



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CURSO DE MEDICINA - *CAMPUS* SOBRAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSO
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ROBERLANDIA EVANGELISTA LOPES

**O DITO, O NÃO DITO E O BENDITO: COMPREENDENDO O ENFRENTAMENTO
DE MULHERES FAMILIARES DE USUÁRIOS DE DROGA**

**SOBRAL
2012**

ROBERLANDIA EVANGELISTA LOPES

O DITO, O NÃO DITO E O BENDITO: COMPREENDENDO O ENFRENTAMENTO DE
MULHERES FAMILIARES DE USUÁRIOS DE DROGA

Dissertação apresentada como pré-requisito
parcial para obtenção do título de mestre em
Saúde da Família. Linha de Pesquisa: Gestão
de Sistemas e Serviços de Saúde; Área de
Pesquisa: Saúde Mental, Violência e Cuidado.

Orientadora: Prof. Dra. Eliany Nazaré
Oliveira

SOBRAL
2012

ROBERLANDIA EVANGELISTA LOPES

O DITO, O NÃO DITO E O BENDITO: COMPREENDENDO O ENFRENTAMENTO DE
MULHERES FAMILIARES DE USUÁRIOS DE DROGA

Dissertação apresentada como pré-requisito
parcial para obtenção do título de mestre em
Saúde da Família. Linha de Pesquisa: Gestão de
Sistemas e Serviços de Saúde;

Área de Pesquisa: Saúde Mental, Violência e
Cuidado.

Aprovado em ___/___/___.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Eliany Nazaré Oliveira(Orientador)
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)



Profa. Dra. Fabiane Amaral Gubert
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca do Curso de Medicina de Sobral

-
- L855d Lopes, Roberlandia Evangelista.
 O dito, o não dito e o bendito: compreendendo o enfrentamento de mulheres familiares de usuários de droga / Roberlandia Evangelista Lopes. – 2012.
 127 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Curso de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Biotecnologia, Sobral, 2012.
 Área de Concentração: Saúde mental.
 Orientação: Profa. Dra. Eliany Nazaré de Oliveira.

1. Uso de drogas. I. Título.

Dedico, sem hesitar, esta produção, escrita no desejo de bem servir as mulheres familiares de usuários de droga e a todos que refletiram em gestos, carinhos e olhares esperançosos mensagens de amor e orgulho no desenvolver deste estudo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo amor que me é concedido, por sua misericórdia extrema e por ser Ele a luz que guia minhas escolhas e possibilita o crescente ciclo de aprendizagem que me rodeia.

Tenho gratidão imensa pela base familiar e conduta de caráter que os meus pais: Lourival Lopes e Mocinha Evangelista me concederam. Foi através deles que percebi que os nossos sonhos se concretizam pela misericórdia de Deus e pela luta contínua em busca das nossas realizações profissionais e pessoais.

Sou grata aos meus irmãos: Silverlandia, Aglaylandia e Ricardo pelo companheirismo, a credibilidade e o apoio durante essa jornada. E, em especial Vilberlandia Lopes por sua excelência gramatical e apoio nas correções gramaticais desse estudo.

Agradeço ao meu namorado, Jorge Avila Miranda por toda paciência, respeito ao meu tempo de produção, por ser um incentivador nesse processo e pelo o amor incondicional que esse me oferta diariamente.

Agradeço a Prof^a Dra. Eliany Oliveira, pelo os acréscimos de conhecimentos, pela credibilidade na proposta, em fim, pela contribuição memorável a realização desse estudo.

Pela disponibilidade, compromisso, profissionalismo impecável e por participar da banca de avaliação tanto do projeto, quanto desta dissertação, agradeço a Profa. Dra. Fabiane Amaral Gubert.

Pelas as contribuições desde a graduação em enfermagem, disponibilidade em participar da banca examinadora desta dissertação bem como a banca de qualificação. Agradeço a Profa. Dra. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas.

Sou grata á CAPES, pelo apoio financeiro com a manutenção da bolsa de auxílio nessa jornada.

Agradeço a todos os colegas e professores do MASF pelas contribuições e as ricas discussões que foram veladas no decorrer das disciplinas. Sou grata a todos do serviço de saúde mental que abriram as portas para que pudéssemos mergulhar no contexto das mulheres entrevistadas.

E, por fim, gostaria de agradecer aqueles que de alguma forma não acreditaram ou se negaram a me prestar auxílio nessa jornada. Muitas das minhas conquistas foram frutos das vezes que escutei o “não” e das vezes que me disseram que não iria conseguir. Sou grata a todos, uma vez que, eles desencadearam processos de enfrentamentos positivos e geradores de conquistas e vitórias.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo compreender as estratégias de enfrentamentos utilizadas por mulheres que convivem com familiares usuários de droga, no Município de Sobral-CE. Com abordagem qualitativa, a pesquisa foi desenvolvida nos espaços em que há cuidados voltados aos familiares de usuários de drogas, dos quais foram: Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e drogas (CAPS ad), Centro de referência especializado de Assistência Social (CREAS), Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral (UIPHG) no Hospital Dr. Estevam Ponte Ltda em Sobral-CE, assim como em alguns domicílios do referido Município. Fizeram parte da pesquisa 26 mulheres familiares de usuários de droga, nos meses de julho, agosto e setembro de 2012. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) mediante CAAE nº01255712.1.0000.5053. Para coleta de informações foi proposta uma entrevista semiestruturada, baseada no Inventário de Lazarus e Folkman (1985). A técnica de bola de neve foi utilizada após as entrevistas. Após a coleta, as informações foram transcritas na íntegra, respeitando o dito, o não dito e o bendito por essas mulheres. A sequência da análise ocorreu de modo a cumprir os objetivos do estudo, sendo construídos os seguintes tópicos: Dispositivos de saúde e domicílio da captação das mulheres entrevistadas, Características das mulheres entrevistadas, Significados da convivência entre mulher cuidadora e o familiar usuário de droga, e análise das falas no contexto dos pólos teóricos *coping* de Folkman e Lazarus (1985), fazendo uso dos seguintes pólos: Confronto, Afastamento, Autocontrole, Suporte Social, Aceitação da Responsabilidade, Fuga-esquiva, Resolução do Problema e Reavaliação Positiva. Assim como observar se esses pólos eram focados na emoção ou focados no problema, pelos resultados verificou-se que: as vinte seis mulheres entrevistadas têm uma margem de idade de 30 a 60 anos, tendo prevalência na década de quarenta, perfazendo um total de dez mulheres; que nove têm primário incompleto; seis são analfabetas. Há uma prevalência de mães cuidadoras, perfazendo um total de quatorze mães nesse estudo. Houve um destaque para uso do *crack* e o álcool entre os familiares dessas mulheres. Foi

desvelado na pesquisa que conviver com usuário de droga pode produzir nessas mulheres cuidadoras um contexto de ausência de diálogo, processos de adoecimentos e insegurança, repercutindo no domicílio um ambiente de violência, medo e sofrimento. O dito, o não e o bendito pelas mulheres cuidadoras de usuários de droga revelaram que suas estratégias de enfrentamento devem ser pautadas no melhor lidar com o uso da droga pelo familiar, a fim de tentar sanar ou minimizar processos de adoecimentos e obter melhor qualidade de vida, assim como produzir um cuidado compartilhado juntamente com os profissionais de saúde para melhor adesão e tratamento do parente que faz o uso das substâncias psicoativas. Isso pode predizer menos conflitos familiares no conviver, sintomas de ansiedades e depressão entre essas mulheres.

Palavras-Chave: Mulheres cuidadoras. Usuário de droga. Enfrentamento.

ABSTRACT

This study Aiming to understand the coping strategies used by women who live with family members of drug users in the city of Sobral-CE. This is a qualitative research Conducted in areas where there is care directed to the families of drug users, of Whom were: Psychosocial Care Center for Alcohol and drugs (CAPS ad), specialized reference center for Social Welfare (CREAS) Inpatient Psychiatric Unit in General Hospital (UIPHG) Hospital Dr. Esteban Bridge Ltd in Sobral-CE, as well as in some of the said municipality Households. The research Followed all ethical principles, and the study CAAEE: CAAE nº01255712.1.0000.5053. Proposed for information collection was the semi-structured interview based on Inventory Lazarus and Folkman (1985). This was applied with women relatives of drug users. It was used During the interviews the snowball technique. After collection, data were transcribed verbatim, respecting said, the unsaid and blessed by these women. The sequence analysis occurred in order to meet the study objectives. Since building the Following topics: health and home devices capture the women interviewed, Characteristics of the women interviewed, Meanings of coexistence between woman and family caregiver drug user and analysis of the statements in the context of theoretical poles coping Folkman and Lazarus (1985) making Following the use of areas: Head, Retirement, Self, Social Support, Accepting Responsibility, Escape-avoidance, problem resolution and positive reappraisal. The Noted if these poles were focused on problem-focused or emotion. By the results it was found that: the twenty six women interviewed have a margin of age 30 to 60 years, with prevalence in the forties, for a total of ten women. Nine have primary education. Six are illiterate. There is a prevalence of caring mothers, making a total of fourteen mothers in this study. There was an emphasis on alcohol and crack use among family members of these women. It was unveiled in research to live with drug user can produce these female caregivers Absence of a context of dialogue, processes Illnesses and insecurity at home reflecting an environment of violence, fear and Suffering. Said, the not blessed by women and carers of drug users coping strategies Revealed That Should be guided by the best deal with drug use by a family member in order to try to remedy or minimize

Illnesses processes and Achieve better quality of life of life, so to produce a shared care with health professionals to better treatment adherence and the relative who makes use of psychoactive substances. This can predict Fewer conflicts in family living, symptoms of anxiety and depression among these women.

Key Words: Women caregivers. drug user. *coping.*

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADS	Áreas Descentralizadas de Saúde
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial álcool e droga
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centros de referência especializado de assistência Social
ESF	Estratégia Saúde da Família
GT antidrogas	Grupo de trabalho antidrogas
RAISM	Rede de atenção integral de Saúde mental
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UIPHG	Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral no Hospital Dr.

LISTA DE QUADROS

Quadro1- Descrição dos pólos teóricos de <i>Coping</i>	14
---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura1 - Rede de atenção Integral a saúde mental de Sobral-CE.....	32
Figura 2- Demonstração dos Dispositivos de Saúde Mental e Domicílios envolvidos na captação de mulheres familiares de usuários de droga.....	49
Figura3 -Caracterização das mulheres familiares de usuários de droga quanto à idade em Sobral-CE.....	51
Figura 4 -Caracterização das mulheres familiares de usuários de droga quanto ao grau de escolaridade em Sobral-CE.....	52
Figura 5 -Caracterização das mulheres familiares de usuários de droga quanto ao parentesco com usuário de droga, droga de uso e tempo de convívio em Sobral-CE, 2012.....	53
Figura 6- Os significados da convivência de mulheres familiares usuários de droga, Sobral, 2012.....	56
Figura 7- Os pólos teóricos de <i>coping</i> e suas respectivas categorias construídas mediante as falas de mulheres familiares de usuários de droga em Sobral-CE.....	67

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
1.1 A imersão nas próprias experiências	5
1.2 Problematizando o objeto da experiência	7
1.3 Justificativa relevância	11
2 OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo Geral	14
2.2 Objetivos Específicos	14
3 REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1 Teoria Transacional	15
3.1.1 Compreensão da Categoria Enfrentamento	21
3.2 Gênero, Cuidado e Saúde Mental	23
4 TRAJETO METODOLÓGICO	32
4.1 Escolha do Método Qualitativo	32
4.2 Desenho da Pesquisa	32
4.2.1 Cenário do Estudo	32
4.2.2 Período do Estudo	37
4.2.3 Sujeitos da Pesquisa	38
4.2.4 Procedimento de Coleta de Informação	39
4.2.5 Aplicação das Entrevistas	39
4.3 Aspectos éticos e Legais da Pesquisa	42
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES DOS ACHADOS	45
5.1 Dispositivos de Saúde/Domicílios de Captação	45
5.1.1 Imersão no CAPS ad	45
5.1.2 Imersão no CREAS	47
5.1.3 Imersão na UIPHG	49

<i>5.2 Caracterizando as Mulheres Familiares de Usuários de droga</i>	<i>53</i>
<i>5.3 Os significados da Convivencia sob o Uso de droga</i>	<i>57</i>
<i>5.3.1 Usuário Antes e Depois: Mudança e Não Mudança como o uso da droga</i>	<i>59</i>
<i>5.3.2 Contexto da Convivência Familiar</i>	<i>60</i>
<i>5.3.2.1 Ausencia de Diálogo</i>	<i>60</i>
<i>5.3.2.2 Adoecimentos</i>	<i>61</i>
<i>5.3.2.3 Insegurança</i>	<i>62</i>
<i>5.3.3 Consequências do uso da droga para o contexto familiar</i>	<i>63</i>
<i>5.3.3.1 Violências</i>	<i>63</i>
<i>5.3.3.2 Medo</i>	<i>64</i>
<i>5.3.3.3 Sofrimento</i>	<i>65</i>
<i>5.4 Análise das falas no contexto dos pólos teóricos e coping</i>	<i>66</i>
<i>5.4.1 Pólo teórico Confronto</i>	<i>70</i>
<i>5.4.1.1 Extravassando sentimentos</i>	<i>70</i>
<i>5.4.1.2 Comportamentos arriscados</i>	<i>71</i>
<i>5.4.2 Pólo teórico Afastamento</i>	<i>72</i>
<i>5.4.2.1 Negando o problema</i>	<i>72</i>
<i>5.4.2.2 Vendo o lado bom da situação</i>	<i>73</i>
<i>5.4.3 Pólo teórico Autocontrole</i>	<i>73</i>
<i>5.4.3.1 Autocorntrole dos sentimentos e atitudes</i>	<i>73</i>
<i>5.4.3.2 Não exposição do problema</i>	<i>74</i>
<i>5.4.4 Pólo teórico Suporte Social</i>	<i>75</i>
<i>5.4.4.1 Conversando com pessoas</i>	<i>76</i>
<i>5.4.4.2 Procurando ajuda profissional</i>	<i>76</i>
<i>5.4.3.2 Buscando conselhos com amigos e parentes</i>	<i>77</i>
<i>5.4.5 Pólo teórico Aceitação da Responsabilidade</i>	<i>78</i>

<i>5.4.5.1 Sentindo culpa e arrependimento</i>	78
<i>5.4.5.2 Resgatando perdas e danos</i>	79
<i>5.4.5.3 Compreendendo a Culpa</i>	80
<i>5.4.6 Pólo teórico Fuga-esquiva</i>	81
<i>5.4.6.1 Esperando um milagre</i>	81
<i>5.4.6.2 Procurando comportamentos de compensação</i>	82
<i>5.4.6.3 Fugindo das Pessoas</i>	83
<i>5.4.6.4 Extravassando raiva em outras pessoas</i>	83
<i>5.4.6.5 Negando os acontecimentos</i>	84
<i>5.4.7 Pólo teórico Resolução do Problema</i>	85
<i>5.4.7.1 Centrando em ações e atitudes</i>	85
<i>5.4.7.2 Aprendendo com as experiencias</i>	86
<i>5.4.7.3 Reconhecendo acertos e encontrando outras soluções</i>	87
<i>5.4.8 Pólo teórico reavaliação Positiva</i>	87
<i>5.4.8.1 Reconhecendo acertos e encontrando outras soluções</i>	88
<i>5.4.8.2 Renovando a Fé</i>	88
<i>5.4.8.3 Rezando e Qualificando a Fé</i>	89
<i>5.5 Convivendo com as mulheres familiares de usuários de droga: Impressões da assistência de saúde mental</i>	90
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS	97
ANEXOS	110
APÊNDICES	115

1. INTRODUÇÃO

1.1 A imersão nas próprias experiências

Eu fico louco. Eu fico fora de si. Eu fico assim. Eu fico fora de mim. Eu fico um pouco. Depois eu saio daqui. Eu vou embora. Eu fico fora de si. Eu fico oco. Eu fico bem assim. Eu fico sem ninguém em mim.

