflicts with family members. In general, the working life of users is compromised, and their relationships with friends and co-workers are reduced or absent. Participants said they felt welcomed in CAPSad. Users showed strong bond with professionals and meeting these and other users was unveiled as fundamental to the process of attention and care. Regarding the Singular Therapeutic Project, users have shown little or no knowledge about it. It identified certain distance and / or little family participation in CAPSad activities. Both users and family agreed that the monitoring in CAPSad brought benefits to the lives of users. The service evaluations were predominantly positive. Users' significant social network consisted mainly of family members, professionals and colleagues in CAPSad. It was found that those users who had an active social network and strong ties had better living conditions and their health care process was favoured. On the other hand, those users who have indicated a very limited network connections, have shown vulnerable living conditions and limitations in the health care process.

Keywords: Significant Social Network. Health Care. Alcohol. CAPSad Users.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Caracterização dos usuários participantes da pesquisa.....	66
Quadro 2: Caracterização dos membros participantes da pesquisa.....	67
Quadro 3: Apresentação da categoria 1: Sobre o usuário.....	70
Quadro 4: Apresentação da categoria 2: Relação do usuário com a bebida alcoólica.....	80
Quadro 5: Apresentação da categoria 3: Trajetória do cuidado.....	91
Quadro 6: Apresentação da categoria 4: Percurso ao CAPSad.....	97
Quadro 7: Apresentação da categoria 5: Relação com o CAPSad.....	102
Quadro 8: Apresentação da categoria 6: Dinâmica relacional dos vínculos.....	128
Quadro 9: Apresentação da categoria 7: Rede social significativa expressa pelo mapa de rede.....	141
Quadro 10: Apresentação da subcategoria 7.1: Estrutura.....	142
Quadro 11: Síntese dos resultados: mapa de rede U1.....	152
Quadro 12: Síntese dos resultados: mapa de rede U2.....	153
Quadro 13: Síntese dos resultados: mapa de rede U3.....	155
Quadro 14: Síntese dos resultados: mapa de rede U4.....	156
Quadro 15: Síntese dos resultados: mapa de rede U5.....	158
Quadro 16: Síntese dos resultados: mapa de rede U6.....	159
Quadro 17: Síntese dos resultados: mapa de rede U7.....	160
Quadro 18: Síntese dos resultados: mapa de rede U8.....	162

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo Mapa de Rede proposto por Sluzki.....	63
Figura 2: Mapa de Rede geral dos usuários.....	144
Figura 3: Mapa de rede individual do usuário 1 com principal função.....	186
Figura 4: Mapa de rede individual do usuário 2 com principal função.....	187
Figura 5: Mapa de rede individual do usuário 3 com principal função.....	188
Figura 6: Mapa de rede individual do usuário 4 com principal função.....	189
Figura 7: Mapa de rede individual do usuário 5 com principal função.....	190
Figura 8: Mapa de rede individual do usuário 6 com principal função.....	191
Figura 9: Mapa de rede individual do usuário 7 com principal função.....	192
Figura 10: Mapa de rede individual do usuário 8 com principal função.....	193

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Revisão sistemática – descritores: Atenção AND saúde, Problemas AND álcool.....	30
Tabela 2: Revisão sistemática – descritores: Atenção AND saúde, álcool, CAPSad.....	31
Tabela 3: Revisão sistemática – descritores: Rede AND social AND significativa.....	31
Tabela 4: Revisão sistemática – descritor: CAPSad.....	32

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	25
1.2 OBJETIVOS.....	28
1.2.1 Objetivo geral.....	28
1.2.2 Objetivos específicos.....	29
2. REFERENCIAL TEÓRICO	29
2.1 Revisão de literatura.....	29
2.2 O uso de drogas	33
2.2.1 Álcool e os problemas relacionados ao uso da substância	34
2.3 Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPSad....	38
2.4 Atenção à saúde de usuários de CAPSad	43
2.4.1 A atenção à saúde a partir do vínculo e cuidado.....	49
2.5 Redes sociais significativas e o uso do álcool	52
3. MÉTODO	58
3.1 Caracterização e delineamento.....	58
3.2 Caracterização do campo de pesquisa	59
3.3 Participantes	60
3.4 Instrumentos e técnicas para a coleta de dados	62
3.5 Procedimentos para a coleta de dados	63
3.6 Análise dos dados	64
3.7 Procedimentos éticos.....	65
4. RESULTADOS	65
4.1 Caracterização dos participantes	65
4.1.1 Dados sociodemográficos usuários	65
4.1.2 Dados sociodemográficos dos membros da rede social significativa	67
4.2 Apresentação das categorias, subcategorias e elementos de análise	68
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	69
5.1 CATEGORIA I - Sobre o usuário.....	70
5.2 CATEGORIA II – Relação do usuário com a bebida alcoólica.....	80
5.3 CATEGORIA III – Trajetória do cuidado	91
5.4 CATEGORIA IV – Percurso ao CAPSad.....	97
5.5 CATEGORIA V – Relação com o CAPSad	102
5.6 CATEGORIA VI – Dinâmica relacional dos vínculos	128
5.7 CATEGORIA VII – Rede social significativa expressa pelo mapa de rede.....	141
6. SÍNTESE DOS RESULTADOS	152
6.1 Usuário 01	152

6.2 Usuário 02.....	153
6.3 Usuário 03.....	155
6.4 Usuário 04.....	156
6.5 Usuário 05.....	158
6.6 Usuário 06.....	159
6.7 Usuário 07.....	160
6.8 Usuário 08.....	162
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	163
REFERÊNCIAS.....	169
APÊNDICES	180
Apêndice A – Roteiro de entrevista semiestruturada.....	180
Apêndice B – Termo de consentimento Livre e Esclarecido	183
Apêndice C –Mapa de rede individuais dos usuários com principal função.....	186

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2014) divulgou no Relatório Global sobre Álcool e Saúde que a substância é causa de 5,9% de todas as mortes no mundo e está relacionada a mais de 200 tipos de doenças, representando um problema de saúde pública. No Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, há prevalência de atendimentos relacionados ao uso do álcool quando comparado ao uso de outras substâncias psicoativas (Brasil, 2015). As Políticas Públicas de Saúde para álcool e outras drogas no país são orientadas para o caráter individual e social do uso abusivo de substâncias e as ações de atenção à saúde visam abranger a realidade de vida econômica, social e cultural dos sujeitos. Na política de atenção integral à saúde do usuário de álcool e outras drogas do Ministério da Saúde (Brasil, 2003) é proposto um trabalho de base territorial que considere o contexto em que os usuários vivem e onde constituem suas relações de forma a promover melhores condições para a atenção à saúde do usuário com problemas relacionados ao uso de álcool. Pelo caráter individual, social e comunitário que envolve o fenômeno das drogas, as redes sociais significativas têm-se configurado um importante elemento no processo de atenção à saúde.

Os avanços proporcionados pelas Reformas Psiquiátrica e Sanitária no Brasil, associados à emergência de uma nova perspectiva conceitual em saúde e a consequente construção de novos modelos de atenção focados nas inter-relações do sujeito em seu território, trouxeram a necessidade de maior participação de todos os atores envolvidos neste processo, sejam eles usuários, profissionais, gestores, família e comunidade (Schneider, 2015; Faria, 2011; Azevedo & Miranda, 2010). A Reforma Psiquiátrica propõe novas formas de cuidado e atenção, que substitua o modelo asilar por um modelo em forma de rede de atenção, sendo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) dispositivos estratégicos dentro desta proposta. A prioridade é a reinserção social e fortalecimentos de vínculo dos usuários, oferecendo apoio e incentivo na busca da construção da autonomia e cidadania (Lancetti, 2015; Souza & Kantorski, 2009; Brasil, 2004).

Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) surgiram em 2002 destinados aos usuários que fazem uso prejudicial do álcool e outras drogas, sendo que atualmente há no país 309 CAPSad.

Este serviço oferece atendimento a partir de um planejamento terapêutico individualizado e de evolução contínua, com trabalho em rede e parcerias de serviços comunitários (Lancetti, 2015; Brasil, 2015; Brasil, 2004). Um trabalho de base territorial, intersetorial e com a participação comunitária para a assistência ao usuário de substâncias psicoativas pressupõe a atenção à saúde do usuário em parceria com a família e com a comunidade, de forma a envolver a rede social deste sujeito (Lima & Yasui, 2013; Cavalcante, Falcão, Lima, Marinho, Macedo & Braga, 2012).

Rede social é definida por Sluzki (1997) como rede social pessoal ou significativa e representa o conjunto de todas as relações que um sujeito entende como significativas ou diferenciadas das demais relações que estabelece. A rede configura-se como o grau relacional interpessoal e contribui fundamentalmente para o reconhecimento enquanto sujeito, para a construção de identidade, para o sentimento de bem-estar, pertença e autonomia. Moré e Crepaldi (2012) destacam que aprofundar os estudos das redes sociais pressupõe o desafio de reconhecer pessoas como produto e produtoras de sentido na trama social em que vivem. No decorrer deste trabalho será utilizado o termo rede social significativa conforme proposto por Sluzki (1997).

Uma rede social significativa estável, sensível, ativa e confiável atua como fator de proteção contra doenças e como promotora de saúde (Sluzki, 1997). Quando a rede social significativa do usuário do CAPSad apresenta relações, funções e vínculos saudáveis e fortalecidos, melhores são as condições para atenção à saúde promovida pelo serviço (Schneider, 2015; Marques & Mângia, 2013; Picoli, 2013). Souza, Kantorski, Vasters e Luis (2011) salientam a necessidade das políticas públicas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas priorizarem intervenções de cunho comunitário, que tenham as redes sociais como foco e que fortaleçam a cidadania e autonomia dos usuários, visando a integralidade da atenção à saúde.

O processo de atenção à saúde depende de uma rede social ativa e empoderada (Mendes, 2011) e tem na construção e fortalecimento de vínculos sua sustentação (Costa, Colugnati & Ronzani, 2015). A atenção à saúde ocorre através do cuidado humanizado, que é consolidado na relação entre profissional e usuário em um espaço de encontro, a partir de saberes práticos fundamentados no conhecimento tecnocientífico que tem o usuário, e não a doença como foco de atenção (Ayres, 2011). No trabalho de atenção e cuidado em saúde é de suma importância a

formulação de práticas que integrem todos os fatores envolvidos no fenômeno do uso de álcool e outras drogas, sendo necessário compreender a história de vida de cada sujeito, com suas singularidades e oferecer o cuidado que ele necessita (Marques & Mângia, 2010). O processo de atenção à saúde envolve diversos fatores, sendo a construção e fortalecimento de vínculos um dos pilares, e por esta razão, neste trabalho a atenção à saúde foi considerada a partir desta perspectiva.

Um dos principais espaços para o cuidado e atenção à saúde dos usuários de álcool e outras drogas é o CAPSad. Das substâncias consumidas entre os usuários que frequentam este serviço, o álcool é a substância de início de consumo de drogas, com maior índice de uso e abuso (Cavalcante et al., 2012; Marques & Mângia, 2011). As pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool, frequentemente tem suas relações afetivas, vida social e laboral prejudicadas (Lopes, Lemos & Schneider, 2013). O CAPS tem como diretriz o acolhimento do usuário e a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), do qual o usuário participa e que tem como objetivo sua reabilitação psicossocial e reinserção social (Picoli, 2013). As ações em saúde devem priorizar as relações sociais dos sujeitos que fazem uso de substâncias psicoativas (Souza et al., 2011), pois as redes sociais constituem a realidade de vida dos sujeitos e são fontes de apoio para a atenção integral à saúde (Braga, 2011).

Os profissionais do CAPSad e outros dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) frequentemente são constituintes das redes sociais significativas dos usuários. Esta presença marcada no processo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas é dinâmica e complexa, com momentos de proximidade e ajuda, outros de distanciamento e fragilização de vínculos, com sentimentos de incapacidade perante as dificuldades dos usuários. As redes sociais tendem a mobilizar-se para oferecer apoio, mesmo quando o sujeito não solicita ajuda (Marques & Mângia, 2013; Souza et al., 2011). O cuidado e atenção à saúde em álcool e outras drogas precisa ter como norte o fortalecimento dos vínculos da rede social dos usuários, reestabelecendo relações fragilizadas e possibilitando a (re)construção de novos vínculos saudáveis (Paula, Jorge, Albuquerque & Queiroz, 2014).

Haja vista a complexidade do fenômeno da atenção à saúde de usuários de CAPSad com problemas relacionados ao uso de álcool e o papel preponderante que a rede social significativa exerce neste

processo, apresenta-se a seguinte pergunta:

Qual a relação entre a rede social significativa e atenção à saúde de usuários de CAPSad com problemas relacionados ao uso de álcool?

O número de produções científicas acerca do uso de álcool e drogas e das redes sociais indicam a necessidade de mais pesquisas sobre o tema (Seadi & Oliveira, 2009). Em busca realizada em janeiro de 2015 nas bases de dados Scielo, Pepsic, Lilacs e Medline com os descritores: Atenção AND saúde, Problemas AND álcool; Atenção AND saúde, álcool, CAPSad; Rede AND social AND significativa e CAPSad a busca total resultou em 305 artigos. Foi aplicado como critério de inclusão para este estudo ter sido publicado nos últimos 10 anos e estar relacionado ao tema de álcool e outras drogas de forma que o total de publicações efetivas para este trabalho foram 27 artigos. Não foi encontrado nenhum artigo que trate especificamente da relação entre rede social significativa e atenção à saúde de usuários com problemas relacionados ao uso do álcool. Tais dados demonstram a necessidade de estudos específicos sobre o tema.

A presente pesquisa pretende investigar questões de saúde pública de ordem individual e comunitária, especificamente no que se refere a atenção à saúde e às redes sociais significativas de usuários de CAPSad com problemas relacionados ao uso de álcool, oferecendo futuras contribuições para implantação de estratégias de cuidado e atenção para estes usuários que possam envolver e fortalecer sua rede social significativa. Por se tratar de um estudo no âmbito da saúde, que envolve processos de cuidado, rede de atenção psicossocial e participação comunitária, encontra-se alinhado com os objetivos do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, na área de Saúde e Desenvolvimento Psicológico e contribui para o Núcleo de Pesquisas em Clínica da Atenção Psicossocial (PSICLIN) dessa instituição que desenvolve estudos no âmbito das Políticas Públicas para álcool e outras drogas.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Compreender a relação entre a rede social significativa

e atenção à saúde de usuários de CAPSad com problemas relacionados ao uso de álcool.

1.2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a estrutura, os vínculos e suas funções, das redes sociais significativas dos usuários do CAPSad;
- Descrever a atenção à saúde a partir da qualidade dos vínculos estabelecidos pelos usuários com os profissionais do CAPSad e com toda a rede social significativa;
- Verificar as percepções dos usuários e de membros da rede social significativa acerca do cuidado oferecido pelo CAPSad;
- Identificar como o usuário percebe mudanças na sua vida e nas suas relações após acompanhamento no CAPSad;
- Identificar como o membro da rede social do usuário percebe mudanças na vida e nas relações deste após acompanhamento no CAPSad.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Revisão de literatura

Com o intuito de verificar a produção científica acerca da temática desta pesquisa realizou-se um levantamento em janeiro de 2016 em quatro base de dados: Scielo, Psyc, Lilacs e Medline com uma combinação de descritores, sendo eles: Atenção AND saúde, Problemas AND álcool; Atenção AND saúde, álcool, CAPSad; Rede AND social AND significativa e CAPSad. A busca resultou em um total de 305 artigos, após a leitura dos títulos e resumos, excluiu-se os anteriores à 2005, os repetidos nas bases de dados e aqueles que não tinham relação com o tema álcool e outras drogas. Com os descritores Atenção AND saúde, Problemas AND álcool foram encontrados 137 artigos, após critérios de exclusão restaram 11. Com os descritores Atenção AND saúde, álcool AND CAPSad dos 24 rastreados inicialmente, nove foram condizentes com este estudo. Com o descritor Rede AND social AND significativa apenas um estudo dos 89 encontrados se encaixou nos critérios de inclusão. O descritor CAPSad rastreou 54 artigos sendo 17

deles relacionados ao tema desta pesquisa. No total, a busca resultou 38 artigos que se encaixaram nos critérios de inclusão para este trabalho, porém 11 deles estavam repetidos em mais de um descritor, sendo assim, restaram 27 artigos efetivos para este estudo. Estes serão apresentados nas tabelas 1, 2, 3 e 4 com os respectivos descritores e características dos estudos.

Tabela 1 – Descritores: Atenção AND saúde, Problemas AND álcool

Autor	Ano	Área	Fenômeno de estudo	Abordagem metodológica	Substância	Campo de pesquisa
Claro et al.	2015	Enfermagem	Transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas	Quantitativo	Álcool e outras drogas	CAPSad
Barbosa	2013	Psicologia	Políticas públicas em atenção psicossocial	Revisão de literatura	Álcool e outras drogas	CAPSad
Marques & Mângia	2013	Terapia Ocupacional	Itinerários terapêuticos de usuários de álcool	Qualitativo	Álcool	CAPSad
Paiva, Costa & Ronzani	2012	Psicologia	Redes sociais e prevenção ao uso de drogas na Atenção Primária à saúde	Qualitativo	Álcool e outras drogas	Atenção Primária à Saúde
Souza et al.	2012	Enfermagem	Políticas públicas de intervenção aos usuários de álcool e outras drogas	Qualitativo	Álcool e outras drogas	CAPS
Giffoni & Santos	2011	Multiprofissional	Terapia comunitária como abordagem ao problema do abuso de álcool	Qualitativo	Álcool	Atenção Primária
Marques & Mângia	2009	Terapia Ocupacional	Atenção à saúde de usuários de álcool e drogas	Revisão de literatura	Álcool e outras drogas	Não se aplica
Pinho et al	2009	Multiprofissional	Reabilitação psicossocial dos usuários de álcool e outras drogas	Qualitativo	Álcool e outras drogas	Centro de Referência para o tratamento dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas
Moraes	2008	Saúde Coletiva	Atenção integral à saúde no tratamento do uso de álcool e outras drogas	Qualitativo	Álcool e outras drogas	CAPSad
Pinho, Oliveira & Almeida	2008	Multiprofissional	Reabilitação psicossocial na atenção aos problemas associados ao consumo de álcool e drogas	Revisão de literatura	Álcool e outras drogas	Não se aplica
Reinaldo & Pillon	2008	Enfermagem	Repercussões do alcoolismo nas relações familiares	Qualitativo	Álcool	Alcoólatras anônimos (AA)

Total de artigos: 11 (2 repetidos nos descritores CAPSad e Atenção AND saúde, álcool, CAPSad e um repetido no descrito CAPSad)

Tabela 2 – Descritores: Atenção AND saúde, álcool, CAPSad

Autor	Ano	Área	Fenômeno de estudo	Abordagem metodológica	Substância	Campo de pesquisa
Nasi et al.	2015	Enfermagem	Tecnologias de cuidado ao usuário de crack	Qualitativo	Crack	CAPSad
Marques & Mângia	2013	Terapia Ocupacional	Itinerários terapêuticos de usuários de álcool	Qualitativo	Álcool	CAPSad
Vasconcelos, Frazão & Ramos	2012	Enfermagem	Promoção do autocuidado	Qualitativo	Álcool e outras drogas	CAPSad
Zanatta, Garghetti & Lucca	2012	Multiprofissional	Percepção do usuário sobre o CAPSad	Qualitativo	Álcool e outras drogas	CAPSad
Marques & Mângia	2011	Terapia Ocupacional	Práticas assistenciais para usuários de álcool e drogas	Qualitativo	Álcool e outras drogas	CAPSad
Monteiro et al.	2011	Enfermagem	Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento	Quantitativo	Álcool e outras drogas	CAPSad
Azevedo & Miranda	2010	Enfermagem	Práticas profissionais e tratamento no CAPSad	Qualitativo	Álcool e outras drogas	CAPSad
Faria & Schneider	2009	Psicologia	Perfil de usuários de um CAPSad	Quantitativo	Álcool e outras drogas	CAPSad
Marques & Mângia	2009	Terapia Ocupacional	Atenção à saúde de usuários de álcool e drogas	Revisão de literatura	Álcool e outras drogas	Não se aplica

Total de artigos: 9 (8 repetidos no descritor CAPSad)

Tabela 3 – Descritor: Rede AND social AND significativa

Autor	Ano	Área	Fenômeno de estudo	Abordagem metodológica	Substância	Campo de estudo
Sousa	2008	Psicologia	Atuação em rede e proteção social	Qualitativo	Álcool e outras drogas	Comunidade (2 bairros)

Total de artigos: 01

Tabela 4 – Descritor: CAPSad

Autor	Ano	Área	Fenômeno de estudo	Abordagem metodológica	Substância	Campo de estudo
Claro et al.	2015	Enfermagem	Transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas	Quantitativo	Álcool e outras drogas	CAPSad
Nasi et al.	2015	Enfermagem	Tecnologias de cuidado ao usuário de crack	Qualitativo	Crack	CAPSad
Paula et al.	2014	Saúde Coletiva	Significados e sentidos de familiares em relação ao usuário de crack	Qualitativo	Crack	CAPSad
Marques & Mângia	2013	Terapia Ocupacional	Itinerários terapêuticos de usuários de álcool	Qualitativo	Álcool	CAPSad
Carvalho & Menandro	2012	Não descrito	Tratamento de alcoolistas	Qualitativo	Álcool	CAPSad
Araujo et al.	2012	Enfermagem	Adesão ao tratamento em CAPSad	Quantitativo	Álcool e outras drogas	CAPSad
Cavalcante et al.	2012	Enfermagem	Rede de apoio social ao dependente químico	Qualitativo	Álcool e outras drogas	CAPSad
Souza & Pinheiro	2012	Psicologia	Oficinas terapêuticas	Qualitativo	Álcool e outras drogas	CAPSad
Zanatta, Garghetti & Lucca	2012	Multiprofissional	Percepção do usuário sobre o CAPSad	Qualitativo	Álcool e outras drogas	CAPSad
Monteiro et al.	2011	Enfermagem	Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento	Quantitativo	Álcool e outras drogas	CAPSad
Marques & Mângia	2011	Terapia Ocupacional	Práticas assistenciais para usuários de álcool e drogas	Qualitativo	Álcool e outras drogas	CAPSad
Lima et al.	2011	Enfermagem	Perfil de mulheres usuárias de CAPSad	Quantitativo	Álcool e outras drogas	CAPSad
Azevedo & Miranda	2010	Enfermagem	Práticas profissionais e tratamento no CAPSad	Qualitativo	Álcool e outras drogas	CAPSad
Peixoto et al.	2010	Medicina	Adesão ao tratamento	Quantitativo	Álcool e outras drogas	CAPSad
Marques & Mângia	2009	Terapia Ocupacional	Atenção à saúde de usuários de álcool e drogas	Revisão de literatura	Álcool e outras drogas	Não se aplica
Faria & Schneider	2009	Psicologia	Perfil de usuários de um CAPSad	Quantitativo	Álcool e outras drogas	CAPSad
Alves	2009	Saúde Coletiva	Modelos de atenção à saúde para usuários de álcool e/ou	Revisão de literatura	Álcool e outras drogas	Não se aplica

Total de artigos: 17

Os resultados demonstraram a produção ainda incipiente sobre rede social significativa e atenção à saúde de usuários com problemas relacionados ao uso de álcool. Chama atenção o fato da prevalência da área de Enfermagem na produção científica sobre álcool e outras drogas (10 artigos). Dos outros 17 estudos, um era da área Médica, três da Terapia Ocupacional, três da Saúde Coletiva, quatro eram produções multiprofissionais, um não estava descrito e cinco eram da Psicologia. Por se tratar de um importante fenômeno de estudo e atuação da Psicologia, percebe-se a necessidade de maior produção dentro desta ciência. Em relação a abordagem metodológica, constata-se um predomínio da abordagem qualitativa (17 estudos) enquanto a quantitativa teve cinco estudos, os outros cinco tratava-se de revisões de literatura.

Com base nas produções científicas apresentadas será feita uma discussão sobre drogas, álcool e os problemas relacionados ao uso desta substância; CAPSad; atenção à saúde; vínculo e cuidado e redes sociais significativas.

2.2 O uso de drogas

Dados de pesquisa realizada pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) em 2005 em 108 cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes apontou que 22,8% da população brasileira já fez uso de droga ilícita na vida. 74,6% da população já usou álcool na vida e 44% fez uso do tabaco (Brasil, 2006). Droga é definida cientificamente como qualquer substância química com capacidade de alterar a função do organismo ocasionando mudanças fisiológicas ou comportamentais, atua no sistema nervoso central (SNC) do indivíduo modificando seu funcionamento, deprimindo-o, estimulando-o ou perturbando-o. Interfere no comportamento, afeto e cognição, sua denominação pode ser droga, substância psicoativa ou psicotrópica (Lopes, Lemos & Schneider, 2013; Schenker, 2008). Neste trabalho os termos droga, substância e substância psicoativa serão utilizados como sinônimos.

O consumo de substâncias psicoativas é inerente a muitas culturas, situações e contextos. As representações acerca do uso de drogas alteraram-se no decorrer da história, seus significados modificaram-se, indo desde um sentido recreativo até a dependência, que é definida pelo consumo abusivo de substâncias que trazem danos físicos, psicológicos e sociais para o sujeito (Schenker, 2008). O padrão de utilização da droga é dividido em uso, quando não há consequências prejudiciais, em abuso, quando há possibilidade de consequências prejudiciais, e em dependência, que se refere à necessidade compulsiva pelo uso de substância com perda de controle sobre a frequência e quantidade consumida (Lopes, Lemos, & Schneider, 2013; Bicca, Pereira & Gambarini, 2002). O uso e abuso de drogas e seus determinantes sociais configuram-se como um problema complexo com implicações individuais e coletivas (Souza, Kantorski, Vasters & Pillon, 2011).

O consumo abusivo de substâncias traz agravos e preocupações de ordem microssociais, abrangendo o sujeito, família e comunidade, e

de ordem macrosociais, que compreende sociedade, políticas de saúde, segurança, justiça e economia. O fenômeno das drogas e os determinantes sociais de saúde representam um problema complexo na esfera pública e privada (Souza et al., 2011). Schenker (2008) reforça que o fenômeno das drogas é considerado um problema de saúde pública que afeta o sujeito, a família e a comunidade trazendo prejuízos no âmbito escolar, profissional, social e afetivo.

O uso de drogas resulta em prejuízos sociais, interfere no âmbito psicossocial, nas relações afetivas, familiares e na comunidade em que o sujeito vive (Souza et al., 2011). Lancetti (2015) porém, sinaliza o elemento midiático em torno do uso de substâncias psicoativas que demoniza a substância e o usuário e fortalece concepções reducionistas acerca do fenômeno. Apesar de haver contradições e divergências na conceituação das drogas, tem-se avançado na compreensão do fenômeno das drogas e na construção de estratégias de atenção e cuidado (Marques & Mângia, 2010). Entre as substâncias psicoativas, o álcool é a mais consumida no Brasil, metade da população adulta faz uso da substância (INPAD, 2012) o que demanda conhecimento sobre o assunto e políticas específicas para usuários que têm problemas relacionados ao uso de álcool.

2.2.1 Álcool e os problemas relacionados ao uso da substância

Entre as drogas lícitas e ilícitas o álcool é a substância psicotrópica de maior uso pela população. O fenômeno do abuso do álcool está presente nas mais diversas culturas, religiões, gêneros e realidades sociais. O uso da bebida alcoólica até o final do século XVII estava associado à vida social e os casos de abuso de substâncias eram ocasionais e entendidos como problema de ordem individual. Entre os séculos XVIII e XIX houve um aumento do consumo de álcool e do uso abusivo desta substância. A partir do século XX o uso prejudicial do álcool é compreendido como doença e torna-se uma questão de saúde pública (Rech, Cetolin, Trzcinski, Machado, Moser & Duarte, 2013). No Brasil, no que se refere aos atendimentos relacionados ao uso de substância psicoativa no SUS, o uso do álcool configura-se como a principal substância de consumo entre os usuários (Brasil, 2015).

O álcool foi a primeira substância psicoativa a ser estudada, é a mais antiga e de maior consumo no mundo, as consequências pelo seu

uso abusivo e continuado representam um problema de saúde pública (Bicca, Pereira & Gambarini, 2002). É a droga que causa maior dependência e está relacionada a situações de violência, agravos na saúde, nas relações sociais e familiares e complicações na vida laboral (Lopes, Lemos & Schneider, 2013; Souza & Carvalho, 2012). Souza, Kantorski e Mielke (2006) identificaram que a perda do emprego é um fator causal para o uso de drogas ou consequência deste, o que demonstra a multiplicidade de fatores relacionados ao fenômeno. O uso abusivo do álcool ocorre por diferentes motivos e em diferentes contextos, independente de idade, sexo ou classe social (Jahn, Rossato, Oliveira & Melo, 2007) seu uso está associado a diversos fatores, como o uso da substância no âmbito familiar, no grupo de amigos, uso social como meio para o lazer e sociabilidade, como fonte de prazer e busca para alívio de sofrimento (Neves, Teixeira & Ferreira, 2015; Marques & Mangia, 2013, Santos & Veloso, 2008). Frequentemente o início do uso do álcool acontece no seio da família, sendo esta muitas vezes coautora do surgimento do abuso da substância por algum familiar. Há indícios de padrão intergeracional envolvendo o uso da bebida alcoólica, com repetições ao longo da história familiar (Tondowski, Feijó, Silva, Gebara, Sanchez & Noto, 2014; Souza & Carvalho, 2012; Orth & Moré, 2008).

O consumo moderado do álcool é aceito socialmente e incentivado pela mídia, sendo muitas vezes um integrante indispensável em eventos sociais ou festas familiares, porém, quando consumido em excesso, provoca alterações no funcionamento do organismo do sujeito e prejuízos em outras esferas de sua vida (Rech et al., 2013). Estudos relacionam o abuso do álcool com violência e negligência no âmbito da vida familiar (Tondowski et al., 2014; Souza & Carvalho, 2012). Claro, Oliveira, Bourdreaux, Fernandes, Pinho e Tarifa (2015) identificaram correlação entre o abuso do álcool e a gravidade de sintomas de saúde mental e problemas relacionados ao crime e violência.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - V (DSM-V) o abuso e dependência do álcool pode configurar-se como um transtorno, que é o somatório de sintomas físicos e comportamentais e que podem incluir abstinência, tolerância e fissura. A abstinência ocorre após 4 a 12 horas sem consumo depois da ingestão por tempo prolongado e em grande quantidade, ela traz consequências desagradáveis para os sujeitos, que por isto, continuam a fazer o uso do álcool visando evitar ou diminuir os sintomas da abstinência. A fissura

pelo álcool é caracterizada pelo desejo intenso de beber com dificuldade para pensar em outra coisa, o que resulta, frequentemente, no abuso da substância. Mesmo com prejuízos físicos, psicológicos, sociais ou interpessoais, o sujeito que tem problemas relacionados ao uso de álcool continua a fazer uso da substância (APA, 2014).

O II Levantamento nacional sobre o uso de álcool e outras drogas pela população brasileira apontou que 50% dos adultos fazem uso de bebidas alcoólicas, 62% dos homens e 38% das mulheres. Destes, 47% dos homens e 27% das mulheres consumiram cinco doses ou mais na ocasião que mais beberam no último ano. 63% dos homens e 38% das mulheres fazem uso do álcool pelo menos uma vez por semana (INPAD, 2012). Cerca de 12% da população brasileira tem problemas relacionados ao uso excessivo de álcool, 3% fazem uso nocivo e 9% caracterizam-se como dependentes (Brasil, 2007a). O sexto levantamento sobre o uso de álcool e drogas entre escolares no Brasil realizado pelo CEBRID também apontou que o álcool, junto com o tabaco, são as drogas de maior consumo na vida entre estudantes de todo país (Brasil, 2010).

Manter o uso prolongado e abusivo do álcool tende a evoluir para complicações físicas e comportamentais. As características para diagnóstico do transtorno por uso de álcool consideram as esferas da vida do sujeito que são prejudicadas, entre elas a vida laboral, os relacionamentos, segurança e saúde. Entre os moradores de rua há altos índices do transtorno e refletem os prejuízos no trabalho e nos relacionamentos familiares, contudo, a maioria das pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool vivem com a família e continuam a trabalhar (APA, 2014). Porém, os familiares consideram que o uso da substância produz efeito negativo nas relações afetivas, interpessoais e sociais, dificultando o estabelecimento de vínculos (Azevedo & Miranda, 2010; Orth & Moré, 2008; Santos & Veloso, 2008).

Os vínculos tendem a ser prejudicados pelo uso do álcool e outros agravos de ordem econômica e social estão a ele relacionados (Pires & Schneider, 2013, Santos & Veloso, 2008). Entre usuários de um CAPSad o álcool foi citado como a principal substância de início ao uso de drogas, de maior frequência e preferência de consumo (Cavalcante, et al., 2012). Porém, muitos usuários só procuram os serviços de saúde em busca o tratamento quando há alguma doença manifesta decorrente do uso crônico de álcool (Marques & Mangia, 2013).

O uso da bebida alcoólica é uma preocupação global por causar problemas que acometem os sujeitos em todas as esferas de sua vida, o papel nocivo do álcool é histórico e exige respostas de enfrentamento da saúde pública mundial. O diagnóstico e tratamento precoce é fundamental para o prognóstico e elaboração de estratégias de prevenção e promoção da saúde. Entretanto, há um complicador que é o despreparo das pessoas que estão em contato direto com o problema, sejam elas usuários, familiares ou profissionais da saúde (Brasil, 2003) que muitas vezes têm uma concepção reducionista e culpabilizante do fenômeno (Lancetti, 2015).

O uso de álcool é associado a fatores de risco ambientais e culturais, tem efeito sobre os índices de morbidade e mortalidade e é a substância psicoativa de maior consumo (APA, 2014). O etanol é o álcool presente nas bebidas alcoólicas, ingeri-lo em duas ou mais doses geralmente provoca intoxicação aguda com efeitos sobre o humor, percepção, atenção, reflexos, visão, estado de saúde, entre outros. O uso recorrente do álcool por longos períodos leva à intoxicação crônica, ocasionando perda de memória, lesões orgânicas, perda de vitaminas e massa muscular, alterações sanguíneas e diminuição da imunidade. A interrupção abrupta do uso crônico também produz diversos sintomas que caracterizam a crise de abstinência, como irritabilidade, tremores, confusão mental e delirium (Lopes, Lemos & Schneider, 2013).

Quando há o consumo abusivo e recorrente do álcool os indivíduos com problemas ocasionados pelo uso da substância tendem a gastar longos períodos para obter e consumir a bebida. Com frequência, problemas relacionados a conduta, depressão, ansiedade e insônia estão associados ao uso de álcool ou o antecedem (APA, 2014). Para intervir sobre os problemas relacionados ao uso do álcool, são necessárias mudanças nos determinantes que produzem o problema, requerendo a participação ativa do sujeito para desenvolver seu projeto de vida e estabelecer interações sociais que visem transformar o contexto em que vive (Pires & Schneider, 2013; Pires, 2011). O fenômeno do uso prejudicial do álcool envolve uma multidimensionalidade de fatores e configura-se como um processo relacional.

O uso de álcool e outras drogas é frequente no cotidiano da população mundial e associa-se a uma série de complicações à saúde dos sujeitos e da coletividade e a prejuízos nas relações sociais (Neves, Teixeira & Ferreira, 2015; Pinho, Oliveira & Almeida, 2008), entretanto, os efeitos sociais, psicológicos, econômicos e políticos resultantes do

uso de drogas são negligenciados na compreensão global do problema. O entendimento equivocado sobre o fenômeno das drogas promoveu uma cultura de associação das drogas com o crime e a busca pelo combate às substâncias como prioridade deixando sujeitos e a comunidade excluídos do foco de atenção (Brasil, 2005). Diante disso, torna-se necessário ações de cuidado e atenção ao usuário de álcool e outras drogas pautadas na perspectiva da integralidade, sendo o CAPSad um importante dispositivo dentro desta proposta (Lancetti, 2015).

2.3 Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPSad

A Reforma Psiquiátrica no Brasil que tem seu marco legal em 2001 trouxe a necessidade de Políticas Públicas em Saúde Mental que rompesse com a lógica manicomial, e para a consolidação deste novo modelo de cuidado e atenção foram criados serviços substitutivos em forma de rede de atenção, o principal deles é o CAPS. Os CAPS são redes de serviços cuja função é acolher, prestar atendimento integral, oferecer acompanhamento às pessoas com transtornos mentais, propiciar sua reinserção social, integração familiar e o fortalecimento da autonomia. Este serviço é considerado o mais importante dispositivo para a concretização do projeto da Reforma Psiquiátrica no Brasil (Lancetti, 2015; Pinho, Oliveira & Almeida, 2008; Brasil, 2004) já que tem como proposta um atendimento integral e territorializado.

O CAPSad foi regulamentado em 2002 para o atendimento de usuários que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, sendo o trabalho realizado em rede e no território, com a participação da comunidade. O serviço é apoiado por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras ações comunitárias conforme as necessidades dos usuários. Neles são promovidas atividades diversas, desde o atendimento individual até atendimentos grupais ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. A proposta é que o serviço ofereça condições de descanso e estratégias de desintoxicação ambulatorial para usuários que necessitam e que não demandam atendimento clínico hospitalar. Os CAPSad funcionam com caráter ambulatorial e de hospital-dia, oferecendo trabalho interdisciplinar e integral com o objetivo de construir e proporcionar uma rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas (Cetolin, Trzcinski, Pinheiro & Cetolin, 2013; Brasil, 2004).

Em 2003 o Ministério da Saúde elaborou uma Política Nacional específica para álcool e drogas que tem como objetivo prevenir, tratar e reabilitar os usuários conforme proposto pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. Dentro desta proposta os CAPSad passaram a ser referência para o cuidado, estratégias de Redução de Danos (RD) e ações de prevenção e promoção da saúde (Moura & Santos, 2011; Pinho, Oliveira & Almeida, 2008). A RD é entendida como uma política e uma prática de saúde pública marcada por diversos procedimentos que visam minimizar as consequências negativas provocadas pelo uso de substâncias psicoativas (Lancetti, 2014).

Outro marco importante da política de álcool e drogas ocorreu em 2011 com a criação da Portaria 3.088 que institui no Sistema Único de Saúde a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para usuários com sofrimento ou transtorno mental e/ou com problemas relacionados ao uso de álcool e drogas. A RAPS se estrutura através dos pontos de atenção, como as Unidades Básicas de Saúde e os Centros de Convivência, do qual o CAPS é integrante. O serviço do CAPSad deve ser oferecido em cidades com população superior a 70.000 habitantes e o CAPSad III para cidades com mais de 200.000 habitantes (Brasil, 2011).

No início dos anos 2000, período da implantação da atual política de saúde mental, a rede era centrada no CAPS que exercia função de regulador. Em 2003 inicia-se ações de saúde mental na Atenção Básica com a realização do apoio matricial com profissionais de referência em Saúde Mental e a partir disso a Atenção Básica foi se consolidando enquanto centro ordenador do sistema local de saúde com vistas a promover um sistema de saúde universal, integral, equitativo e com controle social. Em 2008 são criados os Núcleos de Apoio da Saúde da Família (NASF) que tem como objetivo fortalecer as ações de saúde mental na Atenção Básica, a partir disso há um processo de descentralização do CAPS, que continua como um dispositivo fundamental da rede atuando na perspectiva anti-manicomial (Lopes, Lemos & Schneider, 2013).

O surgimento do CAPS decorre da Reforma Psiquiátrica com uma proposta de tratamento em substituição ao modelo hospitalocêntrico. Caracteriza-se como um serviço comunitário de referência para atendimento aos usuários em sofrimento psíquico grave e/ou com problemas relacionados ao uso e abuso de álcool e outras drogas. A atuação ocorre no território a partir do PTS (Lancetti, 2015; Picoli, 2013). Lima e Yasui (2013) propõe uma definição de território

que supere o conceito de delimitação geográfica, mas que seja entendido como espaço relacional, de produção de subjetividade. O território como espaço de histórias naturais, culturais, afetivas e sociais que produzem sentidos e compõe a vida dos sujeitos. Schneider (2015) salienta a base comunitária do CAPS e destaca a noção de território como espaços de convivência, de mediação afetiva, social, cultural e material.

O trabalho no território e de base intersetorial visa à reabilitação psicossocial, através da inclusão produtiva, qualificação profissional, geração de trabalho e renda, das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e/ou com problemas relacionados ao uso de álcool e drogas. Essas ações precisam ser articuladas com as redes de saúde, de assistência social e de economia solidária aproveitando os recursos disponíveis no território e possibilitando melhores condições de vida, de cidadania, de autonomia e inclusão social dos usuários e seus familiares (Costa, Colugnati & Ronzani, 2015; Brasil, 2011). Ações de cuidado no território implica considerar o território como lugar que compõe a vida dos usuários dos serviços de saúde, como espaço relacional onde se produz sentido, relações, modos de ser, de produzir, de amar e se relacionar (Lima & Yasui, 2013).

Os serviços do CAPSad têm como diretriz uma atuação pautada na lógica da RD que tem como objetivo diminuir os riscos e danos relacionados ao uso de drogas, mesmo que não haja a interrupção do uso em um determinado tempo (Inglez-Dias, Ribeiro, Bastos & Page, 2014; Janh et al., 2007) trata-se de diminuir os danos e ampliar as condições de vida dos usuários (Lancetti, 2014). As atividades desenvolvidas no serviço incluem atendimento individual, como o de orientação, psicoterapia e tratamento medicamentoso, atendimentos em grupo, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares (Souza & Kantorski, 2009). O trabalho realizado no CAPSad visa romper com o modelo hospitalocêntrico, propondo o cuidado sob a ótica da reabilitação psicossocial do usuário e sua família, atuando no território, junto à comunidade, oferecendo para o usuário acolhimento, atenção integral e a construção de autonomia e cidadania (Picoli, 2013; Azevedo & Miranda, 2010).

Os CAPSad podem proporcionar para o usuário um sentimento de pertencimento comunitário. Com uma atuação em rede, o serviço representa fonte de apoio e estabelecimento de novos vínculos, aumentando as redes sociais significativas dos usuários e proporcionando a interação destas com outras redes (Picoli, 2013;

Souza; Kantorski & Mielke, 2006). As redes sociais são importantes no processo do cuidado no CAPSad, assim como demonstrado no estudo de Marques e Mangia (2013) onde os usuários buscaram o tratamento no CAPSad por intermédio de algum membro de sua rede social.

Quando o vínculo do usuário com sua rede social é fragilizado o CAPS representa fonte de apoio. Os achados do estudo de Picoli (2013) indicam que o CAPSad se configura como um espaço de acolhimento onde os usuários sentem-se bem recebidos. Os usuários que participaram desta pesquisa relataram fragilização e rompimento de seus vínculos familiares e sociais, falta de apoio, e o CAPS foi o local onde encontraram ajuda e resgate de vínculos. Porém, deve-se estar atento para que o usuário não crie vínculos de dependência com o serviço repetindo práticas manicomialis. É necessário priorizar a reinserção social dos usuários e esta não ocorre se o usuário frequenta o serviço apenas com a motivação de ocupar o tempo livre. Torna-se fundamental propiciar para ele seu reconhecimento enquanto ser de direitos e cidadão e capacitá-los para as necessidades da vida (Picoli, 2013).

Sobre o vínculo de dependência do usuário com o CAPS, dados indicam que nem sempre os CAPSad funcionam em consonância com as propostas das Políticas Públicas de Saúde Mental. No que se refere a reinserção social, muitos usuários afirmam sentir-se dependentes das atividades do CAPS para conseguir ocupar o tempo o livre. Há também uma centralidade no CAPS, com pouca participação dos usuários em outros serviços da rede. Esses dados demonstram a importância de ações intersetoriais que possibilitem a reinserção social e laboral e rompam com a lógica da institucionalização e prática assistencial dos serviços (Vasconcelos, Machado & Protazio, 2014; Picoli, 2013; Cavalcante et al., 2012) e contem com a participação do usuário e da comunidade.

A falta de profissionais no CAPSad, a grande demanda e a falta de recursos apresentam-se rotineiramente como justificativas para a não realização de projetos de intervenção comunitária, porém, tais justificativas não podem ser motivo de ausência total de práticas neste sentido. O modelo atual de atenção ao usuário de álcool e outras drogas, requer a articulação da rede, trabalho territorial na perspectiva da RD que permita acessibilidade a comunidades de difícil acesso que são fortemente atingidas pela problemática do abuso de drogas (Vasconcelos, Machado & Protazio, 2014; Souza; Kantorski & Mielke, 2006).

O CAPS como um serviço aberto e comunitário busca ampliar

as possibilidades do usuário (re)inserir-se socialmente (Picoli, 2013). Para isso, é preciso um trabalho em parceria com a comunidade, criar uma rede de apoio para o usuário em todos os ambientes em que estiver inserido, ajudar a família e a comunidade na identificação das próprias necessidades do usuário e auxiliá-lo em suas demandas (Peixoto et al., 2010). A participação da família e da comunidade favorece a procura dos usuários pelo CAPSad, conforme demonstrado em outros estudos (Nasi, Oliveira, Lacchini, Schneider & Pinho, 2015; Marques & Mângia, 2013; Cavalcante, et al., 2012) onde alguns usuários que faziam uso prejudicial do álcool, buscaram o serviço através do incentivo de membros da rede social significativa.

O CAPSad propicia ações de atenção integral, acolhimento, humanização, vínculo e corresponsabilização visando a promoção da saúde. O cuidado oferecido no serviço tem como objetivo a reabilitação psicossocial do usuário contando com a participação da família e da comunidade (Azevedo & Miranda, 2010) e resulta em sentimento de pertencimento à uma rede social, fortalecimento de vínculos e reinserção social (Picoli, 2013). A participação da família é importante para o tratamento do usuário assim como a família recebe o apoio e suporte do CAPSad (Soccol, Terra, Girardon-Perlini, Ribeiro, Silva & Camillo, 2013). Conforme Paula et al. (2014) identificaram que, familiares de usuários de um CAPSad quando se engajaram no processo do cuidado passaram a ter uma visão mais compreensiva do usuário e de suas necessidades.

O CAPSad representa um espaço de fortalecimento e construção de vínculos, como demonstrado pelos participantes do estudo de Picoli (2013) que relataram sentir-se pertencentes à comunidade e ao CAPS, entendendo este espaço como de ajuda e de convivência que proporciona a reconstrução da rede social. Os usuários também citaram o fato de diferente do que ocorre na internação, poder continuar o convívio familiar e comunitário e fortalecer esses vínculos. Na mesma direção, o estudo de Cavalcante et al. (2012) identificou o CAPSad como espaço para o tratamento e estabelecimento de vínculos de amizade, de construção e fortalecimento de laços sociais e afetivos com a família e comunidade, assim como um lugar para o lazer e atividades de ocupação para os usuários.

Para oferecer um atendimento integral ao usuário de álcool e drogas é necessário conhecê-los em suas singularidades e necessidades, estabelecer vínculo com o usuário e seus familiares. Assim é possível

planejar e implantar diferentes programas de prevenção, educação, cuidado e promoção de saúde que sejam convergentes com as necessidades dos usuários. Uma política pública coerente e efetiva utiliza estratégias complementares visando o retardo do consumo de substâncias, a RD e a superação do uso/abuso de drogas (Brasil, 2003). Essa política de atenção e cuidado prevê a construção do PTS que, quando elaborado de forma integrada conforme a proposta do CAPSad, possibilita maiores condições de atenção integral à saúde dos usuários (Marini, 2011).

2.4 Atenção à saúde de usuários de CAPSad

O processo de atenção à saúde envolve usuários, suas famílias, comunidade, organizações de saúde e deve se dar em três níveis: o nível micro que se refere ao indivíduo e à família; o nível meso que compreende as organizações de saúde e a comunidade; e o nível macro que abrange as políticas de saúde. As ações para atenção à saúde devem ser sistemáticas, integradas e direcionadas às necessidades dos usuários. O tipo de atenção ofertada varia de acordo com o risco para o usuário: quando há condição de baixo ou médio risco a atenção à saúde é ancorada em ações de autocuidado com apoio de profissionais; já quando se refere a condições de alto ou muito alto risco a presença e atuação profissional é constante e o cuidado é mais especializado (Mendes, 2011).

Com os avanços das políticas públicas para atenção à saúde de usuários com problemas relacionados ao uso de álcool, preconiza-se a atenção integral ao sujeito e esta deve ser prática permanente nos serviços de saúde. No trabalho de atenção à saúde aos usuários de álcool e outras drogas se fortalece uma lógica de atenção à saúde de qualidade, em consonâncias com os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH). O campo da atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas deve ser guiado na ótica da atenção integral e humanizada, rompendo com ações estigmatizantes e hospitalocêntricas (Moraes, 2008). As Redes de Atenção à Saúde (RAS) têm como norte a promoção da saúde, prevenção e atenção aos usuários de álcool e outras drogas (Costa, Colugnati & Ronzani, 2015).

A partir da Reforma Psiquiátrica no Brasil foi preciso construir uma rede de serviços em saúde para álcool e drogas contrária a lógica

manicomial e pautada nos pressupostos da atenção psicossocial. Esta rede precisa estar inserida no território dos sujeitos e articulada com outros setores da sociedade, promovendo a reabilitação psicossocial e reinserção social dos usuários que fazem uso abusivo de substâncias. Os dispositivos de atenção aos usuários devem ser pautados na visão ampliada de saúde, ter ações de RD e realizar busca ativa e sistemática das demandas que precisam ser atendidas, de forma integrada e em parceria com a comunidade (Vasconcelos, Machado & Protazio, 2014; Pinho, Oliveira & Almeida, 2008). O trabalho intersetorial, a participação da comunidade e práticas orientadas na RD contribuem para a atenção à saúde de usuários com problemas relacionados ao uso de drogas (Lancetti, 2014).

O trabalho em RD é um recurso fundamental para o tratamento de usuários de álcool e drogas, porém, no Brasil as políticas de RD apresentam fragilidades em relação a capacidade de criar vínculos entre os usuários e os serviços de saúde e a baixa participação dos sujeitos acessados pelo programa de RD (Inglez-Dias et al., 2014; Vasconcelos, Machado & Protazio, 2014). A atenção em saúde para os problemas relacionados ao álcool e outras drogas do Ministério da Saúde tem como eixo norteador a RD, as ações são direcionadas para o acolhimento das demandas de cada usuário sem fazer julgamento e estimulando a participação deste, reconhecendo as singularidades do usuário e construindo junto dele estratégias que lhe possibilitem melhores condições de vida (Lancetti, 2014; Brasil, 2005) considerando-o em sua singularidade e como sujeito corresponsável (Lins & Scarparo, 2010).

Os problemas relacionados ao abuso de substâncias envolvem o usuário e sua rede social, afetam diferentes pessoas em contextos e circunstâncias diversas. O processo do cuidado é permeado por dificuldades tanto do usuário quanto dos serviços e equipes profissionais. Muitos usuários não têm como objetivo principal a abstinência e abandonam serviços de saúde que tenham isso como meta, outros, nem procuram tratamento por não se sentirem acolhidos. Quando as práticas de cuidado, prevenção e promoção de saúde não consideram as especificidades dos sujeitos, a atenção integral à saúde fica comprometida. Considerando estes fatores, os serviços de saúde devem ter como eixo norteador a RD, respeitando as singularidades e as diferentes escolhas dos usuários (Lopes, Lemos & Schneider, 2013).

Apesar do fenômeno das drogas envolver uma multiplicidade de fatores e instituições e ser um relevante problema de saúde pública no

Brasil, as políticas de atenção aos usuários demonstram ser pouco integradas e de baixa abrangência (Inglez-Dias, et al., 2014). Tendo em vista a complexidade do problema das drogas, são necessárias ações de promoção da saúde que visem o empoderamento dos sujeitos e o suprimento das necessidades básicas das pessoas, como alimentação, saúde, educação, trabalho e lazer (Souza et al., 2011). A Rede de Atenção Psicossocial (RAS) tem de se constituir como espaços de construção de vínculos e de produção de vida nos territórios onde os sujeitos se constituem (Schneider, 2015).

É necessário que a atenção à saúde do usuário seja feita na perspectiva da integralidade. As intervenções nas relações sociais dos usuários de drogas precisam ser associadas a intervenções sobre as condições básicas de vida, e devem ser prioridade em função do impacto psicossocial que constitui o fenômeno das drogas no âmbito familiar e afetivo do usuário e da comunidade onde vive (Souza et al., 2011). O cuidado oferecido deve viabilizar a reinserção social, promoção e resgate de vínculos significativos e novas possibilidades de construção de projeto de vida para o usuário (Pires & Schneider, 2013).

A Política de Atenção aos usuários de álcool e outras drogas é parte da rede de saúde mental, seguindo as mesmas legislações e diretrizes do governo federal. Porém, em função das especificidades, da maior incidência e dos agravos à saúde associados ao uso de álcool e drogas, esta temática tem uma política específica no Ministério da Saúde, que é a Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, que prevê ações de atenção integral, prevenção e promoção da saúde e contraria a cultura de criminalização e julgamento moral do usuário (Pires, 2011; Brasil, 2003). No que concerne ao cuidado de usuários de drogas, Peixoto et al. (2010) refletem que o problema do Brasil não se refere especificamente a oferta de serviços, mas sim a adequação das propostas de um cuidado integral que vincule o usuário com o serviço e ao PTS.

A atenção integral à saúde de usuários de álcool e outras drogas, envolvem diversos fatores, entre eles a formação profissional de acordo com os princípios da humanização e atenção psicossocial; formulação de políticas públicas intersetoriais voltadas para o fenômeno das drogas; participação da sociedade de forma ética e menos moralista e a compreensão e implementação da política de RD de maneira mais humanizada. A política de atenção à saúde integral dos usuários de álcool e outras drogas pressupõe a construção de PTS, elaborados para

cada sujeito e que não tenham como meta exclusiva a abstinência mas que considere todas as especificidades e necessidades do sujeito (Costa, Colugnati & Ronzani, 2015; Lancetti, 2014; Pires & Schneider, 2013; Moraes, 2008).

A complexidade do problema do uso de substâncias psicoativas contribuiu para que houvesse, ao longo da história, certa ausência de Políticas Públicas direcionadas para o problema. Em decorrência disto, outras políticas de cuidado foram disseminadas, a maioria pautada em concepções religiosas, psiquiátricas ou médicas que visam à abstinência. Estas instituições, muitas vezes filantrópicas, tem um papel importante e indicam a necessidade de Políticas Públicas efetivas para atenção e cuidado ao usuário de álcool e outras drogas (Brasil, 2005). Diante das necessidades, no Brasil as políticas públicas atuais têm no CAPSad um importante dispositivo para o cuidado de usuários que fazem uso abusivo de álcool e /ou outras drogas. As diretrizes do CAPS preveem que haja acolhimento do usuário e construção de um PTS que respeite a singularidade do sujeito, incluindo atividades que contemplem dimensões específicas como meio ambiente e contexto social do sujeito tendo como objetivo a reabilitação psicossocial (Picoli, 2013; Marini, 2011).

O PTS pressupõe um projeto que possa ser construído para sujeitos, grupos e famílias privilegiando a singularidade como elemento principal do processo, envolve o diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e avaliação do trabalho. É constituído por uma série de ações articuladas para um sujeito ou coletividade que resulta de discussões coletivas de uma equipe interdisciplinar, é o alicerce para a construção e articulação dos recursos de intervenção que a equipe dispõe (Brasil, 2007b). Lancetti (2015) contribui salientando que o PTS é o organizador do cuidado, o qual deve contemplar a biografia do sujeito, sua família, o território onde vive, e por fim, as potencialidades do sujeito individual e coletivo.

A atenção à saúde dos sujeitos com problemas relacionados ao uso drogas precisa ter alcance ampliado, considerando a influência da família, das redes sociais, condições de trabalho e lazer, seja no processo que envolve o uso da droga ou no cuidado do usuário (Soccol et al., 2013; Moura & Santos, 2011; Souza et al., 2011; Orth & Moré, 2008), uma vez que ter amigos que fazem uso de substâncias psicoativas e não ter o apoio da família são fatores de risco para o uso (Vasters & Pillon, 2011). Por isto, atenção à saúde promovida pelo CAPSad deve

considerar as redes sociais dos usuários visando o fortalecimento de vínculos saudáveis, a intervenção precisa ser direcionada às necessidades específicas dos usuários tendo em vista as características e diferenças da população atendida com o objetivo de favorecer a participação do usuário no processo terapêutico e possibilitar melhores condições de atenção integral à saúde (Picoli, 2013; Cavalcante, et al., 2012).

No PTS que tem como um dos objetivos a diminuição do uso abusivo de substâncias, os vínculos dos usuários devem ser foco de intervenção, uma vez que alguns vínculos precisarão ser rompidos, outros fortalecidos e outros serem (re)construídos (Souza et al., 2011). Mesmo havendo perdas de vínculos familiares, a família é a principal fonte de apoio e incentivo para buscar e continuar o acompanhamento no CAPSad (Soccol et al., 2013). Em função das perdas sociais, com frequência, o serviço de saúde e a família são as únicas redes de apoio do usuário. E quando a família é alvo de intervenções do CAPSad, esta modifica o modo como lida com o problema das drogas, as relações familiares tendem a ser mais saudáveis e aumenta o apoio ao usuário (Paula, et al., 2014). Deste modo, a atenção à saúde dos usuários que fazem uso prejudicial do álcool deve possibilitar o resgate das relações e dos vínculos com os membros das redes sociais (Pires & Schneider, 2013; Rech et al., 2013).

Proporcionar o fortalecimento dos vínculos e dos relacionamentos saudáveis é a maneira mais efetiva de prevenir o abuso de drogas, pois promove autonomia e protagonismo dos jovens. Por outro lado, quando já há o uso abusivo de substâncias, é necessário a participação ativa da família no processo terapêutico, uma vez que o problema das drogas envolve toda a dinâmica familiar (Tondowski et al., 2014; Souza, Carvalho & Teodoro, 2012; Orth & Moré, 2008; Schenker, 2008). A integração da família, comunidade e usuário para enfrentar o problema das drogas precisa romper com preconceitos e resistências que envolvem este fenômeno. Tais resistências podem vir do próprio serviço, dos profissionais, da família e da comunidade. É necessário avaliação e monitoramento constante dos programas, projetos e ações propostas (Pires & Schneider, 2013; Trad, 2010) visando estabelecer um cuidado humanizado que tenha responsabilidades compartilhadas e efetividade maximizada.

Os novos dispositivos de cuidado e atenção em álcool e outras drogas propõem práticas de intervenção com a participação da família e

da comunidade (Trad, 2010). Contudo, os serviços nem sempre contemplam no PTS as necessidades e especificidades dos usuários (Lancetti, 2015). Peixoto et al. (2010) verificaram que em determinado CAPSad o processo terapêutico oferecido é direcionado para usuários com maior adesão, sendo eles: homens mais velhos, que fazem uso abusivo de álcool, com longo histórico de uso e pertencentes a famílias com dinâmica familiar estável. As práticas atuais em CAPSad têm demonstrado serem pouco efetivas para usuários com perfis diferentes deste apresentado, por isto, destaca-se a necessidade de práticas que contemplem as diferenças e especificidades dos usuários de álcool e outras drogas.

O cuidado e atenção aos usuários que fazem uso abusivo de álcool é desafiador, muitos deles não dão continuidade no processo terapêutico no CAPSad (Monteiro et al., 2011), e mesmo quando há continuidade, é importante um acompanhamento no território que possibilite manutenção do cuidado, atenção à saúde, prevenção e reconstrução de aspectos fundamentais para a vida do sujeito (Maques & Mângia, 2013). Vasconcelos, Machado e Protazio (2014) propõe um cuidado que aumente a potência de vida, que busque ampliar relações, conexões, território existencial e redes de vinculação.

Entre os aspectos importantes para a promoção da saúde dos usuários é fazer-lhes sentir-se integrante do mundo que o cerca, o que inclui relações familiares, afetivas e vida laboral (Vasconcelos, Machado & Protazio, 2014). Os participantes da pesquisa de Cavalcante et al. (2012) falaram sobre a importância do trabalho para suas vidas, representando um elemento auxiliar no processo de recuperação, e do sentimento de utilidade e de ser produtivo. Muitos participantes perderam o emprego em função do uso abusivo de substâncias e isto prejudicou sua inserção social.

Um dos principais objetivos do cuidado em CAPS é a reinserção do usuário na família e na comunidade (Moura & Santos, 2011; Marques & Mângia, 2009). Picoli (2013) identificou que o CAPS possibilitou para os usuários a reaproximação da família e o sentimento de pertencimento à sua rede social. Na pesquisa de Azevedo e Miranda (2010) os participantes relataram que a participação no CAPSad promoveu melhoras significativas nas condições de vida e saúde do usuário e nas relações familiares e sociais. Este dado vai ao encontro dos achados de Marques e Mângia (2013), em que o CAPSad foi citado pelos participantes da pesquisa como espaço para reorganização da vida

cotidiana, criação de novos vínculos e de outros lugares de pertencimento.

O CAPSad é entendido como lugar protetivo que muitos usuários continuam frequentando por algum tempo mesmo após a cessação do uso de álcool em função dos vínculos estabelecidos e do sentimento de pertencimento (Marques & Mângia, 2013). Porém, nem sempre os usuários sentem-se protagonistas no seu processo terapêutico, conforme identificado no estudo de Moraes (2008), no qual os usuários relataram não entenderem a atenção à saúde como um direito e não se reconhecem como cidadãos. A autora afirma também que na prática cotidiana dos serviços de saúde muitas ações divergem da política humanizada de atenção à saúde de usuários, estando ainda enraizadas em modelos hegemônicos de tratamento (Moraes, 2008). Fica claro a importância de se construir e elaborar ações de atenção à saúde pautadas no vínculo e no cuidado humanizado.

2.4.1 A atenção à saúde a partir do vínculo e cuidado

O cuidado é entendido como a relação entre o saber prático e o saber tecnocientífico, de modo que as ações em saúde utilizam estes saberes de forma compartilhada visando promover melhores condições de vida e de bem-estar aos sujeitos. Contudo, nem sempre o que é importante para o bem-estar dos sujeitos depende de conhecimento técnico, por isto é essencial que a atenção à saúde ocorra a partir de vínculos, de mediações, considerando demandas e peculiaridades de cada sujeito e não somente norteado pelo conhecimento tecnocientífico. A humanização no cuidado compreende a relação entre profissional e usuário, depende de conjunturas gerenciais e pode ser entendida como um projeto existencial, uma proposta para os sujeitos e as coletividades (Ayres, 2011).

O cuidado que visa a reabilitação psicossocial é construído a partir do PTS, respeitando a singularidade do sujeito e tendo em vista suas necessidades possibilitando a atenção integral à saúde do usuário (Pinho, Oliveira & Almeida, 2008). O cuidado de usuários de álcool e outras drogas, conforme prevê a Política do Sistema Único de Saúde (SUS) visa a inserção social, a garantia da saúde e cidadania, por meio de um acolhimento qualificado, vínculos fortalecidos entre profissionais, serviço de saúde e usuário e estratégias para a prevenção, reabilitação e

promoção da saúde (Souza, Kantorski, Luis & Oliveira, 2012). O processo de atenção à saúde deve ter como prioridade a construção e fortalecimento de vínculos para o cuidado (Costa, Colugnati & Ronzani, 2015).

O PTS, a política de RD e as diretrizes dos CAPSad evidenciam a importância da participação familiar e social na prevenção e no cuidado dos usuários (Trad, 2010). Soccol et al. (2013) elucidam o quanto a família do usuário é afetada, muitas vezes exercendo o papel de cuidadora sem ter o suporte necessário, evidenciando a necessidade que a atenção seja também direcionada para a família, identificada como potente agente promotor de saúde na vida do usuário. Costa, Colugnati e Ronzani (2015) também enfatizam que a atenção deve ser direcionada para o usuário, sua família e comunidade, considerando suas particularidades e necessidades. Diante da complexidade que envolve o problema do abuso de substâncias, são necessárias ações conjuntas e ampliadas.

O PTS é alicerçado na corresponsabilização, co-produção e co-gestão do cuidado de indivíduos ou grupos que estejam em situação de vulnerabilidade. A formulação do PTS envolve necessariamente o profissional e/ou equipe de saúde e o usuário e necessita de constante (re)avaliação do trabalho realizado (Lancetti, 2015; Oliveira, 2013). O trabalho de atenção integral à saúde acolhe a demanda e as necessidades dos sujeitos, há corresponsabilização pelo processo do cuidado, e estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários, pautados no respeito à autonomia e as diferenças (Moura & Santos, 2011; Trad, 2011). Porém, diferenças sociais, econômicas e culturais entre profissionais da saúde e usuários, somado à desigualdade social do Brasil dificulta o estabelecimento de relações dialógicas (Trad, 2011).

Um cuidado humanizado requer, necessariamente, valorização dos sujeitos, relações dialógicas e alteridades (Trad, 2011). Para a construção do cuidado nos moldes da atenção à saúde integral, é preciso refletir sobre as raízes e significados sociais do adoecer e do distanciamento em que os sujeitos são colocados em relação ao seu projeto de vida. Não é possível cuidar de sujeitos sem cuidar de populações, e não há saúde pública efetiva se cada usuário não for cuidado em sua integralidade. A atenção integral à saúde, a partir do vínculo, acolhimento e do cuidado humanizado depende de condições de intersetorialidade e interdisciplinariedade (Ayres, 2011).

A humanização é uma política transversal presente em todos os

programas e serviços de atendimento do sistema de saúde no Brasil, é pautada na relação entre profissional e usuário e nela está implícito dois conceitos fundamentais: vínculo e acolhimento. O vínculo é potencializado pelo acolhimento, especialmente quando ele ocorre no território onde o sujeito se constitui (Artmann & Rivera, 2011). Lancetti (2014) assinala que a potência do cuidado está no encontro, e é desta força que o profissional precisa lançar mão na sua atuação. Pires (2011) destaca ainda que o vínculo e o acolhimento perpassam o trabalho do profissional de saúde com o usuário que faz uso prejudicial do álcool e outras drogas, e esta relação permeia todo o processo terapêutico.

Especificamente com usuários de álcool e outras drogas, o cuidado oferecido pelo CAPSad constitui-se como suporte para os pacientes lidarem com os prejuízos causados pelo uso de substâncias, através do PTS e das relações estabelecidas entre profissional, usuário e equipe. O cuidado oferecido visa possibilitar o autoconhecimento e a busca de novas fontes de bem-estar. Uma atenção à saúde integral pressupõe a promoção do autocuidado, corresponsabilização e diminuição dos prejuízos pessoais associados ao uso de drogas (Scaduto & Barbieri, 2009). Usuários com problemas relacionados ao uso de álcool, tem na relação com o profissional de saúde o aspecto mais importante para o cuidado, e por isso, é essencial o fortalecimento de vínculos entre todos os atores envolvidos neste processo (Nasi et al., 2015; Pires, 2011).

A relação entre o profissional da saúde e o usuário deve ser estabelecida de forma horizontal, a parceria entre os dois possibilita um cuidado efetivo, que depende da participação do usuário e do estabelecimento de vínculos (Caprara & Franco, 2011; Pires & Schneider, 2013). O cuidado requer a construção de vínculos entre o serviço e o usuário e entre ele e o profissional, com partilha de responsabilidades no cuidado e produção de bem-estar. Compreende a sabedoria prática associada ao saber tecnocientífico como estratégias para ações em saúde de maior efetividade, que produzem melhores condições de vida para os sujeitos e envolvem atitudes e espaços de encontros verdadeiros. A intervenção técnica se estabelece em um processo relacional, com o estabelecimento de vínculo entre profissional e usuários (Ayres, 2011).

O CAPSad representa para os usuários um espaço de encontro e intercâmbio, para alguns, é o único local que frequentam e podem estabelecer vínculos e relações além da própria casa. O encontro entre as

pessoas no CAPSad, o vínculo dos usuários com o serviço, com os profissionais e com os demais usuários são os aspectos mais importantes no cuidado dos sujeitos com problemas relacionados ao uso de álcool (Maques & Mângia, 2013). Quando o cuidado promove o fortalecimento de vínculos, novas perspectivas de vida surgem para o usuário que passa a sentir-se mais responsável e motivado para prover a renda familiar e reinserir-se socialmente (Picoli, 2013). Isto depende do planejamento do PTS e de um acolhimento efetivo pautado na escuta qualificada (Ayres, 2011). Assim como na construção e fortalecimento de uma rede social significativa.

2.5 Redes sociais significativas e o uso do álcool

A rede social representa vínculos que um sujeito considera importantes e aos quais ele recorre cotidianamente em busca de assistência, ajuda em dificuldades e para alcançar objetivos. Pode haver maior ou menor quantidade de encontros sociais entre os membros da rede, sendo que alguns encontros correspondem a situações difíceis da vida, outros se relacionam com problemas situacionais do dia a dia. Os membros da rede social podem desempenhar funções de suporte social, auxiliando nas soluções de problemas, oferecendo orientações ou mesmo companhia (Ornelas, 2008). Sluzki (1997) define redes sociais como rede social pessoal ou rede social significativa que representa a junção de todas as relações que um sujeito entende como significativas ou diferenciadas das demais relações que estabelece. A rede configura-se como o grau relacional interpessoal e contribui fundamentalmente para o reconhecimento enquanto sujeito, para a construção de identidade, para o sentimento de bem-estar, pertença e autonomia.

O conceito de redes sociais abrange dois campos correlacionados e bem definidos, um deles se refere ao significado e o outro ao suporte oferecido para o sujeito e ou família. Existem redes que se constituem no decorrer do ciclo vital do indivíduo e sua família e que são definidas principalmente pela proximidade, intimidade e vinculação. Há redes sociais entendidas como formais ou informais e que oferecem diferentes formas de suporte ao sujeito. As redes sociais são constituídas em função dos processos específicos do desenvolvimento do ciclo vital individual ou familiar, das interações estabelecidas e grupos constituídos em um determinado tempo e contexto em razão de situações ou ações

mais ou menos formalizadas e pela constituição formal e institucional, com fronteiras, limites e funções bem definidas (Moré & Crepaldi, 2012).

A rede social compreende um constante processo de construção individual e coletivo, é um sistema essencialmente aberto que interage com outras redes sociais e potencializa os recursos que possui. Cada membro da rede se desenvolve e se enriquece pelas múltiplas relações que estabelece (Dabas, 1993). As redes sociais possuem tamanhos e fronteiras pouco definidas e são compostas principalmente por familiares, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, comunidade, e sua constituição varia ou altera-se no decorrer do tempo (Lins & Scarparo, 2010; Ornelas, 2008). O caráter dinâmico e fluido das redes sociais faz com que as funções sejam mais importantes do que os membros que constituem a rede. Isso porque em muitos momentos o apoio depende de conjunturas passíveis de constante transformação (Braga, 2011).

As redes sociais, sejam de ordem individual, familiar, institucional ou comunitária, caracterizam-se como um dos principais recursos que um sujeito dispõe principalmente no que se refere ao apoio recebido e percebido. Há associação entre desenvolvimento humano saudável e qualidade das redes sociais que um sujeito mantém (Moré & Crepaldi, 2012). As redes sociais exercem importante influência no processo de atenção à saúde (Mendes, 2011), elas desempenham significativas funções na vida dos sujeitos e dependem das relações interpessoais entre o sujeito, sua família e seu entorno social. A qualidade das relações está interligada com a história, intensidade, frequência e mutualidade dos vínculos estabelecidos (Moré, 2005) o que determinam também as características das redes sociais significativas.

As redes sociais possuem características estruturais específicas que são: (a) tamanho, que se refere ao número de membros da rede. As redes mais efetivas são as de tamanho médio, entre 8 e 10 membros, redes muito pequenas tendem a sobrecarregar os membros em momentos de crise, enquanto as redes muito extensas tendem a ser menos efetivas porque os membros acreditam que já deve ter alguém auxiliando o sujeito quando necessário; (b) densidade, é a qualidade das relações entre os membros e a influência que isso exerce sobre o sujeito; (c) composição ou distribuição, diz respeito a posição de cada membro na rede, considerando o contexto da relação e o grau de intimidade; (d) dispersão, distância geográfica entre o sujeito e os membros de sua rede; (e) homogeneidade/heterogeneidade, relaciona-se às diferentes

características dos membros, como idade, sexo, cultura, nível social e econômico, tais diferenças podem facilitar trocas ou tensões (Sluzki, 1997).

Em relação as funções desempenhadas pelas redes sociais significativas, pode-se destacar: (a) companhia social, que representa a companhia para a realização de atividades ou simplesmente estar juntos; (b) apoio emocional, refere-se a atitude empática, que oferece compreensão, estímulo e motivação; (c) guia cognitivo e de conselhos, oferece informações e orientações; (d) regulação social, relembra responsabilidades e atua na mediação de conflitos; (e) ajuda material e de serviços, refere-se a ajudas específicas, como financeira e de profissionais especializados; (f) acesso a novos contatos, a rede social aberta possibilita novos contatos com pessoas e redes que anteriormente não era possível (Sluzki, 1997). As funções desempenhadas pelos membros da rede são fulcrais em momentos específicos na vida dos sujeitos, especificamente dos usuários de álcool e outras drogas.

As funções desempenhadas por membros das redes sociais de usuários de drogas são fatores que podem contribuir ou prejudicar no cuidado destes usuários. Souza et al. (2011), salientam que para o cuidado de usuários que fazem uso abusivo de substâncias alguns vínculos do sujeito devem ser rompidos (como aqueles que estimulam o uso de substâncias), outros vínculos devem ser fortalecidos (como os familiares que frequentemente têm os vínculos prejudicados em função do uso das drogas) e há vínculos que devem ser construídos (novas amizades, novos laços afetivos). O cuidado em saúde com enfoque nas redes sociais respeita a alteridade nas relações sociais e prima pelo fortalecimento de vínculos saudáveis. As redes compõem as iniciativas de humanização da assistência em saúde (Braga, 2011).

O trabalho em saúde mental na área de álcool e outras drogas deve ocorrer no território, com intervenção nas redes de suporte social, visando a maior participação comunitária e a promoção da autonomia de usuários e seus familiares para que estes consigam lidar com as dificuldades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas e prezar pela defesa da vida (Brasil, 2003). A Política de Atenção aos Usuários de Álcool e Drogas, enfatiza uma visão ampliada de saúde que considera as redes sociais dos usuários e visa promover cidadania e autonomia dos sujeitos (Souza & Kantorski, 2009). As redes sociais exercem forte influência na construção da identidade e da autoestima do sujeito e por esta razão, são fundamentais no trabalho de atenção à saúde do usuário

de álcool e outras drogas (Cavalcante et al., 2012).

Entre as pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool, a rede social frequentemente oferece apoio no cuidado. No estudo de Marques e Mângia (2013) com usuários alcoolistas de um CAPSad, foi identificado que a rede social é de grande importância no processo terapêutico. Foi observado que as redes sociais dos sujeitos participantes do estudo ofereceram suporte durante o processo de reconhecimento do problema e procura pelo CAPSad, e embora inicialmente os sujeitos tenham afirmado não terem recebido ajuda, reconheceram a importância do apoio que recebem dos membros de sua rede social. Picoli (2013) também identificou que no processo terapêutico de usuários de drogas, a inclusão e fortalecimento de vínculos pessoais como a família e o desenvolvimento de uma rede social significativa ativa favorece a recuperação do usuário.

O processo terapêutico do usuário de álcool e/ou drogas é complexo e alguns fatores são prejudiciais para sua realização, com destaque para a influência do histórico familiar de abuso de substâncias, a presença de membros em sua rede social que fazem uso de drogas, e ambientes sociais restritos. Esses fatores indicam a necessidade das ações dos serviços de saúde mental serem direcionadas para as relações sociais e intervenções que promovam melhor qualidade dos vínculos e quando necessário, aumento e fortalecimento da rede social (Souza et al., 2011). Os participantes da pesquisa de Picoli (2013) demonstraram ter uma rede social significativa com relações fortalecidas e quando isso converge com funções e atributos de vínculos saudáveis, aumentam as chances de obter bons resultados no cuidado e reabilitação psicossocial conforme proposta do CAPS.

Existem diversos fatores relacionados ao problema do uso das drogas, os quais sinalizam contradições, desafios e denunciam a complexidade do fenômeno. Em função disso, usuário de droga, rede social, profissionais da saúde mental, pesquisadores e o contexto social, demonstram ter dificuldades para lidar com essa problemática, necessitando de apoio e atenção (Lins & Scarparo, 2010). É necessário ter uma visão crítica acerca do fenômeno das drogas e no cuidado do usuário é fundamental compreender e incluir sua rede social. Através dela obtêm-se dados importantes acerca do suporte real e potencial oferecido para o sujeito o que auxilia na elaboração de ações em saúde que estejam de acordo com as necessidades do usuário (Cavalcante et al., 2012).

Souza et al. (2011) propõem uma visão ampliada no que se refere ao cuidado dos sujeitos que fazem uso de substâncias psicoativas, destacando a importância da família e de outros membros da rede social do usuário, tanto no percurso do consumo abusivo quanto no processo terapêutico. É de suma importância que serviços de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas possibilitem acolhimento de familiares do usuário, independentemente deste estar ou não frequentando o serviço de saúde. A atenção e acolhimento pode iniciar por um familiar e estender-se para toda família, até que o próprio usuário participe (Soccol et al., 2013; Souza, Carvalho & Teodoro, 2012; Seadi & Oliveira, 2009).

A família constitui a rede social dos usuários de álcool e outras drogas e frequentemente é a maior fonte de apoio destes sujeitos. Picoli (2013) identificou que os membros da rede social significativa dos usuários de crack acompanhados no CAPS representam fonte de apoio e precisam ser acionados pelo serviço de saúde quando necessário, a rede atua em parceria com o serviço. As equipes de saúde devem facilitar as ações de apoio oferecida pela rede social e auxiliar, quando necessário, na construção, ampliação e/ou fortalecimento da rede. Para isso, é preciso mapeá-las, a partir da escuta qualificada e observação que capture a complexidade da trama relacional das redes sociais respeitando as alteridades (Braga, 2011).

As redes sociais constituem a vida dos sujeitos, e em momentos de adoecimento é frequente a busca de apoio em sua própria rede. Quando a instituição de saúde dificulta a atuação da rede social na oferta do apoio, negligencia-se o dinamismo das relações sociais e reduz-se o sujeito a uma dimensão individualista, contrariando as propostas de humanização do cuidado (Braga, 2011). Quanto ao cuidado do usuário de álcool e/ou drogas, é fundamental analisar as características de sua rede social para o planejamento e execução do processo terapêutico (Cavalcante et al., 2012). É necessário também, incluir e fortalecer vínculos pessoais durante o processo, estimulando a participação da rede social significativa que deve exercer função ativa na recuperação do usuário (Picoli, 2013).

Em função das perdas sociais que o usuário de drogas tem, frequentemente a família, entidades religiosas e o CAPSad são as únicas fontes de apoio que o usuário possui (Paula et al., 2014; Cavalcante, 2012). Porém, devido ao uso de drogas e às frequentes recaídas, muitas vezes há um descrédito da família, os vínculos dos usuários com seus

familiares estão rompidos ou fragilizados e frequentemente o CAPSad é a principal rede de vínculos operante destes sujeitos. Mesmo diante da dificuldade para lidar com o descrédito da família, com o acompanhamento no CAPS os usuários tendem a investir em sua rede social a buscam resgatar vínculos significativos para eles (Picoli, 2013; Souza, Kantorski & Mielke 2006).

As redes sociais de usuários de drogas tendem a ser pequenas, conforme demonstrado no estudo de Souza e Kantorski (2009) onde usuários de drogas em acompanhamento em um CAPSad ao nomearem sua rede social mostraram-se surpresos com a restrita rede social que possuem e com o pequeno número de vínculos por eles estabelecidos. Todos concordaram que identificar essa fragilidade em suas redes é difícil e os fizeram pensar sobre a constituição de suas redes, as funções desempenhadas e expectativas em relação a elas. Há uma fragilização dos vínculos, assim como verificado no estudo de Souza, Kantorski e Mielke (2006) em que usuários do CAPSad apresentaram vínculos familiares rompidos em decorrência do uso de álcool e outras drogas. A maioria dos vínculos com a família nuclear foram rompidos e os que ainda mantinham vínculos familiares eram fragilizados e permeados por conflitos e estresse.

Diante da fragilização de vínculos familiares e sociais, muitas vezes o CAPS é o principal vínculo da rede social significativa dos usuários, conforme demonstrado pelo mapa de rede dos participantes do estudo de Picoli (2013) onde foi sinalizado que os usuários mantêm vínculos significativos com o CAPS, e as atividades desenvolvidas no serviço são citadas como importantes para o processo terapêutico. Contudo, o enfoque do cuidado se dá apenas no serviço, e a legislação propõe que haja descentralização dos usuários para outras redes de suporte, de modo que não fique restrito ao CAPS. Já o CAPSad onde foi realizado o estudo de Souza, Kantorski e Mielke (2006), nomeado pelos usuários como a principal rede operante, precisa oferecer suporte para a rede social dos usuários, desenvolver ações que atuem sobre a dificuldade destes em estabelecer e manter vínculos saudáveis e duradouros, possibilitar sua autonomia e inserção social.

Os sujeitos se constituem nas relações sociais e por estas atribuem sentido à sua vida. A rede social é uma trama relacional que atua como fator de proteção à saúde favorecendo comportamentos de prevenção e cuidados com a saúde (Braga, 2011; Seadi & Oliveira, 2009). Entretanto, vínculos das redes sociais fragilizados constituem-se

como fator de risco (Lins & Scarparo, 2010), dependendo das características das redes sociais, elas podem representar fator de risco ou de proteção para o uso de álcool e drogas (Souza et al., 2011; Souza, Kantorski & Mielke, 2006). No cuidado às pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias, é importante contar com uma rede social ativa que ofereça apoio e que seja protetiva para a saúde.

As redes sociais proporcionam apoio a seus membros e auxiliam no enfrentamento de problemas corriqueiros e nos momentos de crise. Uma das funções da rede é oferecer moldes identitários ao sujeito e facilitar sua interação e circulação em diferentes espaços e contextos. O apoio oferecido pelas redes sociais oferece interações que possibilitam o sujeito sair de uma posição de vulnerabilidade e buscar o empoderamento (Braga, 2011). O apoio social oferecido aos usuários de álcool e drogas melhora as condições para a atenção integral à saúde (Pinho, Oliveira & Almeida, 2008). Conforme pesquisas de Chi, Kaskutas, Sterling, Campbell e Weisner (2009) e McKay, Lynch, Shepard, Morgenstern, Forman e Pettinati (2005) o apoio social está positivamente associado a bons resultados no processo terapêutico, atua como mediador que facilita o processo.