(Arnaldo Antunes).

Em nosso cotidiano existem alguns assuntos que permeiam várias fases de nossa vida: A droga é uma dessas temáticas. Comecei a me interessar de forma mais efetiva na adolescência. Nessa fase, tive crescente curiosidade sobre o tema. No entanto, os padrões culturais que ditam os comportamentos e condutas de uma população, muitas vezes, me colocavam em espaços de aprendizagens que trabalhavam o assunto de forma radical, ou seja, não educava para escolhas e sim para uma posição definida sobre o assunto: Diga sempre não ao uso da droga. Ressalto que o tipo de droga em discussão era a ilícita.

Tais processos foram assimilados. Passei a temer o uso e as pessoas que usavam drogas ilícitas. E aceitar as drogas lícitas como menos devastadoras. Ao entrar em um processo formativo de nível superior vinculado à saúde, passei a rever alguns pré-conceitos formados durante o ensino médio. Em conversas, participações em cursos, entre outros, vivenciei ciclos sobre o assunto que desmitificaram algumas posições mais radicais. Nesse momento houve o reconhecimento do uso abusivo como problema de saúde e a importância do profissional de saúde no cuidado dessas pessoas. No entanto, clarifico que os espaços de aprendizagens sobre a temática durante a graduação de enfermagem foram poucos. Não houve ênfase no tema.

A disciplina de saúde mental foi à única que abordou essa temática. Pela sua carga horária e a necessidade de trabalhar outros temas vinculados à saúde mental, a discussão sobre droga foi incipiente. E, nesse momento, questiono: Como preparar o enfermeiro para lidar com os usuários de drogas e sua família tendo uma formação incipiente e basicamente teórica sobre o assunto?

Tal indagação reflete nos nossos campos práticos. Há uma negação e/ou fuga por parte dos profissionais que lidam com os processos de drogadicção. São profissionais de saúde que não se responsabilizam por essa demanda e acabam não dando conta das necessidades dessas pessoas.

Após a graduação, tive a oportunidade de vivenciar a Residência Multiprofissional em Saúde da Família em Sobral – CE; que pretende contribuir para a reflexão e transformação do

processo de trabalho, visando o desenvolvimento de novas tecnologias na perspectiva da Promoção da Saúde. Em seu caráter político pedagógico, estimula os profissionais residentes a uma reflexão constante no pensar e agir e, acima de tudo, valorizar o ser humano, ter esperança nas pessoas como sujeitos capazes de transformar sua história e surpreender a nossa limitada visão academicista de autonomia.

Em vista da importância da residência e de sua proposta pedagógica, eu, como enfermeira residente, vivenciei cenários de grandes desafios dentro do território e me surpreendi com as suas riquezas humanas e potencialidades. Durante o período de territorialização, foi possível conhecer a cultura local e mergulhar em um movimento de construção e desconstrução de valores e práticas profissionais, indo na contramão da visão estigmatizada de alguns pelos territórios que reduzem as famílias à pobreza e à exclusão social.

Dentre as fragilidades do território, a droga era apontada pelos moradores como um dos maiores problemas existentes ali. Nesse momento, senti a necessidade de me debruçar sobre o assunto e vi ali a chance de aproximar o conhecimento teórico, o qual detinha, com a vivência prática com que me deparava.

Dentro desse contexto, tive a oportunidade de participar de um grupo de trabalho antidrogas (GT antidroga), no qual utilizava práticas esportivas saudáveis para afastar crianças e adolescentes do meio da drogadicção.

Esse GT de drogas contava com participação da população, profissionais de saúde, polícia militar, alguns equipamentos sociais como escolas e Conselhos Regionais de Assistência Social. As atividades eram realizadas no próprio território e contávamos com a participação de três voluntários da população para ensinar práticas esportivas de capoeiras, futebol e dança cultural. As atividades visavam à promoção e recuperação dos jovens em geral de uma forma corresponsável.

Outro trabalho que tive oportunidade de realizar foi a coleta de informações em prontuários dos usuários que utilizavam psicotrópicos da Estratégia Saúde da Família (ESF), e um número me chamou atenção. Pude perceber que a maioria das pessoas utiliza psicotrópicos, com destaque para os benzodiazepínicos.

Uma das suposições a qual acreditava que justificava o uso indiscriminado de psicotrópicos era a seguinte situação: mulheres, mães e filhas em busca de auxílio para os familiares, ou até mesmo mulheres que vivem em constante processo de adoecimento/situações conflitantes e são assíduas no acolhimento da Unidade de Saúde. Tais

constatações surgiram mediante imersão no contexto familiar da comunidade durante o período que atuei como enfermeira residente da ESF. Lá foi possível conhecer os processos sociais e históricos os quais as pessoas vivenciam. O que mais me angustiava era o fato de perceber que a assistência a essas mulheres era realizada de forma desarticulada, curativa e medicalizante. Essas condutas ferem os princípios da ESF e da promoção da saúde e, principalmente, a atenção integral dessas mulheres.

Por estar sensível aos debates sobre questão de gênero e ter desenvolvido ações já nesse campo, além de ter conhecimento sobre a situação epidêmica da droga nos bairros de Sobral e os malefícios que esta situação está trazendo para essas pessoas, além de reconhecer o quanto o consumo e a dependência de drogas pode agravar a qualidade de vida na comunidade, é que busco realizar e fundamentar essa temática.

Como supracitado dentro da ESF, é comum, e deparei-me com mulheres em processo de adoecimento que buscam auxílio de profissionais de saúde. Essas comungam de uma mesma dor: são parentes, em sua maioria mães, de usuários de droga. É válido salientar que essas mulheres perfazem um número significativo da demanda assistida nas ESF. São mulheres poliquexosas que veem a ESF como fuga e auxílio de sua realidade. A responsabilização por diversas atividades fazem com que as mesmas, muitas vezes, entrem em processo de adoecimento. E, em várias situações, a forma de enfrentar esse fator estressor, ou seja, a convivência com o usuário de droga, faz com que a mulher desenvolva comportamentos disfuncionais e nocivos a sua saúde, mesmo que essa não perceba tal situação.

Todas as pessoas que vivenciam processos que as subjugam a um fator estressante tendem a buscar uma saída. São as formas de enfrentamento. E cada um tem sua maneira específica de enfrentar o problema ou a situação conflitante. Empiricamente vejo a ESF e os profissionais de saúde como uma das ferramentas de apoio utilizada por essas mulheres.

E por perceber a ESF como um espaço de cuidado integral, humano e acolhedor, vejo necessidade de conhecermos as estratégias de enfrentamento dessas mulheres que convivem com a problemática da drogadicção, a fim de reorganizar e ressignificar práticas de atenção voltadas a essas mulheres, além de instigar o profissional da saúde a ser um agente capacitador e facilitador desse “cuidar”.

1.2 Problematizando o objeto da pesquisa

Clarificamos nesse momento que, a partir desse capítulo, optaremos por utilizar a primeira pessoa do plural em toda a pesquisa. A dependência química é uma patologia que

chama a atenção e se caracteriza uma ameaça à saúde pública, trazendo ônus considerável ao adicto e à sua família, pois comumente a adicção leva a perdas de empregos, rupturas familiares, instabilidade financeira e abuso físico e psicológico. Não podemos desconsiderar a situação a qual estamos presenciando nesse momento.

Antes de dar continuidade aos processos de sistematização do objeto, notamos que é pertinente dialogar sobre a escolha do termo para caracterizar as pessoas que fazem uso de drogas. Em meio as nossas experiências e referências consultadas, decidimos utilizar a terminologia “usuário de drogas” durante toda essa produção textual.

A priori, salientamos que o termo, a nosso ver, é o que menos traz uma denominação estereotipada de uso. Denomina-se uso da droga, independente de estipulação de diagnóstico ou não, seja álcool, tabaco, maconha, cocaína etc.

O que tem que ficar claro é que não há padronização apontada e unificada para denominação de pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, seja ela lícita ou não. Nas leituras empíricas há uma variação conceitual imensa para denominar as pessoas que usam substâncias psicoativas, entre as mais comuns: usuários de drogas, viciados e dependentes químicos.

Imersos nessa temática de droga daremos ênfase, nesse momento, aos familiares que convivem com o usuário de droga. E em nosso meio cultural é pertinente nos atermos que há um envolvimento maior do gênero feminino nesse processo.

Desde os primórdios da humanidade configura-se à mulher o cuidado aos membros familiares na assistência as doenças, mesmo com suas conquistas dentro do mercado de trabalho e de uma maior reafirmação da sua feminilidade, fazendo com que essas redistribuíssem suas tarefas.

Procuramos adicionalmente integrar uma perspectiva de gênero na discussão sobre a mulher, assumindo, com Louro (1997), que Gênero (assim como a classe ou a raça) é mais do que uma identidade aprendida (é mais do que uma aprendizagem de papéis), sendo constituído e instituído pelas múltiplas instâncias e relações sociais, pelas instituições, símbolos, formas de organização social, discursos e doutrinas.

E é nessa perceptiva que as mulheres são condensadas como virtudes divinas de Maria (modelo cristão de mulher e mãe), figura assexuada, mãe sacrificial, bondosa e altruísta, que se coloca em segundo plano em prol do outro. Nesse modelo ideal, a maternidade é posta como missão de vida e fonte de identidade para a mulher. O bem-estar da família, especialmente dos filhos, torna-se central. A esfera doméstica da casa é vista como seu lugar de domínio, no qual se mantém protegida e pode cultivar as características ditas femininas, de submissão, moderação e emotividade (GUTIERREZ; MINAYO, 2009, p. 708).

O ideal que tornará a mulher responsável pela casa, pela perenidade do casamento, pela procriação e por tudo mais que diz respeito à família e aos filhos constitui-se numa verdadeira “armadilha histórica”. Pois a mulher/mãe, assim responsabilizada, assume toda a carga simbólica da infelicidade dos membros da família, da educação e do sucesso dos filhos e do marido.

Mcglynn(1999) traz que o perfil feminino de familiares e pessoas próximas a usuários se opõe ao perfil masculino do próprio usuário, levando a se discutir a figura feminina como a cuidadora e a importância da sua fala sobre essa questão.

E essa responsabilização não poderia ser diferente dentro do adoecimento ocasionado pelo uso de substância química. Aqui nos deparamos com mulheres que vivem em função da pessoa problema, fazendo desta pessoa a razão de sua felicidade e bem-estar, sentindo-se útil e com objetivos diante dos problemas com o usuário de drogas. São mulheres que têm baixa autoestima – desvalorização de si mesmo, amor próprio ferido – intenso sentimento de culpa e não conseguem se desvincular da pessoa dependente.

Conforme Rosa (2003, p. 240), há uma feminização do encargo de assistir ao portador de transtorno mental, deixando claro que o provimento de cuidado para familiares é uma questão de gênero historicamente produzida e mantida pela sociedade, que vê na mulher uma cuidadora por excelência, tanto para familiares adoecidos ou não.

Corroboramos com a autora acima, uma vez que nossa imersão nos campos de saúde constata este fenômeno evidenciado por algumas pesquisas, em geral as mulheres, que estão à frente da coordenação do cuidado dos usuários de drogas. E são elas as que mais procuram o cuidado nos espaços de saúde. Elas sentem-se responsáveis pelo cuidado do familiar, mantendo-se, assim, mais presente nos serviços de saúde.

Sabemos que a sobrecarga deve ser considerada em todos os cuidadores, uma vez que a não compreensão da situação, as tarefas acumuladas e muitas situações conflitantes que são vivenciadas no contexto da drogadicção pode predispor processos de adoecimento mentais e físicos.

O conhecimento desse quadro de sobrecarga por parte dos profissionais de saúde sugere que as intervenções terapêuticas levem em consideração essa realidade. Ajudar os familiares na interação e na gestão da vida cotidiana dos pacientes alivia o peso dos encargos, facilita o processo de estabelecimento de uma cooperação, diminui os fatores estressantes ativadores de situações de crise, estimula a criação de possibilidades participativas, melhorando a qualidade de vida de todas as pessoas envolvidas (MELMAN, 2008, p. 80).

Tais fatos podem ser visualizados em mulheres poliquexosas que veem a ESF como fuga e auxílio de sua realidade. A responsabilização por diversas atividades, muitas vezes,

fazem com as mesmas entrem em processo de adoecimento. Há um comportamento disfuncional, onde a mulher não tem consciência desse efeito e, quando se sinaliza essa disfuncionalidade, esse comportamento resiste em aceitar e defender-se.

Esse sofrimento/adoecimento gerado pelo exercício do cuidado pode ser explicado pela compreensão das estratégias de enfrentamento dessas mulheres que vivenciam com o familiar usuário de droga. O que tem que ficar claro é que a forma de enfrentamento dessa situação é específica de cada mulher.

É comum a frequência constante dessas mulheres na ESF em busca de “cura” para uma “dor” que não se pode curar e/ou remediar com farmacológico, no entanto, por dispor de profissionais de saúde que muitas vezes não estão capacitados para lidarem com essa situação, elas recebem uma assistência desarticulada e de forma curativa e medicalizante.

Melman (2008, p. 300) revela que a busca por ajuda médica e o uso de medicação psiquiátrica esteve presente em todos os casos de familiares que enfrentaram situações de sofrimento psíquico. E alertam que o uso de “calmante” se fez presente para eliminar o “nervoso”, fruto dos dissabores do cotidiano e/ou do desgaste desencadeado pelo auxílio ao cuidado com o usuário.

De acordo com Oliveira (2000), em seu estudo sobre saúde mental e mulheres, os problemas sociais têm se agravado nestas últimas décadas, resultando em desigualdades e injustiças sociais que, por sua vez, estão conduzindo um grande número de pessoas aos serviços de saúde, não equipados para solucionar os graves problemas de seus demandantes.

Acreditamos que a presença constante das mesmas mulheres diariamente em um serviço de saúde pode representar uma forma de enfrentar a situação vivenciada em casa. O serviço, nesse momento, seria um suporte social a essas mulheres. E como tal, deveria dispor de ferramentas que auxiliassem o cuidado integral dessas que necessitam.

Quando nos reportamos à assistência notadamente reconhecida por todos como específica para a problemática da drogadicção temos que nos ater à política de saúde mental, que nos últimos anos tem inovado quanto a esse fator. Após a reforma psiquiátrica, a família torna-se um elo reconhecido nos processos de cuidados do paciente.

Concernente à concepção conceitual do papel da família, Rosa (2003, p.35) enfatiza ao dizer que “o grupo familiar deve exercer a condição de parceria e corresponsável nos projetos terapêuticos dos serviços de Saúde Mental”.