3. MÉTODO

3.1 Caracterização e delineamento

Trata-se de uma pesquisa com delineamento descritivo, pois busca fornecer informações contextuais, produzir conhecimento sobre sujeitos e situações, descrever fenômenos e relacioná-los (Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer & Pires, 2012; Gil, 2002). Caracteriza-se como pesquisa de corte transversal uma vez que investigou o fenômeno em um momento específico. Este tipo de estudo tem como objetivo compreender a realidade e descrevê-la tal como se apresenta (Campos, 2004).

A pesquisa é de natureza qualitativa, por buscar produzir conhecimento em relação ao que o sujeito da pesquisa expressa e de acordo com o contexto em que for produzido (González-Rey, 1999). A pesquisa qualitativa traz importantes contribuições no estudo com

usuários que fazem uso prejudicial do álcool por considerar os fatores sociais, o contexto sociocultural e a interação profissional-paciente (Pires, 2011). A pesquisa qualitativa tem como objetivo estudar os fenômenos sociais no ambiente onde acontecem, explorar aspectos subjetivos da conduta humana, compreender significados dos sujeitos, capturar informações de modo flexível e não-estruturado, adotando procedimento mais indutivo do que dedutivo e com orientação holística (Ruiz-Olabuénaga, 2012). Na pesquisa qualitativa enfatiza-se a qualidade dos processos e dos significados, os pesquisadores priorizam a natureza socialmente construída da realidade, a relação entre pesquisador e objeto de estudo e as limitações da situação e contexto que interferem na investigação (Denzin & Lincoln, 2006).

Por ser de caráter qualitativo esta pesquisa visa contribuir com a produção do conhecimento acerca do uso do álcool e dos problemas a ele relacionados, uma vez que as pesquisas recentes sobre o tema são predominantemente de abordagens quantitativas, orientadas por perspectivas biologicistas, comportamentais e cognitivas, com concepções biomédicas de saúde (Pires, 2011).

3.2 Caracterização do campo de pesquisa

A pesquisa foi realizada em um CAPSad do sul do país. O município em questão conta com os seguintes serviços de saúde: 23 unidades de Atenção Básica, sendo 20 Estratégia Saúde da Família (ESF) e três Unidades Básicas de Saúde (UBS) com cobertura de cerca de 38% da população por ESF; Policlínica de especialidades; Programas DST/AIDS, Hepatites Virais e Tuberculose, inserida na Diretoria de Vigilância em Saúde que conta com um Laboratório Municipal de Análises Clínicas; Programa Saúde da Mulher; Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD); uma Unidade de Saúde no presídio; cinco Laboratórios de Análises Clínicas conveniados ao SUS; dois hospitais gerais filantrópicos, prestadores de serviços ao SUS nos quais não há leitos especializados em Saúde Mental, com internação restritas a usuários de bebida alcoólica em situações específicas. No que se refere especificamente a Rede de Saúde Mental o município conta com um Centro de Atenção Psicossocial (CAPSII) que realiza atendimento para usuários com transtorno mental, um CAPSi que atende crianças e adolescentes com transtorno mental e um CAPSad que atendem usuários

com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Há apoio Matricial em Saúde Mental, com a realização de ações em todas as unidades de saúde do município, com foco na Atenção Básica, as unidades estão divididas em cinco regiões de saúde, sendo um apoiador para cada região. As ações de Saúde Mental também ocorrem em parcerias intersetoriais, como o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas, ações conjuntas com CRAS, CREAS, Poder Judiciário e Conselho Tutelar.

O CAPSad onde foi realizada a pesquisa existe oficialmente desde 2008, está localizado no centro da cidade em uma sede alugada. O serviço trabalha com demanda espontânea, ou seja, não há a necessidade de encaminhamento formal, os usuários podem se dirigir ao serviço quando necessitam de atendimento e/ou orientação. Segundo informações dos profissionais do serviço, no período de realização da pesquisa haviam aproximadamente 107 usuários em acompanhamento no CAPSad com PTS e técnicos de referência designados, destes ao menos 47 com problemas relacionados ao uso do álcool.

As atividades realizadas neste CAPSad se dividem em individuais e coletivas (grupos, oficinas, atividades externas etc.). O serviço possui interlocução com os diversos níveis de atenção à saúde (Primário, Secundário e Terciário) além de ações intersetoriais (Social, Educação e Ministério Público). O CAPSad ainda está ligado às ações de Apoio Matricial às equipes da Atenção Básica, tendo um profissional responsável em fazer a articulação de tais ações. As atividades desenvolvidas no serviço são as seguintes: Oficina de Culinária, Oficina de Artesanato, Oficina de Cidadania, Grupo de Apoio, Grupo Família, Grupo noturno, Grupo Vivências, Ateliê da Escrita, Roda de música, Oficina de Memória, Grupo Mexicanos, Clube do Bolinha e Futebol.

A equipe atual do CAPSad é composta por uma Coordenadora de Saúde Mental (Compartilhada com os outros serviços de Saúde Mental do município), dois Assistentes sociais, um Enfermeiro, três Técnicas de Enfermagem, três Psicólogos, um Médico Psiquiatra, um Terapeuta Ocupacional, um Recepcionista e um Motorista. Conta ainda com profissionais terceirizados, sendo eles: um Vigilante e um Auxiliar de Serviços Gerais.

3.3 Participantes

Participaram deste estudo oito usuários do CAPSad com problemas relacionados ao uso de álcool que frequentavam o serviço há pelo menos seis meses. Outros estudos qualitativos no contexto do CAPSad e com usuários com problemas relacionados ao uso de álcool também contaram com oito usuários participantes (Marques & Mângia, 2013; Vasconcelos, Frazão & Ramos, 2012; Marques & Mângia, 2011). Neste estudo participaram também um membro da rede social significativa de cinco usuários, totalizando 13 participantes. Foi solicitado para todos os usuários participantes desta pesquisa que indicassem um membro de sua rede social significativa para participar do estudo, dois usuários se recusaram a indicar sob a argumentação que seria inviável a participação de alguém em função de indisponibilidade de tempo. Outro usuário indicou seu filho, porém, ao ser contatado e convidado a participar do estudo, o filho se recusou, afirmando que não queria falar sobre o assunto.

A amostra foi intencional e não probabilística, sendo que Ruiz-Olabuénaga (2012) chama atenção ao fato que a amostra não-probabilística tem sua aplicação consolidada em estudos qualitativos e tem como critério para garantir a representatividade da amostra, contemplar características diversas que distinguem os participantes. Neste tipo de amostra o pesquisador seleciona participantes seguindo critérios estratégicos, como os mais acessíveis, os que tem conhecimento e condições para responder sobre determinado tema e estejam inseridos na situação que pretende ser investigada.

Os critérios para inclusão dos participantes neste estudo foram:

- a) usuário com problemas relacionados ao uso de álcool;
- b) usuário que frequentava o CAPSad há pelo menos seis meses;
- c) ser membro da rede social significativa do usuário e nomeado por ele como alguém importante para seu cuidado.

Para a realização deste estudo, a pesquisadora solicitou aos profissionais do serviço uma relação dos usuários que se encaixavam aos critérios de inclusão, posteriormente, a pesquisadora inseriu-se no campo e tendo o nome destes usuários, contando com a mediação de um profissional, convidava para participar do estudo aquele usuário que estivesse no serviço no momento em que a pesquisadora estivesse no campo. Flick (2009) expõe que a pesquisa qualitativa permite uma amostragem mais formal com critérios pré-definidos, neste caso o número de participantes é determinado previamente e distribuído conforme as características distintas.

3.4 Instrumentos e técnicas para a coleta de dados

Foram utilizadas fontes de dados primários, ou seja, a coleta ocorreu diretamente com os participantes. Como técnica para a coleta dos dados foi utilizada entrevista semiestruturada (apêndice A) com roteiro pré-definido e o mapa de rede conforme o modelo proposto por Sluzki (1997). Utilizou-se um roteiro de entrevista, pois este representa um facilitador da comunicação, que possibilita a ampliação e aprofundamento das informações e visa apreender dados que correspondam aos objetivos da pesquisa. A entrevista semiestruturada contém perguntas abertas e fechadas que permitem ao entrevistado falar sobre o assunto proposto, sem respostas ou condições definidas pelo pesquisador. O uso de instrumentos abertos possibilita a expressão do sujeito em toda sua complexidade, com os significados que estes atribuem à realidade (Minayo, 2004; González-Rey, 1999).

Visando alcançar os objetivos deste trabalho o roteiro da entrevista semiestruturada contemplou: dados sociodemográficos dos participantes; questões acerca da atenção à saúde do usuário; sobre os vínculos estabelecidos do usuário com os profissionais, com o serviço e com sua rede social significativa; atividades realizadas no serviço; participação da família e de outras pessoas no cuidado; condições de vida e de relacionamentos antes e depois do acompanhamento no CAPSad. As entrevistas foram gravadas com gravador de áudio e depois transcritas na íntegra.

Também foi utilizado como instrumento o mapa de rede (Apêndice A), pois como afirmam Souza e Kantorski (2009) quando se pesquisa redes sociais é necessário ter um instrumento que identifique o suporte recebido e promovido, a estrutura e características da rede social. A construção do mapa de rede ocorreu após a entrevista, foi apresentado para o participante um mapa em branco e explicado para ele sobre a construção do mesmo. A partir das perguntas feitas pela pesquisadora em relação aos vínculos dos usuários e o desempenho das funções pelos membros da rede, o usuário construiu o mapa de rede com o auxílio da pesquisadora.

Conforme proposto por Sluzki (1997) o mapa de rede permite verificar o grau relacional de intimidade e compromisso dos membros da rede com os sujeitos que participarão deste estudo. Com este instrumento é possível descrever a composição dos membros na rede, quais as funções por eles desempenhados, os vínculos que existem e seus

atributos (Moré & Crepaldi, 2012). O mapa de rede é composto por três círculos concêntricos, o interno se refere às relações mais próximas do sujeito, o intermediário às relações de menor grau relacional, o externo às relações mais esporádicas. É dividido em quatro quadrantes: família, amizades, relações de trabalho ou escolares e relações comunitárias (Sluzki, 1997). Na figura a seguir apresenta-se o modelo do mapa de rede conforme proposto pelo autor:



3.5 Procedimentos para a coleta de dados

A escolha pelo campo de pesquisa envolve interação, conhecimento e contato prévio com o campo (Minayo, 2004). Tendo isto em vista, o contato com a coordenadora do serviço onde foi realizada a pesquisa ocorreu em dezembro de 2014. Também foram feitos contatos com os psicólogos que atuam no CAPSad, ocasião em que eles expuseram suas experiências do trabalho com os usuários no serviço.

O convite aos participantes do estudo foi feito pela pesquisadora com o intermédio de um profissional de referência para os usuários, neste momento foi explicado os objetivos da pesquisa e repassadas todas as informações importantes para o esclarecimento da pesquisa. O membro da rede social significativa do usuário indicado por ele como alguém importante no seu cuidado também recebeu todas as informações sobre a pesquisa quando foi convidado a participar do estudo. As entrevistas com os membros da rede social significativa dos usuários que aceitaram participar do estudo também foram realizadas no CAPSad.

3.6 Análise dos dados

A análise do mapa de rede foi realizada pela metodologia de Sluzki (1997), que propõe que a partir da disposição e características da rede é possível identificar estrutura, funções e atributos dos vínculos das redes sociais significativas. A partir disso foi possível caracterizar a rede social significativa dos participantes deste estudo. Com a construção do mapa de rede se obtém uma radiografia da rede social significativa, a partir do qual pode ser compreendido como se estrutura a rede, como ela é composta, quais as funções que os membros da rede exercem e os atributos dos vínculos existentes, com isso é possível observar um conjunto de variáveis que podem ser estudadas a partir do registro gráfico (Moré & Crepaldi, 2012).

Para a análise das entrevistas foi utilizada a análise de conteúdo proposta por Ruiz-Olabuénaga (2012). Este modelo de análise compreende o texto como uma rede de sentidos e significados que representam um contexto, não há estabelecimento de categorias *a priori*, o texto original é lido, compreendido e posteriormente preparado para ser analisado e interpretado. A análise de conteúdo é um processo cíclico e circular, o texto é submetido a repetidas leituras e manipulações com o intuito de apreender os significados dos dados. Minayo (2004) contribui expondo que a análise de conteúdo pauta-se na interpretação cifrada de informações obtidas qualitativamente, relacionando estruturas semânticas e sociológicas dos dados. São consideradas nesta análise variáveis psicossociais, de contexto cultural, social e histórico.

3.7 Procedimentos éticos

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH-UFSC) (Apêndice B) sob o número 41745215.0.0000.0121. A pesquisa seguiu os preceitos do Código de Ética de pesquisa com seres humanos conforme a resolução 466/2012, garantindo o respeito e autonomia dos participantes, a justiça e equidade (Brasil, 2012). Participaram deste estudo apenas os usuários e membros da rede social significativa que aceitaram livremente participar e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C).

4. RESULTADOS

A apresentação dos resultados foi dividida em três partes. A primeira é dedicada à caracterização dos participantes deste estudo, a segunda se refere às categorias que emergiram a partir das entrevistas e construção dos mapas de rede e a terceira propõe uma síntese dos dados.

4.1 Caracterização dos participantes

A caracterização dos participantes foi obtida através dos dados sociodemográficos que constaram no início da entrevista semiestruturada e trouxeram informações sobre: idade, sexo, escolaridade, religião, estado civil, filhos, com quem mora, profissão, faixa salarial e naturalidade. Os dados dos participantes serão detalhados nos quadros a seguir.

4.1.1 Dados sociodemográficos usuários

Usuário	1	2	3	4	5	6	7	8
Idade	63	52	63	42	63	62	45	38
Sexo	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Feminino	Masculino	Masculino	Feminino
Escolaridade	Ensino fundamental, anos finais incompleto	Ensino fundamental, anos iniciais completo	Ensino fundamental, anos iniciais completo	Ensino fundamental, anos finais incompleto	Ensino fundamental, iniciais completo	Ensino fundamental, anos iniciais completo	Ensino médio completo	Ensino fundamental, anos finais incompleto
Religião	Católico	Católico	Católico	Católico	Protestante	Católico	Evangelico	Católica
Estado civil	Casado	Divorciado	Divorciado	Divorciado	Casada	Casado	Divorciado	União estável
Filhos	3	1	3	3	3	3	2	5
Idade dos filhos	33, 31 e 30	26	40, 37 e 35	20, 18 e 12	38, 33 e 30	38, 35 e 29	22 e 11	20, 18, 16, 13 e 5
Com quem mora	Esposa e filho	Com um colega do CAPS/ad	Sozinho	Com um filho	Marido	Filho e a esposa	Sozinho	Companheiro e a filha dele
Profissão	Aposentado por invalidez	Afastado pelo INSS por motivos de saúde	Aposentado	Afastado pelo INSS por motivos de saúde	Aposentada por invalidez	Aposentado	Afastado pelo INSS por motivos de saúde	Está desempregada
Faixa salarial familiar (R\$)	4.000	780	1.200	1.500	3.000	5.500	950	1.200
Natural	SC	SC	RS	PR	SC	SC	PR	SC

4.1.2 Dados sociodemográficos dos membros da rede social significativa

Membro	M2	M8	M3	M7	M4
Vínculo com o usuário	Mãe U2	Companheiro U8	Filho U3	Filha U7	Imã U4
Idade	70	43	41	22	45
Sexo	Feminino	Masculino	Masculino	Feminino	Feminino
Escolaridade	Não alfabetizada	Ensino fundamental, anos iniciais incompleto	Ensino técnico	Ensino médio completo	Ensino fundamental, anos finais incompleto
Religião	Católica	Católico	Outros	Católica	Evangélica
Estado civil	União Estável	União Estável	Casado	Casada	Casada
Filhos	5	2	1	Não	2
Idade dos filhos	Não lembra	10 e 18	8	-	8 e 19
Com quem mora	Com companheiro	Filha de 10 anos e esposa	Esposa e a filha	Marido	Marido e filhos
Profissão	Dona de casa	Isolador térmico	Professor de inglês	Desempregada	Trabalha com estamparia em indústria têxtil
Faixa salarial familiar (R\$)	1.600	1.300	3.200	2.500	3.000
Natural	SC	BA	PR	PR	PR

Os usuários tinham média de idade de 53,5 anos, variando de 38 a 63 anos, sendo a maioria dos participantes homens (n=6) e somente duas mulheres. Todos eles tinham filhos, três eram casados, com união estável (n=1) ou divorciados (n=4). A maioria morava com a família (n=5), um deles morava com um colega do CAPSad e dois moravam sozinho. Interessante notar que os que tinham abaixo dos 60 anos estavam em situação de afastamento do trabalho pelo INSS (n=3) ou desempregados (n=1). Dos usuários com mais de 60 anos, dois eram aposentados por invalidez e dois aposentados normalmente. Apenas um usuário possuía o ensino médio completo, ensino fundamental – séries finais incompleto (n=3) e ensino fundamental – séries iniciais completo (n=4). A menor renda entre os usuários foi de R\$780,00 e a maior de R\$5.500.

Esses dados correspondem ao perfil de usuários frequentemente encontrado em outros estudos (Claro et al., 2015; Pires, 2011; Peixoto et al., 2010, Ribeiro, et al., 2009) o que nos indica um predomínio do problema do uso do álcool entre os homens (INPAD, 2012). Outro fator

a ser destacado é a baixa participação feminina em instituições de tratamento para pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool, o que pode ser motivado por questões culturais enraizadas, conforme discutido por Faria e Schneider (2009). Interessante ressaltar a situação laboral dos usuários, uma vez que nenhum usuário estava em situação regular de trabalho, condição esta que será apresentada posteriormente na análise e discussão dos resultados.

Em relação aos membros da rede social significativa, destaca-se que todos os participantes (n=5) eram familiares dos usuários, sendo eles: filha (n=1), filho (n=1), irmã (n=1), companheiro (n=1) e mãe (n=1). Dois membros do sexo masculino e três do sexo feminino. Todos casados ou em união estável, quatro deles com filhos. A idade variou de 22 a 70 anos, sendo a média de idade 44,2 anos. Em relação a vida laboral, três membros estavam trabalhando, desempregada (n=1) e dona de casa (n=1). A renda variou de R\$1.300,00 a R\$3.000.

Destaca-se a unanimidade na indicação de membros da família para a participação deste estudo, o que demonstra que as redes sociais significativas destes usuários são bastante centradas na família, dado também verificado em outros estudos (Picoli, 2013; Cavalcante et al., 2012; Souza & Kantorski, 2009). Chama a atenção o fato de não ter sido indicada nenhuma esposa para participar do estudo, já que com frequência, nas pesquisas que contam com a participação da família esposas constituem a amostra de participantes (Souza, Carvalho & Teodoro, 2012; Sena et al., 2011). Por outro lado, três usuários indicaram seus filhos para participar (havendo a recusa do filho de um usuário) o que demonstra o forte vínculo dos pais com os filhos, dado também identificado por Pires e Schneider (2013). No estudo de Souza, Kantorski e Mielke (2006) identificou-se quebra de vínculo do usuário com esposa e filhos e a manutenção de vínculo com pais e irmãos, no presente estudo houve indicação de uma irmã para participar da pesquisa e esta representava, de fato, o principal vínculo do usuário.

4.2 Apresentação das categorias, subcategorias e elementos de análise

A partir dos dados obtidos pelas entrevistas semiestruturadas com os oito usuários e cinco membros da rede social significativa e a construção dos mapas de rede dos usuários, foi possível a elaboração de

sete categorias de análise e suas respectivas subcategorias e elementos de análise - os relatos dos usuários e membros da rede serão apresentados e discutidos na mesma categoria. Os dados discutidos nas primeiras seis categorias foram provenientes das entrevistas semiestruturadas com os usuários e com membros da rede, a sétima categoria foi elaborada a partir da entrevista semiestruturada com os usuários e construção do mapa de rede destes. Como todos os membros da rede social significativa que participaram deste estudo são membros da família dos usuários, serão também denominados de familiares.

As categorias foram organizadas após uma análise criteriosa do conteúdo emergido pelos instrumentos de coleta de dados, com isto foi identificado os elementos de análise que subsidiaram a construção de subcategorias e as categorias de análise. Antes da discussão de cada categoria será apresentado um quadro com a referente categoria, subcategorias e os elementos de análise, com a indicação de quais participantes abordaram cada elemento de análise, sendo que o U se refere aos usuários e o M aos membros da rede social significativa.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Conforme o referencial teórico adotado neste estudo, a saúde é entendida a partir da integralidade e o sujeito compreendido como um ser de relações, constituído em um determinado contexto. Tendo como base os pressupostos da metodologia qualitativa, foi realizada a análise e discussão dos dados deste estudo. Considera-se que o conjunto de categorias, subcategorias e os respectivos elementos de análise adquirem real sentido e significação quando compreendidos como uma rede de sentidos e significados que representam um contexto. Foi nesta perspectiva que os dados foram organizados, analisados e serão apresentados a seguir.

Vale salientar que todos os dados apresentados nesta sessão são fruto da coleta de dados realizada com oito usuários e cinco familiares, membros da rede social significativa dos usuários, assim, no decorrer da análise haverá discussões contemplando a fala de ambos na mesma categoria, o intuito é dialogar com as diferentes perspectivas.

5.1 CATEGORIA I - Sobre o usuário

Categoria	Subcategoria	Elementos de análise
1. Sobre o usuário	1.1 Condições de saúde do usuário	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas psicológicos e de esquecimento (U1; U2; U4; U5) (M8) - Problemas de saúde em geral (U4; U3; U5; U6) - Problemas de saúde em função do uso do álcool (U4; U5; U7) (M7) - Uso de medicação (U2; U4; U6; U7; U8; U1)
	1.2 Histórias de vida	<ul style="list-style-type: none"> - Momentos felizes em família (U3; U6; U5; U8) - Situações difíceis (U4; U6; U1; U8; U5) (M4) - Situações de conflito (U8; U1) (M2; M8) - Outras pessoas da família também têm problemas (U8; U1) (M8)
	1.3 Trajetória profissional	<ul style="list-style-type: none"> - Afastamento do trabalho pelo INSS (U1; U4; U2; U7) - Impossibilidade de trabalhar (U4; U1) - O uso do álcool atrapalha a vida profissional (U8) (M8) - Trabalhavam anteriormente (U1; U2; U3; U5; U7; U8) - Ter atividades para fazer em casa (U4; U5)
	1.4 Características pessoais atribuídas	<ul style="list-style-type: none"> - Qualidades (U1;) (M3) - Defeitos (U4; U8; U6) (M3)

Esta categoria elucida aspectos gerais da vida dos usuários e divide-se em quatro subcategorias, sendo elas: **condições de saúde do usuário, histórias de vida, trajetória profissional e características pessoais atribuídas**. A subcategoria **condições de saúde do usuário (1.1)** tem com elementos de análise: *problemas psicológicos e de esquecimento, problemas de saúde em geral, problemas de saúde em função do uso do álcool e o uso de medicação*.

Problemas psicológicos e de esquecimento (1.1.1) foram

trazidos por quatro usuários que se queixaram de ansiedade, depressão e de se esquecerem das coisas. Tais fatos podem ser identificados nos relatos a seguir:

“Tenho problema na cabeça ... de esquecimento (U2).”

“Tenho ansiedade na cabeça, né (U5).”

“A minha é uma depressão profunda entende, tem anos mesmo que eu já ando assim, né, então tenho meus altos e baixos entende (U1).”

Os participantes da pesquisa de Santos e Velôso (2008) também levantaram a questão dos problemas de esquecimento, destacaram que tiveram perdas na capacidade cognitiva como consequência do uso da bebida alcoólica. Familiares de usuários também atribuíram a presença de problemas de ordem psicológica de seu familiar em função do uso de álcool (Soccol, 2013).

Um usuário do presente estudo relatou ainda estar em um estado depressivo tão profundo que algumas vezes pensa em cometer suicídio, afirmando que já compartilhou esses sentimentos com os profissionais do CAPSad:

“Eu já cheguei aqui e falei oh, eu vou, não vai demorar, meu avô se enforcou no dia 5 de Abril, minha mãe morreu dia 12 de Abril, digo dia 21 vai ser eu, já até estabeleci uma data, dia 21 eu vou fazer uma bobagem, e falei pra elas, então eles se preocupam (U1).”

Um membro de rede também falou sobre o estado de desânimo que a esposa se encontra:

“Ela está desanimada pra fazer as coisas, desanimada pra fazer as coisas dentro de casa sabe, bem desanimadona não sei porque (M8).”

Neste caso, foi o próprio familiar que diz perceber o estado depressivo da companheira, ela mesma não citou na entrevista sentir-se desanimada, o que demonstra que o estado psicológico pode ser

percebido e compartilhado pelo familiar mesmo que o próprio sujeito não o tenha feito. Esse sentimento de desânimo frente a vida também foi identificado entre os participantes da pesquisa de Pires e Schneider (2013) que demonstraram passividade frente a seus projetos de vida, com quase ausência de planos concretos, perspectiva de constante tratamento, com vigília constante para prevenir recaídas e com poucas esperanças de melhoras no futuro. Já em relação à ideação suicida, isso também foi verificado no estudo de Souza e Carvalho (2012) onde o desejo de suicídio aparece como possibilidade de fuga e resolução dos problemas.

Assim como os problemas psicológicos estiveram presentes nos relatos de alguns usuários, a existência de problemas *de saúde em geral* (1.1.2) também esteve no conteúdo da fala de quatro usuários que se queixaram de acometimentos diversos. Três usuários e um membro da rede social também citaram a presença de *problemas de saúde em função do uso do álcool* (1.1.3). A seguir, relatos que demonstram a presença destes problemas:

“Ah, eu tenho pressão alta né, e depois eu tenho essa hérnia na boca do estômago, gastrite e tudo essas coisas né (U5).”

“Fui internado no hospital né que, entrei em coma esses dias atrás, por causa do fígado né, atacou muito (U7).”

“Daí ele começou a beber demais daí começou a dar problema de saúde ... daí muito problema de saúde, muito, ele ficava internado direto, direto, direto, daí até que agora deu, meu, esse ano aí foi o pior cara, a gente passou, levamos um susto com ele, ele foi pro hospital assim sabe, parecia que tava morto, sabe, não se mexia, não falava nada sabe (M7).”

Usuários com problemas relacionados ao uso de álcool terem complicações no estado geral de saúde foi um dado recorrente encontrado em outros estudos (Marques & Mângia, 2013; Soccol et al, 2013; Souza & Carvalho, 2012; Moraes, 2008). No estudo Marques e Mângia (2013) o adoecimento físico em função do uso do álcool

também esteve presente no relato dos usuários, porém, ao contrário do que foi identificado no presente estudo, naquele parece haver uma desvalorização do adocimento do usuário por parte da família e do grupo social. Já no estudo de Santos e Veloso (2008) e Moraes (2008) o próprio uso do álcool é entendido como doença pelos usuários, o que converge com os dados trazidos por Pires e Schneider (2013) onde o uso do álcool também foi definido como doença, e em seus relatos os participantes demonstravam alívio poder atribuir seus problemas com a bebida alcoólica à uma doença e não ao desvio de caráter.

Em relação ao *uso de medicação (1.1.4)*, seis usuários afirmaram tomar alguma medicação, e conforme relatos, são receitados por psiquiatra e utilizados principalmente como tratamento para depressão e ansiedade:

“Eu tava tomando um remédio que a psiquiatra me receitou né (U8).”

“Eu tenho um medicamento ... é pra tirar a ansiedade do álcool, é um comprimido, tomo todo dia de manhã (U6).”

“Eu tomava só 2 remédios com ele e com esses 2 remédios ele me tirava de cada depressão (U1).”

Fazer uso de medicações também foi recorrente entre os participantes do estudo de Soccol et al. (2013) onde os usuários contavam com a ajuda da família para que a medicação fosse administrada corretamente. Entre os participantes do estudo de Moraes (2008) o uso de remédio era entendido como funcional no processo de interrupção do uso do álcool, o que pode ser explicado ao fato de que a orientação dos profissionais era de que não se podia fazer uso de medicação concomitante ao álcool e por isso os usuários diminuíam o uso da substância. Esses dados não foram abordados no presente estudo, pois embora para a maioria dos participantes o uso de medicação fazia parte de sua rotina, nenhum deles falou sobre a participação da família na sua administração e nem citaram o fato de que por estarem tomando alguma medicação não poderiam fazer o uso de bebida alcoólica.

Em relação às vivências dos usuários, a subcategoria **histórias de vida (1.2)** traz à tona situações e momentos vivenciados pelos usuários que tiveram um significado importante por repercutirem na vida

destes, além dos usuários, três membros da rede social também compartilharam momentos que consideram significativos da história do familiar. Esta subcategoria tem como elementos de análise: *momentos felizes em família, situações difíceis, situações de conflito e outras pessoas da família têm problemas.*

Os momentos felizes em família (1.2.1) se referem principalmente aos encontros familiares onde o usuário sentia-se acolhido e pertencente ao seio familiar. O desejo e a satisfação de estar inserido no contexto da família também estiveram presente entre os participantes da pesquisa de Pires e Schneider (2013). No presente estudo, quatro usuários relataram a vivência destes momentos conforme o exemplo do relato a seguir:

“Que nem domingo, tinha festa das mães, tinha sobrinho, filhos, tudo lá em casa, deixei eles fazer outra festa deles, eu fui assar carne ... depois, disse pra eles ‘fica à vontade que o velho aqui vai é dormir’ pode fazer a bagunça que quiser, eu não vou reclamar, três e pouco eu levantei, que eu fiz? Esquentei a água e fiz chimarrão (U6).”

Estar com a família e ter momentos agradáveis junto desta atua como fator de proteção ao uso de álcool, conforme identificado entre os participantes do estudo de Zanatta, Garghetti e Lucca (2012). Orth e Moré (2008) também salientam a fator protetivo que relações familiares saudáveis produzem, fato relatado pelos participantes do estudo das autoras. Delineia-se o fato de que vivências agradáveis partilhadas com membros da família, mesmo que sejam esporádicas, são bastante significativas para os usuários e lhes conferem um sentido especial e provocam o desejo pelo retorno destes momentos como um alento para as situações doloridas por eles vivenciadas.

No que se refere às *situações difíceis (1.2.2)* elas representam principalmente perdas de pessoas importantes, demonstrando o quanto os vínculos afetivos são essenciais na vida dos usuários. Tais situações foram citadas neste estudo por cinco usuários e dois familiares.

“Daí eu perdi minha mãe que era tudo na minha vida também, daí já me ...e acabei perdendo minha vó que era minha segunda mãe, fiquei...me senti sozinho assim (U4).”

“Penso nos meus filhos né que... que nem eu perdi até as esperanças né de conseguir eles de volta (U8).”

O familiar M8 reconhece essa dificuldade vivenciada pela esposa:

“Porque o que ela já passou na vida dela né, perda de filho essas coisas (M8).”

Para os participantes do estudo de Vasconcelos, Frazão e Ramos (2012) os momentos difíceis servem, *a posteriori*, para a reflexão e mudança de vida. O desejo de superar momentos difíceis e retomar a vida surge para eles como motivação para a vida. Este aspecto não foi levantado pelos participantes do presente estudo, que ao falar dos momentos difíceis não o associaram a sentimentos de superação, apenas constataram dificuldades vividas. No estudo de Moraes (2008) profissionais que acompanham usuários também confirmaram a presença de situações difíceis vivenciadas pelos usuários, principalmente de ordem social, o que acaba dificultando o processo de reinserção na sociedade.

As *situações de conflito (1.2.3)* são marcadas principalmente por agressões físicas e desentendimentos entre membros da família, o que também foi identificado na pesquisa de Souza e Carvalho (2012). No presente estudo, esta realidade esteve presente na fala de dois usuários e dois familiares e embora estas situações tenham sido trazidas tanto por usuários como por familiares, estes demonstraram sentirem-se mais afetados por estas situações do que os usuários, conforme demonstram os relatos a seguir:

“Aí o outro meu filho, tenho dois rapazes e três meninas, daí o outro veio ... aí um dia se pegaram os dois dentro do quarto, ele passou a mão numa faca, queria matar o outro e o quarto tava fechado, trancado, e o outro pedindo socorro ... até que um sobrinho meu também tava na pensão, aí arreventou a porta pra acudir ele (M2).”

“Porque também eu e ela, ela já me deu uma facada fui parar no hospital aí acabei ficando

preso por modo dela, sendo que ela tava bêbada e eu são, mas, sei lá porque me prenderam ainda, que diz que iam deixar eu e ela preso né (M8)."

As situações difíceis e conflituosas também estiveram presentes nos relatos dos participantes da pesquisa de Orth e Moré (2008). Entre os participantes do estudo de Pires e Schneider (2013), as situações difíceis parecem ter marcado profundamente a vida dos sujeitos, impondo certa dificuldade para que eles consigam ter esperanças e pensar em um futuro melhor. Familiares do estudo de Sena et al. (2011) também chamaram a atenção ao fato de suas vidas serem marcadas por conflitos ocasionados pelo uso de álcool. Assim como identificado em outros estudos, os problemas relacionados ao uso do álcool afetam não somente o usuário mas as demais pessoas próximas a ele, principalmente as do seu sistema familiar.

Dois usuários e um membro da rede social significativa relataram que *outras pessoas da família também têm problemas (1.2.4)* de diferentes ordens. Uma usuária, por exemplo, falou sobre problema de saúde de suas irmãs e ainda sobre a situação de prisão do filho, o que lhe traz muita preocupação:

"Tenho duas irmãs que tá com câncer, uma fez cirurgia agora esses dias ela tirou o peito fora né, tenho duas irmãs assim com problema de câncer, é tanta coisa sabe (U8)."

"Esse menino que tá preso não posso ajudar, mas fez errado né, claro, fez errado, mexeu com droga né, tava traficando, mas é filho né, meu filho, que nem eles tiraram de mim ele mas eu nunca deixei de ser uma mãe que, mãe que ama né, uma mãe que tá sofrendo né que eles estão longe (U8)."

O relato dessa usuária retrata uma vida cheia de problemas e diante dos quais ela fica sem saber o que fazer. A presença de problemas entre outros membros da família também foi identificada no estudo de Orth e Moré (2008) e no de Azevedo e Miranda (2010), porém, diferente do que foi citado no presente estudo, esses problemas foram atribuídos ao fato do familiar fazer uso do álcool, uma vez que a presença da bebida alcoólica no cotidiano das famílias resultaria em problemas de

ordem emocionais e de relacionamento entre os membros do sistema familiar. No estudo de Soccol et al. (2013) familiares também relataram que ao se dedicarem inteiramente ao cuidado do usuário, deixam de cuidar de si e adoecem. Achados destes estudos não foram corroborados pelos encontrados aqui, já que neste estudo, os participantes não relacionaram a existência de problemas de saúde de outras pessoas ao uso de álcool pelo usuário.

Na subcategoria **trajetória profissional (1.3)** os elementos de análise referem-se a: *afastamento do trabalho pelo INSS, impossibilidade de trabalhar, o uso do álcool atrapalha a vida profissional, trabalhavam anteriormente e ter atividades para fazer em casa.*

Em relação ao *afastamento do trabalho pelo INSS (1.3.1)* quatro usuários relataram estar nesta situação, seja por afastamento temporário ou definitivo. Outros dois usuários relataram a *impossibilidade de trabalhar (1.3.2)*, um deles demonstrou revolta quanto a isto. Abaixo seguem falas que elucidam estes elementos:

“Eu sou aposentado por invalidez, me aposentei aos 36 anos eu acho que era quando me aposentei (U1).”

“Agora eu tô encostado, minha profissão, eu fui metalúrgico né (U7).”

“Eu tava impossibilitado de exercer a minha profissão entende, quer dizer, se eu fui, se eu fiquei doente meu é ... como gerente eu vou voltar quando eu tiver bom como gerente, não vou voltar capinando rua, não aceitei isso do INSS entende (U1).”

Dados de outros estudos corroboram com esta realidade, no estudo de Marques e Mangia (2013) dos oitos participantes, quatro não estavam trabalhando e outros quatro trabalhavam na informalidade. Pires e Schneider (2013) também demonstraram que os participantes deixam de realizar suas atividades cotidianas em função do álcool, dos treze participantes do estudo, quatro afirmaram que achavam pouco provável sua reinserção no mercado de trabalho. Esposas de alcoolistas participantes do estudo de Souza, Carvalho e Teodoro (2012) também

relataram a falta de emprego do marido e em alguns casos, a responsabilidade assumida por elas no sustento da família. Conforme verificado neste e nos demais estudos, a impossibilidade de trabalhar é uma constante realidade para os usuários e essa situação acaba por gerar complicações para o sujeito e em alguns casos, afeta a dinâmica familiar.

Uma usuária, participante deste estudo, afirmou que o *uso do álcool atrapalha a vida profissional (1.3.3)* e este fato foi corroborado pela fala de seu esposo:

“No começo sempre me atrapalhava, porque eu bebia demais né a noite daí noutro dia eu já não tinha vontade nem de levantar da cama pra ir trabalhar (U8).”

“Arrumou emprego ali ficou três meses, já faltou dois dias pro modo da bebida né, a mulher já sabe que ela bebe, já viu várias vezes lá né, deu uma oportunidade pra ela, mas ela não soube abraçar né, vai beber logo dia de trabalho, se ela bebe ela não consegue ir trabalhar (M8).”

Esse dado converge com os encontrados em outros estudos. Souza e Carvalho (2012) verificaram que desemprego dos usuários é atribuído ao uso de álcool. Em Marques e Mângia (2013) os usuários relataram que passaram a dispensar maior tempo para o uso de bebida e com isso foram se afastando das suas atividades laborais. Outro estudo, o de Vasconcelos, Frazão e Ramos (2012) também demonstraram que o uso de álcool é um complicador para o exercício da vida profissional dos usuários. Já em Santos e Veloso (2008) para alguns usuários o processo deu-se de maneira inversa, o desemprego é que teria motivado o uso de álcool. Contemplando os dois aspectos abordados, o estudo de Souza, Kantorski e Mielke (2006) identificaram a existência da influência mútua entre uso de álcool e afastamento do trabalho.

Souza et al. (2011) chamam a atenção para a realidade do desemprego entre os usuários com problemas relacionados ao uso do álcool e colocam essa questão na perspectiva de um problema de exclusão social. Para os profissionais entrevistados por Moraes (2008) existe preconceitos em relação aos usuários o que dificulta a inserção deles no mercado de trabalho e consequentemente atrapalha seu processo de reinserção na sociedade. Embora no presente estudo o que

foi verificado que é que o uso da bebida alcoólica atrapalha a vida profissional, em outros estudos o processo se dá de maneira inversa. Nesse sentido, o uso de álcool e o desemprego parecem estabelecer uma relação paradoxal, uma vez que em alguns casos o uso de álcool atua como responsável pelo desemprego e em outros casos este é o motivador para o uso da bebida. Em todo caso, a vida laboral dos usuários adquire papel de destaque por representar, de fato, sua inserção na vida social.

O trabalho demonstra ter um papel importante na trajetória de vida dos usuários, seis deles abordaram o fato de que *trabalhavam anteriormente* (1.3.4) e salientaram que desempenhavam muitas funções. Outros dois usuários afirmaram *ter atividades para fazer em casa* (1.3.5) e para ambos elas ajudam a fazê-los sentir-se melhor. Abaixo relatos que elucidam esses fatos:

“Fiz bastante coisa, fui fiscal, trabalhei na prefeitura, trabalhei em fazenda, posto de gasolina U3).”

“Se eu tô em casa eu... se eu não tiver escutando música pra mim, eu tenho que tá lidando com alguma coisa, eu tenho serviço em casa, que nem eu crio galinha lá e essas coisas, me divirto (U4).”

Nesta mesma direção, a importância do trabalho foi destacada entre os participantes do estudo de Pires e Schneider (2013) que veem no trabalho o principal recurso para a recuperação. Carvalho et al., (2012) também identificaram o predomínio do desemprego entre os participantes do estudo e sinalizaram a importância do trabalho no processo de atenção à saúde. Diante disso, Souza et al. (2012) destacaram o papel do CAPSad para possibilitar a inserção do usuário no mercado de trabalho, justamente por considerar que o exercício de uma atividade laboral é um importante determinante na saúde dos usuários.

As **características pessoais atribuídas (1.4)** são discutidas nesta subcategoria e abordam aspectos acerca de: *qualidades e defeitos* identificados como tais pelos usuários e familiares.

Qualidades (1.4.1) foram citadas reiteradamente por um membro da rede social significativa ao falar de seu pai. Apenas um dos usuários atribuiu-se qualidades. A seguir, relato do filho salientando qualidades do pai:

“O pai é uma pessoa muito..., ele é brincalhão também né, ele é uma pessoa muito introvertida mas ao mesmo tempo muito extrovertida né [...] eu até achei que ele tinha a cabeça mais antiga mas ele se adapta muito fácil, ele se adapta fácil, ele é um cara bem simples então ele não, não se apega a coisas grandes, ele gosta de coisinhas pequenas, simples, então ele se adapta fácil a situações (M3).”

Já em relação a *defeitos* (1.4.2), três usuários atribuíram a si algo que consideram defeito, um membro da rede também citou defeitos de seu familiar e afirmou que este é uma pessoa muito fechada, difícil acessá-la:

“Ele é uma pessoa muito fechada né [...] não sei se é por vergonha ou por alguma razão ele tem essa, esse bloqueio (M3)”.