Muito embora a família ganhe ênfase no processo de tratamento do portador de transtorno mental, nem todas possuem condições de arcarem com tal responsabilidade (cuidado), tendo em vista que as transformações ocorridas no

cenário econômico a partir da década de 70 provocaram a crise fiscal, assim como profundas transformações no mundo do trabalho, o que desencadeou alterações na estrutura familiar de forma significativa. (GÓIS; MARTINS; VIEIRA, 2004, p.20).

Isso nos faz perceber que a família torna-se responsável pelo cuidado, no entanto, pode necessitar ser assistida também pelos profissionais dentro dos serviços de saúde. Esclarecemos ainda que a assistência adequada às famílias, no caso especificamente desse estudo, as mulheres que convivem com o usuário de droga, não ocorrem de forma sistemática em nossos serviços de saúde. Segundo Tanaka e Ribeiro (2009, p. 477), uma assistência adequada de saúde mental consiste na detecção de queixas relativas ao sofrimento psíquico, em prover uma escuta qualificada deste tipo de problemática e compreender as várias formas de lidar com os problemas detectados, oferecendo tratamento na própria atenção básica ou encaminhando os pacientes para serviços especializados.

O que ainda vemos em alguns serviços de saúde é a inserção de familiares em grupos de conversas, geralmente norteados por um profissional de saúde. Dentre eles, podemos citar os dispositivos de saúde mental que mais absorve essa demanda: CAPS ad.

O Grupo de Familiares do CAPS é composto, principalmente, por mães ou irmãs de usuários de drogas portadores de sofrimento psíquico. Esse grupo tem por objetivo oferecer um suporte aos familiares, tanto no sentido de ser um espaço para tirar dúvidas sobre o tratamento e o manejo com o usuário, como um momento para que o familiar cuidador possa desabafar, falar das suas angústias e do seu cansaço, mas também falar de si mesmo enquanto pessoa, não somente enquanto cuidador. (SANTIN; KLAFKE, 2011, p. 149).

Tais serviços de assistência são notadamente válidos para assistir as mulheres que vivenciam com os familiares que fazem uso de drogas, no entanto, reconhecemos que há necessidade de complementar essa assistência, uma vez que, por si só não comporta responder a complexidade que envolve o exercício do cuidado. E acreditamos que, ao conhecer as estratégias de enfrentamento que as mulheres tomam para lidar com o uso da droga de familiares, podemos formular, ressignificar e propor espaços de cuidado que vislumbrem a qualidade de vida e a gestão do cuidado dessas mulheres.

E é nessa perspectiva que surgem as seguintes questões norteadoras do estudo. Quais as estratégias de enfrentamento de mulheres que convivem com familiar usuário de drogas? Como é a convivência dessas mulheres com os familiares de usuários de droga?

1.3 Justificativa e Relevância da pesquisa

Nesse estudo, estamos diante de uma problemática atual e que, muitas vezes, passa despercebida aos cuidados dos profissionais de saúde. Estamos imersos no contexto da drogadicção e dando visibilidade, não ao usuário, mais sim às mulheres que cuidam e que precisam ser cuidadas.

Ao partir desse pressuposto, o nosso estudo permite que os profissionais de saúde tenham informações referentes às estratégias de enfrentamento de mulheres que convivem com usuário de drogas, e isso serve de subsídios para que os profissionais tracem metodologias de cuidado voltadas a esse grupo. Esses cuidados que poderão propor assistência integral, capaz de nortear para a qualidade de vida.

Tal situação se afasta da que estamos vivenciando. Em muitos espaços de cuidado ainda há uma forte tendência de assistir para medicar, uma lógica reducionista do cuidado. Santin e Klafk (2011) chamam bastante atenção neste grupo à quantidade de familiares que faz uso de medicamentos psiquiátricos, em especial, antidepressivos e benzodiazepínicos e, ainda, acrescentam que para amenizar a sobrecarga familiar e alcançar o cuidado em saúde mental como preconizado pela Reforma Psiquiátrica, é necessário que se construa uma rede de cuidados, não deixando o indivíduo somente como responsabilidade da família ou dos serviços de saúde, mas integrando todas as estratégias de escuta qualificadas e condutas terapêuticas possíveis para atendê-lo de forma integral e humanizada.

Acredita-se que, quando os trabalhadores de saúde assumem o compromisso de estabelecer, junto aos usuários e familiares, uma comunicação pautada no respeito, valorização da pessoa humana, encarando essa relação como propiciadora de crescimento pessoal recíproco e aprendizado profissional, há grande possibilidade de construção de ações terapêuticas realmente promotoras de saúde e, assim, eles poderão significar, de fato, agentes de saúde e não mananciais produtores de multiplicação de dificuldades para os usuários assistidos (BARROS; JORGE; PINTO, 2010, p. 81).

Para tal, acreditamos que conhecer suas estratégias de enfrentamento nos significados da convivência e especificar a problemática vivenciada no contexto relacional entre a mulher cuidadora e o familiar usuário de droga, nos dá condição de formular, reativar e propor cuidados significativos que valorizem as subjetividades e especificidades dessas mulheres.

“A construção de um tratamento pautado na cidadania e a confirmação de outro modo de cuidar não poderia calar a necessidade de um espaço de escuta, para que nele pudesse aparecer o sofrimento muitas vezes inerente à convivência com alguém que representa na família algo estranho” (SOUZA; BAGNOLA, 2007, p. 268).

O estudo pode ressignificar práticas desenvolvidas pelos profissionais que prestam assistência à mulher com o usuário de droga, direcionar suas abordagens terapêuticas para o restabelecimento da qualidade de vida e para uma melhor forma de enfrentamento desta condição.

Essa problemática em questão pode sinalizar para novos modos de operar, reestruturar e reorganizar modelos e práticas de atenção à saúde no âmbito da ESF, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Atenção Psíquico Social álcool droga (CAPS ad), além de colaborar para o desenvolvimento de ações que relacionem saúde mental e cuidado integral.

Por fim, não poderíamos deixar de relatar a importância do tema para a produção de conhecimento, além de dispor de uma pesquisa que fomente divulgação e contribua com os conhecimentos em espaços acadêmicos, gerando discussões dialógicas sobre a temática; além de enfatizar que a finalidade desta pesquisa não é esgotar o assunto, mas sim discutir os aspectos que possam, através dos resultados analisados, acrescentar entendimentos acerca deste problema existente nas sociedades.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Compreender o significado no conviver de mulheres com um familiar usuário de droga, no Município de Sobral – CE.

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Conhecer as estratégias de enfrentamento utilizadas por mulheres que convivem com familiares usuários de droga, tendo como referencial o Inventário de Estratégias de Enfrentamento de Lazarus e Folkman;
- ✓ Desvelar significados da convivência de familiares com usuários de droga;
- ✓ Detectar as consequências da convivência com o usuário de drogas para o contexto familiar;
- ✓ Identificar, com apoio dos pólos teóricos do inventário, as estratégias de enfrentamento que fazem parte das vidas dessas mulheres;
- ✓ Interpretar as estratégias de enfrentamento tendo como fio condutor o processo saúde – doença mental.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Teoria transacional: o uso do inventário de estratégia de enfrentamento

Em consonância com o objetivo deste estudo, neste momento, será apresentada a base teórica que dará sustentação ao alcance deste. Trata-se de uma pesquisa social na qual utilizamos o Inventário de Estratégia de Enfrentamento para fundamentar a análise dos achados (*Ways of Coping*) de Lazarus e Folkman (1984), adaptado por Savoia e Mejias (1996) para a realidade brasileira. Abaixo temos as discussões acerca de tal referencial, as quais subsidiarão a construção do modelo teórico dessa dissertação. “Para a interpretação e desenvolvimento deste estudo, adotou-se o referencial proposto por Lazarus e Folkman como base conceitual” (CINQUE, 2008, p. 33).

A Teoria transacional de estresse, proposta por Folkman e Lazarus (1986, 1988, 1991, 1993 *apud* MARTINS, 2006, p. 262), realça a interdependência entre as cognições, as emoções e os comportamentos. Trata-se de uma perspectiva na qual se destaca dois tipos de processos: a avaliação e o *coping*, os quais se referem à relação que se estabelece entre o indivíduo e o seu meio ambiente.

Essa teoria propõe dois processos para avaliação do estresse, os quais são: avaliação e *coping*. Deteremo-nos a explicar o último, uma vez que esse fundamenta o estudo em questão. Alguns instrumentos foram surgindo para mensurar as estratégias de enfrentamento das pessoas diante de um estressor potencial, poremos em pauta o instrumento denominado de *Ways of Coping*, de Folkman e Lazarus, criado em 1985.

Ways of Coping Questionnaire trata-se de um questionário criado por Folkman e Lazarus (1985), que detém 66 itens. Esses representam ações e pensamentos que os seres humanos utilizam para lidar com as demandas internas ou externas de um evento estressante específico.

O questionário passou a adotar escala ordinal de quatro posições. As pessoas que estão respondendo pontuam entre 0-3 a frequência que usa cada estratégia apontada no questionário. O desenvolvimento do questionário trouxe inúmeras dificuldades na sua aplicabilidade prática, isso levou os autores a se reportarem a métodos empíricos, além de identificar *coping* baseado na teoria; o que os levou a realizarem uma revisão no questionário

e, após a análise fatorial, os autores adotaram a subdivisão da escala em oito subescalas de *coping*. Nesse momento, esclareço que adotaremos o termo pólos teóricos pra denominar cada uma das oito subescalas propostas pelos autores.

Segundo a teoria de *coping*, de Folkman e Lazarus (1988), a maior parte das pessoas recorre a cerca de oito estratégias de *coping* em todos os acontecimentos de estresse. No quadro 2 podemos observar a descrição da subescala de *Coping*.

Quadro 1- Descrição dos pólos teóricos de *Coping*

Subescalas	Descrição
<i>Coping</i> Confrontativo	Descreve os esforços agressivos de alteração da situação e sugere certo grau de hostilidade e de risco.
Distanciamento	Descreve os esforços cognitivos de desprendimento e minimização da situação.
Auto-Controle	Descreve os esforços de regulação dos próprios sentimentos e ações.
Procura de Suporte Social	Descreve os esforços de procura de suporte informativo, suporte tangível e suporte emocional.
Aceitar a Responsabilidade	Reconhecimento do próprio papel no problema e concomitante tentativa de recompor as coisas.
Fuga-Evitamento	Descreve os esforços cognitivos e comportamentais desejados para escapar ou evitar o problema. Os itens desta escala contrastam com os da escala de distanciamento, que sugerem desprendimento.
Resolução Planejada do Problema	Descreve os esforços focados sobre o problema deliberados para alterar a situação e problema associados a uma abordagem analítica de solução do problema.
Reavaliação Positiva	Descreve os esforços de criação de significados positivos, focando o crescimento e também tem uma dimensão religiosa.

Fonte: Folkman e Lazarus (1988).

O inventário de Estratégia de Enfrentamento é um instrumento que engloba pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar com demandas internas ou externas do evento estressante específico, referentes aos seguintes fatores: Confronto, Afastamento, Autocontrole, Suporte Social, Aceitação de Responsabilidade, Fuga-Esquiva, Resolução de Problemas e Reavaliação Positiva (FOLKMAN; LAZARUS, 1985 *apud* DAMIÃO, *et al.*, 2009, p. 1201).

O Inventário de Estratégias de Enfrentamento tem uma escala com oito pólos teóricos distintos, os quais são: Fator 1 – confronto (itens 46, 7, 17, 28, 34 e 6); Fator 2 – afastamento (itens 44, 13, 41, 21, 15 e 12); Fator 3 – autocontrole (itens 14, 43, 10, 35, 54, 62 e 63); Fator 4 – suporte social (itens 8, 31, 42, 45, 18 e 22); Fator 5 – aceitação de responsabilidade (itens 9, 29, 51 e 25); Fator 6 – fuga-esquiva (itens 58, 11, 59, 33, 40, 50, 47 e 16); Fator 7 – resolução de problemas (itens 49, 26, 1, 39, 48 e 52); Fator 8 – reavaliação positiva (itens 23, 30, 36, 38, 60, 56 e 20); e dispostos em uma escala tipo Likert, em que o zero é usado para identificar “não uso a estratégia”, o número um para “usei um pouco”, o número dois para “usei bastante” e o número três para “usei em grande quantidade”.

“E cada um será avaliado de acordo com as possibilidades de enfrentamento do sujeito. Os itens 2, 3, 4, 5, 12, 19, 24, 27, 32, 37, 53, 55, 57, 61, 64, 65 e 66 não compõem nenhum fator e não representam valor na avaliação de *coping*” (FREITAS, 2012, p.33).

No anexo A encontra-se o Inventário de Estratégia de Enfrentamento criado por Lazarus e Folkman (1986) e subdividido de acordo com os oito pólos teóricos.

Nesse momento, esclarecemos que não foi pretensão das autoras aplicá-lo nessa pesquisa enquanto instrumento de coleta de informações. Ao julgar o objeto de pesquisa do estudo, o tipo de pesquisa que se desenha qualitativo, o número de sujeitos da pesquisa e objetivos em questão, percebeu-se que esse instrumento subsidiou de forma mais sistemática e enfática a análise das informações da pesquisa, ou seja, enquanto referencial teórico necessário para organizar e analisar as informações obtidas nas entrevistas.

Tal procedimento foi realizado de forma similar por Damião *et al.* (2009, p. 1201), que, ao sistematizarem uma pesquisa, adotaram o Inventário de Estratégia de Enfrentamento enquanto referencial teórico. Sua pesquisa teve por objetivo identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas por adolescentes na experiência de ter *diabetes mellitus* tipo 1. Os autores em questão definiram cada um dos 8 fatores de *coping* encontrados na subescala desse instrumento e analisaram as informações obtidas através de uma entrevista realizada

com os adolescentes que participaram da pesquisa, definindo os oito fatores da seguinte forma:

- ✓ Fator 1 – Confronto: A estratégia de confronto corresponde às estratégias ofensivas para o enfrentamento da situação, isto é, são estratégias nas quais a pessoa apresenta uma atitude ativa em relação ao estressor.
- ✓ Fator 2 – Afastamento: Diferentemente das estratégias de confronto, o afastamento corresponde a estratégias defensivas, onde o indivíduo evita confrontar-se com a ameaça, não modificando a situação.
- ✓ Fator 3 – Autocontrole: O autocontrole diz respeito aos esforços da pessoa em buscar o controle das emoções frente aos estímulos estressantes.
- ✓ Fator 4 – Suporte social: O suporte social é uma estratégia de enfrentamento que está relacionada ao apoio encontrado nas pessoas e no ambiente, sendo este um fator psicossocial positivo, que pode ajudar o adolescente a lidar com o efeito indesejado do estresse e a sua resposta à doença.
- ✓ Fator 5 – Aceitação de responsabilidade: Ao utilizar a estratégia de aceitação de responsabilidade, o adolescente aceita a realidade e engaja-se no processo de lidar com a situação estressante.
- ✓ Fator 6 – Fuga-esquiva: O comportamento de fuga e esquiva consiste em fantasiar sobre possíveis soluções para o problema sem, no entanto, tomar atitudes para de fato modificá-las.
- ✓ Fator 7 – Resolução de problemas: A estratégia de resolução de problemas pressupõe o planejamento adequado para lidar com os estressores.
- ✓ Fator 8 – Reavaliação positiva: A reavaliação positiva é uma estratégia de enfrentamento dirigida para o controle das emoções que estão relacionadas à tristeza como forma de reinterpretação, crescimento e mudança pessoal a partir da situação conflitante.