Entre os participantes do estudo de Pires e Schneider (2013) também houve dificuldades para falar de seus pontos negativos, em compensação o sentimento de fraqueza é constante por sentirem-se impotentes frente ao álcool, tal impotência também foi compartilhada entre os participantes do estudo de Souza e Carvalho (2012) onde os usuários relataram sensação de menos valia, além do sentimento de arrependimento e culpa por fazer uso da bebida alcoólica. Novamente percebe-se o quanto a vida do sujeito é resumida pela sua relação com a bebida alcoólica, sendo raras as identificações de qualidades entre aqueles que têm o álcool presente de modo constante na vida, isso também ficou evidente nos relatos dos participantes deste estudo.

5.2 CATEGORIA II – Relação do usuário com a bebida alcoólica

Categoria	Subcategoria	Elementos de análise
2. Relação	2.1 Uso do álcool	- Quando começou a beber (U1; U2; U3; U4; U5; U6; U7; U8) - Condições para o uso (U1; U5; U3; U8)

do usuário com a bebida alcoólica		(M8; M4; M2) - Tipo de bebida ingerida (U4; U5; U8) (M8) - Uso abusivo (U1; U4; U5; U8) (M7) - Uso abusivo no presente (U8; U1)
	2.2 Consequências em função do uso do álcool	- Perda de controle e adocicimento (U2; U5; U4; U8) (M2; M8) - Perda de pessoas importantes (U8; U2) (M2; M7; M4; M8) - Trouxe problemas para a família (M3; M7)
	2.3 Interrupção do uso	- De vez em quando faz uso (U2; U6) (M8) - Não faz mais uso (U4; U5; U3; U7) - Ajuda divina para deixar de beber (U5) - Depende da pessoa a interrupção do uso (U1; U4; U5) (M8; M7; M2) - Recaídas (U5; U1; U8) (M8)

Esta categoria discute o histórico do uso do álcool pelo usuário a partir das seguintes subcategorias: **uso do álcool, consequências em função do uso do álcool, uso abusivo e interrupção do uso.** A subcategoria **uso do álcool (2.1)** trouxe aspectos acerca de: *quando começou a beber, condições para o uso, tipo de bebida ingerida e uso abusivo.*

A maioria dos usuários que participaram deste estudo iniciaram o uso da bebida alcoólica já na infância ou adolescência, isso ficou claro quando questionados sobre *quando começaram a beber (2.1.1)* e apenas dois usuários afirmaram que iniciaram depois de adultos, há cerca de cinco anos, os outros seis usuários confirmaram que o uso se iniciou quando ainda eram crianças ou adolescentes:

“Desde quando eu era criança né, com uns 9 anos eu já andava né, bebia escondido (U8).”

“Eu comecei a tomar com 13 pra 14 anos (U2).”

O início do uso da bebida alcoólica se deu, predominantemente na adolescência que é quando importantes mudanças no ciclo vital acontecem (Orth & Moré, 2008), assim como também foi identificado

no estudo de (2012) e Cavalcante et al. (2012). Corroborando com esse achado o estudo de Benites (2012) também identificou que o início do uso de álcool ocorre no período da adolescência, que é quando se inicia o processo de inserção grupal e frequentemente o álcool é o agente de união do grupo. Já no estudo de Souza e Carvalho (2012) o início do uso do álcool também se deu no período da adolescência, porém, por intermédio do pai ou avô. Percebe-se que as condições para o início do uso do álcool frequentemente envolvem relações, sejam elas entre familiares ou amigos.

As *condições para o uso (2.1.2)* da bebida alcoólica foram trazidas por quatro usuários e três familiares. Dois usuários e dois familiares atribuíram o início do uso do álcool ao fato de haver outras pessoas na família que também bebiam. A influência da família para o desenvolvimento do uso de álcool e outras drogas é constatada na literatura científica e no cotidiano dos serviços de saúde (Souza & Carvalho, 2012; Orth & Moré, 2008). Tal fato é demonstrado no relato dos participantes:

“Porque na minha família só tinha pingüço entende, por parte da minha mãe entende (U1).”

“Com uns 9 anos eu já andava né, bebia escondido né, escondido do meu pai, meu pai também era alcoólatra (U8).”

“Mas os tios dele, tanto do meu lado, como do lado do pai dele, eles tomavam, o avô do lado do pai dele bebia que nossa, o meu pai bebia (M2).”

Esses achados convergem com os de outros estudos encontrados (Tondowski, et al., 2014; Marques & Mângia, 2013; Souza & Carvalho, 2012; Souza et, al., 2011; Orth & Moré, 2008; Santos & Velôso, 2008), onde os participantes também atribuíram o início do uso do álcool por este fazer parte do cotidiano da família. Em Tondowski et al. (2014) percebeu-se o padrão intergeracional em relação ao uso de bebida alcoólica. Verifica-se que o padrão de repetição para o uso do álcool está presente conforme identificado neste e em outros estudos, o que coloca em pauta a necessidade de intervenções sistêmicas.

Além do padrão intergeracional do uso da bebida alcoólica, também é realidade a influência das amizades neste processo o que foi

identificado neste estudo e em outros (Marques & Mangia, 2013; Benites, 2012; Vasters & Pillon, 2011; Lins & Scarparo, 2010; Santos & Velôso, 2008). Esta questão foi trazida aqui tanto por usuários como por membros da rede:

“Tinha umas amigas vizinhas, meu marido nunca tava naquele tempo ele ficava muito tempo fora, então a gente foi se ajuntando [...] iam na minha casa, era só atravessar duas casas daí eu tava na casa delas também, e assim, a gente entrou na bebedeira, e então os amigos vinham lá em casa assim foi, foi, foi indo, mas depois deu vício (U5).”

“Depois que ele casou daí começou a vim né, os amigos, as amizades do lado da família dela que bebiam, daí começaram a ir nesses jogos de baralho e daí onde que surgiu o vício (M4).”

Corroborando com estes achados, a relação entre amizades e uso de álcool também foi levantada pelos participantes do estudo de Santos e Velôso (2008), onde alguns usuários e familiares atribuíram aos amigos a influência para o uso de bebida alcoólica. Em Souza et al. (2011) verificou-se a presença, na rede social dos usuários participantes do estudo, de amigos que também faziam uso de álcool, tais amizades favoreciam a manutenção do uso da bebida alcoólica pelo usuário. Na pesquisa de Benites (2012) também foi percebido a influência das amizades para início do uso de álcool, especificamente entre as meninas, neste caso fazer o uso da bebida alcoólica proporcionava o estabelecimento de relações e sentimento de pertença a um grupo. No presente estudo também pode ser identificado a relação entre fazer o uso de álcool e estrair entre amigos, o álcool atuando como mediador de encontros.

Em relação a substância de consumos, três usuários comentaram sobre qual era o *tipo de bebida ingerida* (2.1.3), que foi caracterizada inicialmente pelo uso de cerveja, passando pela cachaça e uma usuária relatou que chegou a ingerir álcool de cozinha, fato confirmado por seu esposo:

“Umas duas vezes que cheguei até tomar álcool

que eu não tinha né como comprar outra bebida, daí eu tomei álcool (U8).”

“Outro dia, duas vezes aí, ela já bebeu até álcool de cozinha (M8).”

As principais bebidas alcoólicas de consumo citadas entre os participantes deste estudo foram a cerveja e a cachaça o que converge com dados nacionais. O I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira verificou a prevalência do consumo da cerveja seguido pela bebida destilada entre a população brasileira. No estudo de (Neves, Ferreira & Teixeira, 2015) também foi identificado a cerveja como a principal bebida alcoólica ingerida. A bebida alcoólica de consumo dos participantes deste estudo variou entre cerveja, cachaça e álcool de cozinha, fato que demonstra a complexidade da questão e interpela a necessidade de um olhar amplo sobre o fenômeno, que ultrapasse o caso da substância em si (Lancetti, 2014).

Em relação ao padrão de uso do álcool, cinco usuários e um membro da rede falaram sobre o *uso abusivo (2.1.4)*. Três participantes (U1, U4, U5) falaram ter feito o uso abusivo de álcool no passado e dois relataram o uso abusivo no presente (U8, U1). Seguem relatos sobre esse fato:

“Enfim depois, enfim era assim já essa ganância era tão grande, era... que eu tomava, mas tomava mesmo, assim, até ficar meio assim (U5).”

“Eu ainda tomo, quinta-feira passada eu tomei um porre, mas você vê, pra quem ia quase todo dia entende, eu hoje vou de 14 em 14 dias meu, já deu uma boa aliviada (U1).”

Outros estudos também identificaram a recorrência do uso abusivo entre usuários de CAPSad com problemas relacionados ao uso de álcool (Carvalho & Menandro, 2012; Monteiro et al., 2011; Moraes, 2008). O uso abusivo da bebida alcoólica é uma realidade no Brasil para 12% da população, sendo que 9% se definem como dependentes da substância (Brasil, 2007a). No mundo o uso abusivo do álcool também é verificado e associado a complicações de ordem micro e macrosociais (Pinho, Oliveira & Almeida, 2008). Diante da abrangência e

complexidade do fenômeno são necessárias ações que intervenham sobre os determinantes sociais envolvidos neste processo, e neste sentido o CAPSad precisa estar articulado com outros serviços, outros setores, com a família e a comunidade.

As **consequências em função do uso do álcool (2.2)** foram discutidas tanto pelos usuários como por seus familiares. Estes abordaram com frequência o tema e seus relatos foram frequentes acerca desta subcategoria, que tem com elementos de análise: *perda de controle e adoecimento, perda de pessoas importantes e trouxe problemas para a família.*

A *perda de controle e adoecimento (2.2.1)* foi mencionada por quatro usuários e dois membros da rede. O adoecimento é citado pelos usuários enquanto complicações físicas já a perda de controle se refere ao fato de querer fazer o uso do álcool acima de tudo e ficar agressivo quando está sob o efeito da substância. A relação entre agressividade e o uso do álcool esteve presente na fala dos dois membros da rede:

“Depois que ele começou a usar álcool ficou violento (M2).”

“Porque ela bebe e ela perde a cabeça, ela faz besteira, agride, vem pra cima de mim, me agride (M8).”

Familiares participantes do estudo de Sena et al. (2011) também falaram sobre a perda de controle por parte do familiar quando este faz uso do álcool, e relataram a presença de comportamentos violentos sejam eles verbais ou físicos. A perda de controle em função do uso de álcool também foi identificada entre os usuários da pesquisa de Zanatta, Garghetti e Lucca (2012). Já para os usuários participantes do estudo de Marques e Mângia (2013) o descontrole e as consequências negativas não estão associados exclusivamente ao álcool em si, mas sim a relação que estabelecem com a substância. Em outro estudo, estudo de Vasconcelos, Frazão e Ramos (2012) os usuários indicaram como principal consequência negativa a negligência com sua própria vida.

Além de complicações de saúde, os participantes da pesquisa de Zanatta, Garhetti e Lucca (2012) associaram o uso do álcool à prejuízos nas relações sociais, o que também foi identificado no presente estudo. A *perda de pessoas importantes (2.2.2)* como consequência do uso do

álcool foi percebida com maior frequência pela família do que pelo usuário, uma vez que quatro familiares citaram este fato, enquanto apenas dois usuários atribuíram a perda de pessoas importantes ao uso de bebida alcoólica. A seguir o relato de um familiar:

“Porque ele perdeu bem completamente a família né, depois que a mulher viu que não adiantava mais, ela abandonou ele quando ele mais precisava (M4).”

A repercussão negativa na família é um fato identificado também em outros estudos (Souza & Carvalho, 2012; Azevedo & Miranda, 2010; Santos & Veloso, 2008, Reinaldo & Pillon, 2008) e assim como no presente estudo, onde predominantemente foram os familiares que citaram que os usuários tinham rompido relações ou se afastado de pessoas importantes, no estudo de Souza, Carvalho e Teodoro (2012) a percepção da família era consistente quanto as perdas afetivas provocadas pelo uso do álcool. Nota-se que o problema do álcool parece repercutir fortemente na família dos usuários, porém, esse fato é pouco mencionado pelos mesmos, o que nos interpela um questionamento sobre a representação dessas perdas para os usuários e qual significado eles atribuem a elas.

Do mesmo modo, o fato do uso do álcool pelo usuário ter *trazido problemas para a família* (2.2.3) não foi citado por nenhum usuário, entretanto, dois familiares falaram a este respeito. Segue o relato de um familiar:

“No começo desestrutura a família né, a gente tem um, é, psicológico, fica abalado, no início a gente sente vergonha, depois a gente nem sabe o que é isso mais (M3).”

O sentimento de vergonha também foi esteve presente entre familiares do estudo de Paula et al. (2014). Na pesquisa de Orth e Moré (2008), a família relata a vergonha que sente pela existência do problema e por esta razão opta por não falar sobre, a família compactua assim com clima de segredo familiar, para se proteger ela prefere negar o problema. Entre os familiares que participaram do presente estudo, o sentimento de vergonha e negação parece ter existido, porém, no passado. Após recorrentes episódios de conflitos e adoecimentos, a família é colocada

em movimento, e muitas vezes é levada a agir responsabilizando-se pela busca do cuidado ao usuário.

Um ponto a ser destacado é que a noção de perdas e problemas esteve presente de forma mais substancial entre os familiares do que entre os próprios usuários, que ao contrário da família, pouco salientaram suas perdas em função do uso do álcool, essa realidade também foi encontrada no estudo de Carvalho e Teodoro (2012) e Azevedo e Miranda (2010). Entretanto, divergem dos encontrados por Pires e Schneider (2013) e Santos e Veloso (2008) onde os próprios usuários destacaram as perdas que tiveram. Entre os usuários participantes do estudo de Pires e Schneider (2013) foi recorrente o discurso sobre perdas e fragilização de vínculos familiares em função do uso de álcool. Santos e Veloso (2008) também confirmam este dado ao demonstrarem as representações, por parte dos usuários, de perdas e destruição de laços familiares em função da bebida. Tais circunstâncias atuam como motivação para que deixem de fazer uso de álcool visando aproximação com a família.

A subcategoria **interrupção do uso (2.3)** do álcool traz os seguintes tópicos para discussão: *de vez em quando faz uso, não faz mais uso, ajuda divina para deixar de beber, depende da pessoa a interrupção do uso* e sobre *recaídas*.

Dois usuários disseram que *de vez em quando fazem uso (2.3.1)* da bebida alcoólica, fato corroborado pela fala de um familiar. Outros quatro usuários afirmaram que *não fazem mais uso (2.3.2)* do álcool. Segue relatos a esse respeito:

“Eu não digo que parei, mas a hora que me dá vontade por exemplo, de tomar uma latinha, eu tomo e é só aquela (U6).”

“Mas eu parei de beber já desde o ano passado (U4).”

“Agora eu parei de uma vez [...] dois meses que eu não tomo mais nada (U7).”

Embora o planejamento do trabalho no CAPSad seja sustentado na lógica de RD (Brasil, 2004) a abstinência como principal meta ainda é muito frequente nos serviços, conforme demonstrado no estudo de Zanatta, Garghetti e Lucca (2012). A interrupção do uso como única

possibilidade de vida para o usuário precisa ser questionada, e nesse sentido, a lógica da RD propõe que, embora haja o uso de álcool e/ou outras drogas, os efeitos deletérios possam ser reduzidos, a principal preocupação deve ser com o sujeito e sua vida e não com a substância em si (Lancetti, 2014).

A fé e religião como recurso para a interrupção do uso de álcool e o vício atrelado a espíritos maus ainda se faz presente, como demonstrado no relato da usuária 5 que afirmou ter contado com a *ajuda divina para deixar de beber* (2.3.3):

“Daí eu tava assistindo em mais lugares, daí eu achei um lugar que tinha um pastor que faz curas sobre o, os alcoólicos anônimos que eles dizem isso assim [...] então eu vi como as pessoa foram curadas, aí eu pedi a graça dele também [...] assim que ele deu a benção pra todos né, e de lá em diante isso me passou assim olha, parecia que eu tava lá e recebi essa benção que ele disse que esse é um espírito mau que tá na cabeça e a gente tem que ter força, eu participei daquela palestra junto e parecia pra mim que nem se eu tava lá e consegui de ficar em paz e nada mais me atacou, fui aliviada. Não deu mais aquela vontade de vício (U5).”

A questão da religião ainda é bastante presente nas questões que envolvem o uso do álcool, no estudo de Santos e Velôso (2008) o vício era, frequentemente, definido como tentação, cuja esperança de libertação e de dias melhores dava-se pela via da religião. Entre os participantes do estudo de Orth e Moré (2008) a busca da cura pela via de crenças religiosas mostrou-se uma realidade frequente. Práticas religiosas também estiveram presentes nos relatos dos usuários que participaram do estudo de Cavalcante et al. (2012) e Souza et al., (2011). A racionalidade que envolve fé e religião está presente, conforme demonstrado pelos estudos citados, nos serviços de saúde mental, o que requer a construção de estratégias de cuidado que possam ir além dessa racional.

Outro aspecto recorrente neste estudo foi a percepção de que *depende da pessoa a interrupção do uso* (2.3.4) foi uma afirmação trazida tanto por usuários quanto por familiares. Este dado também foi

identificado na pesquisa de Moura e Santos (2011) onde os usuários afirmaram que para deixar de fazer uso do álcool e outras drogas é necessário ter força de vontade, esforço e atitude. No presente estudo, três usuários falaram sobre isso e colocaram o assunto na perspectiva da moralidade:

“Pro cara deixar de ser alcoólatra entende, ele não precisa tomar remédio, sabe o que ele precisa? Tomar vergonha na cara, só (U1).”

“Fazer o que? Criar vergonha na cara (U4).”

Três familiares atribuíram culpa e responsabilidade do usuário neste processo:

“Ah, eu acho que ele não tinha força de vontade mesmo antes (M7).”

“Porque isso aí também a pessoa tem que, tem que se esforçar um pouco né (M2)”

“Eu acho que ela tem condições de parar se ela quiser (M8).”

O uso do álcool enquanto aspecto moral também foi constatado em outros estudos (Marques e Mângia, 2013; Pires e Schneider, 2013; Souza & Carvalho, 2012; Moura & Santos, 2011). A partir dos resultados levantados em sua pesquisa, Marques e Mângia (2013) destacam que a questão do álcool é permeada por aspectos de julgamento moral, força e virtude pessoal e apesar do problema envolver outros fatores a fraqueza moral sobrepõe-se como determinante neste processo. Dado também encontrado por Pires e Schneider (2013) onde os participantes enfatizaram a compreensão de que devem manter uma decisão moral e se controlar, mantendo determinação e força de vontade para deixar de beber.

O desejo da interrupção do uso e a constante recaída é uma realidade entre usuários de CAPSad, que associam suas recaídas a momentos de estresse e conflitos familiares (Zanatta, Garghetti e Lucca, 2012). Neste estudo, a presença de *recaídas* (2.3.5) no histórico dos usuários também foi constante, seis deles afirmaram passaram ou já terem passado por isto:

“Daí parou, depois parou, depois parou, depois continuou de novo, aí quando começou de novo eu vim parar aqui (U3).”

“Depois eu parei de tomar, quando eu vim aqui em tratamento eu parei, parei meses, voltei outra vez, já tinha parado uma vez (U5)”

Dois membros da rede também falaram sobre as constantes recaídas:

“Ela deu umas caídas, acontece umas recaídas (M8).”

“Ele já parou umas quantas vezes, voltou, parou, um tempo ali ele ficou um ano, acho que um ano e pouco também sem beber (M5).”

A questão da recaída também esteve presente no estudo de Moraes (2008) e a abstinência aparece como principal meta. Assim como para os usuários participantes do estudo de Marques e Mângia (2013) que estavam sem fazer o uso de álcool, é necessário estar em constante alerta para não recair, indicando o quanto se sentem vulneráveis diante da bebida alcoólica, a maioria salientou ainda que aqueles que não conseguiram parar de beber é porque falta coragem ou vontade, ratificando uma racionalidade moralista e culpabilista. Por outro lado, segundo os achados de Pires e Schneider (2013) os participantes demonstraram ter mais autonomia quanto ao processo de parar e reiniciar o uso do álcool sem necessariamente sentirem-se culpados e com a impressão de terem violado alguma regra, mesmo que para isso tenham assumido a condição de doente, e que, portanto, não pode ser responsabilizado.

De um modo geral, os sujeitos com problemas relacionados ao uso de álcool depositam na interrupção do uso a esperança para terem uma vida melhor, entretanto, é bastante pertinente a hipótese que suas vidas precisam melhorar para que eles deixem de fazer uso da bebida alcoólica, pois o desejo que os impelem para o álcool é produzido pelas insatisfações e carências da sua realidade de vida (Pires & Schneider, 2013). Condição esta que elucida a necessidade de que as estratégias de

cuidado converjam com as reais necessidades dos sujeitos.

5.3 CATEGORIA III – Trajetória do cuidado

Categoria	Subcategoria	Elementos de análise
3. Trajetória do cuidado	3.1 Histórico de tratamento em outras instituições	- Já esteve em outra instituição (U1; U2; U3; U4; U5; U6; U7; U8) (M2) - Quantas vezes foi internado (U5; U6; U8) - Motivações para saída da instituição (U1; U2; U3; U6; U7; U8) - Tempo de tratamento em outra instituição (U1; U2; U3; U4; U5; U6; U7; U8)
	3.2 Tipos de instituições pelas quais passou	- Comunidade terapêutica (U2; U3; U4; U8) - Hospital psiquiátrico (U1; U2; U6; U7) - Hospital geral (U4; U5; U6; U1) - Ligado a religião (U3; U4) - CAPSII (U1) - Acompanhamento no CRAS (U8)
	3.3 Avaliação do tratamento em outras instituições	- Avaliou positivamente (U1; U3; U6) - Avaliou negativamente (U1) - Teve problemas na outra instituição (U4; U8)

Todos os usuários que participaram desta pesquisa já tiveram passagem por alguma instituição de tratamento antes da procura pelo CAPSad. Esta categoria congrega o histórico do cuidado do usuário anterior ao CAPSad e está dividida em três subcategorias: **histórico de tratamento em outras instituições, tipo de instituição pelas quais passou e avaliação do tratamento em outras instituições.**

Na subcategoria **histórico de tratamento em outras instituições (3.1)**, foi abordado aspectos do tratamento anterior ao acompanhamento do usuário no CAPSad e dividiu-se em quatro elementos de análise: *já esteve em outra instituição, quantas vezes foi internado, motivações para saída da instituição e tempo de tratamento em outra instituição.*

Todos os usuários afirmaram que *já estiveram em outra instituição (3.1.1)* para tratamento dos problemas relacionados ao uso do álcool, fato também relatado pela mãe de um dos usuários:

“Ele já foi internado várias vezes, várias vezes ele ficou internado, lá em Bocainas ele ficou internado, aqui no abrigo do padre ele ficou internado, lá em Florianópolis ele ficou internado, antes dele vir pra cá ele se internou-se lá em Curitiba, ele mesmo sozinho se internou (M2).”

Em relação a *quantas vezes foram internados (3.1.2)*, três usuários relataram terem sido internados pelo menos duas vezes. Essas internações teriam ocorrido pela mediação da família:

“Me internaram umas duas ou três vezes (U6).”

Internações recorrentes também foi identificado em outros estudos (Marques & Mângia, 2013; Pires & Schneider, 2013; Marques & Mângia, 2011). Diante dos históricos de constantes internações é que o CAPSad vai se desvelando como alternativa de cuidado inserido no território do sujeito e possibilitando a permanente participação do usuário e a manutenção do vínculo deste com a comunidade onde está inserido (Cetolin, Trzcinski, Pinheiro & Cetolin, 2013). Azevedo e Miranda (2010) corroboram demonstrando a satisfação, da maior parte dos familiares dos usuários, por estes estarem sendo cuidados sem se afastarem da família. Seguindo esta lógica de cuidado, o objetivo é oferecer uma atenção integral à saúde que produza novos territórios existenciais (Lancetti, 2015).

Todos os usuários participantes deste estudo já passaram por alguma instituição de tratamento e seis deles compartilharam quais foram as *motivações para saída da instituição (3.1.3)*. Um dos usuários saiu da instituição porque voltou a beber, e cinco afirmaram terem saído porque venceu a prazo de tempo que eles poderiam ficar na instituição:

“Porque lá é um mês, até dois meses, daí cumpriu o prazo (U7).”

“Eu, saí de lá porque eu estava bom, venceu os 9

meses (U3).”

O tempo de tratamento em outra instituição (3.1.4) variou de três dias a nove meses, havendo também períodos intercalados. A seguir o relato dos usuários sobre suas internações:

“Me internaram umas duas ou três vezes (U6).”

“Tive três períodos de internação de 60 dias cada (U1).”

Em função da recorrência de internação em outras instituições, muitas vezes os usuários estranham o modo de cuidar do CAPSad. Esse dado foi identificado por Marques e Mângia (2011) onde os usuários, devido ao seu histórico de internações, acreditavam que a única forma efetiva de tratamento era internação. Com o passar do tempo os usuários foram reconhecendo o processo de acompanhamento no CAPSad e passaram a considerar uma forma efetiva de tratamento. Para os familiares que participaram do estudo de Soccol et al. (2013) as internações são importantes quando as estratégias de prevenção adotadas pela família não surtem efeitos, as internações representam então uma possibilidade de proteção para que o usuário não retome o uso da bebida alcoólica. Tais achados evidenciam que a concepção de tratamento como internação é uma racionalidade ainda muito presente apesar de todos os avanços propostos pelas atuais políticas de saúde mental em álcool e outras drogas.

A subcategoria que trata sobre os **tipos de instituições pelas quais passou** (3.2) revela um predomínio de instituições do tipo: *comunidade terapêutica, hospital psiquiátrico, hospital geral* seguidos por instituições *ligadas a religião, CAPSII* e acompanhamento no *Centro de Referência da Assistência social (CRAS)*. Quatro usuários relataram já terem sido internados em *Comunidade Terapêutica (3.2.1)*, e citaram o fato destas serem afastadas da cidade conforme demonstra o relato do U4:

“Era tipo assim uma clínica mas só que tipo, era um... afastado da cidade e não... é tipo uma chácara assim (U4).”

A questão do afastamento para o tratamento também foi trazida

pelos usuários participantes da pesquisa de Marques e Mângia (2013) que encontraram no CAPSad uma alternativa de tratamento que permitia que eles continuassem em seus territórios, mantendo contato com a família e com outras pessoas de sua rede. Manter o sujeito em seu território e propiciar sua interação na comunidade é um dos eixos norteadores do trabalho no CAPSad (Costa, Colugnati & Ronzani, 2015). Lancetti (2015) chama a atenção para o processo de expansão das comunidades terapêuticas em paralelo a criação dos CAPSad e o quanto estas muitas vezes acabam cobrindo uma falta de outros serviços como um CAPSad que funcione em regime de 24 horas.

Embora os avanços proporcionados pela reforma psiquiátrica proponham um novo lugar para o cuidado de usuários de álcool e outras drogas, que visam romper com o paradigma da internação psiquiátrica, o *Hospital Psiquiátrico* (3.2.3) foi o recurso de tratamento para quatro usuários participantes deste estudo. Todos eles citaram ainda o fato do hospital estar situado em município diferente a sua residência:

“A dra. me internou pra Floripa, em São José no IPQ (U2).”

Já em consonância com as atuais políticas públicas em álcool e outras drogas, quatro usuários afirmaram que, em função de problemas que tiveram pelo uso do álcool, foram internados em *Hospital Geral* (3.2.4) e neste caso, o hospital ficava próximo à residência dos usuários:

“Aqui perto, duas internações aqui no hospital do morro (U6).”

Os familiares participantes do estudo de Orth e Moré (2008) também relataram que quando a situação provocada pelo uso do álcool ficava insustentável, frequentemente a primeira opção da família era buscar uma internação hospitalar. Os participantes do estudo de Pires e Schneider (2013) avaliaram a internação positivamente, principalmente como estratégia para manter-se afastado da bebida alcoólica, neste caso, a internação hospitalar representava a principal porta de entrada dos usuários na rede de saúde. Nos casos que requerem internação, fazê-la em leito de hospital geral é consoante com ações de cuidado em rede e no território e vão ao encontro das propostas da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2011).

Dois usuários citaram que as instituições pelas quais passaram eram *ligadas a religião* (3.2.5), um deles foi enfático ao dizer que o tratamento é pautado basicamente na oração:

“É tipo uma igreja evangélica, daí tem umas casas de oração que tu vai nos culto de manhã, de meio dia, de tarde e de noite (U4).”

Buscar tratamento em alguma instituição ligada a religião também se consistia em uma opção frequente entre os familiares que participaram do estudo de Orth e Moré (2008). Entre os participantes do estudo de Souza et al. (2011) participar de alguma atividade ligada a religião possibilitava a inserção grupal. Para os participantes do estudo de Cavalcante et al. (2012) a religião também foi indicada como importante no processo de tratamento. Ao contrário do que foi sinalizado por Cavalcante et al. (2012) e Souza et al. (2011), os participantes deste estudo não destacaram as funções de apoio das instituições ligadas a religião pelas quais passaram, contudo é necessário estar atentos para identificar que tipo de função instituições religiosas exercem sobre o processo de cuidado do usuário.

Em dois casos verificou-se a articulação entre os serviços do município, ao menos no que se refere ao encaminhamento. Um usuário relatou frequentar o *CAPSII* (3.2.6) antes de ser encaminhado para o CAPSad e uma usuária também buscou o serviço por intermédio do *CRAS* (2.2.7) onde ela e a família são acompanhados.

“Eu me tratei muito tempo ali até com a dra. [...] eu me tratei 3 anos com ela entende, quando frequentava agora, não era esse CAPSad aqui, era lá no CAPSII entende (U1).”

“Vou no outro lá né [...] agora não lembro se ela é psicóloga ou é assistente social, ela é lá do CRAS, ela sempre liga né pra saber, pra conversar (U8).”

O trabalho em rede na atenção à saúde do usuário de álcool e/ou outras drogas é preconizado pelos pressupostos norteadores da política de saúde mental (Brasil, 2011). Costa, Colugnati e Ronzani (2015) enfatizam que as redes de atenção aos usuários de álcool e/ou outras drogas devem abranger diversos setores visando articulação e um

trabalho intersetorial que tenha como objetivo a promoção, prevenção e atenção à saúde dos usuários. Mendes (2011) colabora assinalando a importância de ações cooperativas e interdependentes que propiciem uma atenção contínua e integral. Neste estudo a articulação da rede vou indicada basicamente pela ocorrência de encaminhamentos, entretanto é necessário que a articulação aconteça na efetivação de um trabalho intersetorial.

A **avaliação do tratamento em outras instituições (3.3)** gerou três elementos de análise: *avaliou positivamente, avaliou negativamente e teve problemas na outra instituição*. Três usuários *avaliaram positivamente (3.3.1)* o tratamento em outras instituições, entretanto foram concisos ao avaliarem, resumindo a avaliação em poucas palavras e sem aprofundar os aspectos positivos das instituições. Um usuário avaliou como positivo o tratamento em uma determinada instituição e *avaliou negativamente (3.3.2)* outra instituição pela qual passou, criticando a proposta de atendimento do local:

“Lá era bacana (U1).”

“Era uma clínica, mas tratava tudo junto, alcoolismo e dependentes químicos entende, tratava de, ansiedade né, essas coisas (U1).”

Houve também ocorrência de *problemas na outra instituição (3.3.3)*, sendo este fato mencionado por dois usuários que afirmaram terem deixado o local em função dos problemas que tiveram, assim como demonstrado pelo relato a seguir:

“Eu fui na sexta-feira, no sábado comecei a passar mal, quis me dar abstinência, quis não, me deu abstinência. Daí comecei o vomitar no sábado lá, fiquei fraco e tremia que não conseguia nem subir na beliche [...] e quando cheguei lá na casa, já não era mais o mesmo lugar que eu tava, na minha cabeça né, e daí saí fora (U4).”

Percebe-se uma posição ambígua dos usuários ao falarem de instituições anteriores pelas quais passaram, porque, ao mesmo tempo que afirmavam que a experiência em outra instituição foi boa, não conseguiram descrever essas experiências positivas. Por outro lado, o

CAPSad representa para eles um lugar de estar e conviver e sobre o qual eles falaram de forma espontânea. Essa mesma realidade foi identificada Marques e Mângia (2013), que perceberam que os usuários embora reconhecessem algum benefício do tratamento em instituições anteriores, o CAPSad representava uma alternativa de cuidado sem que fosse necessário seu isolamento. O bem-estar do usuário dentro do serviço é priorizado pelos pressupostos que regem o funcionamento do CAPSad (Brasil, 2005).

Pires e Schneider (2013) identificam em sua pesquisa a queixa frequente dos participantes sobre a recorrência de internações e que estas não promoveram mudanças significativas em suas vidas, ao contrário, acabaram deixando um registro de experiências marcadas pelo fracasso na recuperação. Diante disso, os autores propõem uma reflexão sobre o quanto as instituições levam em consideração em suas intervenções aspectos significativos e presentes na realidade de vida dos sujeitos ao proporem uma determinada metodologia para o tratamento. Por isso mesmo, a perspectiva do cuidado e atenção integral à saúde dos usuários é norteador das políticas públicas em álcool e outras drogas, e o CAPSad é o principal dispositivo dentro dessa proposta (Costa, Colugnati & Ronzani, 2015).

5.4 CATEGORIA IV – Percurso ao CAPSad

Categoria	Subcategoria	Elementos de análise
4. Percurso ao CAPSad	4.1 Condições para a procura	<ul style="list-style-type: none"> - Um familiar o levou para o CAPSad (U2; U3; U4; U5; U6; U7) (M7) - Família achou melhor que fizesse tratamento no CAPSad (U4; U3) - Pelo uso do álcool (U2; U4; U5; U6; U1; U8) - Tentativa de parar de beber sozinho mas não conseguir (U4) - Tinha vergonha de ir no CAPSad (U4)
	4.2 Encaminhamento	<ul style="list-style-type: none"> - Encaminhado pelo hospital onde estive (U4; U6) - Encaminhado pelo médico (U1; U5) - Encaminhado pelo CREAS (U8)

Esta categoria reuniu o conjunto de elementos que representam o caminho percorrido pelos usuários até a entrada no CAPSAd, desta, resultou três subcategorias: **condições para a procura, encaminhamento e conhecimento prévio do CAPSAd.**

As **condições para a procura (4.1)** do CAPSAd foi permeada por quatro principais motivações e destacou-se o papel da família neste processo: *um familiar o levou para o CAPSAd, família achou melhor que fizesse tratamento no CAPSAd, pelo uso do álcool, tentativa de parar de beber sozinho mas não conseguir e tinha vergonha de ir no CAPSAd.*

“Um familiar o levou para o CAPSAd” (4.1.1) foi uma realidade vivenciada por seis usuários, com frequência foram os filhos, irmãos e esposa que os levaram para o serviço. Em um dos relatos fica claro a imposição da família na procura pelo CAPSAd:

“Aí depois minha nora e meu filho insistiram tanto, eles vieram aqui falar... até que, eu não quis e não quis e não quis, mas daí me trouxeram a força (U5).”

A filha de um usuário também indicou a procura da família por atendimento:

“É que assim, a gente já tipo, ele bebia demais, daí ele ficou internado algumas vezes já ano passado, daí a gente tinha que procurar alguma coisa né, daí eu acho que foi até minha tia que indicou aqui (M7).”

Para os usuários deste estudo a procura pelo CAPSAd ocorreu pelo incentivo da família, para os usuários da pesquisa de Marques e Mângia (2013) o CAPSAd foi indicado por alguém da rede de relações dos usuários e as redes sociais tiveram papel de incentivadora do acompanhamento do CAPSAd. Tondonwsky et al. (2014) salientam que a questão do abuso do álcool envolve segredo e negação, dificultando a busca de ajuda pelo próprio usuário o que evidencia a necessidade de ajuda e intervenção das pessoas da rede social do usuário para que ele procure tratamento.

A *família achou melhor que fizesse tratamento no CAPSAd (4.1.2)* ocorreu em dois casos, em um deles fica claro a busca da família

por um cuidado alternativo à internação:

“Porque assim, os filhos acharam melhor, eles iam me internar, aí eles falaram não, o pai já teve internado, e sarou, ficou bom, trabalhou se aposentou, agora voltou de novo (U3).”

A internação também aparece como primeira alternativa entre os participantes do estudo de Marques e Mângia (2013) e frequentemente a busca pelo cuidado era adiada visando escapar de uma internação. Nasi et al. (2015) e Marques e Mângia (2013) identificaram o CAPSad como alternativa a internações de longo prazo. Os familiares participantes do estudo de Soccol et al. (2013) também demonstraram preferência pelo cuidado no CAPSad ao invés da internação. Outros estudos identificaram que a procura pelo CAPSad se deu, principalmente, por demanda espontânea (Marques & Mângia, 2011; Faria & Schneider, 2009) o que demonstra que o CAPSad pode representar um espaço de espontaneidade, em que a procura pode ser livre e onde pode-se permanecer perto do convívio familiar.

Uma das condições para a procura pelo CAPSad foi *pelo uso do álcool (4.1.3)*, e assim foi para seis dos usuários que relataram buscar o serviço porque estavam fazendo uso abusivo da bebida alcoólica:

“Eu tava bebendo direto, muito mal (U5).”

Um dos usuários afirmou ter procurado o CAPSad pois tinha *tentado parar de beber sozinho, mas não conseguiu (4.1.4)*, fato que também foi identificado entre os participantes da pesquisa de Marques e Mângia (2013). Este mesmo usuário afirmou que *tinha vergonha de ir no CAPSad (4.1.5)*, ele sentia-se mal pelo fato de não conseguir manter-se longe da bebida e temia o julgamento dos profissionais do serviço:

“Tentei parar por conta sozinho em casa, mas não deu certo (U4).”

“Eu não vinha porque sentia vergonha do que eu estou fazendo [...] porque a gente já tinha conhecimento com todos, tinha vergonha de vir aqui e eles ‘pô, você que eu pensei’ [...] ‘olha tão bem que ele estava’, até falavam, ‘pô engordou,

está bem, 'daí o cara voltar ali tudo da estaca zero (U4)."

Fica claro o quanto o usuário sentia-se constrangido quando voltava a fazer o uso de bebida alcoólica temendo o julgamento dos profissionais, atribuindo a si sentimento de culpa e julgamento moral, assim como identificado entre os participantes do estudo de Marques e Mângia (2013). Vasconcelos, Machado e Protazio (2014) fazem uma crítica quando a esta realidade e discutem o quanto os serviços ainda estão focados no cuidado relacionado especificamente ao uso do álcool deixando-se perder outras questões e por consequente afastando usuários do serviço.

Em relação ao **encaminhamento (4.2)** até o CAPSad, os relatos variaram entre: *encaminhado pelo hospital onde esteve, encaminhado pelo médico e encaminhado pelo CREAS*. Os encaminhamentos ocorriam e em geral os usuários chegavam ao serviço sem entendimento do que era o CAPSad e como ocorria o cuidado neste serviço, o que corrobora com os achados de Marques e Mângia (2013) que indicaram que a busca pelo CAPSad foi pouco racionalizada e marcada pelo desconhecimento. Ao todo, cinco usuários do presente estudo afirmaram ter ido ao serviço através de encaminhamento.

Dois usuários disseram ter sido *encaminhados pelo hospital onde estiveram (4.2.1)*, em ambos os casos, trata-se do hospital geral do município pelo qual tiveram passagem conforme o exemplo apresentado:

“Eu tava internado no hospital, e por intermédio dali, eu nem sabia que existia o CAPS pra falar a verdade, intermédio dali que eles me mandaram pra cá (U4).”

Ter sido *encaminhado pelo médico (4.2.2)* foi relatado por dois dos usuários, um deles afirmou que o médico entendia que a internação não era a melhor opção. Pode-se perceber isso na seguinte fala:

“Mas quem me atendeu naquele dia da entrevista disse que achava que eu não devia ser internado porque lá era uma clínica muito pesada ali entende para mim, ele disse você precisava de uma coisa mais leve, mais light entende (U1).”

Pires e Schneider (2013) identificaram em seu estudo a posição

de passividade que o usuário com problemas relacionados ao uso de álcool assume ao submeter-se a um tratamento, quando identifica que está em uma situação crítica de saúde, procura e aceita intervenções profissionais e institucionais na expectativa que essa intervenção externa possa lhe proteger e curar, em função disso é bastante aberto aos encaminhamentos indicados por profissionais e instituições. Em relação aos encaminhamentos, Vasconcelos, Machado e Protazio (2014) levantam a questão que frequentemente o CAPSad se constitui como porta de entrada, mas não como porta de saída, ou seja, uma vez os usuários estando no serviço, há dificuldade em articulação com outros pontos da rede dificultando a inserção do usuário em outros serviços.

Um exemplo do CAPSad como instituição que recebe encaminhamentos de outros pontos da rede, foi o relato de uma usuária que afirmou ter sido *encaminhada pelo CREAS (4.2.3)*, demonstrando que a assistência social do município se articulou com a saúde buscando um acompanhamento integral desta usuária. O trabalho intersetorial constitui-se estratégia fundamental para o cuidado, porém muitas vezes ele não é concretizado (Moraes, 2008), ou quando se concretiza há um entroncamento no CAPS (Vasconcelos, Machado & Protazio, 2014). Neste estudo, a usuária afirmou que procurou o CAPSad por incentivo de outro serviço:

“Foi as mulheres do CREAS que me encaminharam, elas comentaram né daqui né, se eu queria participar, elas falaram que aqui era legal né, era muito bom vim, daí eu vim aqui né (U8).”