É interessante verificar que, tal como descrito teoricamente por Folkman e Lazarus (1991), os mecanismos de *coping* centrados nos problemas incluem o *coping* confrontativo – como podemos comprovar pela afirmação de um aluno:

“(...) a minha postura em relação às situações de stress (...) tem sido o confronto direto com as mesmas (...)” – e a resolução planejada de problemas – de que é exemplo paradigmático o que é evidenciado por um outro estudante: “Eu própria passei a controlar o meu tempo e arranjei estratégias para conseguir prestar os meus cuidados sem ajuda alguma e o mais dentro do tempo possível.” (PACHECO, 2008, p. 94).

Pacheco (2008) ainda afirma que há relação aos mecanismos de *coping* centrados nas emoções e identificou apenas três delas: Autocontrole (esforços no sentido de dominar os sentimentos e as ações): “tento dominar os sentimentos. Penso na responsabilidade [...] nos encargos econômicos [...]”; “Tentei acalmar-me e consciencializar-me de que a morte é uma etapa da vida [...] apenas falei com os meus colegas [...]”; Fuga-evitamento (esforços para evitar o problema): “Reconheço que fico menos comunicativa, com dificuldade de partilhar os sentimentos que de mim se apoderam.”; Aceitação da responsabilidade (reconhecimento do papel do próprio na adequação aos cuidados): “fiz uma introspecção, como costumo fazer no meu dia a dia e pensei que tudo o que podia ter feito na altura, tudo o que estava ao meu alcance [...] fiz.” “Pensei que, nos seus últimos momentos segurei a sua mão, mesmo que ela já não o sentisse.”.

Antoniazze (2006) afirma que estudos mostraram que a solução mais adequada para a análise fatorial seria a de oito fatores, descritos e exemplificados a seguir:

- ✓ Confronto: “Insisto e luto por aquilo que eu desejo.”
- ✓ Distanciamento: “Ajo como se nada estivesse acontecendo.”
- ✓ Autocontrole: “Tento guardar meus sentimentos para mim mesmo.”
- ✓ Busca de Suporte Social: “Converso com as pessoas para descobrir mais sobre a situação.”
- ✓ Aceitação da Responsabilidade: “Critico ou censuro a mim mesmo.”
- ✓ Escape-Evitação: “Espero que um milagre aconteça.”
- ✓ Planejamento e Resolução do Problema: “Faço um plano de ação e sigo-o.”
- ✓ Reavaliação Positiva: “Me modifico ou cresço como pessoa.”

A partir disso, Lazarus e Folkam (1984 *apud* SILVA, 2006) propõem oito categorias de estratégias de *coping*:

- ✓ Confronto:
 - Esforços agressivos de alteração da situação. Pode apresentar grau de hostilidade e risco envolvido;
- ✓ Afastamento:
 - Esforços cognitivos de desprendimento e minimização da situação;
- ✓ Autocontrole:
 - Esforços de regulação dos próprios sentimentos e ações;
- ✓ Suporte social:

- Esforços de procura de suporte informativo, suporte tangível e suporte emocional; aceitação de responsabilidade; reconhecimento do próprio papel na situação e tentativa de recompor o problema;

✓ Fuga e esquiva:

- Esforços cognitivos e comportamentais para escapar ou evitar o problema;

✓ Resolução de problemas:

- Esforços focados sobre o problema, buscando alterar a situação;

✓ Reavaliação positiva:

- Esforços de criação de significados positivos, podendo também apresentar dimensão religiosa;

Folkman e Lazarus (1991 *apud* PACHECO, 2008, p. 91) consideram que as estratégias de *coping* centrado no problema incluem:

✓ O *coping* confrontativo – esforços para alterar a situação;

✓ Resolução planejada de problemas – esforços deliberados, focados no problema para alterar a situação;

✓ Distanciamento – esforços no sentido de afastamento da situação ou de uma visão da mesma mais positiva;

✓ Fuga-Evitamento – esforços para evitar o problema;

✓ Autocontrole – esforços no sentido de dominar os sentimentos e as ações;

✓ Aceitação da responsabilidade – reconhecimento do papel do próprio em relação ao problema, no sentido de melhorar ou corrigir a situação;

✓ Procura de apoio social – esforços para procurar apoio (informativo, instrumental ou emocional);

✓ Reavaliação positiva – Esforços para criar um significado positivo.

O uso desse referencial teórico permite a compreensão das estratégias de enfrentamento utilizadas pelas mulheres que vivenciam com familiares usuários de drogas. Por meio dele podemos observar estratégias positivas e negativas frente à situação vivenciada. Isso pode favorecer as metodologias de abordagens, de tratamento e encaminhamento dessas mulheres. Ele nos faz compreender o problema, e só conhecendo o problema é que teremos formas eficazes de intervenção.

Folkman e Lazarus (1980) identificam duas formas de *coping*, que podem ser classificadas dependendo de sua função. *Coping* focalizado no problema e *coping* focalizado na emoção.

O primeiro são comportamentos que causam mudanças diretamente na situação geradora de estresse, objetivando modificar, de alguma forma, o evento que está exigindo adaptação do indivíduo. Já o focalizado na emoção agrupa estratégias que têm por objetivo lidar com a resposta emocional desencadeada pelo evento estressor. Os autores também enfatizam que as estratégias de *coping* podem até mudar de momento para momento, durante os estágios de uma situação estressante. O *coping* por ser um processo de interação entre indivíduo e ambiente, tem a função de administrar, reduzindo, minimizando ou tolerando a situação estressora, mais que controlá-la ou dominá-la (FOLKMAN; LAZARUS, 1980).

3.1.1 Compreensão da Categoria Enfrentamento

Tradução para a língua portuguesa do termo em inglês *coping*, o enfrentamento é definido por Lazarus e Folkman (1984, p. 141) como: “Esforços cognitivos e comportamentais em constante mudança, com objetivo de manejar (minimizar, evitar ou tolerar) demandas específicas internas e/ou externas que são avaliadas como sobrecarga ou excedendo os recursos pessoais”.

E quando falamos de enfrentamento diante de um processo saúde-doença temos que relacioná-lo com a família que vivencia situações conflituosas e doenças crônicas que podem culminar com a morte de um familiar. Silva (2000, p. 41) diz que a família é um sistema que enfatiza as inter-relações entre os seus membros e o efeito mútuo que uns têm sobre os outros. E acrescenta que mudanças que ocorrem em uma parte do sistema familiar são acompanhadas por alterações compensatórias em outra parte do mesmo sistema. [...] quando uma doença acomete um membro de uma família, os efeitos não ficam confinados ao enfermo [...].

Diante do exposto, reafirmamos que a família é o primeiro núcleo social a ser intensamente “perturbado” por situações de estresse ou conflitos advindos de doenças ou processos adoeceadores. É ela a primeira a buscar respostas nos diversos setores da sociedade e a última a lidar com as consequências para toda a vida.

Nesse momento é pertinente que cada família tem um manejo específico para lidar com uma situação de conflito ou doença. Ela geralmente segue estratégias de enfrentamento para nortear ou minimizar seu sofrimento diante do problema em questão.

Dentre essas estratégias podemos citar: uso de distração, resignação, isolamento social, autocontrole, assistir a filmes, praticar atividades físicas, utilizar medicação antidepressiva, adotar comportamentos de esquiva e fuga, uso de relaxamento, expressão de emoções e protesto, investimento em autoestima, culpabilização de si ou de outros e uso de substâncias psicotrópicas.

Patistea (2005) afirma que algumas pesquisas indicam o uso intenso de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema ou manejo do estressor, que envolvem busca por informações sobre doença e tratamento, controle da medicação e procedimentos médicos, vigilância sobre o estado de saúde da criança, planejamento de metas, cumprimento de recomendações médicas, redefinição cognitiva do problema (por exemplo, comparar a situações piores), organização da rotina, comunicação com a equipe, reorganização de papéis familiares, explicações à criança sobre o tratamento, conformação com a doença e negociações com a equipe médica.

O enfrentamento é definido por Lazarus e Folkman (1984, p. 141 *apud* KOHLSDORF; COSTA, 2009, p. 264) como: “Esforços cognitivos e comportamentais em constante mudança, com objetivo de manejar (minimizar, evitar ou tolerar) demandas estratégias de enfrentamento focalizadas no manejo de reações emocionais ao estressor”.

E a família entra nesse processo como um mediador ideal. É através dela que muitos planos de cuidados são efetuados de forma enfática.

A família destaca-se como principal rede de suporte social do doente nas diferentes fases do tratamento; de modo geral, espera-se que a família desempenhe diferentes papéis e execute tarefas complexas que envolvem prover suporte emocional, compartilhar responsabilidades de tomada de decisão e comunicação com profissionais de saúde, principalmente quando o doente está debilitado (TRAD; TAVARES, 2010, p.1350).

Beltran, Barreto e Gutiérrez (2000) afirmam que estas são tarefas potencialmente estressantes relacionadas às complexas demandas e constante necessidade de adaptação gerada pela evolução e tratamento do câncer, configurando-se num período crítico para a saúde do grupo.

Trad e Tavares acrescentam (2010, p. 230) que há alterações que ocorrem no nível das interações extrafamiliares e também modificações na dinâmica intrafamiliar.

O inventário de estratégia de enfrentamento é um instrumento que engloba pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar com demandas internas ou externas do evento estressante específico, referentes aos seguintes fatores: confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidade, fuga-esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva. (Folkman; Lazarus, 1985 *apud* Damião, *et al*, 2009, p. 120).

Folkman e Lazarus (1985) sistematizaram uma pesquisa na qual foi adotado o Inventário de Estratégia de enfrentamento como referencial teórico e definiram cada um dos 8 fatores da seguinte forma:

Fator 1 – Confronto: a estratégia de confronto corresponde às estratégias ofensivas para o enfrentamento da situação, isto é, são estratégias nas quais a pessoa apresenta uma atitude ativa em relação ao estressor.

Fator 2 – Afastamento: o indivíduo evita confrontar-se com a ameaça, não modificando a situação.

Fator 3 – Autocontrole: o autocontrole diz respeito aos esforços da pessoa em buscar o controle das emoções frente aos estímulos estressantes.

Fator 4 – Suporte social: o suporte social é uma estratégia de enfrentamento que está relacionada ao apoio encontrado nas pessoas e no ambiente, sendo este um fator psicossocial positivo.

Fator 5 – Aceitação de responsabilidade: ao utilizar a estratégia de aceitação de responsabilidade, a pessoa aceita a realidade e engaja-se no processo de lidar com a situação estressante.

Fator 6 – Fuga-esquiva: o comportamento de fuga e esquiva consiste em fantasiar sobre possíveis soluções para o problema sem, no entanto, tomar atitudes para de fato modificá-las.

Fator 7 – Resolução de problemas: a estratégia de resolução de problemas pressupõe o planejamento adequado para lidar com os estressores.

Fator 8 – Reavaliação positiva: a reavaliação positiva é uma estratégia de enfrentamento dirigida para o controle das emoções que estão relacionadas à tristeza como forma de reinterpretção, crescimento e mudança pessoal a partir da situação conflitante.

3. 2 Gênero, cuidado e saúde mental

Ao iniciar esse capítulo nos reportaremos, a princípio, às discussões sobre as determinações e implicações das diferenças conceituais de gênero.

Essa categoria analítica entra em pauta na década de 80. E Joan Scott (1991, *apud* COELHO, 2005, p.346) nos esclarece que gênero tem como núcleo a conexão de duas proposições: “o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder”.

“O gênero, porém, é mais do que uma categoria analítica; juntamente com raça/etnia e classe social opera na realidade empírica como categoria histórica que permite a compreensão da organização das relações sociais” (GUTIERREZ; MINAYO, 2009, p. 20).

Louro (2007, p. 11) chama a atenção para esse aspecto ao afirmar que as “identidades de gênero e sexuais são, portanto, compostas e definidas por relações sociais, elas são modeladas pelas redes de poder de uma sociedade”.

Diversas são as representações das dimensões que conceituam a identidade de gênero. Temos uma vertente que traz a dimensão simbólica sobre a mulher. Um exemplo clássico dessa dimensão é representada pelas as figuras Eva e Maria; Temos também as dimensões religiosas, educativas, científicas, políticas e jurídicas. Essas criam oposição entre o masculino e feminino; a dimensão organizacional associa esse último com o reforço das instituições, na dimensão subjetiva a incorporação de valores, símbolos e normas vinculadas a instituições sociais. O que tem que ficar claro nesses conceitos é que essas dimensões são dinâmicas e têm uma relação direta com o contexto histórico.

“Os conceitos de masculinidade e feminilidade ainda vigentes evidenciam o modelo hegemônico problematizado por vários estudos contemporâneos” (LOURO, 1997, 2007; WEEKS, 2007; BRITZMAN, 2007) que buscam a existência de masculinidades e feminilidades alternativas.

Erroneamente, usa-se sexo e gênero como sinônimos. Sexo refere-se à distinção biológica entre homem e mulher. No entanto, gênero compreende a série de significados culturais atribuídos a essas diferenças biológicas. Referem-se aos atributos, funções e relações que transcendem o biológico/reprodutivo e que, construídos social e culturalmente, são atribuídos aos sexos para justificar diferenças e relações de poder/opressão entre os mesmos. É importante assinalar que o gênero varia espacialmente (de uma cultura a outra), temporalmente (em uma mesma cultura há diferentes tempos históricos) e longitudinalmente (ao longo da vida de um indivíduo) (KORIN, 2001, p.1).

Nicholson (1994 *apud* UNBEHAUM, 2000, p. 23) retrata essa situação afirmando que uma das dificuldades em enxergar o gênero para além do discurso sobre as diferenças sexuais está no fato de que muitas teorias, mesmo afirmando o caráter de construção social das diferenças entre homens e mulheres, utilizam o corpo, os fatores biológicos — a natureza, enfim —, para estabelecer generalizações para as sociedades em geral e explicar os significados do que é socialmente compreendido como masculino e feminino.

Nesse contexto, afirmamos que gênero tem uma relação direta com poder e na sua construção das diferenças e igualdades entre homens e mulheres. Isso só ocorre por haver atribuições de significados culturais e sociais, atributos que são identificados ou normatizados pelo senso comum como masculino ou feminino.

Unbeaum (2000) corrobora e ainda complementa que os significados podem variar no tempo de acordo com as culturas e os grupos sociais, contrariamente a uma concepção

universalizante da realidade social que tende a tornar secundárias as diferenças, a exemplo da sexual. Uma das características do significado e a sua variabilidade, volatilidade e natureza política de construção, ou seja, os significados dos conceitos não são fixos no repertório de uma cultura; são, ao contrário, dinâmicos, se estabelecendo por meio de processos conflitivos.

Como vimos, as relações de gênero são construídas a partir das diferenças sexuais, portanto, não são naturais. São criações das sociedades. Sendo gênero uma construção social, este não se apresenta sempre do mesmo jeito em todas as épocas e lugares. Depende dos costumes de cada lugar e sociedade, da experiência cotidiana das pessoas deste lugar, variando de acordo com as leis, as religiões, a maneira de organizar a vida familiar, a vida política de cada povo ao longo da história.

”Afirmar que uma relação atravessa o conjunto da sociedade produzindo socialmente os sexos, quer dizer que a mesma lógica está agindo-nos diversos campos do social para reproduzir os lugares de cada sexo” (DREVEUX, 2001, p. 12).

E são nesses lugares, nesses papéis, que diversas ações estão sendo realizadas por um sexo específico, ou seja, atividades atribuídas culturalmente a cada sexo, no caso, masculino e feminino. Um exemplo que clarifica tal informação é quando pomos em pauta a categoria cuidado.

Essa divisão se constituiria em torno de uma tendência praticamente universal de separação da vida social: a esfera pública, associada ao homem (a política e a guerra), e a esfera doméstica, privada, vinculada à reprodução e ao cuidado com as crianças. Atribuir a todas as culturas os mesmos critérios para a separação entre as esferas pública e privada é, no mínimo, precipitado (UNBEHAUM, 2000, p. 50).

A palavra “cuidado” tem sua derivação do latim *cura* (sinônimo erudito de cuidado). Na forma mais antiga do latim, a palavra “*cura*” era grafada como “*coera*” e usada num contexto de relações de amor e amizade, para expressar uma atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietude pela pessoa amada ou por um objeto de estimação. Outros vocábulos deram origem a cuidado como *cogitare-cogitatus* e sua corruptela *coyedar, coidar, cuidar*.

Boff (1999 *apud* STELMAKE; NOGUEIRA, 2010, p. 148) nos esclarece que o sentido de *cogitare-cogitatus* era o mesmo de *cura*: cogitar e pensar no outro, colocar a atenção nele, mostrar interesse por ele e revelar uma atitude de desvelo e de preocupação pelo outro.

“E esse é entendido como potencialidade humana inerente às pessoas” (HEIDEGGER, 2004, p. 15). “Na etimologia da palavra temos que cuidado tem sentido de prestar benefício a alguém por que se tem sentimentos de amizade e amor. O cuidado remete a preocupar-se: com o trabalho, com a família, com a justiça ou injustiça etc., instituindo aí o seu valor moral” (UNBEHAUM, 2000, p. 48).

O cuidado possui significado moral de acordo com seu objeto. Tendo em vista que o cuidado gera e é gerado por algum tipo de responsabilidade e compromisso contínuos, Joan Tronto (1987 *apud* PEDREIRA, 2008, p.4) propõe uma distinção entre “cuidado com” (*caring about*), que seria uma forma geral de compromisso e, “cuidado de” (*caring for*), que implica a existência, objeto específico para o qual se dirige o foco da atenção.

Na nossa língua, o substantivo “cuidado” pode significar atenção, precaução, cautela, desvelo, zelo ou responsabilidade com alguém ou alguma coisa, relatado por Ferreira (2006). Já Carvalho (2007, p.16) relata que o termo “cuidado”, usado como um adjetivo, significa que algo foi pensado, imaginado, meditado, previsto ou calculado.

Carvalho (2007) ainda afirma que cuidado é produto de trabalho mental que envolve planejamento e execução de ações voltadas para o benefício de alguém ou de algo. Ser cuidadoso é, portanto, trabalhar com atenção sobre as necessidades de uma pessoa, um objeto ou um elemento da natureza. Até mesmo quando volta para a própria pessoa, é fruto de atenção e reflexão sobre as próprias necessidades para que ocorra o planejamento de ações em benefício próprio.

Silva (2007) utiliza a palavra “desvelo” para significar cuidado em sua obra, definindo-a como efeito de desvelar: privar do sono, passar a noite sem dormir, velar, grande cuidado, carinho extremo, envolvimento e dedicação. Como se pode ver cuidado é definido em várias situações como doar-se, exercício de vida, relação consigo e com os outros, desenvolvimento humano e social.

De posse de alguns esclarecimentos sobre o conceito de cuidado, faremos agora uma explanação que aborda a construção social do cuidado. Sabemos que tanto essa orientação como os vínculos afetivos estão diretamente relacionados aos processos impostos pela forma com que ocorre a organização social de um lugar.

Gutierrez e Minayo (2009) afirmam que no imaginário social e, em diversas perspectivas teóricas, que discutem o cuidado enquanto conceito central das práticas em saúde, como a psicanalítica e a existencial humanista, a imagem da mulher se liga, de uma

maneira no mais das vezes a-crítica, ao afeto, à maternidade e ao amor incondicional que se expressam, sobretudo, no espaço do lar.

Isso nos condiciona a afirmar que uma boa saúde de uma família muitas vezes é de responsabilidade materna, ou feminina. Quando paramos para refletir sobre o cotidiano de muitas famílias percebemos que são as mães, ou outra mulher da família, que se encarrega da alimentação, das consultas médicas, da higiene, da administração de medicamentos, ou seja, tudo que tem uma relação direta com o cuidado familiar.

“A noção de cuidar de alguém, na sociedade ocidental, está associada à figura feminina (mãe, enfermeira, babá, dama de companhia)” (UNBEHAUM, 2000, p.47).

“A definição da identidade feminina está, portanto, norteadada por um padrão de responsabilidade e cuidado” (PEDREIRA, 2008, p.3).

As mulheres começam a exercer trabalho referente à saúde com a contracepção, em seguida, com a gravidez e, por fim, há uma intensificação com o nascimento dos filhos, além de cuidar dos idosos. É como se fosse outro trabalho qualquer. Além do exemplo do cuidado que as mães dispensam aos/as filhos/as, estão o da filha que tem de cuidar da mãe idosa e o da marcante presença feminina nos serviços de assistência social. A figura da mãe é central nesse debate, pois ela encarna o papel do cuidado no imaginário da sociedade ocidental por intermédio de uma generalização do feminino, isto é, de que a inclinação para o cuidar tem relação com identidade feminina.

A maternagem, embora seja uma condição determinada cultural e ideologicamente às mulheres, é internalizada por ela durante seu processo de socialização como seu ser. Desta forma, a mulher tende a assumi-la a ponto tal de comprometer sua individualidade feminina. A maternagem ou o cuidado de pessoas, como uma atividade que exige determinadas qualidades psicológicas e relacionais que foram assimiladas e organizadas internamente pelas mulheres na qualidade de desejo consciente e inconsciente, e apropriada socialmente, foi então inserida na relação hierárquica e diferenciada da divisão social e sexual do trabalho como uma atividade subalterna, com valor social significativa, pois, como foi referenciada a condição biológica da mulher foi naturalizada (CHODOROW, 1990 *apud* ROSA, 2008, p.276).

Costa (2004) cita que quando as medidas de higiene e a amamentação passam a ser condição de sobrevivência para a criança, a mãe se torna a figura-chave e indispensável do cuidado em saúde. E já Scavone (2004) relata que se a manutenção da saúde passa necessariamente pelo âmbito da casa e do privado ela está, também, presente no espaço público mediante a efetivação da atividade feminina de cuidar.

“O papel de cuidadora, entretanto, não se restringe ao âmbito familiar: é uma responsabilidade socialmente esperada e respaldada pela concepção de que as mulheres são

boas apenas quando atendem às necessidades de outrem” (PEDREIRA, 2008, p. 6). E aí é que entra a participação da mulher como co-gestora do cuidado da sua família e a saúde formal do Brasil.

Gutierrez e Minayo (2009, p. 708) nos informam que a participação da mulher nos cuidados da saúde na e da família pode ter grande importância enquanto interlocutora dos serviços de saúde e articuladora das ações, nesse contexto.

Sabemos que Estado/sociedade e a atual configuração de saúde valoriza e solicita a família como cuidadora e co-gestora de processos de cuidados. O cuidado formal, ou seja, a assistência dos profissionais de saúde não pode dar conta da responsabilidade e complexidade que envolve a qualidade de vida das pessoas. E, como supracitado, a mulher configura-se, em sua maioria, com representante da família para o processo de cuidar.

Esse processo não poderia ser diferenciado no âmbito da drogadicção. Hoje, a família entra como apoio aos profissionais de saúde na busca da prevenção, tratamento e reabilitação dos familiares que são dependentes químicos. E, fazendo menção a esclarecimentos acima, a mulher também é, na maioria das vezes, provedora desse cuidado. Forma uma malha de relações que implica vivências dos sujeitos desenvolvendo uma imprevisibilidade num contexto complexo em que todos são co-responsáveis, compartilhando as responsabilidades (COSTA, 2010, p.13).

Gonçalves e Sena (2001, p. 49) acreditam que as consequências da reforma psiquiátrica refletem de forma direta sobre a família do doente mental, principalmente sobre as pessoas responsáveis pelo cuidado.

O que tem que ficar claro é que a dinâmica familiar a qual essa mulher vivencia deve ser conhecida, saber o que ela pensa e como são enfrentadas as suas dificuldades do dia a dia. Para tal, é necessário que os profissionais sejam capacitados e atualizados para lidar com essa complexa situação.

Considerando o fundamental papel do familiar-cuidador neste processo, Luzardo *et al.* (2006) ressaltam que esta pessoa necessita de atenção especializada dos profissionais e dos serviços de saúde, pois a extensão e a complexidade de algumas doenças repercutem de forma negativa sobre sua vida, produzindo desgaste físico, mental e emocional.

E, nesse momento, nos detemos a falar sobre o sofrimento mental dessas mulheres que, muitas vezes, sofrem no exercício do seu cuidado.

Marine (2010, p. 2) define cuidador como sendo a pessoa que possui a principal responsabilidade de cuidado com o paciente e ainda divide seu tempo e atenção entre as novas responsabilidades com o doente e suas funções profissionais, familiares, sociais, conjugais, podendo tornar-se sobrecarregado.

E ainda conclui (p. 5) que a sobrecarga de ordem emocional evidenciada no estudo demonstra o sofrimento dos cuidadores frente à tensão cotidiana em seus lares, ao convívio com o sofrimento do outro, à dúvida de como atuar frente aos comportamentos apresentados na crise, tornando, dessa forma, o cuidador alvo de atenção do serviço de saúde mental.

O surgimento de sintomas diversos, como cefaléia, problemas gástricos ou distúrbios de sono podem estar sinalizando uma dificuldade do cuidador em lidar com certos aspectos inerentes ao cuidado. São processos de somatização que, em muitas situações, são sanados de forma errônea, ou seja, através da medicalização.

Tais processos, que repercutem de forma negativa na saúde mental do cuidador, devem ser avaliados de forma adequada pelo profissional de saúde em busca de respostas que correspondam às necessidades dos demandantes.

As mulheres são as mais envolvidas no processo de cuidado, e isso não seria diferente na complexidade do uso da droga. Todo cuidador, diante de um sofrimento psíquico, pode seguir dois caminhos: o pólo saúde e o pólo doença.

O primeiro representa saúde mental e, o segundo, representa adoecimento mental. É nesse contexto que o profissional de saúde tem um papel relevante na construção de espaços de cuidados que permitam a saúde mental e o bem-estar das mulheres que cuidam de familiares usuários de droga.

As abordagens de saúde mental voltadas a mulheres que convivem com uso da droga podem ser vista não só na atenção terciária, mas também na atenção primária, mesmo que de forma sensível. Conforme o Ministério da Saúde (2006), a atenção primária possui compromisso com uma escuta qualificada, atenta às necessidades dos usuários, possibilitando atendimento humanizado e estabelecendo vínculo. Para tornar este compromisso efetivo, é necessário que os profissionais de saúde estejam sensibilizados e capacitados para possibilitar um espaço de escuta.

Nesse contexto, poderíamos dizer que todo problema de saúde é também de – e sempre – saúde mental, e que toda saúde mental é, também, sempre produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante a articulação da saúde mental com a atenção primária. Contudo, nem sempre atenção básica apresenta condições para dar conta desta importante tarefa, afirma Brasil (2005).

Na possibilidade da intercambialidade entre PSF e CAPS podemos afirmar que vem ao encontro dos objetivos das políticas públicas brasileiras para a melhoria da atenção básica, especificamente em saúde da mulher, uma vez que o Ministério da Saúde tem implementado ações para aumentar o número de atendimentos às mulheres na rede pública (SARAIVA, 2008 p. 26).

Saraiva (2008, p. 291) ainda afirma que há também intercambialidade entre os demais níveis de atenção à saúde, numa abrangência que poderá variar entre a internação hospitalar, a semi-internação em hospitais-dia ou CAPS e o retorno para casa, no domínio domiciliar/familiar.

Outra estratégia que reforça a promoção da saúde mental dentro da ESF pode ser vista no estudo de Sarcodelli e Waldman (2011, p. 291). As autoras (2011) realizam uma pesquisa no grupo de artesanato de uma Unidade Básica de Saúde para compreender os motivos de inserção de mulheres no grupo. Estas contataram que o grupo vem contribuindo para melhoria da sua qualidade de vida, mulheres que se encontravam em situação de sofrimento emocional, oferecendo condições favoráveis ao desenvolvimento do ponto de vista psicossocial.

Scoz e Fenili (2003, p. 75) nos orientam sobre algumas formas de elaborar um projeto de atenção à saúde mental dentro do ESF na presença de uma rede de saúde mental articulada. Segundo as autoras, as seguintes ações podem ser desenvolvidas:

- ✓ Capacitação e supervisão para as equipes de saúde da família (ESF) completa, desenvolvendo temáticas relacionadas aos direitos de cidadania e direitos humanos (Estatuto da criança e do adolescente – ECA, direito dos portadores de transtornos mentais, dos idosos, das mulheres etc.); princípios da reforma psiquiátrica e do ESF; família, grupos e rede social; intervenção na crise; problemas relacionados ao álcool e outras drogas; sexualidade/DST/AIDS; uso de psicofármacos, entre outros.
- ✓ Reforça-se a ideia de que a capacitação, enquanto educação continuada, se desenvolva reciprocamente entre as equipes do ESF e do serviço;
- ✓ Intervenções familiares comunitárias conjuntas como um instrumento de capacitação (utilização da escuta como instrumento terapêutico na compreensão da dinâmica familiar e das relações sociais; olhar atento e sensível dos pontos de vulnerabilidade de quebra dos vínculos familiares e sociais; estreitamento dos vínculos da equipe com os familiares portadores de transtornos psiquiátricos severos);
- ✓ Criação de uma equipe volante de saúde mental por parte dos serviços de saúde mental substitutivos, para o desenvolvimento das ações junto às ESF;
- ✓ Integrar a saúde mental nas diversas atividades de grupos oferecidas pelo ESF (caminhadas, ginástica terapêutica, salas de espera, oficinas);
- ✓ Articulações com as diversas formas de organizações populares (associações de bairro, grupos de autoajuda etc), buscando construir novos espaços de reabilitação psicossocial (oficinas comunitárias, hortas comunitárias, cooperativas etc);

- ✓ Promover ações para diminuir o comportamento violento, abuso de álcool/consumo de drogas, isolamento social/afetivo, entre outros, através da realização de palestras, debates, atividades artísticas e de grupos.