Os encaminhamentos ocorridos dentro da rede também estiveram presentes no estudo de Moura e Santos (2011) e os autores destacaram o quanto essa prática é importante e converge com o princípio da integralidade e do cuidar de forma ampliada. No presente estudo também esteve presente o trânsito dos usuários em outros serviços principalmente no hospital, contudo, o CAPSad aparece para todos como lugar de referência assim como proposto pelas políticas de saúde mental para álcool e outras drogas (Brasil, 2003). Tendo o CAPSad como referência no cuidado é importante de compreender como é a relação que o usuário estabelece com o serviço.

5.5 CATEGORIA V – Relação com o CAPSad

Categoria	Subcategoria	Elementos de análise
5. Relação com o CAPSad	5.1 Percepções enquanto usuário do serviço	<ul style="list-style-type: none"> - Como se sente frequentando o serviço (U3; U4; U1; U2; U5) (M4) - O CAPSad como lugar para estar e parte da rotina do usuário (U3; U4; U2; U6) (M4; M7) - Uso do álcool nas proximidades do CAPSad (U8; U3; U4)
	5.2 Mudanças a partir do acompanhamento no CAPSad	<ul style="list-style-type: none"> - Percebeu mudança (U1; U2; U3; U4; U5; U6; U8) (M2; M8; M3) - Mudança no padrão de uso do álcool (U7; U2; U1; U3; U4; U5; U6; U8) (M2; M3; M7; M4; M8) - Mudança nos relacionamentos (U1; U2; U3; U4; U5; U6; U7) (M2; M8; M3; M7)
	5.3 Cuidado no CAPSad	<ul style="list-style-type: none"> - Como ocorre o cuidado (U4; U2; U1; U3) - Acolhimento e atendimento das necessidades (U1; U2; U3; U4; U5; U8; U6; U7; U8) (M2; M3; M4) - Encontra apoio e orientação dos profissionais no CAPSad (U1; U4; U5; U8; U6; U7; U2) - Avaliação do cuidado oferecido (U1; U2; U3; U4; U5; U6; U7; U8) (M3; M4; M2; M8; M7) - Relacionamento familiar é considerado no cuidado oferecido (U1; U4; U5; U7; U8) - Uso do álcool é considerado no cuidado oferecido (U2; U3; U6) - Outros aspectos são considerados no cuidado oferecido (U3; U8)
	5.4 Permanência no serviço	<ul style="list-style-type: none"> - Tempo que frequenta o CAPSad (U1; U2; U3; U4; U5; U6; U7; U8) - Quantas vezes na semana vai no CAPSad (U1; U2; U3; U4; U5; U6; U7; U8)
	5.5 Projeto Terapêutico Singular	<ul style="list-style-type: none"> - Não tem clareza quanto ao PTS (U2; U6) - Participou da construção junto com os profissionais (U3; U4; U5; U6; U8) - Os profissionais que definiram o PTS (U2;

		U7) - Não houve participação de outras pessoas, além da equipe, na construção do PTS (U1; U2; U5; U8)
	5.6 Atividades desenvolvidas pelo CAPSad	- Participação do usuário nas atividades (U4; U5; U6; U1; U3; U7) - Atendimento individual (U6; U1; U8) - Atividades que mais gosta de fazer e porque (U2; U5; U1; U4; U3; U6; U7) - Como funciona a atividade que mais gosta (U1; U2; U4; U5) - Atividades que não gosta (U2; U4; U7) - Visitas domiciliares (U5; U1; U3; U4; U6; U7; U8) - Atividades externas (U1; U2; U3; U4; U5; U6; U7; U8)
	5.7 Motivações para participar das atividades	- Participa das atividades porque precisa (U1) - Não participa de mais atividades por motivações externas (U5; U8) - Antes tinha mais atividades para fazer (U6; U2)
	5.8 Participação da família	- O CAPSad propicia a aproximação da família ao serviço (U1; U2; U3; U4; U5; U6; U7; U8) (M2; M8; M3; M4) - Família participa (U5; U4; U2; U7) (M7) - Família tem interesse em participar, mas não pode (U4; U6) (M8; M3; M4) - Família participa esporadicamente (U2; U5) (M2; M4; M3; M8) - Família não participa (U1; U6; U8)

Esta categoria contempla uma ampla gama de fatos e percepções dos usuários e familiares em relação ao serviço, está dividida em oito subcategorias e seus respectivos elementos de análise: **percepções enquanto usuário do serviço, mudanças a partir do acompanhamento no CAPSad, cuidado no CAPSad, permanência no serviço, Projeto Terapêutico Singular, atividades desenvolvidas pelo CAPSad, motivações para participar das atividades e sobre a participação da família.**

A subcategoria **percepções enquanto usuário do serviço (5.1)**, aborda questões do cotidiano do serviço e como o usuário se sente em

relação a isto. Está dividida pelos seguintes elementos de análise: *como se sente frequentando o serviço, o CAPSad como lugar para estar e parte da rotina do usuário* e sobre o *uso do álcool nas proximidades do CAPSad*.

Cinco usuários e um membro da rede contaram *como se sentem frequentando o serviço (5.1.1)*, todos eles afirmaram sentirem-se bem e acolhidos no CAPSad, conforme demonstrado pelo U1:

“Eu quando saio de casa e venho pra cá meu, é outro, é outra coisa entende, encontrar o pessoal aqui entende, um oi daqui um oi dali entende, um bom dia daqui bem carinhoso etc, isso levanta, levanta a autoestima da pessoa entende, do que você ficar em casa (U1).”

Estes dados colaboram com os já verificados por Picoli (2013), os usuários de um CAPS que participaram do estudo salientaram a função acolhedora do serviço. Os dados também foram convergentes aos encontrados por Souza, Kantorski e Mielke (2006) onde o CAPSad foi apontado como fonte de apoio para os usuários. Marques e Mângia (2009) assinalam que o CAPSad deve mesmo representar um lugar onde os usuários sintam-se bem e acolhidos, espaço este de construção de linhas de cuidado que atendam as demandas dos usuários, que possibilitem inclusão e ofereçam oportunidades para trocas de bens sociais, recursos e afetos.

O CAPSad como lugar para estar e parte da rotina do usuário (5.1.2), foi assinalado por quatro usuários e dois membros da rede, estes percebem o CAPSad como um lugar de proteção para o familiar, espaço para ser frequentado diariamente, onde o usuário pode ocupar-se e se mantém afastado da bebida:

“Eu achei muito legal assim sabe, dele vim, ter atividades durante o dia, parece, ocupa a cabeça né, que antes ele não trabalhava, ficava em casa, não tinha nada o que fazer, não tinha uma ocupação né, daí é claro que ia acabar no bar, bebendo, daí quando ele começou a vir pra cá tinha uma ocupação, ocupava a cabeça, não ficava só pensando na ansiedade da bebida, meu isso é bem, muito bom, achei muito legal assim

quando eu fiquei sabendo né (M7).”

“Porque daí eu tô trabalhando, eu sei que ele tá aqui né, daí tu não fica preocupada, e ele chega daqui e vai pra casa (M4)”

Outros estudos (Marques & Mângia, 2013; Picoli, 2013; Moura & Sousa, 2011) também identificam o CAPSad como porto seguro para que o usuário fique distante da bebida alcoólica. Um usuário deste estudo exemplifica o quanto o CAPSad faz parte da rotina dele:

“Eu acordo, não precisa nem despertar o relógio, eu acordo já tô sabendo que eu venho pra cá, às vezes é sábado e eu vindo pra cá, cheguei aqui e olhei ... digo mas hoje não é dia (U3).”

Tamanha é a representação do CAPSad na rotina de um usuário, que este destacou o quanto gosta de frequentar o serviço todos os dias e sente por não poder participar nas quartas de manhã, período em que o serviço funciona apenas em caráter de urgência em função da reunião de equipe que acontece semanalmente nas quartas-feiras.

“Eu queria vim de segunda à sexta, só que o problema é que eles cortaram as quartas-feiras de manhã (U2).”

Os resultados da pesquisa de Marques e Mângia (2013) vai na mesma direção, os participantes relataram o quanto CAPSad faz parte de seus cotidianos, sendo o único lugar que eles frequentam, consideram ainda como um importante espaço para estabelecimento de relações e trocas afetivas. Picoli (2013) também identificou que os usuários consideram o CAPS como um espaço de acolhimento e onde gostam de estar. Participantes do estudo de Cavalcante et al. (2012) também citaram o CAPSad como lugar para estar, passar o tempo e construir laços sociais. Marques e Mângia (2009) enfatizam a função do CAPSad como promotor de relações sociais, neste sentido, os resultados deste estudo indicam que o CAPSad onde foi realizada a pesquisa vem cumprindo seu papel.

O uso do álcool nas proximidades do CAPSad (5.1.3) é uma realidade vivida pelo serviço. Alguns usuários que estão no CAPSad

saem para fazer uso do álcool nas imediações do serviço e retornam sob o efeito da substância, outros já chegam no CAPSAd em situação de embriaguez, estes fatos causam conflitos entre usuários e de alguns deles com os profissionais, pois cobram que os profissionais imponham punição e barrem a entrada daqueles sob o efeito do álcool. Três usuários verbalizaram essa queixa e demonstraram incômodo com esta situação:

“Ah, não gosto de, dessas discussões desses loucos aí, que ficam bebendo aí, ficam discutindo aí na frente, brigando aí, isso aí eu já saio, ontem mesmo deu uma briga aí eu peguei e saí na hora [...] daí de tarde eu voltei aí, aí tava o resultado, chamaram bombeiro, isso eu não gosto lógico, não discuto com ninguém, eu não venho aqui para brigar, eu venho aqui pra melhorar U3).”

“Que nem esses que bebem aí, que saem beber e vem de cara cheia aqui, e ainda chegam aí xingando os profissionais ali, que isso dói na gente né (U4).”

Este dado diverge ao encontrado por Moura e Santos (2011) onde os usuários afirmaram que o CAPSAd, por ser uma instituição de tratamento, deve ser um lugar de proteção, mesmo para aqueles que estão ali sob o efeito de alguma substância. Essa é lógica que rege o cuidado e atenção no CAPSAd, que por ser um serviço de porta aberta, deve acolher o usuário independentemente de estar ou não fazendo uso ou sob efeito de álcool e/ou outras drogas (Brasil, 2004).

Esse é um desafio para o cuidado de usuários com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas que têm como uma de suas maiores dificuldades a interrupção do uso, representando parte dos sintomas que caracterizam a dependência ao álcool, conforme descrito no DSM V (APA, 2014). Por esta razão, o princípio que rege o cuidado nos CAPSAd é o da RD, que deve acolher o usuário na situação em que se encontra e respeitá-lo em suas escolhas e não deve impor a meta da abstinência “*a priori*”, como condição para o tratamento, sob pena de excluir boa parte dos usuários que necessitam de atenção. Contudo, conforme destacado por Moraes (2008), por mais que se reconheça a necessidade de trabalhar na perspectiva que preveem as políticas públicas, é difícil atender todos os princípios e colocá-los em prática no

cotidiano do serviço.

Mudanças a partir do acompanhamento no CAPSad (5.2) é a subcategoria que discute mudanças ocorridas após inserção no CAPSad segundo percepções dos próprios usuários e de seus familiares. Está dividida em três elementos de análise: *percebeu mudança, mudança no padrão de uso do álcool e mudança nos relacionamentos.*

Sete usuários e três familiares afirmaram que *perceberam mudanças (5.2.1)* a partir do acompanhamento no CAPSad, especialmente em relação a características pessoais:

“Não sou mais assim tão estressada né que nem eu era antes, antes eu ficava nervosa, estressada minha vontade era só de beber né, agora não (U8).”

Um usuário deixou claro que sua mudança está relacionada com o cuidado oferecido pelo CAPSad e que este lhe possibilitou melhores condições de vida, o que foi confirmado pelo relato de sua mãe:

“Mudei um pouco sim, melhorei mais, se não fosse o CAPS eu não existia mais. Tava na rua, tava perdido na rua (U2).”

“Eu achei que ele mudou, sabe que em parte eu fico, eu fico contente dele estar aqui (M2)”

Estes dados vão ao encontro dos levantados por Marques e Mângia (2013) que identificaram nos usuários mudanças positivas após o acompanhamento do CAPSad, principalmente no que se refere ao autocuidado, a autoestima e nas condições de saúde geral. Paula et al. (2014) também identificou mudanças tanto nos usuários quanto na família principalmente em relação os significados atribuídos ao uso de substâncias psicoativas. Picoli (2013) identificou que quando o usuário percebe mudanças positivas após seu acompanhamento no CAPS, a partir de sua participação ativa no processo, sente-se motivado a permanecer no serviço.

Em relação à *mudança no padrão de uso do álcool (5.2.2)*, todos os participantes, tanto usuários como os membros da rede social significativa, afirmaram que houve diminuição no consumo de bebida alcóolica, algumas falas demonstram o efeito do acompanhamento no

CAPSad para esta diminuição:

“Diminuiu, diminuiu, bem, bem diminuído, se não tivesse o CAPS aqui eu acho que eu não existia mais, ah não existia, não, não, se não fosse o CAPS aí eu já tava podre já (U2).”

Sua mãe corrobora:

“Ele bebe, mas não é como era antes, porque a gente achava ele caído na rua, tinha que ir lá buscar (M2).”

A fala de um usuário e sua filha demonstram um processo de mudança, permeada por interrupções e retomadas do uso:

“Percebi, que antes eu não, nunca parava né, daí eu já parei uma vez, comecei de volta, agora parei de volta, agora quero ver se eu continuo assim parado né (U7)”.

“Na época que ele vinha pro CAPS daí tava bem assim, vinha um tempo bem, parava de beber e dali um pouco já começava de novo, sabe, não tinha aquela regularidade [...] depois que ele veio pra cá que foi que ele começou a, tipo a ter consciência de que ele precisa parar, foi quando ele começou a tomar os remédios pra ansiedade, pra não, não dar vontade de beber, que ele foi melhorando né, mas antes ele bebia tipo direto, direto, depois que ele veio pro CAPS ele diminuiu um pouco, e ainda continua bebendo (M7).”

A interrupção do uso como mudança de vida também foi identificada no estudo de Pires e Schneider (2013), onde alguns participantes relacionaram abstinência com recuperação e mudança de vida, mesmo não tendo tido nenhuma mudança em seu quadro de saúde geral e na qualidade de vida. Já para outros participantes, mesmo havendo melhorias significativas em suas condições de vida e saúde durante o tratamento, eles não atribuem essas melhorias a interrupção do

uso do álcool. Quando as mudanças esperadas não ocorrem, manter os usuários em acompanhamento no CAPSad é um desafio para o serviço (Monteiro et al. 2011).

O fato do acompanhamento no CAPSad propiciar *mudança nos relacionamentos* (5.2.3) foi mencionado por sete usuários e quatro familiares, um usuário afirmou que não houve mudança nos relacionamentos dentro de sua casa, mas que o CAPS ampliou sua rede de contatos. Os outros seis usuários e os quatro familiares afirmaram que após acompanhamento no CAPSad a maneira de se relacionar com as pessoas melhorou:

“Mudou bastante, como agora eles dizem, os meus filhos também, todo mundo, eu recebo bem, converso bem, tenho vontade, eu faço brincadeira, antes isso não acontecia (U5).”

“Pra se sociabilizar um pouquinho com as pessoas, hoje ele está um pouquinho melhor assim com relação a isso (M3).”

Em consonância com esses resultados, Kantorski e Mielke (2006) identificaram que o acompanhamento no CAPSad possibilitou aos usuários que ampliassem suas redes de relações e possibilitou a criação de vínculos mais saudáveis. O fato da inserção no CPASad ter proporcionado ampliação das redes sociais também foi verificado por Picoli (2013). Usuários e familiares participantes do estudo de Paula et al. (2014) também sinalizaram mudanças positivas nos relacionamentos familiares após acompanhamento no CAPSad. Os participantes da pesquisa de Azevedo e Miranda (2010) concordam que o relacionamento familiar melhorou após participação no CAPSad. Tais resultados sinalizam o quanto o cuidado está vinculado a relacionamentos saudáveis.

O **cuidado no CAPSad (5.3)** foi discutido e abordado em diversas facetas, conforme demonstrado nos sete elementos de análise: *como ocorre o cuidado, acolhimento e atendimento das necessidades, encontra apoio e orientação dos profissionais no CAPSad, avaliação do cuidado oferecido, relacionamento familiar é considerado no cuidado oferecido, uso do álcool é considerado no cuidado oferecido e outros aspectos são considerados no cuidado oferecido.*

Quatro usuários relataram *como ocorre o cuidado (5.3.1)* no

CAPSad e salientaram que são bem atendidos, um usuário destacou que por ser um lugar onde não há proibições quanto ao uso de álcool é necessário um empenho maior do usuário:

“Parei de beber, mas achei que não ia dar conta por causa de que aqui é liberado né assim, tem que ter cabeça mesmo pra não voltar no álcool (U4)”

Embora ao falar sobre o cuidado, em alguns discursos a centralidade recaia sobre o uso do álcool, foi frequente entre os usuários deste estudo a definição do cuidado no CAPSad como trocas e relações estabelecidas no serviço, o que corrobora com os achados de Marques e Mângia (2011) em que os usuários atribuíram o encontro com os profissionais e outros usuários o principal sentido do cuidado. Lins e Scarparo (2010) enfatizam a importância nos vínculos para o desenvolvimento do trabalho em saúde mental. Por outro lado, Cavalcante et al. (2012) ao identificarem vínculos de dependência dos usuários com o serviço, refletem que a proposta de cuidado precisa ser extramuros e intersetorial possibilitando a reinserção do usuário na vida comunitária.

Em relação ao *acolhimento e atendimento das necessidades (5.3.2)* todos os usuários e três familiares afirmaram terem sido bem acolhidos e encontrar no serviço o suporte que necessitam. Um dos usuários considera o CAPSad como sua segunda família:

“Meu Deus do céu, que nem eu digo, é minha segunda família [...]. Que nem eu digo, eles conseguem a regalia pra gente que você busca numa família (U4).”

O CAPSad como ambiente familiar tem sido indicado também por outros estudos, Jahn et al. (2007) verificou que o serviço representa, para os usuários, um ambiente protegido que eles consideram como sua própria casa. Moura e Santos (2011) identificaram que usuários de um CAPSad se sentem acolhidos no serviço e associam esse espaço a um ambiente que promove cuidado. Moraes (2008) destaca que frequentemente o CAPSad é a única possibilidade de acolhimento dos usuários e por isso eles permanecem no serviço. O CAPSad, assim como verificado neste estudo e nas demais apresentadas, representa um lugar

de acolhimento e onde as necessidades dos usuários podem ser atendidas. Nesse sentido, Cavalcante et al. (2012) salientam que o cuidado oferecido pelo CAPSad deve priorizar as necessidades reais dos usuários e são o que se conveniu como sendo necessário.

Um membro da rede também destaca que o CAPSad propicia cuidados básicos para seu familiar:

“Eu sei que ele tá aqui ele tá bem alimentado, bem tratado né, então eu fico contente por isso sabe, sei que ele tá comendo bem, aqueles dias que ele está aqui ele está bem (M1)”

Moura e Santos (2011) salientam que o cuidado oferecido pelo CAPSad precisa considerar a diversidade de realidades vividas pelos usuários e ser dirigido as necessidades destes, os participantes do estudo também afirmaram receberem cuidado no serviço e terem suas necessidades atendidas. Na mesma direção, Souza et al. (2011) destacam que o cuidado e atenção oferecida ao usuário precisam abranger suas necessidades básicas de vida, a partir de uma perspectiva da integralidade, que considere os diversos determinantes que constitui a vida do sujeito, sendo os profissionais importantes mediadores deste processo. Mendes (2011) colabora expondo que o processo de atenção à saúde torna-se efetivo quando está alinhado com as reais necessidades dos usuários.

Sete usuários afirmaram *encontrar apoio e orientação dos profissionais no CAPSad (5.3.3)*. Mendes (2011) enfatiza que os usuários devem ser ativos no seu processo de atenção à saúde e cabe aos profissionais oferecer apoio nesse sentido. Os usuários deste estudo destacaram que encontram nos profissionais o apoio que necessitam e consideram eles como pessoas capazes de oferecer orientações importantes:

“Eu venho porque eu posso ali naquele momento eu posso botar as, se eu estou engasgado entende, com alguma coisa eu vou ali e meu, jogo pra fora, pra todo mundo ouvir e se alguém puder me ajudar eu digo meu, puder construir alguma coisa comigo entende, me orientar etc, eu não dispense nenhuma orientação (U1).”

“Quando preciso eu procuro a oficina, os profissionais né. Não com outro usuário né, tento falar com o profissional (U6).”

Esses achados convergem com os encontrados em outros estudos (Picoli, 2013; Zanata, Garghetti & Lucca, 2012; Cavalcate et al., 2012; Moura & Santos, 2011; Souza et al., 2011). No estudo Moura e Santos (2011) os usuários afirmaram encontrar nos profissionais do serviço uma atitude de escuta, recepção de suas necessidades, estabelecimento de vínculo e para eles isso repercute no processo de atenção à saúde. Entre os usuários do estudo de Zanatta, Garghetti e Lucca (2012) o auxílio dos profissionais e o apoio oferecido por estes é identificado como alicerce do processo do cuidado. Sobre essa questão, Lancetti (2014) ressalta o efeito potencializador do encontro entre usuário e profissional para o processo terapêutico.

Todos os participantes deste estudo fizeram uma *avaliação do cuidado oferecido* (5.3.4). Contudo, as avaliações negativas foram pouco frequentes, assim como demonstrado do estudo de Zanatta, Garghetti e Lucca (2012) estes autores, levantaram o fato da pesquisa ser realizada dentro do serviço como possível limitador para exposição de críticas por parte dos usuários. Mesmo nestas circunstâncias, um dos usuários e um familiar posicionaram-se contrários a lógica de atendimento do CAPSad e sugeriram que houvesse mais rigor e controle. Essa racionalidade marcada pelo rigor e controle não é nova, historicamente os serviços de saúde foram regidos pelo controle com objetivo de enquadrar os desviantes (Moraes, 2008). A seguir, relatos que exemplificam esta questão:

“Agora eu vou falar a verdade, pra senhora meu, nesses CAPS aí está faltando muita coisa entende, falta mais rigor entende, falta mais rigor (U1).”

“Talvez assim... precisaria um pouquinho mais, não sei se é assim que funciona o sistema dele, mas, puxar um pouquinho mais né, não só dar as coisas pra eles, mas cobrar um pouquinho [...] ele tem que ter a responsabilidade também com relação a saída aqui do CAPS pra fora, tipo como se fosse representar, como se fosse uma empresa que o funcionário tem que vestir a camisa (M3)”

Em relação a esta perspectiva negativa, os resultados divergem dos encontrados em outros estudos. Na pesquisa de Marques e Mângia (2013) os usuários destacaram como aspecto mais importante do cuidado a oportunidade de criar vínculos com profissionais e outros usuários sem necessitar do rigor presente em outras instituições. Assim como no estudo de Moraes (2008) onde, alguns usuários, queixaram-se do rigor que existe no serviço, criticando este tipo de atenção. Moura e Santos (2011) identificaram o papel do CAPSad como lugar que deve promover uma atenção integral ao sujeito, independente das condições em que o usuário se encontre, e, portanto, não deve exercer função de controle. Cavalcante et al. (2012) chamam a atenção para o fato de que o CAPSad não deve exercer função de tutela sobre os usuários e sim propiciar a eles possibilidades de vida que rompam com a lógica assistencial.

As outras onze avaliações sobre o serviço foram positivas, assim como o estudo de Zanatta, Garghetti e Lucca (2012) onde as avaliações dos usuários foram com elogios e demonstraram satisfação com o cuidado que recebiam no CAPSad. As avaliações positivas do presente estudo abrangeram, entre outros aspectos, questões de acolhimento, bom relacionamento com os profissionais e o atendimento das necessidades, conforme demonstrado pelo relato a seguir:

“Tá tudo bem assim. Eu tenho médico, estou em tratamento, tô sendo bem recebida, sempre, tudo, olha não tenho do que me queixar, tô contente com as coisas assim (U5).”

As avaliações predominantemente positivas também convergem com os dados de Marques e Mângia (2013) onde os usuários avaliaram bem o CAPSad e destacaram como positivo a diversidade de estratégias de cuidado, elemento este não abordado diretamente pelos usuários do presente estudo. Os usuários participantes da pesquisa de Moura e Santos (2011) destacaram como ponto positivo do cuidado oferecido pelo CAPSad, a oportunidade de encontros e o respeito que permeia as relações dentro do serviço. Vasconcelos, Machado e Protazio (2014) enfatizam ainda que mais do que diminuir o consumo de álcool, o cuidado oferecido no CAPSad deve ter como prioridade a construção e fortalecimento de vínculos saudáveis e estes devem ser considerados âncoras do processo.

Cinco usuários afirmaram que o *relacionamento familiar é considerado no cuidado oferecido (5.3.5)*, três entendem que apenas a questão do *uso do álcool é considerada no cuidado oferecido (5.3.6)*. Abaixo relatos que elucidam estas questões:

“Só o negócio relacionado com o álcool é considerado (U2).”

Já outra usuária considera que no CAPSad ela tem oportunidade para falar sobre como está o relacionamento dela com as pessoas de sua casa:

“A gente conversou bastante, e agora ultimamente, terça-feira agora foi outra vez que eu e a assistente social conversamos bastante, mas não é toda semana né, mas a gente conversa bastante, ela pede como que tá lá em casa eu explico minhas coisas, conto minhas coisas aí então, ela vai aconselhando (U5).”

A importância de o cuidado oferecido ao usuário considerar questões de relacionamentos também foi demonstrada em outros estudos (Vasconcelos, Machado & Protázio, 2014; Souza et al., 2011). Em Pires e Schneider (2013), os participantes destacaram o reestabelecimento de vínculos como promotor de melhores condições gerais de vida. Para os participantes do estudo de Moura e Santos (2011) o cuidado deve abranger questões de relacionamentos familiares, os autores assinalam que desta forma o atendimento se aproxima da realidade de vida do sujeito e o cuidado e atenção dá-se de forma ampliada. Em outra direção, o estudo de Souza et al. (2012) demonstrou que há um predomínio das intervenções que são focadas no uso de álcool e outras drogas, negligenciando demandas de outra ordem, como relacionamentos familiares, afetivos e sociais.

Dois usuários falaram sobre *outros aspectos considerados no cuidado oferecido (5.3.7)*. Uma usuária salientou que buscou o serviço por motivações diferentes ao uso do álcool.

“Eu vim pra cá não foi tanto pelo álcool mas pelo meu problema de nervosismo (U8).”

Para outro usuário os profissionais buscam compreender outros aspectos de sua vida mas que ele próprio prefere não compartilhar isso com eles:

“Eles sempre me perguntam né, às vezes a gente conversa particular, mas o que eu vou falar? A minha vida sobre, financeira, não adianta eu explicar pra ele, outra coisa, se eu não gosto do meu vizinho lá, isso aí eu não vou trazer pra cá né (U3).”

Os relatos destes participantes vão ao encontro do demonstrado pelos participantes do estudo de Moura e Santos (2011) que confirmaram a importância de o cuidado oferecido abranger questões que contemplem suas necessidades, sendo que estas muitas vezes ultrapassam a questão do álcool, eles demonstraram desejo por uma atenção integral que envolva aspectos biológicos, psíquicos e sociais. Apenas dois participantes do presente estudo relataram a abrangência do cuidado para outros aspectos da vida dos usuários, e embora um deles opte por não falar sobre isso com profissionais, ele percebe que há espaço para compartilhamento de sua história de vida. O CAPS como lugar de escuta e atendimento das demandas dos usuários representa a proposta de cuidado (Brasil, 2004).

Na subcategoria **permanência no serviço (5.4)** são apresentadas questões concernentes à frequência do usuário no CAPSad e está organizada pelos seguintes elementos de análise: *tempo que frequenta o CAPSad e quantas vezes na semana vai no CAPSad.*

Em relação ao *tempo que frequenta o CAPSad (5.4.1)*, um usuário disse fazer cerca de 20 anos que frequenta o serviço, entretanto o CAPSad do município existe há oito anos. Quatro usuários afirmaram que faz entre cinco e seis anos, um deles está há pouco mais de um ano em acompanhamento no CAPSad e uma usuária frequenta a menos de um ano. No estudo de Marques e Mângia (2013) os usuários afirmaram que acham necessário continuarem frequentando o CAPSad mesmo após deixarem de beber por considerarem o uso do álcool um problema crônico. Estender o tempo de permanência no serviço pode, ao invés de produção de autonomia, promover vínculos de dependência (Cavalcante et al., 2012).

Quando questionados *sobre quantas vezes na semana vai no*

CAPSad (5.4.2), três usuários relataram ir uma vez na semana, um usuário disse ir duas vezes na semanas e quatro usuários disseram ir de segunda à sexta-feira com exceção as quartas-feiras pois o serviço fica fechado no período da manhã e ir só à tarde eles consideraram inviável:

“E nas quartas eu não venho por causa que tem reunião né, que daí é só até o meu dia e pra mim vir na parte da tarde é ruim, tem que fazer almoço e até pegar o ônibus pra vir chega aqui quase 3 horas, aí quase não compensa (U4).”

Os usuários que participaram da pesquisa de Zanatta, Garghett e Lucca (2012) também demonstram o desejo de estar no serviço por um tempo maior até do que o disponibilizado, demonstrando afeição ao serviço. Da mesma forma, no presente estudo, quatro dos usuários participantes frequentavam o CAPSad ao menos quatro vezes na semana, o que denota uma importante referência do serviço na vida destes sujeitos e impõe uma reflexão acerca das motivações de tal realidade. Fato que pode ser compreendido pelos achados do estudo de Vasconcelos, Machado e Protazio (2014) e Marques e Mângia (2011) onde foi identificado que a frequência dos usuários no serviço estava associada a relações sociais e a vida laboral, sendo que quanto maior o suporte oferecido pela rede social e havendo inserção do usuário no mercado de trabalho, menor era sua frequência no CAPSad.

A subcategoria **Projeto Terapêutico Singular (5.5)** elucida a falta ou o pouco conhecimento que os usuários têm acerca do PTS, este que deve ser o norteador do trabalho no CAPSad (Lancetti, 2015). Tal fato será apresentado nos seguintes elementos de análise: *não tem clareza quanto ao PTS, participou da construção junto com os profissionais, os profissionais que definiram o PTS e não houve participação de outras pessoas, além da equipe na construção do PTS.*

Embora o PTS deva constituir-se como um norteador do trabalho em CAPSad, que pressupõe a participação ativa dos usuários, e a sua construção alinhada com as necessidades destes (Marques & Mângia, 2009), os participantes do presente estudo demonstraram pouco conhecimento sobre esta proposta de trabalho. Chama a atenção o fato de que, de maneira geral, quando questionados sobre o PTS os usuários não sabiam do que se tratava, ao menos, não com esse nome. Após a explicação da pesquisadora sobre o que era o PTS, seis usuários

afirmaram ter, mesmo que incipiente, conhecimento do PTS, outros dois usuários afirmaram ainda *não ter clareza quanto ao PTS (5.5.1)*:

“Não lembro do que se trata (U6).”

O fato de chegar no serviço e já haver um roteiro de atividades propostas, sem que isso seja discutido com o usuário pode explicar a falta de clareza quanto a existência e elaboração do PTS por parte dos usuários. Marques e Mângia (2011) também identificaram que usuários ao serem acolhidos em um determinado CAPSad, inicialmente participam de atividades já definidas e que fazem parte da inserção de todos os usuários no serviço, porém, com o tempo um PTS vai sendo elaborado e reelaborado. Essa dinâmica de elaboração e reelaboração do PTS no decorrer da permanência do usuário no serviço não foi citada pelos participantes deste estudo. Mendes (2011) também destaca a importância da participação do usuário na construção e monitoramento de seu plano de cuidado.

Percebe-se que há uma tendência nos CAPSads a reduzir o PTS a uma grade de atividades pré-estabelecidas entre as quais os usuários escolhem quais desejam participar, sem que necessariamente estas condigam com as demandas e interesses dos usuários (Vasconcelos, Machado & Protazio, 2014). Para que o PTS não seja reduzido a uma grade de atividades, é necessário estar atento e analisar as demandas dos usuários, avaliar as necessidades e identificar as potencialidades destes que podem não ser evidentes e outras que dependem de um longo processo de cuidado e atenção (Lancetti, 2015).

Cinco usuários relataram que foram os profissionais que conduziram a elaboração do PTS, mas que *participaram da construção junto com os profissionais (5.5.2)*. Para dois usuários foram os próprios *profissionais que definiram o PTS (5.5.3)* e não participaram desta construção, apenas seguiram as orientações. Estes dados são demonstrados pelos relatos a seguir:

“Eles pediram. Então lá eles pedem ‘o que tu quer fazer?’ (U5).”

“Não participei, eu só vinha aqui sempre (U7).”

“Na primeira vez que eu vim pra cá eles falaram que era pra continuar acompanhando o CAPS. ...”

falaram o que tinha que fazer (U2).”

Nota-se a ausência ou pouca participação dos usuários no processo de construção do PTS, esse dado converge com os achados de Vasconcelos, Frazão e Ramos (2012) onde a construção do PTS ocorria em parceria do profissional com o usuário, embora a participação desse parecesse um tanto limitada. Em Marques e Mângia (2011) o profissional também é identificado como norteador do PTS. Diante do que foi identificado neste estudo e compartilhado pelos demais citados, é importante trazer à tona a discussão proposta por Lancetti (2015) que chama a atenção ao fato de que o PTS se constitui um elemento propulsor no cuidado, porém, para ser efetivo ele precisa contar necessariamente com o conhecimento e participação do usuário.

Marini (2011) chama a atenção ao fato de que para haver uma atenção integral à saúde do usuário é necessário o planejamento e construção do PTS de forma conjunta. Divergindo desse pressuposto, quatro usuários participantes deste estudo disseram que *não houve participação de outras pessoas, além da equipe, na construção do PTS (5.5.4)*. Estes usuários ao serem questionados sobre a colaboração de outras pessoas nesse processo foram concisos em suas falas, apenas afirmando que ninguém mais participou:

“Não, ninguém (U1).”

“Só eu (U8).”

A falta de uma construção conjunta do PTS foi recorrente nos relatos dos participantes deste estudo e coloca em pauta a necessidade de repensar as estratégias que permeiam a elaboração e efetivação do PTS que este representa o guia orientador do cuidado e por isso precisa contemplar as demandas dos usuários a partir dos vários aspectos que circundam sua vida (Lancetti, 2015). Oliveira (2013) reafirma a função norteadora do PTS para o cuidado e salienta que sua construção precisa ser conjunta. O autor define o PTS como um movimento de co-produção e de co-gestão do processo terapêutico.

Esta subcategoria que trata do PTS demonstrou a fragilidade quanto ao entendimento dos usuários em relação ao PTS e a efetividade atribuída a ele, o que vai de encontro ao proposto pelas políticas públicas que orientam o trabalho no CAPSad, que tem o PTS como norteador do

cuidado e cuja abrangência deve contemplar vários aspectos da vida dos sujeitos (Lancetti, 2015; Brasil, 2007). Em outro estudo (Vasconcelos, Frazão & Ramos, 2012) o CAPSad foi representado justamente como guia do processo do cuidado que abrange a integralidade da vida dos usuários e que atravessa as atividades do serviço.

Na subcategoria **atividades desenvolvidas pelo CAPSad (5.6)** foram abordados diferentes aspectos acerca das atividades propostas e desenvolvidas pelo serviço e a análise abrangeu os seguintes elementos: *participação do usuário nas atividades, atendimento individual, atividades que mais gosta de fazer e porque, como funciona a atividade que mais gosta, atividades que não gosta, visitas domiciliares e sobre atividades externas.*

Em relação a *participação do usuário nas atividades (5.6.1)*, seis deles afirmaram participar com frequência das atividades desenvolvidas no CAPSad. Três usuários citaram haver *atendimento individual (5.6.2)*, sendo que para uma usuária seu acompanhamento no CAPSad é somente por meio deste tipo de atendimento. A seguir relatos dos usuários sobre como ocorre sua participação nas atividades:

“A oficina sim, sempre participo (U7).”

“Participo de todas, oficina de saúde, grupo de saúde, cidadania, artesanatos, escrita (U3).”

“Só faço atendimento individual (U8).”

Resultados de outros estudos demonstram que os usuários participam com frequência das atividades (Cavalcante et al., 2012; Moura & Santos, 2011; Janh, et al., 2007). Os usuários participantes do estudo de Janh et al. (2007) atribuíram sua participação nos grupos como motivação para que permaneçam no CAPSad. Em relação especificamente ao atendimento individual, este configura-se como uma das propostas de atendimento no CAPS (Brasil, 2004). Vasconcelos, Machado e Protazio (2014) salientam a importância de estar atentos as demandas dos usuários e entender que em determinadas situações um trabalho clínico, específico e individual, pode ser crucial no processo de cuidado e essa pode ser a real necessidade do usuário.

Quando questionados sobre as *atividades que mais gosta de fazer e porque (5.6.3)*, dos sete usuários que participavam de atividades no CAPSad, um afirmou que gosta mais do grupo terapêutico porque

pode compartilhar seus problemas, dois que preferem o grupo de saúde porque tem dúvidas sobre questões de saúde, os outros quatro citam as oficinas de música e artesanato como atividades preferidas:

“O grupo saúde e a brincadeira do baralho, a gente gosta de fazer isso ... Por causa que é uma troca de ideais entre usuários e profissional. Eu acho muito interessante isso (U6).”

“De pintura, eu não sei, parece que é mais, o tempo passa mais rápido né (U7).”

Na mesma direção, as atividades ligadas a artes também foram citadas como preferência entre os participantes da pesquisa de Zanatta, Garghett e Lucca (2012), pois além do aprendizado essas atividades proporcionam distração. Já os participantes do estudo de Moura e Santos (2011) salientaram ainda que as atividades desenvolvidas no CAPSad possibilitam espaços de trocas, onde os usuários podem falar sobre seus problemas e ampliarem o conhecimento sobre as questões que envolvem o uso álcool e outras drogas. Profissionais de um CAPSad que participaram da pesquisa de Pinho et al. (2009) corroboraram afirmando que as oficinas têm função reabilitadora e potencial para promover independência do usuário.

Quatro usuários contaram *como funciona a atividade que mais gosta (5.6.4)* e enfatizaram o papel ativo que exercem nelas:

“Daí todo mundo canta. Quem quer cantar, tem... tinha pandeiro um tempo agora não tem, tem chacoalho, então quem quiser tocar, quem quiser cantar (U4).”

“É porque lá é feito muitas coisas, porque eu não tinha conhecimento de nada né, então lá a gente, é, pinta, monta coisas, com jornal e a gente tem projetos (U5).”

Esse dado é corroborado pelo apresentado por Zanatta, Garghett e Lucca (2012) em que os usuários destacaram o quanto aprendem nas atividades desenvolvidas no CAPSad e por mais que tenham preferência por alguma, consideram a realização de todas importantes. No estudo de

Marques e Mângia (2013) também foi destacado o fato dos usuários terem mais afinidade com determinadas atividades e estas serem as atividades que eles participavam. Isto vai ao encontro do que prevê a política de atenção e cuidado aos usuários, que enfatiza a necessidade de identificação do usuário com as atividades e que estas sejam promotoras do protagonismo dos usuários frente à suas vidas (Lancetti, 2015; Brasil, 2004).

Sobre as *atividades que não gosta* (5.6.5) três usuários citaram não gostar da forma como alguns grupos de discussões se encaminham, e expuseram sua opinião:

“Tem reunião aí que não vou muito, por causa que, a conversa não... conversa uma semana, na outra semana mesma coisa (U2).”

“Tem reunião ali que tem gente que vem aqui, daí em vez de eles conversar a respeito do que é, o sentido da..., eles começam a falar outras coisas, daí te enche o saco lá, vamos falar direto, que daí não tem nada a ver com a..., daí aquilo vira uma discussão né. Então se eles conversassem, dessem a resposta sobre o que a gente tava conversando, mas daí muda todo o assunto (U4).”

A queixa trazida por estes usuários diverge com o apontado no estudo de Janh et al. (2007) onde os participantes citaram como positivo o fato do grupo dar encaminhamentos diferentes para as discussões. Os grupos de saúde e de discussões também foram avaliados positivamente no estudo de Vasconcelos, Frazão e Ramos (2012). Já Vasconcelos, Machado e Protazio (2014) propõem uma crítica as atividades de cuidado propostas pelos CAPSad, frequentemente caracterizadas por uma grade de atividades que regem os moldes institucionais, tal reflexão é corroborada por Lancetti (2015) que propõe que as ações devem priorizar as necessidades dos usuários.

Cinco usuários afirmaram que já houve *visitas domiciliares* (5.6.6) dos profissionais do CAPSad. Dois usuários afirmaram que os profissionais nunca estiveram em suas casas. De modo geral, as visitas acontecem quando o usuário deixa de frequentar o serviço, conforme ilustrado nas falas a seguir:

“Sim, sim, já vieram já. Porque às vezes eu, eu ficava 15 dias sem vim, dois dias por semana que eu não vinha e na outra também, a assistente social batia lá em casa ver o que estava acontecendo que eu não estava vindo (U6).”

“Eles foram uma vez lá, que eu parei de vim aqui né daí eles foram lá (U7).”

O cuidado que vá para além dos muros do CAPSad é uma proposta norteadora do serviço e a atenção oferecida deve chegar até a família e a comunidade onde o usuário está inserido (Peixoto et al., 2010). A atenção integral à saúde deve se dar no território, e as visitas domiciliares constituem uma estratégia do cuidado humanizado, elas representam a oportunidade da equipe conhecer o contexto de vida dos usuários e lançar sobre eles um olhar ampliado a respeito de suas demandas, entretanto é essencial que essa ação seja planejada (Lancetti, 2015). Lima e Yasui (2013) enfatizam a necessidade das ações em saúde mental ocorrerem no território, onde o sujeito se constitui social e subjetivamente e onde é possível propiciar e potencializar a participação de outros sujeitos que fazem parte da sua história. Artmann e Rivera (2011) corroboram destacando a função potencializadora do cuidado oferecido no território.

Sobre as *atividades externas* (5.6.7), quatro usuários afirmaram não haver atividades fora do ambiente do CAPSad, sendo todas elas desenvolvidas neste espaço. Já outros quatro usuários relataram a existência de atividades fora do serviço. Seguem exemplos de ambas afirmações:

“Foi sempre feito aqui dentro (U6).”

“Fazemos, fazemos, vamos pescar lá no parque, aí almoçamos lá, fazem churrasco lá. Só que eles fazem aqui dentro, só aqui dentro da cidade, fazem no município mesmo. Não em outra cidade (U2).”

A importância de o cuidado ocorrer no território, com a participação da comunidade é preconizada pelas políticas públicas de saúde mental em álcool e outras drogas (Marques & Mângia, 2009;

Brasil, 2007), Fato também destacado entre os profissionais do estudo de Pinho et al. (2009) que falaram sobre a importância dos usuários participarem de atividades externas. Marques e Mângia, (2009), enfatizam que o acompanhamento na perspectiva da integralidade deve estar ancorado na noção de atenção à saúde participativa. As ações comunitárias, compartilhadas, contínuas e longitudinais, possibilitam identificar fatores de risco e de proteção na vida dos usuários e oferece a eles atenção integral e em consonância com seu contexto de vida e suas necessidades. Para os participantes deste estudo não houve consenso quanto a inserção de atividades e deles próprios na comunidade, o que coloca em pauta a necessidade de repensar as práticas recorrentes no serviço.

Na subcategoria **motivações para participar das atividades (5.7)** os dados se referiram a participação dos usuários e foram divididos em quatro elementos para análise: *participa das atividades porque precisa, não participa de mais atividades por motivações externas e antes tinha mais atividades para fazer.*

Um usuário afirmou que *participa das atividades porque precisa (5.7.1)*, como forma de se manter no CAPSad e receber as receitas de medicação que faz uso:

“Grupo terapêutico e grupo da saúde, né, esses dois que eu tenho que fazer pra eu me manter aqui e receber minhas como é, minhas receitas (U1).”

Neste caso, o usuário salientou que participa das atividades para se manter no CAPSad e com isso continuar recebendo suas receitas médicas, deste modo submete sua continuidade no serviço à sua participação em alguma atividade. Contrariando essa perspectiva, Marques e Mângia (2011) identificaram que alguns usuários permanecem no serviço, gostam de estar ali e circular pelo serviço mesmo sem frequentar atividades específicas. Por outro lado, Cavalcante et al. (2012) verificaram as atividades representam para os usuários a única possibilidade de preencher o tempo ocioso tornando-os dependentes do serviço, diante disso os autores enfatizam a necessidade de adequação dos serviços para que não mantenham a perspectiva da institucionalização e propiciem a autonomia do usuário.

Não participa de mais atividades por motivações externas (5.7.2) foi citado pelas duas mulheres participantes deste estudo, uma

disse não poder participar mais em função das atividades domésticas, a outra disse que o marido inviabiliza sua participação:

“Era pra mim ter vindo né essa semana pra começar a participar das oficinas, só que daí ele já começou meio que não querer sabe, que venho, que ele ‘ah ali é muito cheio de homem’ e ele é ciumento, ele é doente de ciúme (U8).”

O relato das duas participantes traz à tona a questão de gênero como complicador para o cuidado, já que impedimentos dessa ordem não foi mencionado pelos participantes do sexo masculino. Faria e Schneider (2009) também chamam a atenção ao fato da presença feminina ser menor nos CAPSad em comparação com outros CAPS. Os autores esclarecem que o uso de álcool é mais frequente entre os homens o que justificaria o predomínio da presença desses nos serviços. Contudo, questões culturais, enraizadas em preconceitos em relação aos usuários de CAPSad, principalmente da figura feminina, pode explicar a presença limitada das mulheres nos serviços.

Dois usuários lembraram que *antes tinha mais atividades para fazer (5.7.3)*, demonstrando que em épocas anteriores o serviço contava com mais opções de atividades. Isso está representado no relato a seguir:

“Nós tinha um intervalo de 15 minutos para tomar um cafezinho e voltava pra oficina de novo, era oficina de manhã, almoço e a tarde oficina de novo né, só agora tá calminho, tem só oficina de manhã, de tarde eles, jogos e fica passando o tempo aí (U6).”

Estes usuários levantam a questão o número de atividades existentes nos serviços remetendo a uma concepção discutida por Vasconcelos, Machado e Protazio (2014) de que o CAPSad muitas vezes se configura como lugar de realização de tarefas onde o sentido muitas vezes fica perdido por entre grades de atividades. Aqui, os dois usuários não necessariamente se queixaram da falta de atividades, mas suas falas representam o vazio que ficou ao diminuírem o número de atividades disponíveis, o que nos impõem uma reflexão sobre o “preenchimento” deste “vazio” que a extinção das atividades deixou.

No que concerne a **participação da família (5.8)**, esta

subcategoria trouxe elementos em torno da aproximação ou afastamento da família com o serviço e dividiu-se da seguinte maneira: *o CAPSad propicia a aproximação da família ao serviço, família participa, família tem interesse em participar, mas não pode, família participa esporadicamente e família não participa.*

O fato do CAPSad *propiciar a aproximação da família ao serviço (5.8.1)* foi unanimidade entre os usuários que participaram do estudo e confirmada por quatro membros da rede, demonstrando uma abertura do serviço à família. Contudo, para profissionais que participaram do estudo de Moraes (2008) embora reconheçam a importância de estender o cuidado a família, percebem ainda como incipiente essa aproximação do serviço com a família. Exemplificando os achados do presente estudo, segue relato de um usuário e um familiar:

“Eles ligam para meus filhos, eles tem o telefone, aí ligam e eles vêm (U3).”

“Mas eu achei muito bacana assim, desde o primeiro dia que eu vim aqui, achei bem legal (M4).”

O CAPSad *propiciar aproximação da família com o serviço* converge com os pressupostos do cuidado que é proposto pela política de atenção ao usuário de álcool e /ou outras drogas (Brasil, 2004). Sena et al. (2011) ressaltam a necessidade de incluir a família na elaboração de estratégias de atenção integral à saúde. Nessa direção, Araújo et al. (2012) também observaram que a participação da família foi fundamental no processo de recuperação dos usuários. Peixoto et al. (2010) contribuem afirmando que a participação da comunidade, rede social e família é fundamental no processo de atenção à saúde do usuário de álcool e/ou outras drogas.

Em relação à participação da família no CAPSad, quatro usuários afirmaram que a *família participa (5.8.2)*. Na pesquisa de Moura e Santos (2011) os usuários também destacaram que o cuidado deve ser compartilhado com a família e esta deve fazer parte do processo. Os usuários deste estudo falaram sobre a importância de poder contar a participação da família:

“Eu converso com minha mãe direto, ela vem aqui, ela vem aqui no CAPS, vem conversar com

eles aí. Tenho esse apoio (U2)."

"Vem, minha filha já veio, meu irmão, minha irmã, já vieram aqui (U7)."

A filha do U7 confirmou a participação da família, mas pontuou que acontece principalmente como acompanhamento nas consultas:

"Sim, vim, nas consultas que ele fazia com a dra. a gente vinha, a minha tia também vinha junto, até a minha mãe já chegou a vim (M7)."

A participação da família, mesmo que parcialmente, também foi identificada em outros estudos (Soccol, 2013; Zanatta, Garghetti & Lucca, 2012; Azevedo & Miranda, 2010). Embora a participação da família não tenha sido regra entre os participantes deste estudo, de alguma forma a família de alguns usuários acompanharam este processo do cuidado, o que foi valorizado pelos usuários. O cuidado oferecido precisa contar com a participação da família e de outras pessoas importantes para o sujeito (Cavalcante et al., 2012; Peixoto et al., 2010; Schenker, 2008). Moraes (2008) destaca a importância da participação da família para a efetivação de uma atenção à saúde de qualidade para o usuário. Para os usuários do estudo de Zanatta, Garghetti e Lucca (2012) contar com a participação da família é um grande incentivo, ao contrário, quando há um afastamento dessa os usuários sentem-se desmotivados a continuar em tratamento.

Muitas vezes a família tem interesse em participar, mas por alguma razão não consegue. Neste estudo o fato da família *ter interesse em participar, mas não pode (5.8.3)* foi trazido por três familiares e confirmado por dois usuários. Quatro membros da rede e dois usuários afirmaram ainda que a *família participa esporadicamente (5.8.4)*. A seguir falas que representam essa realidade:

"Que nem ela (irmã) trabalha no segundo turno daí não já não tem como vim (U4)."

"Ah, quando ele (esposo) não tá trabalhando ele vem né (U8)."

"Quando eu puder acompanhar eu acompanho,

quando eu tiver uma folga ou algo assim (M2).”

A presença da família no CAPSad propicia a mudança de percepção acerca do usuário e favorece o cuidado (Paula et al., 2014). Familiares do estudo de Azevedo e Miranda (2010) falaram sobre a importância de sua participação, mas também salientaram que muitas vezes sentem-se sobrecarregados e precisam do auxílio de outras pessoas da família para contribuir nesse processo, a sobrecarga da família também foi identificada no estudo de Soccol et al. (2013). Diante disso, fica evidente o quanto é importante a existência de uma rede social significativa ativa que esteja para além da família, de modo que possa haver a participação de outras pessoas. Slusky (1997) esclarece que uma rede social com poucos membros tende a ser menos efetiva justamente porque há uma sobrecarga de alguns membros e o apoio fica comprometido.

Já para três usuários a presença da família no serviço não acontece em momento algum. Eles afirmaram que a *família não participa (5.8.5)*, sendo que dois deles enfatizaram a falta de interesse da família em participar:

“Eles não se interessam em vim aqui entende, eu já convidei entende (U1).”

“Mas ele (esposo) nunca assim foi de se interessar nessas coisas sabe, sempre o trabalho em primeiro lugar né (U8).”

Divergindo do relatado pela usuária U8, o esposo afirma que tem interesse em acompanhar a esposa no CAPSad, e que o faz quando possível:

“Que nem eu falei pra ela, o dia que eu tiver em casa, uma folga, um dia que eu folgo [...] eu já aproveito no mesmo dia pra eu vim te acompanhar [...] se eu pudesse vim toda vez que fosse pra vim, eu vinha (M8).”

Neste caso específico da usuária U8, fica claro a desconexão entre ela e o esposo quanto a participação deste no seu processo de cuidado no CAPSad, enquanto a usuária percebe o afastamento do

marido, ele, por outro lado, julga que faz o possível para se fazer presente no acompanhamento. Esse fato elucidado, para além do problema do afastamento da família, a dificuldade no entendimento entre as partes, o que pode trazer prejuízos, já que a participação da família é fundamental para o processo da atenção e cuidado do usuário (Schenker, 2008). Assim como demonstrado no estudo de Vasters e Pillon (2011) onde os participantes afirmaram sentirem-se mais motivados a interromper o uso de drogas quando estabelecem novas redes sociais e quando contam com apoio da família. Diante da limitada participação da família identificado neste estudo, vislumbra-se a necessidade de pensar em estratégias que possibilitem a inserção da família no serviço, já que apenas estar aberto a receber a família não parece surtir o efeito esperado para que de fato haja a participação desta.

O atendimento estendido para a família e que conte com a participação desta é fundamental para um acompanhamento efetivo e que abrange questões que estão para além do abuso de álcool (Tondowski et al., 2014). Moraes (2008) também salientou a importância da participação da família para que haja um processo de atenção à saúde verdadeiramente integral, ideias estas compartilhadas por Schenker (2008) que destaca a importância da família no processo de atenção à saúde do familiar. Fica claro a importância do papel da família e de outros vínculos do usuário para o cuidado, uma vez que o uso da bebida alcoólica é multideterminado e envolve aspectos relacionais do sujeito.

5.6 CATEGORIA VI – Dinâmica relacional dos vínculos

Categoria	Subcategoria	Elementos de análise
6. Dinâmica relacional dos vínculos	6.1 Relações conflituosas	- Conflito familiar (U4; U8; U1; U5) (M2; M8) - Conflito conjugal (U4; U8; U1) (M4) - Divórcio (U4; U1; U3; U5; U8) (M7) - Vínculos frágeis (U1; U2; U3; U5; U8) (M8; M4; M2)
	6.2 Relações afetuosas	- Vínculos afetivos com filhos (U1; U3; U5; U4) (M3; M4; M2) - Vínculos afetivos com irmãos (U7; U4) (M4) - Vínculos afetivos com amigos (U1) (M1; M3)

	6.3 Percepção de relações de apoio	<ul style="list-style-type: none"> - Relações de ajuda por familiares (U5; U4; U3; U6; U7; U8; U2; U1) (M2; M3; M7; M8) - Família e outros membros da rede não conseguem ajudar (M2; M7; M8) - Família se mantém distante (U8; U1; U6) (M3; M8; M4)
	6.4 Percepção sobre família e o tratamento	<ul style="list-style-type: none"> - Influência de pessoas da rede social sobre o tratamento (U8; U2; U3; U5) (M7; M7; M4; M2) - Familiares pedem para que deixe de beber (U5; U4; U2; U7) - Interferência das relações para mudança de vida (U5; U6)
	6.5 Vínculos no CAPSad	<ul style="list-style-type: none"> - Vínculos com profissionais do CAPSad (U5; U3; U1; U2; U4; U6; U7; U8) (M4; M8; M3) - Profissional do CAPSad com quem tem mais vínculo (U1; U2; U3; U4; U5; U6; U7; U8) - Motivações para maior vínculo com determinado profissional (U1; U2; U3; U4; U8) - Vínculo com profissionais que não estão mais no CAPSad (U3; U4; U5; U6) (M3) - Vínculo com outros usuários (U3; U4; U7; U1; U2) (M2)

Usuários e seus familiares expuseram a dinâmica relacional que marca suas histórias de vida, estes dados são apresentados nesta categoria e nas suas respectivas subcategorias: **relações conflituosas, relações afetuosas, percepção de relações de apoio, percepção sobre família e o tratamento e vínculos no CAPSad.**

A subcategoria **relações conflituosas (6.1)** elucidou dificuldades nas relações intrafamiliares e as fragilidades dos vínculos. Será discutida a partir dos seguintes elementos de análise: *conflito familiar, conflito conjugal, divórcio e vínculos frágeis.*

A presença de *conflito familiar (6.1.1)* foi relatada por quatro usuários e dois familiares, que falaram sobre a presença de conflitos no núcleo familiar:

“Agora meu filho é um cavalo comigo entende, esse é um estúpido meu, não sei de onde ele

aprendeu tanta estupidez entende, porque eu sempre fui um pai presente (U1).”

“Ele (filho) morou comigo e foi horrível, nossa, não deu certo, ele era muito violento e, ele até prometeu de me matar sabe [...] não dava pra falar nada pra ele, nada, nada, não dava, não tinha condições, eu tentei, e sabe que eu tenho dó dele vivendo assim, mas com nós não dá certo (M2).”

Assim como a mãe de um usuário atribui o conflito familiar ao uso do álcool pelo filho, no estudo de Souza, Carvalho e Teodoro (2012) este dado também foi verificado, esposas dos usuários relataram a presença de conflitos na família e associam, principalmente, ao uso da bebida alcoólica pelo marido. Reinaldo e Pillon (2008) também identificaram os efeitos negativos do uso do álcool sobre a dinâmica do relacionamento familiar. Na pesquisa de Cavalcante et al. (2012) foi verificado a presença de ambiguidade dos vínculos familiares, que encontram-se desgastados em função dos problemas relacionados ao uso da bebida alcoólica. Assim como encontrado neste estudo e confirmado por achados de estudos anteriores, evidencia-se a associação entre conflitos familiares e o uso do álcool.

O *conflito conjugal* (6.1.2) também foi citado por três usuários e um membro da rede, em todos os casos, o cônjuge foi citado como problema. A questão do *divórcio* (6.1.3) foi levantada por um familiar e por cinco usuários, estes falaram sobre o desejo da separação ou o divórcio já como uma realidade. Abaixo seguem relatos acerca da presença de *conflito conjugal* e *divórcio*:

“Ele era ruim né, me agredia né e daí ele bebia também né, daí nós dois assim sempre, sempre nas brigas, só que eu me machucava porque daí eu pulava nele (U8).”

“Mas eu já estou pensando em separar entende [...] ela tá aqui mais longe de mim, se não fosse por causa do meu filho com Down eu já estaria bem longe, eu não queria nem mais ver a cara dela entende (U1).”

“Daí quando a mãe deles foi embora, ela falou que ia embora, eu disse quer ir pode ir, aí eu fiz minha separação sozinho, peguei as coisas e fiz sozinho (U3).”

Cabe ressaltar que apenas uma usuária indicou como membro da rede para participar do estudo o cônjuge, o que dificulta a compreensão de forma mais ampliada desta questão. Contudo, corroborando com os achados deste estudo, a presença de conflito conjugal também foi identificada na pesquisa de Souza e Carvalho (2012), onde esposas de alcoolistas definiram a relação conjugal como distantes e também falaram sobre divórcio, algumas relataram já terem passando por algum momento de separação que teria sido motivado pelo uso de álcool, mas que retomaram a viver com o marido por pena e assumiam um papel de cuidadoras. O fato das esposas terem dificuldade em pedir ou manter o divórcio também foi trazido por Sena et al. (2011) que elucidou o quanto as mulheres ainda sentem-se na obrigação de permanecer ao lado do companheiro, mesmo que o vínculo com afetivo tenha sido quebrado ou esteja fragilizado.

A presença de *vínculos frágeis (6.1.4)* foi trazida tanto por usuários como por familiares. Cinco usuários falaram sobre esta realidade, segue o relato de um deles:

“São 5 irmãs e aí tem um irmão, ele também é alcoolista [...] ele é meio, meio bravo, meio áspero, esse aí já não faz parte da minha rede (U2).”

Três membros da rede também falaram sobre a presença de vínculos frágeis. Um familiar indicou a fragilidade do vínculo do irmão com seus filhos:

“Com o filho pequeno que ele era muito apegado também, assim a gente conversa, parece que ele não tá mais com aquele amor, que nem ele viu de certo que eles não, não tão nem aí pra ele né [...] daí a gente sente assim, mas, sei lá, ele não é mais assim aquele amor, amor que ele tinha pela, pela família dele assim, pelos filhos (M4).”

No mesmo sentido, os achados de Pires e Schneider (2013) também indicam fragilização de vínculos entre os participantes do estudo, fato corroborado pelo estudo de Souza, Carvalho e Teodoro (2012). Orth e Moré (2008) identificaram que os vínculos familiares ficam fragilizados em função do uso da bebida alcoólica, especialmente entre pais e filhos, quando o pai, motivado pelo uso do álcool, torna-se negligente com o filho e fica omissos a vida deste. Cavalcante et al. (2012) também verificaram a presença de vínculos frágeis dos usuários com amigos, colegas de trabalhos e relacionamentos amorosos.

Relações afetuosas (6.2) é a subcategoria que discute relações de afetos sinalizada por usuários e familiares, está dividida pelos seguintes elementos de análise: *vínculos afetivos com filhos*, *vínculos afetivos com irmãos* e *vínculos afetivos com amigos*.

Os *vínculos afetivos com filhos (6.2.1)* foram os mais citados entre os usuários, quatro deles falaram sobre isso e três membros da rede também levantaram esta questão. Os filhos aparecem como motivação de vida e alicerce para os usuários:

“O que está me segurando é esse meu filho especial entende (U1).”

“Meus filhos Deus o livre, se preocupam comigo, falei agora uma hora no telefone com uma filha (U3).”

O filho do usuário 3 também falou sobre a relação deles:

“A gente tem uma relação muito boa assim, com relação a, sempre tá um do lado outro, é, ele precisa de alguma coisa eu estou lá pra ele, pra conversar [...] a gente tenta, a gente tenta estabelecer uma linha bem, bem afetiva com ele (M3).”

Os filhos também apareceram como vínculos fundamentais entre os participantes do estudo de Pires e Schneider (2013), eles sentem-se motivados a abandonar a bebida alcoólica para exercer o papel de responsável e poder acompanhar o desenvolvimento dos filhos. Isso se delineia, conforme destacado pelos autores, não pela responsabilidade em si, mas sim como um projeto de vida para os

usuários. Tal reflexão é pertinente também com que foi levantado no presente estudo, onde ter filhos, cuidá-los e compartilhar a vida com eles parece dar um sentido para a vida dos usuários.

Outro vínculo importante, relatado por dois usuários, refere-se aos *vínculos afetivos com irmãos* (6.2.2), um deles citou a irmã como pessoa mais importante de sua vida:

“Eu penso assim que, por causa que a minha irmã é tudo na minha vida, ela, depois que faleceu minha mãe, minha vó, que nem ela não desgruda (U4).”

A irmã deste usuário corroborou:

“Olha, eu depois que ele perdeu, desde assim de infância né que nós, nós sempre éramos mais apegados um com o outro [...] desde criança sempre fomos apegados, e depois que ele veio perder a mãe daí nossa, pra ele assim, ele não é, é um grude assim sabe (M4).”

Relações familiares saudáveis, permeadas por afeto têm sido apontadas como fatores fundamentais para o cuidado e promoção da saúde de usuários com problemas relacionados ao uso de álcool (Sena et al., 2011; Azevedo & Miranda, 2010; Lins & Scarparo, 2010; Orth & Moré, 2008). No estudo de Pires e Schneider (2013) foi possível identificar que para, pelo menos um dos participantes, manter relações familiares saudáveis atua como fator de proteção para o uso do álcool. Souza et al. (2011) também destacaram a função protetiva que relações saudáveis oferecem aos usuários, ao contrário, relações conflituosas representam um fator de risco para o uso da bebida alcoólica.

Dois membros da rede identificaram que os usuários tinham *vínculos afetivos com amigos* (6.2.3), nenhum usuário falou sobre relações positivas com amigos, um deles ao contrário, falou da dificuldade de se ter amigos:

“A senhora sabe que em boteco meu, não tem amigo só tem é pingüço e chupim, e falador de abobrinha entende, porque de lá não se colhe nada (U1).”

Dialogando com esse dado, Souza et al. (2011) identificaram, entre os usuários participantes do estudo, relações de amizades com pessoas que também faziam o uso da bebida alcoólica e essa circunstância representava um fator de risco para o usuário. No presente estudo os usuários não manifestaram desejo de retomar laços de amizades perdidas, justamente por estas terem relação com um passado de abuso do álcool. Já no estudo de Pires e Schneider (2013), onde também foi identificado a perda de vínculos de amizades, os participantes relatavam o desejo de retomar amizades perdidas, entretanto, essas não representavam risco para o uso do álcool. Nota-se que o distanciamento das amizades está relacionado ao consumo de bebida alcoólica e o desejo de aproximação depende se estas relações representam fatores de risco ou de proteção para o usuário.

A **percepção de relações de apoio (6.3)** esteve presente de modo significativo no discurso de usuários e membros da rede, a família representou o cerne desta questão. Esta subcategoria tem como elementos de análise: *relações de ajuda por familiares, família e outros membros da rede não conseguem ajudar e família se mantém distante.*

As *relações de ajuda por familiares (6.3.1)* foram citadas por todos os usuários, que afirmaram poder contar com algum tipo de ajuda. Um usuário afirmou que ter o apoio da família lhe possibilita um norte na vida:

“Se eles não apoiassem era pior, daí eu saia pelo mundo e daí, e aí tava mais perdido ainda (U7).”

Quatro membros da rede também falaram sobre o apoio que oferecem para o usuário, a filha do usuário 7 corroborou com a fala do pai, e acrescentou que ele também a ajuda:

“Sempre que ele precisa a gente ajuda né, sempre que a gente precisa ele também ajuda a gente (M4).”

Em consonância com o identificado neste estudo, alguns dos participantes da pesquisa de Pires e Schneider (2013) também percebem a importância do apoio recebido pela família e demais relações para a recuperação. Naqueles casos onde havia pelo menos um vínculo

fortalecido este exercia um importante papel motivador para a mudança de vida. Em Soccol et al. (2013) foi identificado a ajuda constante que a família presta ao usuário, principalmente no que se refere a cuidados básicos como alimentação, higiene e administração de medicação. Azevedo e Miranda (2010) também destacaram a disposição da família em prestar apoio aos usuários, fato que, segundo alguns familiares que participaram do presente estudo, torna-se inviável pela recusa do usuário.

Três membros da rede relataram que *família e outros membros da rede não conseguem ajudar* (6.3.2), por mais que haja interesse e tentativas por parte da família o usuário não estaria disposto a receber esta ajuda. Esta queixa pode ser percebida pelos seguintes relatos:

“Comigo ela não abre, não conta por problemas dela, eu pergunto o que tá acontecendo? Ela não fala, ela não fala, ela se prende pra ela, eu acho que isso faz mais ruim pra ela [...] Porque eu chamo ela pra ir na igreja, porque isso já é um apoio, mas ela não vai, já disse pra ela ir naquele negócio dos alcoólicos, ouvir as palavras, ou numa igreja, mas ela não vai (M8).”

“Eu gostaria que ele morasse comigo, andasse bem limpinho, bem arrumadinho, mas não tem como, ele não me obedece, ele não obedece ninguém (M2).”

Interessante notar que este aspecto foi trazido apenas por familiares e não pelos usuários, o que levanta a questão se essa disposição da família em prestar apoio é de fato manifesta e porque é tão pouco percebida pelos usuários. Essa questão foi abordada em outro estudo (Pires & Schneider, 2013), nesse caso, alguns participantes descartaram a retomada de vínculos e consequente apoio familiar por acreditarem que o ressentimento da família prevalecia inviabilizando uma aproximação. Já no estudo de Soccol et al. (2013) foi verificado que a família consegue prestar ajuda ao usuário, mas para isso muitas vezes coloca o sujeito sob vigilância em posição de custódia. Diante deste cenário, é preciso refletir sobre as reais necessidades dos usuários e qual a entendimento disto para a família, que muitas vezes por não saber o que fazer opta por distanciar-se do problema.

O fato *da família se manter distante* (6.3.3), foi trazido por três usuários que relataram o distanciamento de membros da família. O usuário 6 demonstra sua insatisfação:

“Eu gostaria de colocar aí, que ninguém me ajudou, minhas três irmãs da minha família, moram em Chapecó, faz 34 anos que eu moro aqui nunca vieram me visitar, e quando eu vou pra lá, que se eu não for, que eles cobram pra eu ir pra lá daí ficam bravo comigo, mas aqui nunca vieram, não telefonam, e quando telefonam é pra xingar (U6).”

Três familiares participantes do estudo também relataram que outras pessoas da família desencorajam a oferta de apoio:

“Às vezes o meu marido, ele meio fica assim, ‘ai tu já ajudou tanto’ sabe, sempre tem um negativo né, que nem eu digo, sempre vai ter um negativo, que nem a mulher dele também, quando se separou falou que não adiantava mais eu mudar, não adiantava mais eu querer ajudar ele, porque ela já se cansou porque não sei o que, não sei o que, o meu marido também, ‘não adianta mais tu ajudar porque amanhã ou depois ele vai mudar, vai voltar né’ (M4).”

O distanciamento da família pode ser justificado pela quebra de vínculos conforme apontado por Trad (2010) e Pires e Schneider (2012). Souza, Carvalho e Teodoro (2012) elucidam pelas falas de esposas de alcoolistas participantes da pesquisa, que o afastamento da família ocorre, muitas vezes, pela culpa, pelo sentimento de vergonha e impotência frente ao problema do álcool. Por outro lado, Soccol et al. (2013) destacam que para além da família se fazer presente, atendendo as necessidades básicas dos usuários, é preciso que a presença se faça também pelo afeto e carinho, condições básicas para o cuidado.

Na subcategoria **percepção sobre família e o tratamento (6.4)** serão discutidas questões acerca da participação da família no tratamento e as percepções de usuários e familiares sobre este processo. Os elementos de análise são: *influência de pessoas da rede social sobre o tratamento, familiares pedem para que deixe de beber e interferência*

das relações para mudança de vida.

A influência de pessoas da rede social sobre o tratamento (6.4.1) foi destacada por quatro usuários e quatro membros da rede. Os usuários afirmam o esforço da família para que deixem de fazer uso do álcool, o que é confirmado também pela fala dos familiares:

“Ele fez o bem por mim, que ele quis me ajudar, quis me ajudar largar de beber (U8).”

“Mas eu to fazendo de tudo por ela, que eu posso tomar uma cervejinha eu posso, mas não faço pra modo dela sabe [...]eu já não ajudo ela né, eu acho que se eu beber eu não to ajudando ela (M8).”

O apoio da rede social significativa para o tratamento também foi identificado no estudo de Marques e Mângia (2013), entretanto, neste caso o apoio oscilava, entre o fortalecimento do vínculo ao oferecer ajuda e quebra ou fragilidades dos vínculos quando membros da rede se sentiam impotente frente as dificuldades vivenciadas pelos usuários. Em Soccol et al. (2013) verificou-se a influência da família no tratamento do usuário, que ocorria por meio do cuidado oferecido e também pelo controle exercido; a verbalização sobre a necessidade de vigiar o usuário para que ele não faça mais uso de álcool foi constante entre os familiares.

Quatro usuários afirmaram que *familiares pedem para que deixem de beber* (6.4.2), e o fazem de maneira enfática. A *interferência das relações para mudança de vida* (6.4.3) também foi apontada por dois usuários que citaram a iniciativa de deixar de fazer uso da bebida alcoólica e buscar mudança de vida a partir da solicitação da família:

“Falam que é pra deixar de beber, que eu posso ter uma vida melhor assim, e que todo mundo vai ficar do meu lado, mas bebendo daí então claro que eles vão desistir porque não tem o que fazer porque a pessoa é teimosa, não escuta, não adianta eles gastar vamos dizer assim saliva por uma coisa que é botado pra fora né (U5).”

A solicitação da família para que o usuário deixe de fazer uso da

bebida alcoólica foi recorrente em outros estudos (Soccol et al. 2013; Carvalho & Menandro, 2012; Azevedo & Miranda, 2010), as repercussões negativas do uso do álcool para a família incluem conflitos, situações de violência, quebra de vínculos, desemprego e negligências de pais em relação à filhos (Tondowski, 2014; Orth & Moré, 2008; Reinaldo & Pillon, 2008, Schenker, 2008). Trad (2010) enfatiza que a família é envolvida na trama que cerca os problemas relacionados ao uso de álcool pelo familiar e exerce influência, tanto na prevenção como no cuidado usuário. Tais achados evidenciam que a trama de relações que envolvem o sujeito com problemas relacionados ao uso de álcool é constituída por agentes que afetam e são afetados neste processo.

Dentro da subcategoria dinâmica relacional dos vínculos, a subcategoria **vínculos no CAPSad (6.5)** configurou-se como elemento importante pelos relatos recorrentes dos usuários em relação a isto. Esta subcategoria está assim dividida: *vínculos com profissionais do CAPSad, profissional do CAPSad com quem tem mais vínculo, motivações para maior vínculo com determinado profissional, vínculo com profissionais que não estão mais no CAPSad e vínculo com outros usuários.*

Ao serem questionados sobre a presença de *vínculos com os profissionais do CAPSad (6.5.1)*, todos os usuários afirmaram ter ao menos um profissional com quem tem vínculo forte, sendo que seis deles afirmaram ter vínculo fortalecido com mais de um profissional, fato que também foi confirmado na fala de três familiares. A informação sobre quem é o *profissional do CAPSad com quem tem mais vínculo (6.5.2)* foi trazido por todos os usuários. Houve variações dos profissionais mais vinculados aos usuários, porém, o técnico de referência aparece como figura importante, e esteve presente no relato de seis usuários. A seguir relatos que demonstram a presença de vínculos entre usuários e profissionais:

“Então nossa amizade com eles é, é uma amizade bem profunda que eu não tenho como dizer que eu não gosto de alguém (U3).”

“Eu tenho uma pessoa aí que se dedica bastante pra mim entende, que ela gosta que eu venha aqui, que ela diz óh, não fica em casa, ela é minha profissional de referência (U1).”

“A mais importante, a mais próxima é minha

referência, eu converso com ela (U2).”

Esses resultados convergem com os pressupostos que norteiam o processo do cuidado no CAPSad que tem a criação e fortalecimento de vínculos como um dos alicerces, tendo como referência o cuidado humanizado (Brasil, 2007). O estudo de Jahn et al. (2007) também identificou vínculos fortalecidos entre profissionais e usuários, estes destacaram a relação mútua de afeto e quão benéfico isto é para melhorar sua condição de saúde, fato também encontrado na pesquisa de Marques e Mângia (2013). O cuidado efetivo ocorre pelo estabelecimento de vínculo, por via do acolhimento, da escuta qualificada e de uma relação horizontal entre profissional e usuários (Ayres, 2011; Artmann & Rivera, 2011; Caprara & Franco, 2011). Trad (2011) conclui que o cuidado pressupõe valorização dos sujeitos, relações dialógicas e alteridades.

Cinco usuários falaram sobre as *motivações para maior vínculo com determinado profissional (6.5.3)*. A forma como os profissionais conversam e estabelecem relações com os usuários são apontados como fatores para maior vinculação.

“O jeito dela conversar com a gente, de se expressar, parece que ela sabe até o motivo da gente tá triste, coisa né, então ela é se destaca bem assim (U4).”

“Porque, eu, eu gosto de conversar com ela, eu gosto da amizade dela e, sei lá... ela me escuta, eu escuto ela, e, é isso aí (U5).”

Quatro usuários afirmaram terem *vínculo com profissionais que não estão mais no CAPSad (6.5.4)*, três usuários citaram o nome de um profissional da psicologia que não está mais no serviço, destacaram a importância deste no cuidado e lamentaram a saída dele do CAPSad. Um membro da rede contou o quanto a saída deste profissional repercutiu no cuidado de seu familiar:

“Ele confiava muito no Miguel (nome fictício), o Miguel saiu, então acho que isso aí foi um baque muito grande pra ele, a saída do Miguel, eu acho

que ele sentiu totalmente, você vê claramente assim [...] ele criou um vínculo muito forte, muito forte com ele (M3).”

Corroborando com estes dados os trazidos por Marques e Mângia (2013) onde os usuários demonstraram a importância das relações com determinados profissionais, mantêm com estes vínculos fortalecidos em comparação com outros grupos do CAPSad. No estudo de Moura e Santos (2011) os usuários também salientaram o papel importante que alguns profissionais exercem em seu cuidado, salientaram o quanto sentem-se acolhidos por eles e atribuíram um significado especial aos encontros com estes profissionais, a atitude de escuta e o esforço destes em reconhecer as necessidades dos usuários, para além das demandas explícitas, atuam como promotores de um cuidado mais humanizado. Neste estudo destaca-se a importância que determinado profissional teve sobre o processo de cuidado para alguns usuários, sendo lembrado por eles como alguém que fez a diferença e sua ausência foi sentida como perda. Sobre isso, Pires (2011) esclarece que o vínculo permeia o processo terapêutico e afeta os envolvidos.

A presença de *vínculo com outros usuários (6.5.5)* também foi mencionada por cinco usuários e confirmada por um familiar. Estar no CAPSad proporcionou a construção de laços de amizade, os usuários compartilham experiências e momentos de descontração. Em um caso, o colega de CAPSad tornou-se parceiro de moradia, o que foi relatado pelo usuário e exaltado por sua mãe:

“Esse meu colega que eu moro com ele, se damos bem, tenho uma relação boa com ele (U2).”

“E to muito feliz dele estar morando com esse senhor, eu admiro muito esse senhor sabe, não é nada da gente mas eu admiro muito ele, de deles se darem bem [...] os dois frequentam o CAPS, eles fizeram amizade aqui (M2).”

O CAPSad representa neste estudo um espaço promotor de encontros que possibilitou a vinculação entre usuários, correspondendo com um dos pressupostos que que justamente propiciar a criação de vínculos (cartilha). Essa questão também é levantada por Vasconcelos, Machado e Protazio (2014) que propõem que o cuidado no CAPSad

deve ser pautado na perspectiva da clínica ampliada, que busca promover conexões, relações, criar redes de vinculação, alianças afetivas e que desta forma configure-se como produtor de novas formas de vida. A vivência de encontros no CAPSad foi relatada com frequência pelos usuários deste estudo e a criação de vínculos fortes com pessoas do serviço pode ser identificada pelo mapa de rede construído pelos usuários.

5.7 CATEGORIA VII – Rede social significativa expressa pelo mapa de rede

Categoria	Subcategoria	Elementos de análise
7. Rede social significativa expressa pelo mapa de rede	7.1 Estrutura	- Tamanho da rede (U1-U8) - Composição (U1-U8) - Dispersão (U3; U5; U4)
	7.2 Família	- Companhia (U1; U3; U4; U5; U6; U7; U8) - Apoio emocional (U1; U3; U4; U5; U6; U7) - Guia cognitivo e conselhos (U1; U2; U7) - Regulação social (U1; U2; U6; U7) - Ajuda material e de serviços (U4; U5; U7; U8)
	7.3 Amigos	- Companhia (U2)
	7.4 Relações de trabalho ou estudo	- Guia cognitivo e conselhos (U8)
	7.5 Profissionais do CAPSad	- Apoio emocional (U3; U4; U8) - Guia cognitivo e conselhos (U1; U3; U5; U8) - Ajuda material e de serviços (U3; U4; U6)
	7.6 Colegas do CAPSad	- Companhia (U2; U6; U7) - Apoio emocional (U3; U4) - Guia cognitivo e conselhos (U2; U6) - Ajuda material e de serviços (U2)

	7.7 Relações comunitárias	- Acesso a novos contatos (U3)
	7.8 Relações com sistemas de saúde e agências sociais	- Ajuda material e de serviços (U8)

Esta categoria reuniu elementos relacionados à organização das redes sociais significativas dos usuários participantes deste estudo em relação a **estrutura** da rede, vínculos com **família, amigos, relações de trabalho ou estudos, profissionais do CAPSad, colegas de CAPSad, relações comunitárias e relações com sistemas de saúde e agências sociais**. As informações que pautaram as discussões desta categoria são provenientes da entrevista semiestruturadas e da construção do mapa de rede. O apêndice D apresenta os mapas de redes individuais com indicação da principal função desempenhadas por cada membro da rede.

Em relação a **estrutura (7.1)** da rede social significativa será discutido sobre o *tamanho da rede, composição e dispersão*. O *tamanho da rede (7.1.1)* dos usuários variou entre os participantes, entre quatro e dezesseis membros. O maior número de membros das redes caracterizou-se como relações íntimas cotidianas. Visando favorecer o panorama geral das redes e seguindo o parâmetro de proximidade das relações proposto por Sluzky (1997), a seguir será apresentado um quadro geral referente ao tamanho das redes sociais significativas:

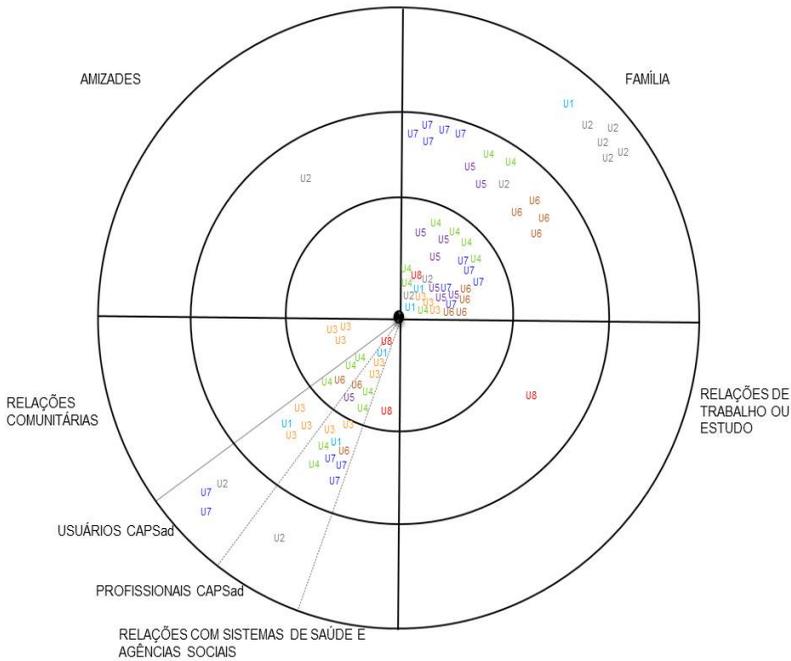
Usuários	Relações íntimas cotidianas	Relações pessoais com contato	Relações ocasionais	Total de membros da rede
Usuário 1	3 membros	2 membros	1 membro	6
Usuário 2	2 membros	2 membros	7 membros	11
Usuário 3	8 membros	5 membros	---	13
Usuário 4	12 membros	4 membros	---	16
Usuário 5	7 membros	2 membros	---	9
Usuário 6	6 membros	5 membros	---	11

Usuário 7	5 membros	8 membros	2 membros	15
Usuário 8	3 membros	1 membro	---	4
TOTAL	46	29	10	

Em relação ao tamanho da rede, considera-se um tamanho ideal uma rede média com aproximadamente oito membros (Moré & Crepaldi, 2012; Sluzky, 1997). A rede média tende a ser mais efetiva do que as redes menores ou muito numerosas, isso porque uma rede pequena sobrecarrega seus membros e uma rede numerosa pode ficar inativa por seus membros suporem que alguém deve estar prestando o auxílio que o sujeito necessita (Sluzky, 1997). No presente estudo verificou-se que seis usuários possuem uma rede considerada grande, acima de 10 membros e dois usuários indicaram uma rede pequena com seis e quatro membros, apenas um usuário referiu ter uma rede considerada do tamanho ideal, com nove membros. Esse resultado diverge ao encontrado por Souza e Kantorski (2009) onde foi verificado que as redes sociais de usuários do CAPSad tendem a ser pequenas. O tamanho da rede está relacionado ao contexto e circunstâncias de vida da pessoa e sua fase de desenvolvimento no ciclo vital (Sluzky, 1997).