4 TRAJETO METODOLÓGICO

4.1 A escolha do método qualitativo

Esta pesquisa tem pressupostos de um estudo compreensivo na medida em que o consideramos como um processo inacabado e contínuo, que exige uma busca permanente pelo conhecimento por meio de uma abertura constante ao novo. Dessa forma, buscamos compreender as formas de enfrentamentos de mulheres que convivem com familiares que são usuários de drogas.

Neste contexto, a metodologia qualitativa foi o tipo de pesquisa selecionado e, considerando a natureza da questão do estudo, serão utilizadas estratégias qualitativas para coleta de informações, no caso, entrevista.

A pesquisa qualitativa caracteriza-se pela identificação e descrição da relação dinâmica entre o contexto e as percepções do sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade dos atores envolvidos que não pode ser traduzido em números. Portanto, caracteriza-se por um trabalho descritivo das visões dos entrevistados sobre o tema em questão (COSSIO; STEINBRUCK, 2011, p. 4).

A investigação qualitativa trabalha com opiniões, representações, posicionamentos, crenças e atitudes, possuindo procedimentos de cunho racional e intuitivo para a melhor compreensão da complexidade dos fenômenos individuais e coletivos. Portanto, se caracteriza como uma abordagem complexa, na medida em que aprofunda as interpretações e decifra seus significados. Embora existam diferenças entre os enfoques qualitativos e quantitativos, não é correto dizer que mantêm relação de oposição ou se contradizem, conforme relata Paulino (2008) em sua obra.

4.2 Desenho da pesquisa

4.2.1 *Cenário de estudo*

O estudo foi realizado em Sobral – CE, a qual está situada na região norte do Ceará, a 235 quilômetros de Fortaleza. A cidade de Sobral se apresenta como o mais significativo referencial de crescimento e desenvolvimento econômico de interior do estado, constituindo-se num centro de convergência, por sua ampla e moderna estrutura de setores da

saúde, comércio, indústria, serviços, lazer, cultura e arte. Possui uma população estimada de 188.233 habitantes, destes, 96.796 são mulheres (IBGE, 2010).

“Sobral é a quinta cidade mais povoada do estado do Ceará, sendo a segunda maior do interior do estado” (BARROS, 2001, p. 58).

Sobral (2011) nos esclarece que o sistema de saúde de Sobral é formado por um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individual e coletivo, para atender às necessidades de Saúde da população, de abrangência Municipal e regional. Além da disposição de serviços de saúde para atenção primária e secundária, conta com a capacidade de atenção terciária, constituída de serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de alta complexidade e de alto custo, tais como: serviços de urgência e emergência, atenção à gestante de alto-risco, cardiologista, oncologista, neurologista. Garante o acesso à quimioterapia, radioterapia, terapia renal, exames hemodinâmicos, medicina nuclear, radiologia intervencionista e exame de diagnose mais complexo.

Nesse contexto, Sobral (2011) afirma que a cidade Sobral se constitui um pólo para sede microrregião de Sobral, formada por 24 Municípios e para sede da Macrorregião de Camocim, Tianguá, Crateús, Acaraú. Isso significa que o Sistema de Saúde de Sobral é referência para 55 Municípios, abrangendo uma população de aproximadamente, 1.600.000 habitantes.

“A gestão do Sistema de Saúde de Sobral, em âmbito local, é de responsabilidade da secretaria de Saúde e Ação Social, que adota modelo de gestão colegiada” (BARROS, 2011, p. 58). A autora ainda complementa (2011) que, desde 2008, a condição de gestão de Sobral atende os princípios e diretrizes do Pacto pela Saúde, com atualização de prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação pactuados.

Em Sobral, a ESF é a principal proposta para compor a Atenção primária à saúde e o primeiro espaço de aproximação do usuário com o sistema de saúde. Os serviços da Atenção Primária à saúde, além de compreenderem 48 equipes de Saúde da Família, incluem 38 equipes de saúde bucal, 06 núcleos de apoio à saúde da Família (NASF), distribuídos em 28 centros de Saúde da Família e 5 Unidades de Apoio, em áreas compreendidas como territórios, onde, dependendo de sua localização e perfil social e epidemiológico da população, acompanham, em média, 600 a 1200 famílias e garantem uma cobertura assistencial de 93,4% da população. (SOBRAL, 2011a).

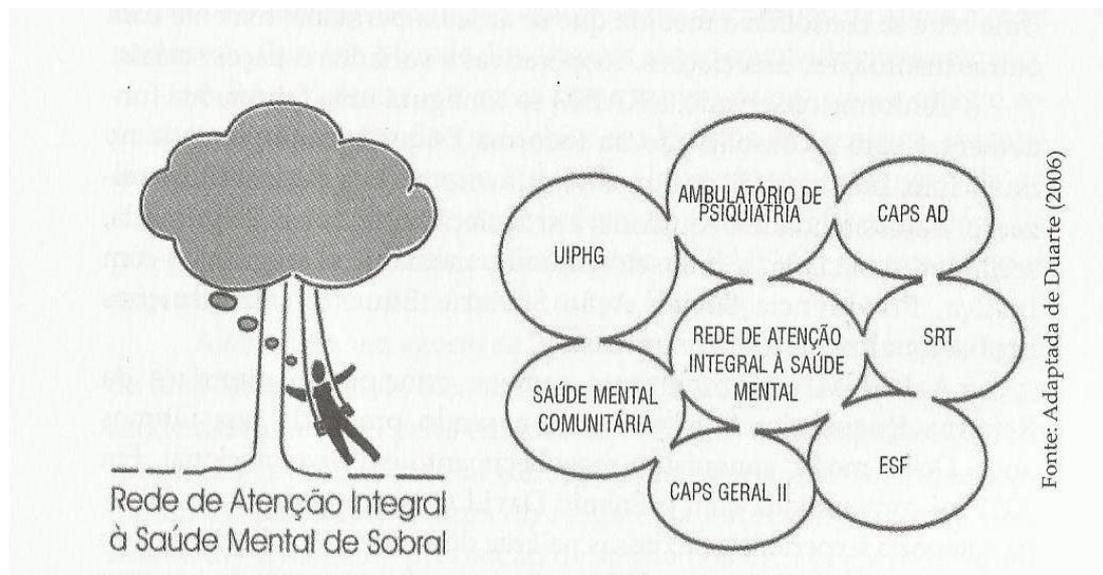
Dispomos também de assistência pré-hospitalar, através do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Unidade de Pronto Atendimento e um Hospital Regional. Esses se encontram em finalização para assistir a população.

No entanto, não foi só a Atenção Básica em Saúde no referido Município que sofreu processos de ressignificação no seu cuidado, a rede de Saúde Mental também transformou sua práxis. Há um modelo que segue os princípios formulados pela reforma psiquiátrica.

A Rede de Atenção Integral de Saúde Mental de Sobral (RAISM) – CE fundamenta-se nos princípios gerais do movimento brasileiro de Reforma Psiquiátrica, destaca-se no cenário nacional pela implementação e criação de políticas e técnicas baseadas numa concepção não manicomial das práticas terapêuticas, considerando primordialmente a questão da cidadania da pessoa com transtorno mental. (SÁ; BARROS; COSTA, 2007, p. 28).

Barros (2011, p. 43) apresenta a seguinte estrutura da RAISM (Rede de atenção de Saúde mental de Sobral – CE).

Figura1: Rede de atenção Integral à saúde mental de Sobral – CE.



Fonte: Concepções e práticas de Atenção à Saúde Mental: Discurso do sujeito coletivo; produzido por Barros, 2011, p. 216.

Barros (2011, p. 47) ainda nos esclarece que, de um modo geral, a implantação da RAISM vem possibilitando a construção de um novo lugar social para as pessoas com transtorno mental, caracterizada por uma atenção de qualidade, humanizada e integral. É considerada a pedra angular estruturante da política de saúde mental e da Reforma

psiquiátrica municipal, além de oferecer assistência às cidades da microrregional e macrorregional de Sobral – Ceará.

No entanto, tecemos, nesse momento, que assim como em qualquer serviço de saúde, a rede de saúde mental de sobral ainda possui diversas fragilidades na operacionalização. Barros, Jorge e Pinto (2010, p. 73) pesquisaram a prática de um dispositivo de saúde mental em Sobral – CE e afirmaram que o fracasso da produção do cuidado é exatamente o não alcance das necessidades de saúde pelo usuário. Ao interpor seus anseios e vaidades, o trabalhador de saúde, desconectado da responsabilidade de assistir de forma integral, pode dissolver toda uma rede ou conjunto de serviços direcionados ao cidadão.

Dentro dos inúmeros dispositivos de saúde mental que a RAISM disponibiliza, focaremos nesse momento o CAPS ad, local que subsidiou o ponto de partida da coleta de informações. O que salientamos, nesse momento, é que a pesquisa iniciou nesse dispositivo, porém, se estendeu a outros espaços, dentre eles, os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral (UIPHG) no Hospital Dr. Estevam Ponte Ltda, a fim de satisfazer as demandas do estudo em outros serviços de saúde mental.

O Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas – CAPS ad Maria do Socorro Victor foi criado em outubro de 2002, dentro dos dispositivos de saúde mental e com consonância com a Reforma Psiquiátrica e Sanitária em curso no município, que, segundo Quinderé e Tófoli (2007, p. 63), Sobral, município localizado na zona do sertão centro-norte do Ceará, foi a primeira cidade do estado a implantar um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS ad), dispositivo que faz parte da Rede Integral à Saúde Mental.

As ações do CAPS ad abrangem demandas espontâneas, e também usuários encaminhados pela atenção primária e secundária ou outras instituições. Esta modalidade de CAPS oferece diversas atividades no âmbito da atenção, há nesse dispositivo: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outras); atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, entre outros); atendimento em oficinas terapêuticas; atenção domiciliar, atendimento voltado à família; atividades comunitárias, buscando a integração do dependente químico no contexto comunitário, assim como sua inserção nas dimensões familiar e social. Os usuários em atendimento de um turno (quatro horas) devem receber uma refeição diária; aqueles em acompanhamento de dois turnos (oito horas) receberão duas refeições diárias. O outro tipo de atendimento é o de desintoxicação. (BARROS, 2011, p. 51).

O CAPS ad assiste uma média de duzentas pessoas, atendidas mensalmente, nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva. Dentre as ações que são realizadas nesse, destacamos, nesse momento, a que corrobora com objetivo desse estudo, no caso, o

grupo de familiares. Esse grupo tem por objetivo promover aprendizado a todo o grupo, ampliando as possibilidades de identificação e manejo em situações de uso de substâncias psicoativas que gerem conflito e/ou adoecimento familiar; aumentar a autonomia, autoestima e conhecimento dos familiares em relação à problemática; assim como, orientá-los a respeito dos locais onde buscar auxílio.

A metodologia proposta ocorre por meio do compartilhamento de experiências em relação à problemática referente ao abuso de substâncias psicoativas dentro da família, a partir dos temas geradores. O grupo tem em média quatro participantes, acontece uma vez por semana, com duração de 30 a 50 minutos. O público alvo são familiares de usuários de substâncias psicoativas, acompanhados ou não pelo CAPS ad.

Os encontros ocorrem da seguinte forma: São quatro encontros. Então, o familiar que entrar no grupo terá disponíveis esses momentos para ser assistido pelo o serviço. Após isso, outros familiares diferentes são requisitados para participar do grupo. Alguns critérios específicos definem a entrada do familiar no grupo, entre eles estão: própria solicitação da família, estar afastado do serviço do CAPS ad ou receber assistência pela primeira vez no CAPS ad.

Outro espaço em que nosso estudo se desenvolveu foi a Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral no Hospital (UIPHG) Dr. Estevam Ponte Ltda, que representa

Uma proposta assistencial que se articula ao movimento da reforma psiquiátrica. Este vem propondo alternativas aos hospitais psiquiátricos tradicionais, buscando evitar as internações prolongadas, o hospitalismo, a perda de identidade, de vínculos sociais e de cidadania. A idéia-mestra é oferecer um leque de alternativas que substituam o asilo psiquiátrico, permitindo que as pessoas com transtornos mentais permaneçam o maior tempo possível em suas comunidades de origem (DALGALARRONDO, 1990 *apud* SOUSA; OLIVEIRA, 2010, p.671).

A UIPHG da RAISM de Sobral – CE tem por objetivo garantir um apoio de urgência psiquiátrica de pacientes com transtorno mental em estado de grave crise psíquica. Essa Unidade conta com uma equipe multiprofissional que busca realizar assistência de forma integral. Das atividades desenvolvidas por essa equipe nos detemos a detalhar as reuniões familiares. Essas ocorrem de forma sistemática, sem data previamente marcada, onde a rotina e as necessidades dos profissionais cuidadores é que definem o dia e a temática a ser trabalhada.

Os profissionais que estão envolvidos nesse processo de formulação das reuniões são: Psicólogo da rede, assistente social e terapeuta ocupacional. As reuniões têm um caráter

informativo de normas, rotinas da UIPHG, assim como aborda formas de manejo do paciente com transtorno mental e auxílio ao familiar que vivencia o processo de internação. Durante as reuniões nos detemos a realizar a entrevista apenas com os familiares de usuários de droga, uma vez que esse é o foco principal da pesquisa.

Por fim, nos detemos a descrever o CREAS Manoel Viera Linhares, em Sobral – CE. Esse serviço tem por objetivo contribuir para o fortalecimento da família no desempenho de sua função protetiva; processar a inclusão da família no sistema de proteção social e nos serviços públicos, conforme necessidades; contribuir, restaurar e preservar a integridade e as condições de autonomia dos usuários; contribuir para romper com padrões violadores de direitos no interior da família; e prevenir a reincidência da violação dos direitos.

São diversas as ações realizadas pelo CREAS a fim de cumprir os objetivos propostos pelo serviço. Deter-nos-emos a descrever as ações que são realizadas no programa de medidas socioeducativas (MSE) em meio aberto. Essas medidas socioeducativas são determinadas pelo Juiz da Infância e da Juventude quando o adolescente comete um ato infracional. É uma forma de responsabilizar o adolescente pelo ato infracional que cometeu.

Nesse intuito, a equipe do CREAS do Município de Sobral – CE conta com uma assistente social e um psicólogo para desenvolver o grupo de familiares que trabalhem assuntos referentes a fortalecimento de vínculos e serviços de convivência adequada na sociedade.

O grupo ocorre uma vez por mês e tem em média 27 participantes, com duração de 2h. Esclarecemos, nesse momento, que nem todos os participantes do grupo são familiares de usuários de droga. Participam todos que são familiares de adolescentes infratores. A equipe do CREAS conta com apoio de diversos equipamentos e profissionais externos ao serviço para realizar as ações do grupo, dentre eles: Ronda do Quarteirão, escolas, residência saúde da família e Programa de Educação pelo trabalho em saúde (PET) mental.

4.2.2 Período de estudo

O período de estudo para elaboração da pesquisa teve relação direta com o cronograma estabelecido pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. No primeiro semestre foram concluídas as disciplinas base do Programa de Pós-graduação em Mestrado em Saúde da Família, pela Universidade Federal do Ceará (UFC). No segundo semestre, paralelo ao cumprimento das disciplinas do referido semestre, houve o aprimoramento da escrita do projeto, selecionando referenciais teóricos e metodológicos para qualificação do projeto no mesmo período.