Em relação a *composição* (7.1.2) das redes, estas ficaram bastante centralizadas nas relações familiares e nas relações com profissionais e usuários do CAPSad. A seguir será apresentado a figura que reúne a composição geral das redes construídas pelos usuários. Os usuários estão identificados com cores diferentes e demonstram as indicações de membros referidas por eles:

MAPA GERAL



Fonte: desenvolvido pela autora

Diante da figura apresentada pode-se perceber a centralidade dos vínculos dos usuários com a família, seguidos pelos profissionais do CAPSad e por outros usuários do serviço. Outro ponto que chama a atenção é o fato dos vínculos serem predominantemente de relações íntimas cotidianas. A centralização dos vínculos na família e no CAPSad já foram identificados em outros estudos (Paula et al., 2014; Picoli, 2013; Cavalcante, 2012; Souza, Kantorski & Mielke 2006), o que demonstra a convergência dos achados deste estudo com outras produções científicas e reforça a existência de um forte grau relacional entre usuário, família e pessoas do CAPSad. Porém, Sluzky (1997) afirma que as redes muito localizadas, tanto no que se refere ao grau relacional como ao tipo de relação, geralmente configuram-se como menos flexíveis e efetivas, proporcionando menos opções de apoio do que as redes de distribuição mais ampla. Tal situação evidencia a

necessidade de se pensar em estratégias que possibilite a amplitude das relações estabelecidas pelos usuários

No que se refere a *dispersão* (7.1.3), três usuários relataram ter membros da rede que moram distantes geograficamente, conforme verificado pelos relatos a seguir:

“E a minha filha que está na Inglaterra (U3)”

“O outro meu filho que ele tá só, desde o dia primeiro de Fevereiro que ela tá em Itajaí né, [...] e meu outro filho também mora em Balneário, eles são tudo longe (U5).”

“E tem a minha tia que mora em São Paulo (U4).”

Dos oito usuários, três nomearam membros da rede que estão distantes geograficamente, outros quatro usuários afirmaram que todas as pessoas do seu ciclo de relações moram próximas, uma usuária relatou ter vínculo com pessoas que residem em outra cidade, mas que em função da distância tinha pouco contato e por isso não as considerava como integrante de sua rede. Esse fato é destacado por Sluzky (1997) que enfatiza que a distância geográfica prejudica a sensibilidade da rede frente a dificuldades do sujeito e compromete a eficácia e velocidade de resposta diante de uma situação de crise, afetando assim o desempenho das funções pelos membros da rede.

As subcategorias a seguir elucidarão quais foram os membros da rede social significativa nomeados pelos usuários, e serão demonstradas e discutidas a principal função exercida por cada membro na rede. A presença da **família** (7.2) foi recorrente na rede de todos os usuários, e as funções por ela desempenhadas constituíram-se em *companhia, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos, regulação social e ajuda material e de serviços*.

A *companhia* (7.2.1) representa a principal função desempenhada pelos familiares, tendo sido citada por sete usuários, seguida pela função de *apoio emocional* (7.2.2) que foi identificada por seis usuários:

“Porque meu cunhado se preocupa na base assim, quando eu to sozinho que as meus piá saem, eles já correm pra ir almoçar com eles ou ir jantar,

então eles nunca me deixam sozinho lá (U4).”

Já o apoio emocional é destacado no relato a seguir:

“Todo internamento que eu tive, eu tive apoio de todos eles, pra vim onde eu tava internado, ficavam umas horas ali conversando, acho que foi muito legal esse apoio (U6).”

A função de *guia cognitivo e conselhos (7.2.3)* foi identificada na rede de três usuários, *regulação social (7.2.4)* e *ajuda material e de serviços (7.2.5)* foram indicadas como funções exercidas por membros da rede de quatro usuários. A seguir, relatos que exemplificam a percepção dos usuários quanto a estas três funções:

“Ah, eles sempre falam pra mim largar né, largar de tomar, não tomar mais e, quando eu tava internado todo dia minha filha mais velha ficava ali comigo no hospital (U7).”

“Quando às vezes eu costumo levantar a voz, ele (filho) pede: ‘baixa a voz aí meu, não precisa berrar que ninguém precisa escutar lá fora entende, não precisa berrar, pode só falar meu (U1).”

“Meu marido não me deixa faltar nada, então a gente vai fazer as compras junto, ele sempre pede ‘tu tem dinheiro?’ ele sempre me deixa dinheiro, nunca que eu fico sem, ou precisa de uma coisa, precisa ir comprar remédio, ou se eu quero uma coisa, ele me atende em tudo, me ajuda em tudo (U5).”

A companhia e o apoio emocional são próprios de relações mais íntimas. A função de guia cognitivo e conselhos serve para orientar, esclarecer expectativas e sugerir modelos de papéis; a regulação social favorece a resolução de conflitos e a ajuda material e de serviços oferece uma colaboração especializada (Sluzky, 1997). Os resultados deste estudo demonstram o predomínio das funções que envolvem o cuidado, como companhia, orientação e apoio. Já a ajuda material e de serviços

foi centralizada na ajuda financeira e realizações de tarefas domésticas pelos membros da rede para que usuário mantenha sua casa em ordem e se alimentem bem. A função de acesso a novos contatos não foi citada por nenhum usuário.

As funções desempenhadas pela família como propiciadoras do cuidado também foram identificadas em outros estudos (Paula et al., 2014; Picoli 2013; Soccol et al., 2013; Zanatta, Garghetti & Lucca, 2012; Cavalcante, 2012; Souza & Kantorski, 2009). Esses achados evidenciam o quanto o desempenho destas funções, especialmente pela família, favorece o processo de cuidado e atenção à saúde do usuário, e, portanto, é essencial sua participação no contexto do CAPSad (Lins & Scarparo, 2010). Braga (2011) enfatiza a importância do desempenho das funções pelos membros da rede. Neste estudo verificou-se que os familiares que constituem a rede social significativa dos usuários são os membros que exercem mais funções no processo do cuidado.

A presença de **amigos (7.3)** foi identificada apenas na rede social de um usuário, que atribuiu a esse amigo a função de *companhia (7.3.1)*, por haver convivência diária, uma vez que moram juntos:

“Por causa que nós moramos juntos, é uma companhia (U2).”

Nesse caso, o amigo lhe faz companhia e tal situação é favorecida por dividirem a mesma moradia. É importante destacar a ausência de amigos nas redes sociais significativas dos usuários participantes deste estudo. Tal ausência pode ser atribuída ao fato de relações de amizade terem sido rompidas em função do uso do álcool, ou mesmo por uma opção do usuário de distanciar-se de vínculos de amizade que representem um risco para seu processo de cuidado, uma vez que dependendo das características das redes sociais essas podem configurar-se como fatores de risco ou de proteção ao uso do álcool, conforme identificado em outros estudos (Cavalcante et al., 2012; Souza et al., 2011; Lins & Scarparo, 2010; Souza, Kantorski & Mielke, 2006).

A lógica dos Grupos de Ajuda Mútua como os Alcoólicos Anônimos (AA), de evitar “lugares, hábitos e pessoas da fase ativa de uso de drogas”, acaba produzindo um esvaziamento dos vínculos sociais dos dependentes em processo de tratamento (Santos & Veloso, 2008). Esta constatação nos fornece uma indicação importante para os processos de cuidado, pois a fragilidade dos vínculos, para além da

família, demonstra a falta de opções sociais dos usuários e, portanto, pode ser objeto de intervenção da clínica ampliada, que deve pensar a rede social significativa a partir da construção e fortalecimento de outros vínculos, que não apenas vínculos familiares.

As **relações de trabalho ou estudo (7.4)** mostraram ser inexistentes na rede social significativa de sete usuários. Apenas uma usuária nomeou uma colega de trabalho como constituinte de sua rede, e a função por ela desempenhada foi de *guia cognitivo e conselhos (7.4.1)*. A seguir o relato da usuária sobre a função desempenhada pela amiga:

“Ela me dá conselho, ela pega no meu pé assim quando ela vê que as coisas tá errada assim, negócio de bebida né, ela briga comigo (U8).”

Nesse trecho da fala da usuária fica claro que a função de guia cognitivo e conselhos vai ao encontro do proposto por Sluzky (1997) que descreve a função como compartilhamento de informações e oferecimento de modelos de papéis. O aconselhamento parece estar direcionado especificamente a questão do uso álcool, demonstrando a centralidade do problema na vida da usuária e o reflexo disso em suas relações. O afastamento dos usuários participantes deste estudo do mercado de trabalho, assim como verificado em outros estudos (Marques & Mângia, 2013; Carvalho et al., 2012; Souza et al., 2011), pode justificar a ausência de relações significativas no contexto do trabalho e/ou estudos.

Os **profissionais do CAPSad (7.5)** estão presentes nas redes sociais significativas de seis usuários, que citaram como funções desempenhadas pelos profissionais: *guia cognitivo e conselhos, apoio emocional e ajuda material e de serviços*. Com a atribuição de quatro usuários, a função de *guia cognitivo e conselhos (7.5.1)* foi a mais citada:

“É com ela que daí quando eu tenho uma coisa pra falar que eu falo né, conselhos, daí ela pede, ela aconselha e ela me ouve (U5).”

As funções de *apoio emocional (7.5.2)* e *ajuda material e de serviços (7.5.3)* foram indicadas três vezes como funções predominantes desempenhadas pelos profissionais do CPASad. Os usuários

exemplificaram como ocorre o exercício dessas funções:

“A psicóloga, o que ela oferece para mim, é eu vim e desabafar meu, um momento que eu estou tão meio carregado entende, venho aqui fazer a orelha dela de pinico entende (U1).”

“Ela é muito, muito querida, muito inteligente, é, é quem vê minha pressão, é uma pessoa que fala a verdade (U3).”

A presença de membros de profissionais do CAPSad na rede social dos usuários também foi identificada em outros estudos (Souza & Kantorski, 2009; Souza, Kantorski & Mielke, 2006). Souza e Kantorski (2009) identificaram a existência de um forte vínculo dos usuários com os profissionais do CAPSad e com o serviço como um todo, diante disso, as autoras destacam que o serviço pode verdadeiramente representar uma fonte apoio aos usuários e a família e desse modo potencializar as estratégias de cuidado. Ayres (2011) enfatiza a função do vínculo entre profissionais e usuários para a atenção integral e o cuidado humanizado.

Cinco usuários nomearam **colegas do CAPSad (7.6)** como membros de sua rede social significativa. Tais relações foram indicadas como importantes no processo do cuidado ao desempenharem as funções de: *companhia, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos e ajuda material e de serviços*. A função *companhia (7.6.1)* desempenhada pelos colegas do CAPSad foi a principal função relatada, tendo sido citada por três usuários, que falaram sobre estar no serviço e ter a companhia dos colegas:

“Com ele (colega do CAPSad) que eu tenho mais convivência assim, a gente brinca e joga sempre junto (U6).”

As funções de *apoio emocional (7.6.2)* e *guia cognitivo e conselhos (7.6.3)* desempenhadas pelos colegas do CAPSad, foram citadas três vezes e indicaram que o fato dos colegas compartilharem problemas relacionados ao uso de álcool favorece atitudes de empatia e apoio:

“Ele (colega do CAPSad) também é uma pessoa

que foi pro hospital comigo, me cuidou no hospital, então ele se preocupava comigo, e até hoje ainda aqui, chega já vem direto perguntar se eu to bom, se eu melhorei e tal, a pessoa vai marcando na gente (U4).”

“Porque o convívio da gente, nós temos muita sinceridade sabe, então a gente conversa entre si, ele é uma pessoa mais velha que eu, então a gente troca ideias (U6).”

A criação de vínculos com colegas do CAPSad foi uma realidade verificada neste estudo corroborando com o levantado por Cavalcante et al. (2012) onde os usuários afirmaram terem construído relações de amizade dentro do serviço com outros usuários e tais amizades exerciam funções de apoio para o cuidado. Souza e Kantorski (2009) também identificaram presença de vínculos de amizade entre usuários de um CAPSad que era consolidada na participação destes na associação de usuários.

Um usuário citou ainda a função de *ajuda material e de serviços* (7.6.4) desempenhada pelo colega do CAPSad, isso está relacionado ao fato de eles morarem juntos e dividirem as despesas:

“Nós moramos juntos, pagamos luz e água, aluguel né, vamos no mercado, compramos o que precisamos no mercado (U2).”

Neste caso pôde-se perceber que a relação com o colega do CAPSad ultrapassou o contexto do serviço e eles estabeleceram um vínculo familiar, compartilham moradia e juntos buscam prover condições de sobrevivência. O estabelecimento de vínculos com outros usuários do CAPSad foi prevalente entre os participantes desta pesquisa, os achados demonstram que, se por um lado há quebra e perda de vínculos com membros externos, no CAPSad eles encontram novas possibilidades de criar laços afetivos. Tal realidade desvela a importância de os serviços de saúde mental proporcionarem, além da recuperação de vínculos saudáveis perdidos, a criação de novas redes sociais (Souza et al., 2011).

As **relações comunitárias (7.7)** estiveram presentes apenas no mapa de rede de um dos usuários e foram representadas por vínculos

com vizinhos, os quais exercem principalmente a função de *acesso a novos contatos* (7.7.1). O usuário falou dos laços de amizade com os vizinhos e que estes buscam aumentar seu círculo de relacionamentos:

“Mas somos muitos amigos, colegas mesmo, até namorada eles arrumam (U3).”

A função de acesso a novos contatos possibilita a conexão do sujeito com outras pessoas que até então não faziam parte de sua rede de relações (Sluzky, 1997), fato identificado no relato do usuário, que tinha os vizinhos como mediadores para o estabelecimento de novos vínculos. Entretanto, chama a atenção o fato de que esta função só foi identificada na rede deste usuário, assim como relações comunitárias estiveram ausentes dos mapas de rede dos demais. Tal fato pode ser justificado pelo fato de que o uso da bebida alcoólica tende a afastar o sujeito de seus vínculos comunitários (Souza et al., 2011; Vasters & Pillon, 2011; Souza, Kantorski & Mielke, 2006).

Assim como relações comunitárias, **as relações com sistemas de saúde e agências sociais (7.8)** só estiveram presentes na rede social significativa de uma usuária. O vínculo ao qual se refere é com uma profissional do CRAS onde a usuária faz acompanhamento e para a qual indicou como função principal a *ajuda material e de serviços* (7.8.1).

“Ah, porque ela (profissional do CRAS) assim, às vezes, ela sempre vai lá em casa, vai lá fazer visita, [...] daí a gente conversa, eu converso com ela, daí ela, ela marca os dias pra mim ir lá né, nós dois, ela chama às vezes nós dois né pra fazer tipo uma terapia de casal né, ela dá, ela fala bastante pra gente né, assim me apoia bastante (U8).”

Neste caso ficou bastante claro a função de ajuda material e de serviços como uma ajuda especializada, assim como propõe Sluzky (1997). Destaca-se a importância desse vínculo no processo de atenção à saúde da usuária, ela sente-se acolhida pela profissional que vai até a sua casa saber como está e também a acompanhando no serviço do CRAS. A relação entre profissional e usuário é fundamental para que ocorra a atenção integral à saúde do sujeito (Ayres, 2011). Lancetti (2014) expõe sobre a potência do encontro e da relação entre profissional e usuário, o

autor desvela a necessidade de os profissionais estarem envolvidos com a demanda e o contexto onde estiverem inseridos, para além da formação profissional, é preciso ser movido pelo gosto do cuidar, pela paixão a diferença e pelo desejo de ser protagonista de mudanças.

6. SÍNTESE DOS RESULTADOS

Visando possibilitar uma compreensão geral dos fenômenos discutidos, neste tópico será apresentado a síntese dos achados na pesquisa. Será exibido um quadro geral da rede social significativa de cada usuário com a indicação de todos os membros da rede e todas as funções por eles desempenhadas. O objetivo deste tópico é descrever brevemente as características das redes sociais significativas dos usuários e a condição atual de vida e saúde dos mesmos.

6.1 Usuário 01

Membro	Vínculo	Companhia social	Apoio emocional	Guia cognitivo e conselhos	Regulação social	Ajuda material e de serviços	Acesso a novos contatos
M1	Filho		X				
M2	Filha		X	X			
M3	Assistente social CAPSad		X	X			
M4	Psicólogo CAPSad		X				
M5	Colega do CAPSad	X	X				
M6	Filho				X		
Total de funções		1	5	2	1		

O usuário 01 é um homem de 63 anos, aposentado por invalidez,

casado, três filhos, reside com a esposa e um filho. Frequenta o CAPS duas vezes na semana, iniciou o uso da bebida alcoólica há aproximadamente 40 anos. Sua rede social significativa é constituída por seis membros que correspondem aos filhos e profissionais e usuários do CAPSad, um membro exerce função de companhia social, cinco membros de apoio emocional, dois exercem função de guia cognitivo e conselhos e um membro de regulação social. Contrariando as características que se considera para uma rede efetiva, a rede social do usuário é pequena, há centralização dos vínculos e pouco exercício de funções (Sluzki, 1997). Em relação às condições de vida e saúde do usuário, este relata a presença de sintomas depressivos e ideação suicida. Diz não ter amigos e viver em conflito com o filho mais velho e com a esposa, de quem pensa futuramente divorciar-se. Seu vínculo mais próximo e forte é com um filho que tem síndrome de Down, e este seria sua motivação de vida. Não demonstrou ter vínculo forte com o CAPSad e acredita de que o que precisa é ter um trabalho. Relata ter diminuído o uso de álcool, mas ainda o faz esporadicamente. Usuário apresenta desânimo diante da vida e de seu cuidado, as relações conflituosas com a esposa e com um dos filhos aparecem em seu relato como fonte de seu desânimo, ao contrário, os momentos felizes de sua vida estão associados à sua relação de afeto com o filho que tem síndrome de Down. Não quis indicar nenhum membro de sua rede para participar da pesquisa, acreditava que se participassem seria para falar mal dele.

6.2 Usuário 02

Membro	Vínculo	Companhia social	Apoio emocional	Guia cognitivo e conselhos	Regulação social	Ajuda material e de serviços	Acesso a novos contatos
M1	Mãe		X	X			
M2	Filha			X			
M3	Tio		X	X	X		
M4	Colega de moradia	X				X	
M5	Colega do CAPSad	X					

M6	Terapeuta Ocupacional do CAPSAd		X	X			
M7	Irmã			X	X		
M8	Irmã			X	X		
M9	Irmã			X	X		
M10	Irmã			X	X		
M11	Irmã			X	X		
Total de funções		2	3	9	6	1	

Usuário 02 refere-se a um homem com 52 anos, afastado pelo INSS por motivos de saúde, divorciado, tem uma filha, porém quase não tem contato com ela que reside em outra cidade. Mora com um colega do CAPSAd. Frequenta o serviço quase todos os dias e o início do uso do álcool se deu há aproximadamente 35 anos. Sua rede social significativa é constituída por 11 membros, sendo que duas pessoas exercem a função de companhia social, três de apoio emocional, nove de guia cognitivo e conselhos, seis de regulação social e uma pessoa exerce a função de ajuda material e de serviços. Os vínculos da rede se referem a membros da família nuclear do usuário, da família estendida e de pessoas do CAPSAd. Embora o usuário tenha uma rede considerada grande, e que tenha indicado funções desempenhadas pelos membros, seus relatos demonstram que a rede é pouco ativa, sua mãe e os profissionais do CAPSAd são as pessoas que de fato lhe oferecem apoio. O usuário demonstra satisfação por frequentar o CAPSAd e considera o serviço como sua residência, onde conseguiu criar vínculos e se sente cuidado. Seus vínculos familiares foram rompidos ou fragilizados em função do uso do álcool. O contato com a única filha é bastante restrito, não a vê e não conhece os netos. Seus principais vínculos são com a mãe, o colega de moradia e pessoas do CAPSAd. Tem constantes problemas de saúde e histórico de internações hospitalares, acredita que se não frequentasse o CAPSAd já teria morrido. Indicou sua mãe para ser entrevistada nesta pesquisa.

6.3 Usuário 03

Membro	Vínculo	Companhia social	Apoio emocional	Guia cognitivo e conselhos	Regulação social	Ajuda material e de serviços	Acesso a novos contatos
M1	Filho	X	X			X	
M2	Filho	X	X			X	
M3	Filho	X	X			X	
M4	Assistente Social do CAPSad		X	X	X		
M5	Psicólogo anterior do CAPSad		X	X		X	
M6	Vizinho	X		X			X
M7	Vizinho	X		X			X
M8	Vizinho	X		X			X
M9	Psicóloga do CAPSad		X			X	
M10	Téc. Enfermagem do CAPSad				X	X	
M11	Colega do CAPSad	X	X	X			
M12	Colega do CAPSad	X	X	X			
M13	Colega do CAPSad	X	X	X			
Total de funções		9	9	8	2	6	3

O terceiro usuário é do sexo masculino, tem 63 anos, aposentado, tem três filhos, uma filha mora na Inglaterra e os outros na mesma cidade que ele, é divorciado e mora sozinho. Frequenta o CAPSad quase todos os dias da semana. Iniciou o uso de álcool há cerca de 40 anos. Sua rede social significativa é composta por 13 pessoas, das quais nove exercem função de companhia social, nove de apoio

emocional, oito de guia cognitivo e conselhos, dois exercem função de regulação social, seis de ajuda material e de serviços e três membros possibilitam acesso a novos contatos. Seus vínculos são com os filhos, pessoas do CAPSad e vizinhos. Sua rede, embora de tamanho maior da considerada ideal (Sluzki, 1997) demonstra ser efetiva no desempenho de suas funções e para o usuário, estas pessoas oferecem todo o apoio que ele precisa. Foi o único participante do estudo onde todas as funções são desempenhadas. O usuário demonstra satisfação pelas relações saudáveis que estabelece, e indica presença de vínculos afetivos fortes, principalmente com os filhos. Relata o quanto sente-se bem no CAPSad e a acredita que as relações que mantém com os profissionais são a principal via do seu cuidado no serviço. Diz que se sente bem, que suas condições gerais de saúde são boas e que não faz mais uso do álcool. Relata que vive momentos de alegrias junto dos filhos, estes proporcionam passeios e vivências felizes em família. Foi bastante receptivo ao indicar dois filhos para participarem da pesquisa, o filho contatado também foi bem receptivo e aceitou o convite para participar.

6.4 Usuário 04

Membro	Vínculo	Companhia social	Apoio emocional	Guia cognitivo e conselhos	Regulação social	Ajuda material e de serviços	Acesso a novos contatos
M1	Irmã	X	X			X	
M2	Filho		X	X		X	
M3	Primo	X					
M4	Cunhado	X	X			X	
M5	Tia		X		X		
M6	Tia		X		X		
M7	Tia		X		X		
M8	Psicóloga do CAPSad					X	
M9	Téc. Enfermagem do CAPSad		X	X			
M10	Colega do CAPSad	X	X				

M11	Colega do CAPSad		X	X		X	
M12	Colega do CAPSad	X	X				
M13	Psiquiatra do CAPSad					X	
M14	Assistente social do CAPSad			X		X	
M15	Ex esposa					X	
M16	Ex cunhado	X					
Total de funções		6	10	4	3	8	

O usuário 04 é do sexo masculino, tem 42 anos, está afastado pelo INSS por motivos de saúde, é divorciado, tem três filhos e mora com um dos filhos. Frequenta o CAPSad quase todos os dias da semana. Iniciou o uso da bebida alcoólica há 20 anos. Sua rede social significativa é constituída por 16 membros, destes, seis exercem a função de companhia social, dez de apoio emocional, quatro desempenham a função de guia cognitivo e conselhos, três de regulação social e oito prestam ajuda material e de serviços. Os vínculos do usuário são com a família nuclear e família estendida, e pessoas do CAPSad. Sua rede social tem o dobro de tamanho do considerado tamanho ideal (Sluzki, 1997), contudo, percebe-se que a irmã é o principal vínculo do usuário e a principal pessoa a quem ele recorre quando necessita. Os membros da rede atuam para evitar o contato do usuário com a bebida alcoólica e por isso se mobilizam para não o deixar sozinho. O usuário relata que não faz mais uso do álcool, teve sérios problemas de saúde, passando por longos períodos de internação, agora diz os problemas foram reduzidos, que sente-se bem e seguro longe da bebida. Afirma que seu porto seguro é a irmã e o CAPSad onde os profissionais o acolhem e acredita que a relação que tem com eles é protetiva para sua vida. Embora esteja separado e tenha menos contato com dois de seus filhos, afirma que as demais pessoas da sua rede estão sempre em contato com ele. Quando solicitado que indicasse um membro da rede para participar da pesquisa, ficou contente em indicar a irmã, esta também demonstrou satisfação por participar do estudo.

6.5 Usuário 05

Membro	Vínculo	Companhia social	Apoio emocional	Guia cognitivo e conselhos	Regulação social	Ajuda material e de serviços	Acesso a novos contatos
M1	Filho	X	X	X			
M2	Filho		X	X			
M3	Filha		X	X			
M4	Esposo		X			X	
M5	Neta	X	X				
M6	Sobrinho		X				
M7	Assistente social do CAPSad		X	X			
M8	Nora	X				X	
M9	Genro					X	
Total de funções		3	7	4		3	

A usuária 05 é mulher, tem 63 anos, aposentada, é casada e tem três filhos, dois residem em cidade diferente da sua residência. Mora com o marido, que por ser caminhoneiro fica bastante tempo fora de casa. Vai ao CAPSad uma vez na semana e relata que o início do uso do álcool foi há cerca de cinco anos. Sua rede social significativa é composta por nove membros, sendo um membro do CAPSad e os outros oito membros representam vínculos familiares. Três membros desempenham a função de companhia social, sete oferecem apoio emocional, quatro desempenham função de guia cognitivo e conselhos e três de ajuda material e de serviços. Embora a rede tenha o tamanho considerado efetivo sua composição é predominantemente centrada na família, sobre esse fato, Sluzki (1997) sinaliza que redes muito localizadas tendem a ser menos flexíveis e efetivas. A usuária tem vínculos fortes com a família, especialmente com um dos filhos, e demonstra certa resistência diante do fato do filho ter ido embora da cidade e ter saído de casa. Relata que teve problemas de saúde e quase perdeu a família em função do uso do álcool, mas afirma que agora não

faz mais uso da bebida alcoólica, diz que para isso contou com a ajuda divina e segundo ela, foi pelos filhos e pela neta que deixou de beber. Relata que hoje as relações familiares melhoraram, sente-se mais animada, motivada e com autonomia para fazer suas coisas. Em relação a indicação de um membro para participar da pesquisa, foi resistente, não indicou ninguém, alegando impossibilidade das pessoas para participarem do estudo.

6.6 Usuário 06

Membro	Vínculo	Companhi a social	Apoio emocional	Guia cognitivo e conceitual	Regulação social	Ajuda material e de serviços	Acesso a novos contatos
M1	Filho		X	X			
M2	Filho		X	X			
M3	Filho		X	X			
M4	Esposa			X	X		
M5	Assistente social do CAPSAd		X	X			
M6	Colega do CAPSAd			X	X		
M7	Psicólogo anterior do CAPSAd		X	X		X	
M8	Cunhado	X					
M9	Cunhada		X				
M10	Nora	X					
M11	Nora	X					
Total de funções		3	6	7	2	1	

O usuário 06 é do sexo masculino, 62 anos, aposentado. Tem três filhos, é casado, reside com a esposa e um filho. Vai ao CAPSAd uma vez na semana e conta que iniciou o uso da bebida alcoólica há aproximadamente seis anos, depois que se aposentou. Sua rede social significativa é composta por 11 membros, dos quais três desempenham

função de companhia, seis de apoio emocional, sete exercem função de guia cognitivo e conselhos, dois de regulação social e um oferece ajuda material e de serviços. Seus vínculos são com familiares e pessoas do CAPSad. Embora o usuário tenha citado um número elevado de membros em sua rede, seu relato aponta para a presença de vínculos frágeis e as funções bastantes centralizadas na questão do uso do álcool. O usuário avalia positivamente seu acompanhamento no CAPSad mas acredita que logo se desvinculará do serviço, afirma que já não faz mais uso do álcool como antigamente, se faz é esporadicamente e em quantidade bastante reduzida, por isso avalia que seu acompanhamento no CAPSad, que no início era diário, deva ser interrompido em breve. O usuário relatou ter tido problemas de saúde e internação, mas agora afirma estar melhor e recuperado. As relações familiares são definidas pelo usuário como saudáveis, embora tenha falado pouco sobre elas, demonstrou vínculo afetivo forte especialmente com os filhos e uma neta que acabara de nascer. Quando solicitado a indicação de um membro para participar da pesquisa foi receptivo, indicou um filho e disse que certamente ele participaria, entretanto, ao contatar o filho o mesmo se recusou a participar, disse que não gostava de falar sobre o assunto e não se sentia bem no ambiente do CAPSad.

6.7 Usuário 07

Membro	Vínculo	Companhia social	Apoio emocional	Guia cognitivo e conselhos	Regulação social	Ajuda material e de serviços	Acesso a novos contatos
M1	Filha		X	X			
M2	Filho		X	X			
M3	Irmão	X	X	X			
M4	Irmã			X		X	
M5	Irmão	X	X	X			
M6	Psicólogo do CAPSad		X	X		X	
M7	Téc. Enfermagem do CAPSad		X	X		X	

M8	Terapeuta Ocupacional do CAPSad		X	X		X	
M9	Sobrinho	X		X	X		
M10	Sobrinho	X		X	X		
M11	Sobrinho	X		X	X		
M12	Sobrinho	X		X	X		
M13	Sobrinho	X		X	X		
M14	Colega do CAPSad	X					
M15	Colega do CAPSad	X					
Total de funções		9	7	13	5	4	

O usuário 07 é do sexo masculino, tem 45 anos, está afastado pelo INSS por motivos de saúde. É divorciado, tem dois filhos e reside sozinho. Frequenta o CAPSad quase todos os dias e conta que iniciou o uso do álcool há aproximadamente 30 anos. Sua rede social significativa é constituída por 15 membros, destes, nove desempenham função de companhia social, sete de apoio emocional, treze desempenham função de guia cognitivo e conselhos, cinco de regulação social e quatro oferecem ajuda material e de serviços. Seus vínculos se dão na família nuclear, família estendida e com pessoas do CAPSad. O usuário tem uma rede considerada grande, e este pode ser um dos motivos dela ser pouco ativa e efetiva (Sluzki, 1997). Embora o usuário tenha indicado a existência de muitos vínculos, estes demonstram serem frágeis de modo que usuário tende a ficar mais sozinho, seu apoio vem principalmente de sua filha, que por ter casado e saído de casa diminuiu o contato com o pai, e sua irmã, que é quem junto com a filha participa de seu acompanhamento no CAPSad. O usuário passou por sérios problemas de saúde recentemente o que teria motivado a diminuição do uso do álcool, caso contrário, segundo relatado por sua filha, a vida do pai estaria em risco. A filha foi indicada pelo pai para participar da pesquisa e ela aceitou o convite.

6.8 Usuário 08

Membro	Vínculo	Companhia social	Apoio emocional	Guia cognitivo e conselhos	Regulação social	Ajuda material e de serviços	Acesso a novos contatos
M1	Esposo	X				X	
M2	Psicóloga do CAPSad		X	X			
M3	Profissional do CRAS		X			X	
M4	Amiga do trabalho		X		X		
Total de funções		1	3	1	1	2	

A usuária 08 é mulher, tem 38 anos, está desempregada. Mantém união estável, tem cinco filhos, porém, nenhum está sob sua guarda, segundo ela, perdeu a guarda dos filhos em função do uso do álcool. Mora com o esposo e a filha dele, com quem mantém um relacionamento conflituoso. Vai ao CAPSad uma vez na semana para atendimento individual com a psicóloga. Possui uma rede social pequena, com quatro membros, um deles exerce função de companhia social, três de apoio emocional, um exerce função de guia cognitivo e conselhos e dois oferecem ajuda material e de serviços. Os vínculos de sua rede são constituídos pelo esposo, colega de trabalho, psicóloga do CAPSad e profissional do CRAS. Além de sua rede ser pequena, ela é pouco ativa, a usuária atribui sua principal ajuda as profissionais do CAPSad e do CRAS, e sinaliza o desejo e a necessidade de ter outras pessoas com quem possa contar e com quem possa manter relações de afeto. Demonstra muito sofrimento por estar distante dos filhos e não poder cuidar deles, sente desejo de mudar de cidade para ficar próxima dos filhos e sabe que isso implica no rompimento da relação com o companheiro e tem dúvidas quanto a sua decisão. Sentir-se sozinha e longe dos filhos é para a usuária motivação para o uso abusivo do álcool.

O uso da bebida alcoólica trouxe prejuízos para sua vida laboral, em seu relacionamento amoroso, além da perda dos filhos. A usuária relata que perde o controle quando faz uso da bebida alcoólica, constituindo-se como um complicador em sua vida já que fica violenta e agride o marido, tal situação gera consequências de ordem policial. Segundo ela, o atendimento no CAPSad tem feito com que se sinta melhor, sente-se acolhida pela psicóloga e diz que ela é a única pessoa com quem pode conversar sobre seus problemas. Ainda faz o uso de álcool, mas diz ter reduzido nos últimos dias, o que resultou no melhor relacionamento com o marido. Contudo, demonstra tristeza pelos filhos que perdeu e insatisfação por ter que conviver com a filha do esposo. Como membro para participar da pesquisa, indicou seu esposo, que aceitou o convite e participou com motivação.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados deste estudo foram apresentados e discutidos a partir de um posicionamento epistemológico pautado no modelo de saúde integral, entendendo o sujeito como um ser de relações, produto e produtor da realidade, mediado pelo contexto onde vive e se constitui. Portanto, compreender o sujeito requer a compreensão das determinantes sociais que o afeta. O olhar para os fenômenos abordados neste estudo se deu em uma perspectiva sistêmica, onde os problemas relacionados ao uso de álcool e o processo de atenção à saúde dos usuários foram circunscritos na trama relacional que permeia a vida destes sujeitos.

O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil possibilitou o movimento de ruptura com o modelo hegemônico de tratamento pautado na institucionalização e isolamento dos sujeitos. As atuais políticas públicas em saúde mental e para álcool e outras drogas privilegiam o cuidado e atenção integral à saúde em um processo construído no território, a partir de um trabalho em rede e intersetorial. Dentro desta proposta de atenção à saúde dos usuários, o CAPS representa o modelo substitutivo de cuidado, que prevê um acompanhamento que vá ao encontro das demandas dos usuários e cujo processo seja consolidado pela criação e fortalecimento de vínculos, à luz da humanização do cuidado.

O objetivo deste estudo foi compreender a relação entre a rede social significativa e atenção à saúde de usuários de CAPSad com problemas relacionados ao uso de álcool. A atenção à saúde foi abordada

aqui pela construção e qualidade dos vínculos entre usuários e profissionais e dos usuários com os demais membros de sua rede social significativa. Foi possível identificar que o uso da bebida alcoólica frequentemente esteve presente no histórico familiar dos usuários e o início do uso deu-se, na maioria das vezes, ainda na fase da adolescência. O uso do álcool acarretou prejuízos para o sujeito e sua família, muitas vezes fragilizando ou rompendo vínculos com pessoas significativas.

A história de vida dos usuários participantes deste estudo demonstrou ser marcada por perdas, relações e vivências conflituosas. Por outro lado, momentos de união e convivência com a família foram lembrados por eles como situações especiais onde se sentiram integrantes do sistema familiar. As condições de saúde dos usuários foram ou estão comprometidas, alguns deles tiveram períodos de hospitalizações onde vivenciaram riscos para suas vidas e em todas estas circunstâncias, o vínculo com alguém e o apoio desta pessoa representou uma possibilidade de saída de um quadro de adoecimento para um quadro geral de saúde mais positivo. Estes eventos estressores também exerceram função motivadora para o usuário buscar o resgate de vínculos que haviam sido fragilizados ou rompidos em função do uso do álcool.

Antes da chegada ao CAPSad todos os usuários já haviam passado por alguma outra instituição de tratamento e frequentemente tratava-se de instituições que tinham como premissa o isolamento do sujeito. Embora não tenha havido nenhuma crítica contundente em relação à lógica de tratamento nestas instituições, fazer o acompanhamento no CAPSad representou para o usuário, e, também para a família, uma oportunidade de ser cuidado e ao mesmo tempo manter a convivência familiar e comunitária.

Na maioria das vezes, o caminho percorrido até ao CAPSad foi conduzido por algum familiar e com frequência, houve o encaminhamento por outros serviços. Esse cenário elucida a tentativa do trabalho em rede, porém aqui, este foi demarcado predominantemente pelas ações de encaminhamento. Novamente, para a maioria dos usuários, a presença de um vínculo significativo e a função por ele desempenhada foi fundamental, pois possibilitou a busca pelo cuidado e promoveu, para o usuário, um sentimento de acolhimento e pertencimento ao sistema familiar, mobilizando-o para buscar o cuidado e manter-se em acompanhamento no serviço.

As avaliações dos usuários referentes ao CAPSad foram predominantemente positivas. O acolhimento, o atendimento das necessidades e, principalmente, a boa relação com os profissionais foram destacadas pelos usuários como principais razões para estarem no serviço e sentirem melhora nas suas condições de saúde e em outros aspectos de suas vidas. Estar no serviço e criar laços afetivos neste ambiente configurou-se como recurso para os usuários manterem-se ativos e se relacionando socialmente. Frequentemente eles consideraram o CAPSad como extensão de sua casa. Contudo, cabe salientar que é preciso estar atento para que não haja criação de vínculo de dependência do usuário com o serviço, ao invés disso, é necessário possibilitar a construção e fortalecimento de autonomia, para que o sujeito consiga inserir-se na sociedade e seja capaz de produzir sua própria realidade.

As atividades desenvolvidas no CAPSad nem sempre fazem sentido para os usuários, muitas vezes eles as consideram como forma de passar o tempo sem necessariamente entender a função terapêutica que elas têm ou deveriam ter. Neste sentido, chama a atenção o fato do Projeto Terapêutico Singular ser um tanto obscuro para os usuários, que não compreendem sua função e não se sentem chamados a atuar ativamente nesse processo, ao que parece, o PTS tende a configurar-se como uma tabela de atividades, perdendo seu real sentido de norteador do processo de cuidado no CAPSad. É necessária a retomada de conceitos e a reflexão do que tem sido feito nos serviços e qual o manejo dos recursos que embasam o trabalho neste contexto.

A importância da participação da família e/ou outras pessoas significativas no cuidado do usuário é consensual na literatura. Entretanto, neste estudo, ela parece ainda tímida e restrita a situações específicas como quando a família é chamada no serviço para acompanhar ou participar de alguma atividade. O CAPSad em questão, demonstrou estar aberto a participação da família no processo terapêutico do usuário, contudo, percebe-se o afastamento da família, seja por questões profissionais que as impossibilitam, ou mesmo pela falta de interesse na participação. Esta questão ainda parece um tanto confusa, já que para a maioria dos usuários foi a família que os levou ao serviço, porém esta não continuou os acompanhando. Por outro lado, cabe um questionamento acerca da abertura que o serviço vem proporcionando para que a participação da família seja de fato viabilizada.

As relações significativas dos usuários são predominantemente

com membros da família nuclear, em alguns casos com membros da família extensa. Todos os usuários citaram profissionais e colegas do CAPSad como pessoas com quem mantêm vínculos importantes. Amizades e relações do âmbito profissional estiveram praticamente ausentes das relações significativas, tal situação pode estar associada ao fato de que o afastamento do mundo do trabalho é uma realidade constante na vida dos usuários. Já no que se refere a relações de amizades, a maioria delas representam, para os usuários, risco para o uso da bebida alcoólica, e, portanto, o distanciamento destas amizades atua como fator de proteção para eles, segundo percepções dos próprios usuários. Em todo caso, representa o empobrecimento do círculo de relações sociais dos usuários e pode-se colocar como fator de risco se não vislumbrado no horizonte da compreensão integral do sujeito.

No âmbito das relações familiares, principais vínculos citados por usuários, o uso da bebida alcoólica é motivo de rompimentos, conflitos e perdas. Esta realidade foi identificada e abordada de forma mais enfática pelos familiares do que pelos usuários, o que nos leva a pensar nas especificidades das significações destas consequências para todos envolvidos no processo. Embora haja, para a família, registros negativos envolvendo o uso do álcool, para sete usuários é a família a principal fonte de apoio. Para estes usuários, são os membros da família que desempenham a maioria das funções das quais necessitam.