Todos esses percursos ocorreram respectivamente nos semestres 2011.1 e 2011.2, consecutivamente. 2012 foi o ano de pesquisa de campo, perfazendo-se em 03 (três) meses (julho, agosto e setembro), finalizando com a dissertação de mestrado. É válido salientar que em todo o percurso do mestrado buscamos atualizações e aprofundamento teórico em literaturas empíricas da temática abordada.

4.2.3 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram 26 mulheres que são familiares de usuários de drogas e estavam sendo assistidas pelo CAPS ad, CREAS, UIPHG município de Sobral – CE, ou foram indicadas por essas instituições, que se encontravam sob a assistência de um desses dispositivos da saúde.

O critério e justificativas de inclusão dos participantes na pesquisa para seleção dos sujeitos foram:

- ✓ Aceite participar da pesquisa: Acredita-se na participação voluntária como um critério fundamental para veracidade no transcorrer da coleta de informações. Ao ser voluntária a participação, tem-se oportunidade de escolher pessoas que de fato queiram participar e colaborem com o desenvolvimento da pesquisa, contribuindo assim com suas experiências. Outro fato que é justificava para o caráter voluntário de participação nesta pesquisa é a Resolução 196/96, que define normas e diretrizes regulamentadas envolvendo seres humanos. O parágrafo II, inciso 10, da publicação, Brasil (2004, p. 1) afirma que “o sujeito da pesquisa – é o(a) participante pesquisado(a), individual ou coletivamente, de caráter voluntário, vedada qualquer forma de remuneração. Não podendo haver qualquer coação ou suborno.
- ✓ Ser familiar e morar no mesmo domicílio do usuário de droga: A justificativa de parente encontra subsídio no interesse de demonstrar o envolvimento e as formas de estratégias de familiares que lidam em seu domicílio com o fenômeno droga
- ✓ Ter pelo menos um ano de convívio com o usuário de droga: Esse critério, de um ano, é um parâmetro que acredito ser tempo satisfatório para que o familiar parente tenha condições mínimas de resgatar o maior número de estratégias possíveis de enfrentamento ao convívio com a droga.
- ✓ Ser mulher e familiar do usuário de droga: O fato da inclusão do gênero feminino emerge por reconhecer que é a mulher, na maioria dos casos, quem responde pela demanda de cuidado dos familiares. Um autor que estuda sobre cuidado domiciliar reforça a

afirmação acima ao relatar que “No cuidado domiciliar reaparece a questão da sociedade estar separada por espaços e atividades masculinas e femininas: o cuidar está adscrito ao sexo feminino” (LIMA, 2006).

✓ O familiar que é usuário de droga estar em tratamento no CAPS ad ou outras redes de atenções em saúde.

Já o critério de exclusão surge a fim de especificar e caracterizar os sujeitos que não poderão participar da pesquisa. Dentre eles, temos:

✓ Mulheres que durante os encontros ou nas entrevistas não apresentarem condições psicológicas para responderem a entrevista.

✓ Familiares homens que estiverem sendo assistidos pelos serviços em questão.

4.2.4 Procedimentos para coleta de informações

Em sentido genérico, método em pesquisa significa a escolha de procedimentos sistemáticos para a descrição e explicação de fenômenos. Esses procedimentos se aproximam dos seguidos pelo método científico que consiste em delimitar um problema, realizar observações e interpretá-las com base nas relações encontradas, fundamentando-se, se possível, nas teorias existentes. (RICHARDSON, 2009. p. 71).

O primeiro trajeto a ser percorrido foi submeter a pesquisa para apreciação da Comissão Científica da Secretária de Saúde do Município de Sobral – CE; após liberação desses ao Comitê de Ética e Pesquisa – CEP de uma das Universidades credenciadas ao Programa de Pós-graduação do Mestrado em Saúde da Família, onde o tal parecer encontra-se anexado ao trabalho a fim de comprovar a liberação da pesquisa (ANEXO B) e apresenta o seguinte CAAE: 01255712.1.0000.5053.

Mediante isso e em meio ao embasamento empírico teórico relativo à temática, fomos fazer o reconhecimento do Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS ad). Lá buscamos auxílio da equipe de saúde. A experiência de vivenciar a Residência em Saúde da Família na prática nos revelou algumas situações que são primordiais para encontrar apoio e cooperação necessária da equipe em atividades de pesquisa.

Como sujeito externo ao processo de trabalho dos serviços, não podemos simplesmente chegar e selecionar um grupo com o qual não mantemos uma relação estreita para assumir a responsabilização pela proposta do estudo. A partir da imersão no CAPS ad foi possível conhecer outros espaços que disponibilizam, de cuidados a familiares usuários de drogas, dentre eles: CREAS e UIPHG.

A todos os responsáveis foi repassada a proposta da pesquisa e os objetivos os quais pretendíamos alcançar. Após isso, solicitamos a nossa permanência nas atividades voltadas ao grupo de família e/ou de mulheres. Cada serviço teve sua especificidade quanto a nossa permanência

4.2.5 Aplicação das entrevistas

Após a descrição da imersão nos serviços, salientamos que a quantidade das entrevistas individuais foi de acordo com a necessidade da autora/objetivos do estudo e dos participantes apontados. No estudo colhemos entrevistas de forma sistemática, até o momento que notamos a saturação teórica das informações. Obedecendo a esse padrão metodológico contemplamos o estudo com vinte e seis entrevistas.

Se não houve fechamento por exaustão (abordando todos os sujeitos elegíveis), deve-se justificar por que se interrompeu o processamento de novas observações e o recrutamento de novos participantes. Uma das maneiras de fazê-lo corresponde ao processo de amostragem por saturação teórica: interrompe-se a coleta de dados quando se constata que elementos novos para subsidiar a teorização almejada (ou possível naquelas circunstâncias) não são mais depreendidos a partir do campo de observação (FONTANELLA *et al.*, 2011, p. 398).

A entrevista teve um roteiro previamente elaborado (APÊNDICE A). Esse roteiro foi criado de acordo com os pólos teóricos do inventário de estratégia de enfrentamento de Folkman e Lazarus, uma vez que tal processo facilita a análise das falas obtidas.

Testamos o instrumento de coleta de dados com mulheres que participavam do grupo de familiares do CAPS ad e CREAS de Sobral – CE. Avaliamos, nesse instrumento, através de um roteiro preestabelecido, os seguintes critérios: coerência das informações com o inventário de estratégia de *Coping* de Folkman e Lazarus, clareza nas perguntas e tempo de resposta. Na aplicabilidade prática o instrumento mostrou-se eficaz para fundamentar os objetivos da pesquisa.

Para abarcar o maior número de mulheres possíveis e as mais variáveis especificidades, durante as entrevistas utilizamos a técnica de amostragem “bola de neve” para encontrar as demais mulheres que não estão passando por processo de cuidado no CAPS ad, CREAS e UIPHG, no entanto, estão sob os cuidados de outros serviços de saúde que não disponibilizam especificamente de espaço de cuidado para familiares de usuários de droga.

Acreditamos que essa proposta foi ao encontro de situações relevantes para fundamentação da pesquisa. Ela visou alcançar as mulheres que não compartilham as suas angústias em espaço de cuidado voltado para familiares e que não querem expor o uso de

drogas dos seus familiares aos demais da comunidade, por medo ou vergonha da situação. Essa técnica permite que uma pessoa indique a outra que esteja em situação similar a sua. Lembro que a intenção das autoras não é obter números, mas qualidade nos processos da pesquisa, assim como em seus resultados.

No método bola de neve um indivíduo é recrutado e, em seguida, indica outras pessoas de seu relacionamento para que também participem da amostra. Para isso, um número inicial de pessoas, que, preferencialmente, conhece muitos componentes da população-alvo, é selecionado. Esse grupo recebe a designação de “sementes”, por serem os primeiros indivíduos recrutados. “O passo subsequente é solicitar a essas pessoas informações acerca de outros membros da população de interesse, para, então, recrutá-los,” (ALBUQUERQUE, 2009, p. 20).

A princípio foram feitas as entrevistas com as mulheres que possuem familiares que são usuários de drogas e estão vinculados aos espaços de cuidados dos serviços CAPS ad, CREAS e UIPHG. Ao término da entrevista, as entrevistadas foram convidadas a identificarem outras mulheres que vivenciam essa questão.

Ressaltamos, nesse momento, que mesmo com a minha permanência nos grupos de familiares não foram todas as mulheres que indicaram uma amiga, vizinha e/ou colega que passavam por situação similar. Isso demonstra o quanto a temática é delicada e requer um período maior de vínculo do pesquisador/pesquisado.

Daí o entrevistador foi a campo nas demais áreas de abrangência para realização da entrevista do sujeito, indicado pelo primeiro entrevistado, a pedido do entrevistador; assim partiu-se para outros casos, privilegiando as indicações feitas pelos sujeitos anteriores.

“Dessa forma, os primeiros entrevistados indicam outros que, por sua vez, indicarão outros, e assim por diante, respeitando os critérios de inclusão na pesquisa e o voluntariado”. (BIERNACKI; WALDORF, 1981 *apud* ROCHA, 2010, p. 25).

Outra fase que foi planejada na pesquisa e que tem uma relação direta com o êxito dos resultados é a transcrição das entrevistas. Essa primeiramente foi gravada com auxílio de um aparelho tecnológico que permita tal ação e depois foi transcrita de forma minuciosa e obedecendo a um rigor metodológico e científico para posterior análise das falas dos entrevistados.

Cozby (2003) cita que a proposta do trabalho tem que atender as exigências éticas e científicas, implicando em autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade aos participantes.

Quanto à formulação das questões o pesquisador deve ter cuidado para não elaborar perguntas absurdas, arbitrárias, ambíguas, deslocadas ou tendenciosas. As perguntas devem ser feitas levando em conta a seqüência do pensamento do pesquisado, ou seja, procurando dar continuidade na conversação, conduzindo a entrevista com certo sentido lógico para o entrevistado. Para se obter uma narrativa natural muitas vezes não é interessante fazer uma pergunta direta, mas sim fazer com que o pesquisado relembre parte de sua vida. Para tanto o pesquisador pode muito bem ir suscitando a memória do pesquisado (BOURDIEU, 1999 *apud* BONI; QUARESMA, 2005, p. 68).

Foram garantidos os princípios legais da ética e fizemos a leitura do Termo de Consentimento Esclarecido, afirmando os princípios da beneficência, não maleficência, justiça e autonomia. Aqui é primordial relatar que todas as dúvidas foram esclarecidas e a importância para as mesmas na participação pesquisa.

Após a obtenção das falas através da entrevista semiestruturada, as informações foram ordenadas e organizadas a fim de analisá-las de acordo com o inventário de Estratégia de Enfrentamento (*Ways of coping*), de Folkman e Lazarus (1985), adaptado por Savóia e outros (2000). A nossa intencionalidade foi utilizar os seus oito pólos teóricos, os quais são: Confronto, Afastamento, Autocontrole, Suporte Social, Aceitação de Responsabilidade, Fuga-Esquiva, Resolução de Problemas e Reavaliação Positiva, proposta enquanto referencial teórico na análise das informações obtidas na entrevista.

No intuito de preservar o anonimato das participantes, optamos por nomeá-las pela letra M, que representa a primeira letra da palavra mulher, seguida da ordem que aconteceram as entrevistas, ou seja, participante número 1 teve essa denominação: M₁, participante número 2: M₂ e assim sucessivamente, até a M₂₆, que representa a quantidade de mulheres entrevistadas nesse estudo.

4.3 Aspectos éticos e legais da pesquisa

A Resolução 196/96 possui relevância científica e social, uma vez que criou e normatizou um dos mais avançados sistemas de revisão e controle éticos de pesquisas envolvendo seres humanos da América Latina: o Sistema CEP Conep. Este sistema é constituído de instâncias regionais, os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), e de uma instância federativa, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), órgão nacional de controle de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

A pesquisa foi norteadada pela resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa envolvendo os seres humanos, que se caracteriza como uma pesquisa que, individualmente ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partir deles, incluindo o manejo de informações ou materiais [...]. (BRASIL,

2004). Foi encaminhada ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, através da plataforma Brasil, tendo o seguinte CAAE: 01255712.1.0000.5053

Para tanto, obedecemos aos princípios da resolução N° 196/96, de 10 de outubro de 1996 (Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas envolvendo seres Humanos), do Conselho Nacional de Saúde, a qual consta de quatro referenciais básicos da bioética para obtenção de êxito da pesquisa com seres humanos, sendo eles: **Autonomia** – atingida no momento em que fica a caráter da participação ou não na pesquisa.

Para resguardarmos as mulheres que foram entrevistadas utilizamos um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE B), que permite às mulheres familiares que vivem no mesmo domicílio de usuários de drogas de decidir ou não sua participação na pesquisa e, que, mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolvessem desistir, tinham toda liberdade para retirar o seu consentimento. **Beneficência** – garantimos às mulheres participantes a firmação do compromisso de trazer o mínimo de risco e o máximo de benefícios possíveis, e de não causar danos morais a estas.

As mulheres participantes da pesquisa foram alertadas que o estudo prediz um diagnóstico sobre suas estratégias de enfrentamentos diante da convivência com a droga. Isso pode predizer melhoria nas estratégias dos serviços de saúde para construir espaços dialógicos, onde haja planejamento estratégico sobre a temática abordada, além de gerar reflexão sobre a ampliação de espaços de cuidados que vislumbrem a qualidade da saúde mental dessas mulheres, indo de encontro às diretrizes do Sistema Único de Saúde, que tem como meta a promoção da saúde e a qualidade de vida da população.

Não Maleficência – alertamos as mulheres participantes da pesquisa que será evitado qualquer dano possível, uma vez que explicaremos que sua participação no estudo não esteve atrelada à avaliação de suas posturas, tendo como foco o julgamento de suas ações. É válido salientar que essas mulheres foram informadas que os dados colhidos não foram apresentados de forma individualizada, visto que isso promoveria exposição das mesmas. **Justiça** – proporcionamos o maior grau possível de equidade às mulheres que participaram do estudo, não obtendo nenhum grau de diferenciação entre elas. Procuramos explicar as relevâncias sociais da pesquisa, enumerando as vantagens para as mulheres em situação de codependência e os membros da equipe e da comunidade que aceitarem participar da pesquisa, assegurando-lhes igual consideração dos interesses envolvidos.

Falamos a todas que o anonimato foi resguardado. No entanto, foram alertadas que poderiam pedir esclarecimentos e criticar o tipo de pergunta; por fim, pediríamos a autorização para gravar as falas obtidas na entrevista, assim como no grupo focal, explicando o motivo da gravação. Ressaltamos novamente que todas as mulheres participantes da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Neste sentido, solicitamos a colaboração dessas na participação da pesquisa, respondendo a uma entrevista semiestruturada, contendo questões que fomentem os objetivos da temática.

“As pessoas precisam, desde cedo, assumir esses princípios éticos, desenvolvendo sua capacidade de autonomia moral, elegendo, conscientemente, valores éticos de conduta pessoal e social” (TAGATA, 2008. p. 122).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS ACHADOS

Para preservar os sentimentos, ações e atitudes reveladas nas falas das mulheres entrevistadas, optamos por manter a integralidade na forma de falar dessas mulheres. Mesmo percebendo que, por vezes, há incoerência e/ou destoa do português culto/formal.