As redes sociais significativas demonstraram ser, na maioria das vezes, grande em número de membros, porém, nem sempre ativas no exercício das funções. Em algumas situações, mesmo com a presença de uma rede social numerosa, apenas um membro acaba sendo a principal fonte de apoio para o usuário. Em todos os casos, as relações estão centradas em pessoas da família, profissionais do CAPSad e outros usuários do serviço.

Nota-se a importância da vinculação do usuário com os profissionais e com o serviço como um todo, pois, nesta condição, o usuário consegue perceber-se capaz de estabelecer relações saudáveis, sente-se compreendido, acolhido e, por consequência, cuidado. Os resultados positivos que estas relações possibilitam se estendem a outras esferas da vida do usuário que passa a sentir-se capaz de resgatar vínculos rompidos e estabelecer novos. Neste processo de vinculação e relações saudáveis, outras possibilidades de viver e se relacionar surgem, afetando sua condição geral de saúde.

Percebeu-se que aqueles usuários que demonstraram ter uma rede

ativa e com a presença de vínculos fortes sentem-se integrados em um sistema de relações que são protetivas para eles, tal realidade promove melhores condições para sua existência e seu processo de atenção à saúde é potencializado, uma vez que estes vínculos afetivos se configuram como promotores de saúde. Por outro lado, aqueles usuários que indicaram ter uma rede bastante restrita em vínculos e em funções, demonstraram um quadro geral de vida e saúde marcado pelo sentimento de desamino e falta de sentido para a existência.

Os resultados deste estudo sinalizam a importância dos vínculos e das funções desempenhadas pelos membros da rede para o processo de cuidado e atenção à saúde dos usuários e como estes agentes podem e devem atuar como parceiros do CAPSad na promoção do cuidado. O CAPSad demonstrou exercer um papel fundamental na vida dos usuários principalmente por possibilitar o estabelecimento de relações sociais e contribuir para a construção de novas formas de vida. Tal realidade desvela-se possível a partir do estabelecimento de um vínculo forte dos profissionais com o usuário, que o faz sentir-se parte de uma rede de relações que o ajuda a dar sentido para sua vida. Por outro lado, é fundamental que o CAPSad atue como mediador nesse processo e não torne o usuário dependente do serviço, o trabalho deve visar a autonomia e empoderamento do usuário para que ele consiga (re)estabelecer seus vínculos perdidos e retomar sua vida, mesmo com as limitações que são inerentes a condição humana.

Nesse sentido, o estudo possibilitou compreender aspectos que envolvem as relações afetivas e a saúde dos usuários de um CAPSad que têm problemas relacionados ao uso do álcool. Os dados foram enriquecidos pela participação da família, o que possibilitou uma compreensão mais abrangente dos fenômenos discutidos.

O estudo teve como limitação a impossibilidade de ouvir um membro da rede de cada um dos usuários, já que houve recusa para participação em três casos. O fato da pesquisa ter sido realizada dentro do CAPSad também pode ter influenciado o predomínio das avaliações positivas em relação ao serviço e ter inibido críticas em relação ao mesmo.

Apesar das limitações indicadas, o estudo conseguiu atingir seu objetivo e elucidou o quanto o processo de atenção à saúde dos usuários é afetado pelas relações estabelecidas e apontou a relação entre vínculos afetivos fortes e ativos e a atenção integral a saúde promovida.

Sugere-se a realização de outros estudos que trabalhem vínculos de

amizade e relações de trabalho, pois estes apareceram como aspectos de vulnerabilidade dos usuários. Também sugere-se a realização de pesquisas em serviços da RAPS, para além do CAPSad, visando conhecer os processos do cuidado e seus mediadores na rede de atenção como um todo. Da mesma forma, trabalhar a percepção dos profissionais sobre a relação entre cuidado e vínculos significativos do usuário pode representar um profícuo campo de pesquisa, para complementar o conhecimento do tema em questão.

REFERÊNCIAS

Alves, V. S. (2009). Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*. 25(11), 2310-2319.

Araujo, N. B. de., Marcon, S. R., Silva, N. G., & Oliveira, J. R. T. de. (2012). Perfil clínico e sociodemográfico de adolescentes que permaneceram e não permaneceram no tratamento em um CAPSad de Cuiabá/MT. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 61(4), 227-234.

Artmann, E., & Rivera, F. J. U. (2011). Humanização no atendimento em saúde e gestão comunicativa. In: Deslandes, S. F. (org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. (pp.163-183). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Associação Americana de Psiquiatria [APA]. (2014). DSM-V-TR. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5a ed. rev.). Porto Alegre: Artmed.

Azevedo, D. M. de. & Miranda, F. A. N. de. (2010). Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPSads do município de Natal-RN: com a palavra a família. *Escola Anna Nery Revista de enfermagem*. 14(1), 56-63.

Ayres, J. R. de C. M. (2011). Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: Deslandes, S. F. (org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. (pp. 49-83). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Barbosa, N. H. (2013). Proposta metodológica na atenção psicossocial: análise dimensional de caso. *Psicologia & Sociedade*. 25(2), 469-675.

Benites, A. P. de O. (2012). *A influência da família no consumo de bebidas alcoólicas em adolescentes do sexo feminino*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis.

Bicca, C., Pereira, M. S., & Gambarini, M. A. (2002). Conceitos,

diagnóstico e classificação. In: Pulcherio, G., Bicca, C., & Silva, F. A. (orgs.). *Álcool, outras drogas & informação: o que cada profissional precisa saber*. (pp. 3-14). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Braga, N. de A. (2011). Redes sociais de suporte e humanização dos cuidados em saúde. In: Deslandes, S. F. (org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. (pp.163-183). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Brasil. Ministério da Saúde. (2015). Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados – 12*, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília.

Brasil, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n. 466 de 12 de Dezembro de 2012*.

Brasil, Ministério da Saúde. (2011). *Portaria Nº- 3.088*, de 23 de dezembro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. (2010). *VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras*. Brasília: SENAD.

Brasil, Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. (2007a). *I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira*. Brasília: SENAD.

Brasil, Ministério da Saúde. (2007b). *Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular*. (2ª ed). Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, Secretaria Nacional Anti drogas. (2006). *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005*. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo.

Brasil, Ministério da Saúde. (2005). *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde.*

Brasil, Ministério da Saúde. (2003). *A Política do Ministério da Saúde Para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Brasília: Ministério da Saúde.*

Brasil, Ministério da Saúde. (2004). *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde.*

Campos, L. F. (2004). *Métodos e técnicas de pesquisa em psicologia. (3ª ed). Campinas: Alínea.*

Caprara, A., & Franco, A. L. e S. (2011). Relação médico-paciente e humanização dos cuidados em saúde: limites, possibilidades, falácias. In: Deslandes, S. F. (org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. (pp.85-108). Rio de Janeiro: Fiocruz.*

Carvalho, M. de F. A. A., & Menandro, P. R. M. (2012). Expectativas manifestadas por esposas de alcoolistas em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde.25(4),492-500.*

Cavalcante, L. de P., Falcão, R. de S. T., Lima, H. de P., Marinho, A. M., Macedo, Q. de., & Braga, V. A. B. (2012). Rede de apoio social ao dependente químico: ecomapa como instrumental na assistência em saúde. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. 13(2),321-31.*

Cetolin, S. F., Trzcinski, C., Pinheiro, E., & Cetolin, S. K. (2013). Políticas Públicas sobre drogas. In: Cetolin, S. F., & Trzcinski, C. (org.). *A onda das pedras: crack e outras drogas. (pp. 75-90). Porto Alegre: EDIPUCRS.*

Chi, F. W., Kaskutas, L. A., Sterling, S., Campbell, C. I., & Weisner, C. (2009). Twelve-step affiliation and three-year substance use outcomes among adolescents: social support and religious service attendance as potential mediators. *Addiction. 104(6), 927-939.*

Claro, H. G., Oliveira, M. A. F. de., Bourdreaux, J. T., Fernandes, I. F. de A. L., Pinho, P. H., & Tarifa, R. R. (2015). Uso de drogas, saúde mental e problemas relacionados ao crime e à violência: estudo transversal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 23(6), 1178-1180.

Costa, P. H. A. da., Colugnati, F. A. B., & Ronzani, T. M. (2015). As redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas: histórico, políticas e pressupostos. In: Ronzani, T. M., Costa, P. H. A. da., Mota, D. C. B., & Laport, T. J. (orgs.). *Redes de atenção aos usuários de drogas: políticas e práticas*. (pp. 41-66). São Paulo: Cortez.

Dabas, E. N. (1993). *Red de redes: las prácticas de la intervención em redes sociales*. Buenos Aires: Editora Paidós.

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2006). Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: Denzin, N. K., Lincoln, Y. S. (orgs.). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. (pp.15-41). (2ª ed). Porto Alegre: Artmed.

Faria, J. G. (2011). *Racionalidades Teórico- Metodológicas de Profissionais de CAPSad: Implicações para as práticas e cuidados no serviço*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis.

Faria, J. G. de., & Schneider, D. R. (2009). O perfil dos usuários do Capsad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. *Psicologia & Sociedade*. 21(3), 324-333.

Flick, U. (2009). *Desenho da pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.

Giffoni, F. A. de O., & Santos, M. A. dos S. (2011). Terapia comunitária como recurso de abordagem do problema do abuso do álcool, na atenção primária. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 19, 821-30.

Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. (4ª ed). São Paulo: Atlas.

González-Rey, F. (1999). *La investigación cualitativa en psicología: rumbos e desafíos*. São Paulo: Educ.

Inglez-Dias, A., Ribeiro, J. M., Bastos, F. I., & Page, K. (2014). Políticas de redução de danos no Brasil: contribuições de um programa norte-americano. *Ciência & Saúde Coletiva*. 19(1), 147-157.

Instituto Nacional de ciência e tecnologia para políticas públicas de álcool e outras drogas (INPAD) (2012). *II Levantamento nacional de álcool e drogas* (LENAD). São Paulo: UNIFESP.

Jahn, A. do C., Rossato, V. M. D., Oliveira, S. S. de., & Melo, E. P. (2007). Grupo de ajuda como suporte para alcoolistas. *Escola Anna Nery Revista de enfermagem*. 11(4), 645-649.

Lancetti, A. (2014). *Clínica peripatética*. (9ª ed). São Paulo: Hucitec.

Lancetti, A. (2015). *Contrafissura e plasticidade psíquica*. São Paulo: Hucitec.

Lima, E. M. F. de A., & Yasui, S., (2013). Territórios e sentidos: espaço, cultura e cuidado na Atenção em Saúde Mental. *Linha Mestra*. 23, 296-300.

Lins, M. R. S. W., & Scarparo, H. B. K. (2010). Drogadição na contemporaneidade: Pessoas, famílias e serviços tecendo redes de complexidade. *Psicologia Argumento*. 28(62), 261-271.

Lopes, M. A., Lemos, T., & Schneider, D. R. (2013). *Manual para formação de profissionais que atuam com usuários de álcool, crack e outras drogas*. Florianópolis: Letra Editorial.

Marques, A. L. M., & Mângia, E. F. (2013). Itinerários terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso prejudicial de álcool. *Interface (Botucatu)*. 17(45),433-444.

Marques, A. L. M., & Mângia, E. F. (2011). Organização e práticas assistenciais: estudo sobre

centro de atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 22(3), 229-237.

Marques, A. L. M., & Mângia, E. F. (2010). A construção dos conceitos de uso nocivo ou prejudicial e dependência de álcool: considerações para o campo de atenção e cuidado à saúde. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 21(1), 10-14.

Marques, A. L. M., & Mângia, E. F. (2009). O campo de atenção à saúde de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso de álcool: apontamentos para a formulação de práticas de cuidado. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 20(1), 43-48.

Marini, M. (2011). *Preditores de adesão ao projeto terapêutico em Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre.

Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde*. (2ª ed). (pp. 209-291). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

McKay, J. R., Lynch, K. G., Shepard, D. S., Morgenstern, J., Forman, R. F., & Pettinati, H. M. (2005). Do patient characteristics and initial progress in treatment moderate the effectiveness of telephone- based continuing care for substance use disorders? *Addiction*. 100, 216–226.

Mínayo, M. C. de S. (2004). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (3ª ed). São Paulo: Hucitec.

Monteiro, C. F. De S., Fé, L. C. M., Moreira, M. A. C., Albuquerque, I. E. de M., Silva, M. G. da., & Passamani, M. C. (2011). Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. *Escola Anna Nery Revista de enfermagem*. 15 (1),90-95.

Moraes, M. (2008). O modelo de atenção integral à saúde para

tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1), 121-133.

Moré, C. L. O. O. (2005). As redes pessoais significativas como instrumento de intervenção psicológica no contexto comunitário. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 15(31), 287-297.

Moré, C. L. O. O.; Crepaldi, M. A. (2012). O mapa de rede social significativa como instrumento de investigação no contexto da pesquisa qualitativa. *Nova Perspectiva Sistêmica*. 43, 84-98.

Moura, f. G. de., & Santos, J. E. dos. (2011). O cuidado aos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas: uma visão do sujeito coletivo. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*. 7(3), 126-132.

Nasi, C., Oliveira, G. C. de., Lacchini, A. J. B., Schneider, J. F., & Pinho, L. B. de. (2015). Tecnologias de cuidado em saúde mental para o atendimento ao usuário de crack. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 36(1), 92-97.

Neves, K. do C., Teixeira, m. L. de O., & Ferreira, M. de A. (2015). Fatores e motivação para o consumo de bebidas alcoólicas na adolescência. *Escola Anna Nery Revista de enfermagem*. 19(2), 286-191.

Oliveira, G. N. de. (2013). O Projeto Terapêutico Singular. In: Campos, G. W. de S. & Guerrero, A. V. P. (orgs). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. (pp. 283-297). São Paulo: Hucitec.

Ornelas, J. (2008). *Psicologia comunitária*. Lisboa: Fim de século.

Orth, A. P. da S., & Moré, C. L. O. O. (2008). Funcionamento de famílias com membros dependentes de substâncias psicoativas. *Psicologia Argumento*. 26(55), 293-303.

Paiva, F. S. de., Costa, P. H. A. da., & Ronzani, T. M. (2012). Fortalecendo redes sociais: desafios e possibilidade na prevenção ao uso

de drogas na atenção primária à saúde fortalecendo redes sociais. *Aletheia*. 37, 57-72.

Paula, M. L. de., Jorge, M. S. B., Albuquerque, R. A., & Queiroz, L. M. de. (2014). Usuário de crack em situações de tratamento: experiências, significados e sentidos. *Saúde e Sociedade*. 23(1),118-130.

Peixoto, C., Prado, C. H. de O., Rodrigues, C. P., Cheda, J. N. D., Mota, L. B. T. da., & Veras, A. B. (2010). Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*.59(4),317-321.

Picoli, C. M. C. (2013). *Adesão de Usuários de Crack ao Tratamento num Capsi do Interior do Rio Grande do Sul*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis.

Pinho, P. H., Oliveira, M. A. de., & Almeida, M. M. de. (2008). A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? *Revista de Psiquiatria Clínica*. 35(1), 82-88.

Pinho, P. H., Oliveira, M. A. de., Vargas, D. de., Almeida, M. M. de., Machado, A. L., Silva, A. L. A. e,...Barros, S. (2009). Reabilitação psicossocial dos usuários de álcool e outras drogas: a concepção de profissionais de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 43(2), 1261-1266.

Pires, F. B. (2011). *Projetos de vida e recorrência de recaída na trajetória de pacientes dependentes de álcool*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis.

Pires, F. B., & Schneider, D. R. (2013). Projetos de vida e recaídas em pacientes alcoolistas. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 65(1), 21-37.

Poupart, J., Deslauriers, J. P., Groulx, L., Laperrière, A., Mayer, R. & Pires, A. P. (2012). *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e*

metodológicos. (3ª ed). Petrópolis: Vozes.

Rech, M. F., Cetolin, S. F., Trzcinski, C., Machado, O. C. de A., Moser, A. M. M., & Duarte, C. (2013). Internação e expectativa da família alcoolista. In: Cetolin, S. F., & Trzcinski, C. (orgs.). *A onda das pedras: crack e outras drogas*. (pp. 75-90). Porto Alegre: EDIPUCRS.

Reinaldo, A. M. dos S., & Pillon, S. C. (2008). Repercussões do alcoolismo nas relações familiares: estudo de caso. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 16, 1-6.

Ruiz-Olabuénaga, J. I. (2012). *Metodologia de la investigación cualitativa*. (5ª ed). Bilbao, España: Universidad de Deusto.

Santos, M. S. D. dos., & Velôso, T. M. G. (2008). Alcoolismo: representações sociais elaboradas por alcoolistas em tratamento e por seus familiares. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 12(26), 619-634.

Scaduto, A. A., & Barbieri, V. (2009). O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*. 14(2), 605-614.

Schneider, D. R. (2015). Da saúde mental à atenção psicossocial: trajetórias da prevenção e da promoção de saúde. In: Murta, S. G., Leandro-França, L. Santos, K. B. dos., & Polejack, L. (orgs.). *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de prevenção*. (pp.34-53). Novo Hamburgo: Sinopsys.

Schenker, M. (2008). *Valores familiares e uso abusivo de drogas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Seadi, S. M. S., & Oliveira, M. da S. (2009). A Terapia Multifamiliar no tratamento da dependência química: um estudo retrospectivo de seis anos. *Psicologia Clínica*. 21(2),363-378.

Sluzki, C. E. (1997). *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Soccol, K. L. S., Terra, M. G., Girardon-Perlini, N. M. O., Ribeiro, D. B., Silva, C. T. da., & Camillo, L. A. (2013). O cuidado familiar ao indivíduo dependente de álcool e outras drogas. *Revista da rede de enfermagem do Nordeste*. 14(3), 549-557.

Sousa, N. de. (2008). Atuação em rede de proteção social. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. 11(2), 73-87.

Souza, J. de., & Carvalho, A. M. P. (2012). Filhos adultos de pais alcoolistas e seu relacionamento na família de origem. *Saúde & transformação social*. 3(2), 43-51.

Souza, J. de., Carvalho, A. M. P., & Teodoro, M. L. M., (2012). Esposas de alcoolistas: relações familiares e saúde mental. *Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*. 8(3), 127-133.

Souza, L. G. S., & Pinheiro, L. B. (2012). Oficinas terapêuticas em um Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas. *Aletheia*. 38(39), 218-227.

Souza, J. de., & Kantorski, L. P. (2009). A rede social de indivíduos sob tratamento em um CAPS ad: o ecomapa como recurso. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 43(2),373-83.

Souza, J. de., Kantorski, L. P., Luis, M. A. V., & Oliveira, N. F. de. (2012). Intervenções de saúde mental para dependentes de álcool e outras drogas: das políticas à prática cotidiana. *Texto & Contexto Enfermagem*. 21(4), 729-738.

Souza, J. de., Kantorski, L. P., & Mielke, F. B. (2006). Vínculos e Redes Sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em Capsad. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*. 2(1),1-17.

Souza, J. de., Kantorski, L. P., Vasters, G. P., & Luis, M. A. V. (2011). Rede social de usuários de álcool, sob tratamento, em um serviço de saúde mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 19(1),1-8.

Tondowski, C. S., Feijó, M. R., Silva, E. A., Gebara, C. F. de P.,

Sanchez, Z. M., & Noto, A. R. (2014). Padrões intergeracionais de violência familiar associada ao abuso de bebidas alcoólicas: um estudo baseado em genogramas. *Psicologia Reflexão e Crítica*. 27(4), 806-814.

Trad, L. A. B. (2011). Humanização do encontro com o usuário no contexto da Atenção Básica. In: Deslandes, S. F. (org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. (pp.163-183). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Trad, S. (2010). Princípios e desafios para a integração da família nas Políticas de Drogas. In: Trad, L. A. B. (org.). *Família contemporânea e saúde: significados, práticas e Políticas Públicas*. (pp. 179-197). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Vasconcelos, S. C., Frazão, I. da S., & Ramos, V. P. (2012). Grupo terapêutico educação em saúde: subsídios para a promoção do autocuidado de usuários de substâncias psicoativas. *Cogitare Enfermagem*. 17(3), 498-505.

Vasconcelos, M. de F. F. de., Machado, D. de. O., & Protazio, M. M. (2014). Considerações sobre o cuidado em álcool e outras drogas: uma clínica da desaprendizagem. *Interface – Botucatu*. 1-12.

Vasters, G. P., & Pillon, S. C. (2011). O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 19(2), 1-8.

Zanatta, A. B., Garghetti, F. C., & Lucca, S. R. (2012). O centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas sob a percepção do usuário. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 36(1), 225-237.

World Health Organization (2014). *Global status report on alcohol and health*. Geneva: WHO Press.

APÊNDICES

Apêndice A – Roteiro de entrevista semiestruturada

Entrevista com usuário

Dados de identificação e sociodemográficos:

Iniciais:	Idade:	Sexo:
Escolaridade:	Religião:	Estado civil:
Filhos:	Idade (filhos):	Com quem mora:
Profissão:	Faixa salarial familiar:	

1. Atualmente você está frequentando o CAPSAd. Quais as razões para você buscar o serviço do CAPS? Como foi essa busca? Há quanto tempo frequenta o CAPSAd?
2. Já frequentou algum outro serviço/instituição para cuidar dos problemas ocasionados pelo uso de álcool? Qual serviço? Por quanto tempo? Qual foi o motivo da desistência?
3. Há quanto tempo faz uso do álcool?
4. No CAPSAd, foi elaborado um PTS para você? Você ajudou a construí-lo? Quem mais participou da construção?
5. Você participa de alguma atividade no serviço? De quais atividades você participa? Quais a que mais gosta e a que menos gosta? Conte-me como funciona a que você mais gosta.
6. Como é a sua relação com os profissionais do serviço?
7. Tem algum profissional que você considera mais importante no seu cuidado? Porque?
8. Sente-se acolhido e atendido em suas necessidades no CAPSAd?
9. As atividades são todas desenvolvidas no CAPSAd? Há atividades fora do CAPSAd? Ex: visita domiciliar, atividades no bairro, comunidade.
10. Algum outro aspecto da sua vida, além dos problemas específicos relacionados ao uso de álcool, são considerados no PTS? Quais? Ex: problemas de saúde, relacionamento familiar/social, vida laboral...
11. Em relação ao seu cuidado, você recebe algum apoio da sua família ou amigos/colegas? Que tipo de apoio?

12. Tem alguém com quem você tem vínculo, que participa das atividades desenvolvidas no CAPSAd? Ex: família, amigos, colegas.
13. Se há, como ocorre essa participação? Que tipo de apoio essa pessoa oferece? Como você se sente em relação a participação dela?
14. Como você vê a relação entre o apoio(s) de pessoas significativas para você (ou a falta de apoio) e o seu cuidado (desejo de se tratar, mudanças ocorridas pós tratamento)?
15. Na sua percepção, o cuidado oferecido no CAPS se estende para sua família e/ou outras pessoas que são significativas para você? De que maneira?
16. A partir do seu acompanhamento no CAPSAd, percebeu alguma mudança na sua vida? Quais? Me fale sobre elas.
17. A partir do seu acompanhamento no CAPSAd, percebeu alguma mudança nas suas relações afetivas e sociais? Ex: com a família, amigos, colegas. Me fale sobre essas mudanças.
18. Como você avalia o cuidado oferecido à você no CAPSAd? O que você poderia me falar mais sobre isso?
19. Em algum momento você pensou em desistir do acompanhamento no CAPSAd? Por quais razões?
20. Teve alguma mudança no seu padrão de consumo após iniciar acompanhamento no CAPSAd?
21. Como foi para você participar desta entrevista?
22. Gostaria de dizer mais alguma coisa

Entrevista com membro da rede social significativa do usuário

Dados de identificação e sociodemográficos:

Iniciais:	Idade:	Sexo:
Escolaridade:	Religião:	Estado civil:
Filhos:	Idade (filhos):	Com quem mora:
Profissão:	Faixa salarial familiar:	

1. Qual é seu vínculo com o usuário (familiar, amigo)? Como é sua relação com ele?
2. Como você entende os problemas relacionados ao uso de álcool na vida de seu familiar/amigo?
3. Como você percebe as relações do seu familiar/amigo/colega com você e com outras pessoas? Como elas acontecem?
4. Percebeu alguma mudança nas relações do usuário com a família e

pessoas próximas após acompanhamento no CAPSad?

5. Percebeu alguma mudança na vida do usuário após o acompanhamento no CAPSad? Qual?

6. Você participa das atividades desenvolvidas no CAPSad? De que forma?

7. Oferece algum apoio para seu familiar/amigo? Qual?

8. Qual a relação que você faz entre o apoio (ou falta de apoio) oferecido e as mudanças propiciadas pelo cuidado ao usuário?

9. Como você avalia o cuidado que é oferecido no CAPSad? Poderia me falar mais sobre isso?

10. Como foi para você participar desta entrevista?

Apêndice B – Termo de consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Termo de consentimento Livre e Esclarecido

Prezado participante,

Eu, Claudia Daiana Borges, aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), convido-o a participar do processo de coleta de dados da minha pesquisa de dissertação de mestrado, sob orientação da Prof^a Dr^a Daniela Ribeiro Schneider intitulada **“Relação entre rede social significativa e atenção à saúde de usuários de CAPSad com problemas relacionados ao uso de álcool”**. Este estudo tem como objetivo caracterizar as redes sociais significativas dos usuários e analisar a relação delas com a atenção à saúde. Este estudo visa contribuir para as práticas de atenção e cuidado aos usuários de álcool atendidos no CAPSad.

Sua participação é voluntária, não remunerada e anônima, você poderá solicitar informações durante qualquer fase da pesquisa, inclusive após a sua publicação. Caso haja o consentimento, sua participação ocorrerá por meio de uma entrevista com um roteiro de perguntas relacionadas ao tema da pesquisa e com a construção de um mapa de rede. O estudo não traz nenhum risco para o participante, porém, o processo de respostas da entrevista e a construção do mapa de rede pode provocar mobilização emocional, neste caso, o participante será acolhido no momento da entrevista pela pesquisadora e, se necessário, posteriormente encaminhado aos profissionais do CAPSad onde será realizada a pesquisa para um acompanhamento.

Caso aceite participar da pesquisa, peço sua autorização para que possa gravar a entrevista respondida por você, sendo que apenas eu terei acesso direto às informações que forem dadas. Seu nome ou quaisquer dados que possam identificá-lo não serão utilizados, há garantia do sigilo da sua identidade e das informações coletadas. Você pode, a qualquer momento, desistir de participar da pesquisa e sua recusa não implicará qualquer penalidade ou prejuízo. Os resultados da presente pesquisa serão divulgados à instituição concedente e aos participantes que tiverem interesse, após a defesa da dissertação, em data a ser agendada.

Se tiver alguma dúvida quanto aos aspectos éticos em torno do desenvolvimento desta pesquisa, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina pelo telefone (48) 3721-9206 ou pelo e-mail cep.propesq@contato.ufsc.br. Ou ainda, pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria Estadual de Saúde (SC) pelos telefones (48) 3212-1660, 3212-1644 ou pelo e-mail cepses@saude.sc.gov.br.

Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceitar participar do estudo, solicito sua assinatura em duas vias, sendo que uma delas permanecerá em seu poder. Se você tiver alguma dúvida sobre o estudo e/ou desejar algum esclarecimento entre em contato com a pesquisadora pelo telefone (48) 9673-4411 ou no e-mail claudia.daiana@gmail.com.

Claudia Daiana Borges
Pesquisadora principal

Prof^a Dra. Daniela Ribeiro Schneider
Pesquisadora responsável e orientadora

Eu, _____, fui esclarecido (a) sobre a pesquisa: Relação entre rede social significativa e atenção à saúde de usuários de CAPSad com problemas relacionados ao uso de álcool e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

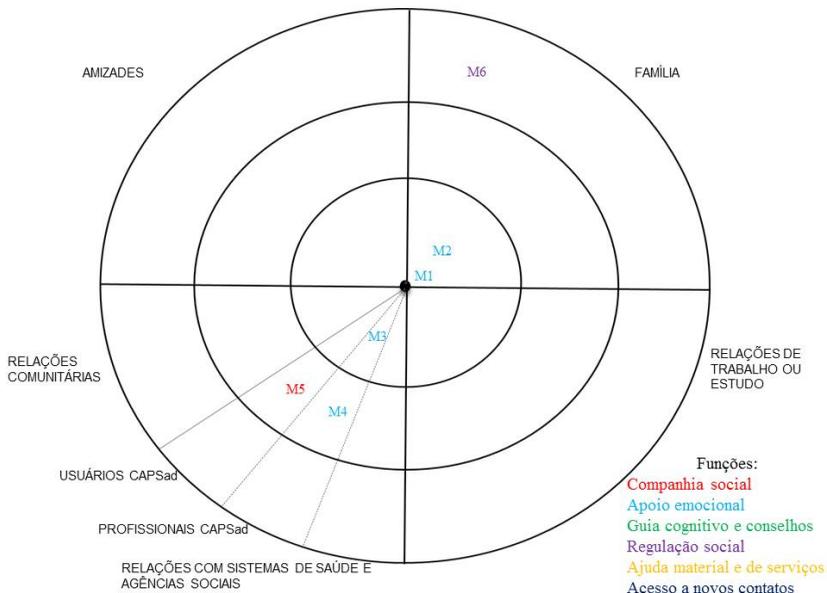
Florianópolis, ____ de _____ de 2015.

Assinatura do participante

RG: _____

Apêndice C – Mapa de rede individuais dos usuários com principal função

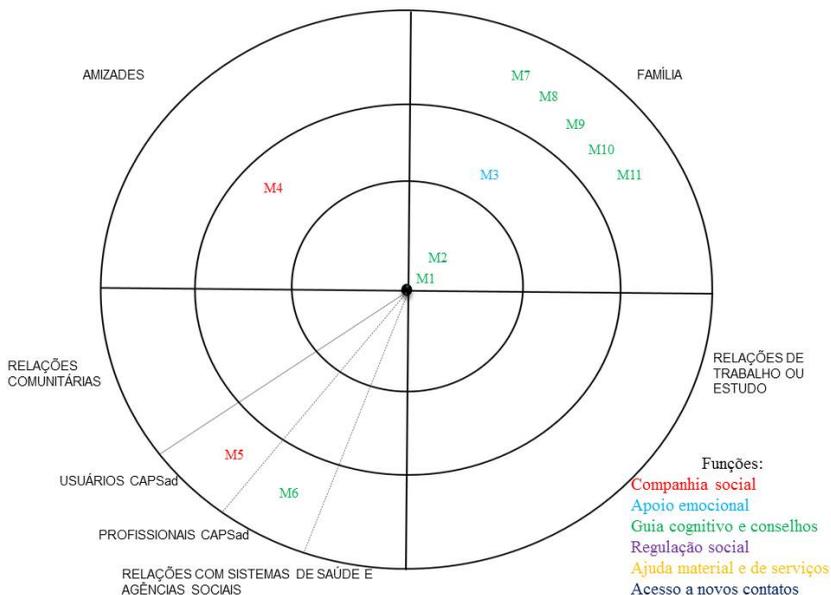
USUÁRIO 01:



Fonte: desenvolvido pela autora

Membro	Vínculo
M1	Filho
M2	Filha
M3	Assistente social CAPSad
M4	Psicólogo CAPSad
M5	Colega do CAPSad
M6	Filho

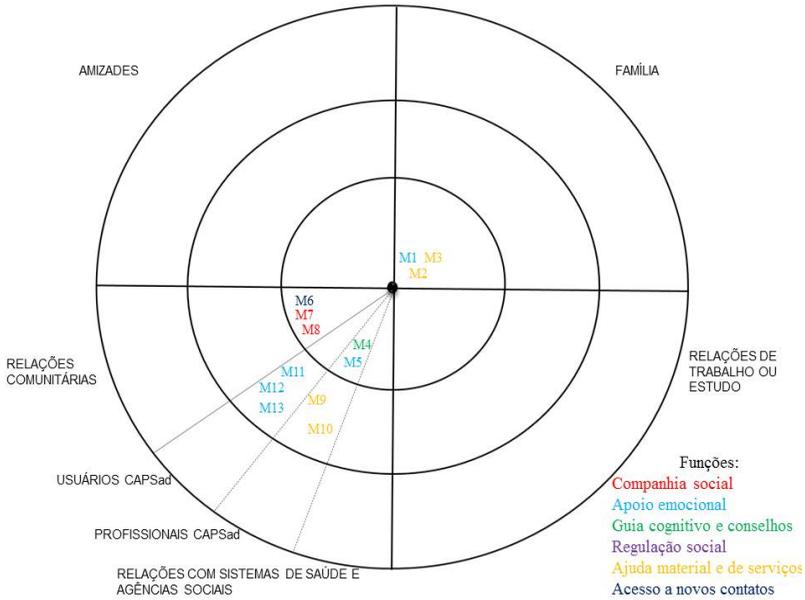
USUÁRIO 02



Fonte: desenvolvido pela autora

Membro	Vínculo
M1	Mãe
M2	Filha
M3	Tio
M4	Colega de moradia
M5	Colega do CAPSad
M6	Terapeuta Ocupacional do CAPSad
M7	Irmã
M8	Irmã
M9	Irmã
M10	Irmã
M11	Irmã

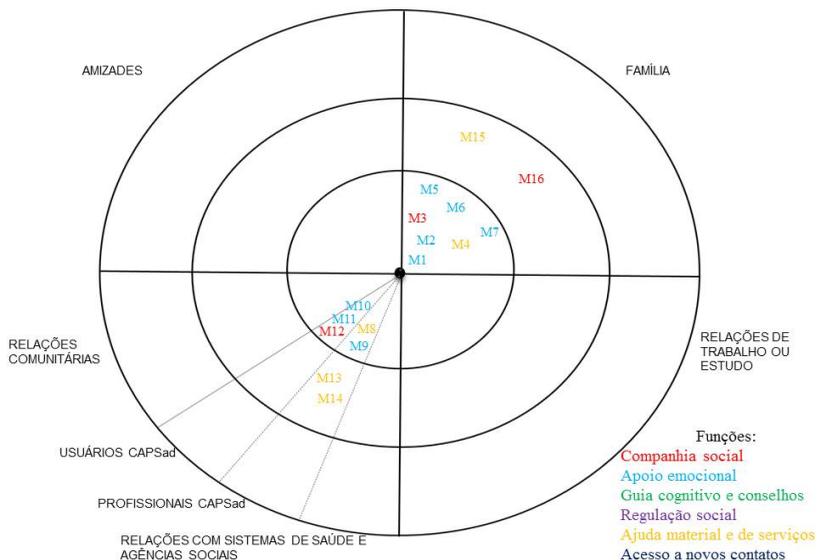
USUÁRIO 03



Fonte: desenvolvido pela autora

Membro	Vínculo
M1	Filho
M2	Filho
M3	Filho
M4	Assistente Social do CAPSad
M5	Psicólogo anterior do CAPSad
M6	Vizinho
M7	Vizinho
M8	Vizinho
M9	Psicóloga do CAPSad
M10	Téc. Enfermagem do CAPSad
M11	Colega do CAPSad
M12	Colega do CAPSad
M13	Colega do CAPSad

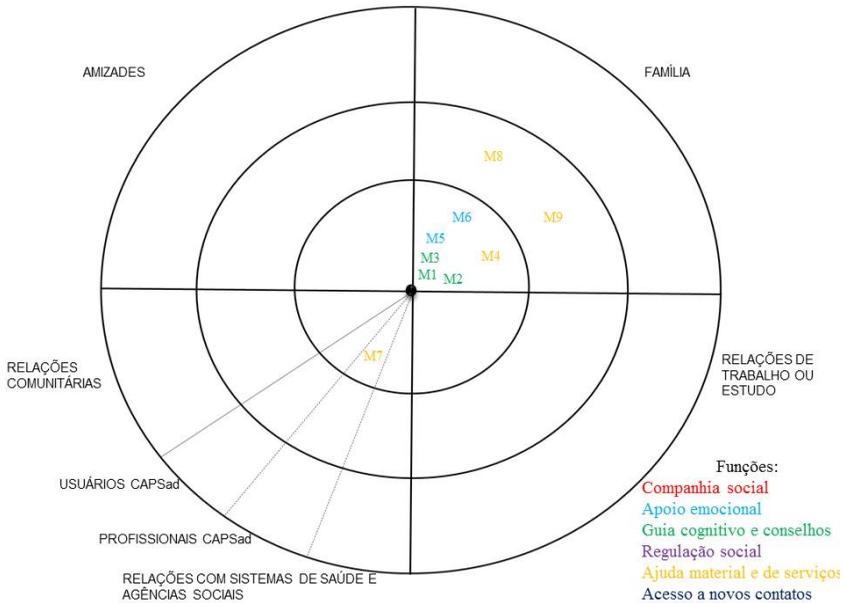
USUÁRIO 04



Fonte: desenvolvido pela autora

Membro	Vínculo
M1	Irmã
M2	Filho
M3	Primo
M4	Cunhado
M5	Tia
M6	Tia
M7	Tia
M8	Psicóloga do CAPS
M9	Téc. Enfermagem do CAPS
M10	Colega do CAPS
M11	Colega do CAPS
M12	Colega do CAPS
M13	Psiquiatra do CAPS
M14	Assistente social do CAPS
M15	Ex esposa
M16	Ex cunhado

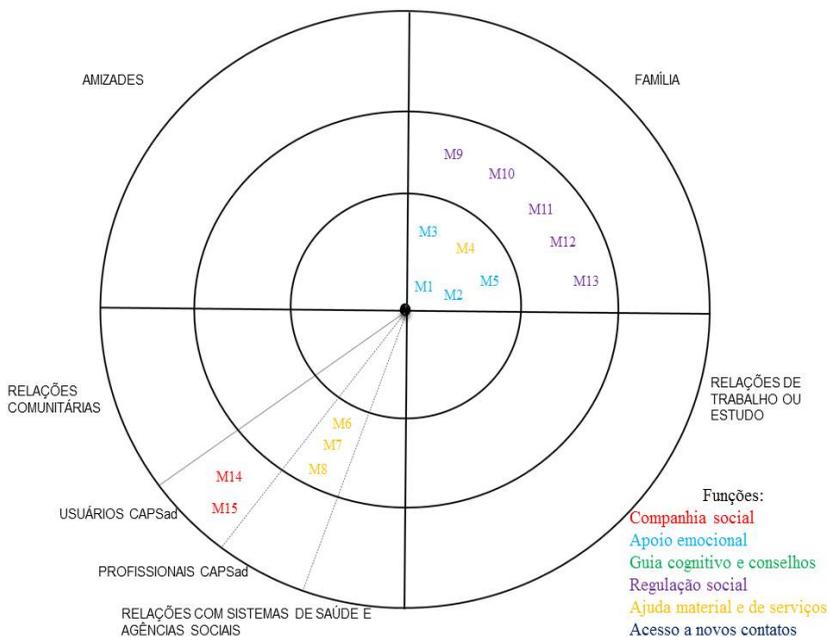
USUÁRIO 05



Fonte: desenvolvido pela autora

Membro	Vínculo
M1	Filho
M2	Filho
M3	Filha
M4	Esposo
M5	Neta
M6	Sobrinho
M7	Assistente social do CAPSad
M8	Nora
M9	Genro

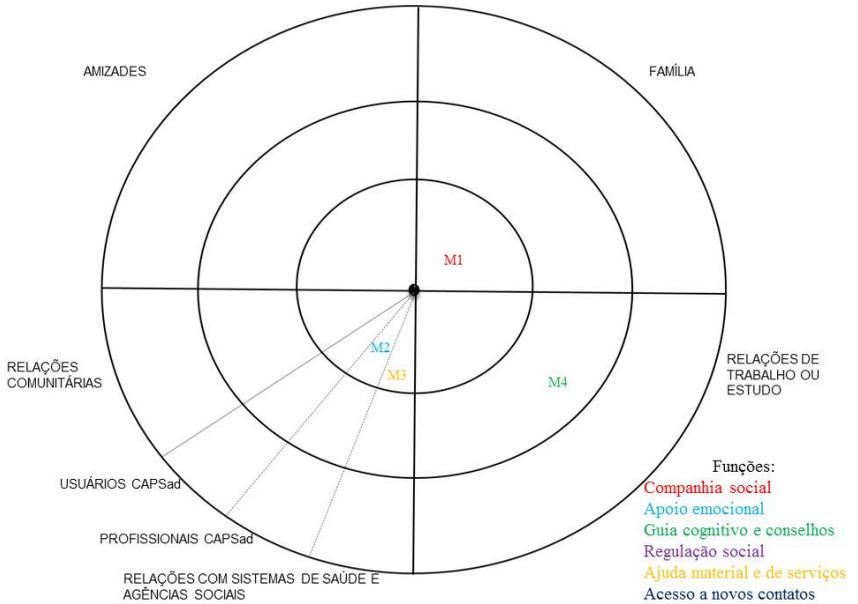
USUÁRIO 07



Fonte: desenvolvido pela autora

Membro	Vínculo
M1	Filha
M2	Filho
M3	Irmão
M4	Irmã
M5	Irmão
M6	Psicólogo do CAPSad
M7	Téc. Enfermagem do CAPSad
M8	Terapeuta Ocupacional do CAPSad
M9	Sobrinho
M10	Sobrinho
M11	Sobrinho
M12	Sobrinho
M13	Sobrinho
M14	Colega do CAPSad
M15	Colega do CAPSad

USUÁRIO 08



Fonte: desenvolvido pela autora

Membro	Vínculo
M1	Esposo
M2	Psicóloga do CAPSad
M3	Profissional do CRAS
M4	Amiga do trabalho