A princípio, realizamos a divisão das informações em quatro tópicos. Assim sendo, no primeiro tópico, dispositivos de saúde e domicílio da captação das mulheres entrevistadas; no segundo tópico foram apresentadas as características das mulheres entrevistadas; no terceiro tópico foram apresentados os significados da convivência entre mulher cuidadora e o familiar usuário de droga; e, no quarto tópico foi apresentada a análise das falas no contexto dos pólos teóricos *coping* de Folkman e Lazarus (1985).

5.1 Dispositivos de saúde/Domicílio de captação

Como afirmado anteriormente, participaram do estudo vinte seis mulheres familiares de usuários de drogas. A abordagem ocorreu em três dispositivos de saúde: CAPS ad, UIPHG e CREAS no Município de Sobral – CE. Relembramos que durante a pesquisa foi aplicada a técnica de bola de neve, ou seja, as mulheres que foram abordadas em um desses dispositivos indicavam outra mulher que passava por situação similar, e a entrevista acontecia no domicílio da pessoa indicada. Abaixo se encontram os dispositivos e domicílios envolvidos nesse processo, assim como nosso processo de imersão nestes.

5.1.1 Imersão no CAPS ad

A princípio, realizamos uma visita para conhecer a equipe e a coordenadora do serviço, a fim de nos apresentarmos e repassarmos os objetivos da pesquisa. Nesse período nos colocamos à disposição para, juntamente com a equipe, participarmos em alguns momentos de cuidadora do grupo de familiares. No entanto, não houve uma roda específica da qual as autoras desse estudo cuidaram sozinhas, ao nos colocarmos à disposição da equipe para a referida ação. A mesma nos informou que há uma programação previamente elaborada para cada quarta-feira semanal. Neste sentido, sugerimos contribuir nas discussões durante o funcionamento do grupo.

Relembramos, nesse momento, que o grupo de familiares é composto por quatro encontros. A cada quatro encontros são trocados os participantes do grupo. No primeiro momento, iniciamos em um grupo que se encontrava no segundo encontro. Isso nos deu a chance de participar de três momentos com o primeiro grupo. No primeiro momento desse ciclo havia três mulheres participantes. Cada uma era de um bairro diferente. Antes de iniciar propriamente o grupo tivemos a oportunidade de conversar com mulheres e saber das dificuldades delas estarem ali. Os discursos eram penosos. Duas das participantes vinham a pé do seu bairro, que é muito distante do CAPS ad. As três mulheres não possuíam atividades laborais fora do domicílio, e afirmavam que havia necessidade de se manter nos grupos, por que era através deles que encontrariam solução para a triste vivência com o familiar.

Ao iniciar, a cuidadora do grupo realizou nossa apresentação e a da proposta da pesquisa. A princípio, observamos o comportamento do grupo, que se mantinha cooperativo. A sensação que perpassava era a de que haviam encontrado um local em que podiam falar e trocar experiências. Presenciamos choros “tolhidos”, choros livres e discursos que referenciavam a triste realidade a que elas eram subjugadas.

Por vezes, a cuidadora do grupo tinha que direcionar as falas. Porque os discursos, de algumas, tornavam cada vez mais longos. Havia uma necessidade de se colocar e de mostrar que elas sofriam, que tinham que relatar sua vivência. Elas queriam falar e repassar o quanto têm e tinham sofrido com a presença de um familiar no contexto da droga.

No terceiro encontro, todas estavam presentes novamente. E, percebemos que havia uma proximidade maior entre elas, a cuidadora do grupo e as autoras da pesquisa. É como se as mulheres passassem a nos reconhecer como parte daquelas outras pessoas, com quem poderiam partilhar seus problemas e sofrimentos vivenciados. Quando fomos para o quarto

encontro, apenas duas das três mulheres foram ao grupo. E, nesse momento, ressaltamos que a intencionalidade das autoras em se manter atuantes no grupo fez com as entrevistas fossem realizadas no fechamento de cada ciclo, ou seja, ao final dos quatro encontros era que as entrevistas seriam realizadas. Como supracitado no primeiro ciclo, apenas duas mulheres estavam presentes. Após o grupo as convidamos a participarem da pesquisa. As mulheres em questão concordaram com os trâmites da pesquisa e a entrevista foi realizada. A técnica bola de neve foi utilizada ao final de cada entrevista e as duas entrevistadas se mostraram sensíveis com a situação, indicando e indo juntamente conosco para o domicílio de uma vizinha e/ou amiga que passava por situação similar.

Após o fechamento desse primeiro ciclo, acompanhamos um grupo por completo, ou seja, em todos os quatro encontros estavam todos presentes. Nesse primeiro encontro tínhamos quatro mulheres, sendo que uma era membro do grupo anterior. E, para nossa surpresa, uma das outras mulheres que estavam presentes no grupo era a que entrevistamos no domicílio. Esta relatou que diante da informação e da conversa que tivemos em seu domicílio ela se interessou em participar das discussões.

O desenvolvimento do grupo, facilitado pela cuidadora do serviço, se manteve no mesmo formato do anterior. E as nossas contribuições se restringiam ao direcionamento de falas e trocas de experiências. O perfil desse grupo não se distinguiu do primeiro, as vozes das mulheres expressavam sofrimento e a troca de experiência de alguma forma tornava-se terapêutica para elas.

No último encontro, fomos surpreendidas com a vinda de uma nova participante. Isso fez um total de cinco mulheres, sendo que duas dessas já haviam sido entrevistadas. Como adiantado anteriormente, reforçamos o objetivo da nossa presença no grupo e solicitamos a participação na pesquisa. As três mulheres que não haviam sido entrevistadas aceitaram as condições estipuladas do estudo e concederam suas entrevistas. Nenhuma mulher desse grupo indicou outra por meio da técnica bola de neve.

Neste contexto, a nossa presença e contribuição no grupo de familiares do CAPS ad fez um total de sete momentos compartilhados com os familiares, ou seja, três no primeiro ciclo e quatro no segundo ciclo. Isso nos deu uma participação efetiva no grupo por sete semanas. Tal participação facilitou todo o processo de imersão e compreensão dos problemas que aquelas mulheres vivenciavam.

Aqui foi possível conhecer o perfil dos participantes. Todas eram mulheres, vindo de uma história sofrida do convívio com a droga, e que buscava auxílio dos profissionais de saúde para enfrentar a situação. Tal percepção fez com que as autoras reforçassem sua compreensão sobre a forma negativa com que as drogas agem na vida das pessoas.

5.1.2 Imersão no CREAS

No primeiro momento fomos conhecer o serviço e a equipe responsável pelo grupo de medidas socioeducativas em meio aberto. Repassamos os objetivos da pesquisa e nos colocamos à disposição do serviço para realizarmos ações no grupo de familiares. Aqui conversamos com a coordenadora do serviço, que nos repassou as características do grupo, a forma de abordagem e a quantidade de familiares que participavam do momento. Solicitamos a nossa participação no grupo. Isso surgiu mediante pretensão, inicialmente, de propiciar condições para o estabelecimento de uma interação efetiva entre pesquisadora-equipe de saúde e pesquisado-familiar, favorável ao processo interpessoal indispensável para o procedimento e obtenção das informações, propriamente dito.

Após esse encontro com os coordenadores do grupo, participamos em três momentos do grupo de familiares. No primeiro momento os cuidadores do grupo eram o psicólogo e assistente social do CREAS. Eles trabalhavam a temática diálogo.

Quando chegamos ao primeiro encontro, percebemos uma maioria de mulheres no grupo, fato que comprova que o cuidado é, culturalmente, responsabilidade feminina. Eram mães, esposas, tias e irmãs, em sua maioria, com faces sofridas, de condições financeiras baixas e com baixo nível de instrução.

Ao observar a participação do grupo nas discussões, percebemos que poucos faziam tal ação de forma efetiva. Havia uma centralidade nas falas de alguns. Muitos preferiam o silêncio. Os olhares de algumas permaneciam distantes. O pensamento não permitia que as informações fossem assimiladas.

O cuidador do grupo incitava sempre a discussão, no entanto, os recursos que eram disponibilizados para gerir o grupo resumiam-se à fala. Após isso, fizemos nossa apresentação no grupo, assim como foi apresentada a proposta do estudo a todos. Em seguida, foi a vez de um representante do Ronda do Quarteirão explicar aos pais como era a forma correta de abordagem dos policiais a uma pessoa suspeita. Tal discussão foi solicitada pelo próprio grupo, uma vez que eles não compreendiam ou achavam incorreta a forma como os seus filhos estavam sendo abordados pelos policiais do Ronda do Quarteirão. Nessa discussão,

houve uma participação mais efetiva. Aqui, os familiares se colocaram como vozes atuantes, capazes de demonstrar diversos sentimentos, um que era frequente era a revolta.

Os familiares, em sua maioria, não concordavam com as ações rígidas do Ronda do Quarteirão para com os seus familiares. Nesse momento, percebemos que grupo se tornava mais participativo diante de uma situação em que viam necessidade de ser trabalhado de fato aquilo que eles queriam que fosse trabalhado no grupo. Aquela discussão sanava uma das suas necessidades, logo, permitia mais vozes atuantes e difusão de vozes entre os familiares.

Por vezes, o cuidador do grupo teve que conter as falas e solicitar uma fala por vez. Relembramos que é uma discussão forte para esses familiares, uma vez que os seus parentes estão cumprindo medidas socioeducativas e o poder de polícia é um assunto que permeia, de forma frequentemente, o cotidiano dessas pessoas.

As discussões construídas nesse grupo foram essenciais para que pudéssemos conhecer o perfil daquelas pessoas que se encontravam ali e para estabelecer estratégias para preparar o momento que me tornaria cuidadora do grupo. Após o término do grupo, duas mulheres nos procuraram e teceram comentários, que referenciavam a importância de se debater a temática droga no grupo. Que, como elas, muitas mães estavam passando por problemas oriundos do uso da droga. E que era necessário que houvesse essas discussões em espaços que tinham familiares.

Diante disso, solicitamos aos cuidadores do grupo um dia para que pudéssemos trabalhar a temática: saúde mental dos familiares de usuários de droga. Antes de ir cuidar do grupo, solicitamos uma reunião com o coordenador do grupo para repassar as estratégias de abordagens que íamos utilizar com familiares. Esse momento foi de troca e imersão nas características das pessoas que vivenciavam aquele momento. De posse de algumas informações e estratégia de abordagem, construímos um momento em que pudéssemos explorar as falas de todos os participantes.

E muitas vozes foram pronunciadas, trocamos experiências e informações. Foi possível vivenciar discursos fortes, comoventes, choros e pedidos de ajuda. Ou através das falas ou em olhares contidos. Sorrisos também aconteceram; foram expressões visualizadas nesse grupo. Ao término, pudemos perceber que essa ação permitiu uma proximidade maior com os familiares daquele grupo. Esse grupo permitiu que as autoras se apropriassem de informações necessárias a seu estudo, se vinculassem com os familiares e equipe e pudessem dar uma contrapartida com o serviço. Ao término do mesmo, muitos vieram até as autoras do

estudo, demonstraram a satisfação por aquele momento e ânsia por outros espaços e discussões sobre a temática.

No último encontro, pactuamos a seguinte ação: O coordenador do grupo fazia a avaliação do momento cuidado pelas autoras do estudo e colhia as necessidades de outras temáticas para serem debatidas em outros momentos. Após isso, realizamos as entrevistas com as mulheres que aceitaram participar da pesquisa e aplicamos a técnica de bola de neve ao final de cada entrevista.

Um dos modelos mais utilizados, afirma Fujisawa (2000), é o da entrevista semiestruturada, guiada pelo roteiro de questões, a qual permite uma organização flexível e ampliação dos questionamentos à medida que as informações vão sendo fornecidas pelo entrevistado.

5.1.3 Imersão na UIPHG

O primeiro encontro aconteceu com o psicólogo da UIPHG. Apresentamos a proposta do estudo, assim como regularizamos os trâmites legais da pesquisa. Foi entregue à coordenadora do serviço os pareceres que legalizam e liberam o estudo.

Houve, nesse momento, esclarecimento por parte do psicólogo, um dos cuidadores das reuniões familiares, de como ocorre esse momento e sobre a aceitação e liberação da nossa permanência nesse espaço. Ressaltamos que nos colocamos à disposição do serviço para contribuir com o grupo.

No entanto, havia uma singularidade naquele grupo. A intencionalidade dessas reuniões é mais informativa, para abordar rotinas, normas e esclarecimento sobre os processos de internação dos familiares dos cuidadores. Isso nos condicionou a ser ouvintes nesse processo e limitou a nossa participação no grupo.

Percebemos que o grupo ali presente era heterogêneo, que alguns apresentavam um “semblante” de sofrimento com histórias recorrentes de internamentos, outros com certo estranhamento de estar naquele ambiente, demonstrando que era o primeiro contato com a situação.

O vínculo que esses familiares criam com aquele espaço e com os profissionais, muitas vezes se restringe àquele momento de internação. Por vezes, muitos residem fora de Sobral – CE e isso condiciona um afastamento ainda maior. Nas duas reuniões que participamos houve poucas vozes atuantes. O máximo questionado era alguma dúvida sobre a internação do familiar ou algo que denotasse cuidado a esse, não havia colocações que demonstrassem seu convívio e o enfrentamento situação vivenciada.

Nas duas reuniões que participamos, percebemos que a situação iria nos colocar diante de uma coleta mais individualizada. Teria que manter uma proximidade maior com os familiares através do discurso individual. Tal processo nos condicionou a tomar a seguinte alternativa: ao visitar as instalações da UIPHG fazíamos o reconhecimento das cuidadoras mulheres que estavam acompanhando os familiares usuários de droga juntamente com os profissionais de saúde, por meio de prontuários. Após isso nos dirigíamos até o familiar, fazendo a nossa apresentação, e informávamos a este sobre a pesquisa. Procurávamos, no primeiro momento, dialogar com as mulheres cuidadoras, pedíamos para falarmos livremente sobre o assunto. Tentávamos deixar exporem seus sentimentos e suas angústias de vivenciar a situação. Percebemos, por diversos momentos, relatos “fortes”. É repetido o sentimento e “fácies” de tristeza. O discurso se resumia à vulnerabilidade daquelas mulheres. A processos de subjugações e, por vezes, a atos violentos.

Parecia que elas esperavam só uma pessoa que pudesse escutar, e, por muitas vezes, só escutamos. Deixamos que elas coordenassem o seu discurso, que elas vissem aquele momento como terapêutico, capaz de modificar algo que fosse contribuir com o enfrentamento de seus problemas. Procurávamos não realizar a entrevista no momento que encontrávamos aquela mulher. Reservávamos dois ou mais encontros para tentar uma proximidade com elas, e só depois propúnhamos a entrevista. Ressaltamos que o tempo de internamento dos usuários de droga torna-se um pouco mais prolongado que os demais, isso facilitou as condutas tomadas pelas autoras.

Nesse momento, destacamos que apenas duas mulheres das demais foram entrevistadas no mesmo dia do encontro. Tal fato ocorreu por termos encontrado-as no mesmo dia da alta dos seus familiares. Ainda propusemos a opção de entrevistá-las em seu domicílio, para maior comodidade das mesmas, no entanto, preferiram que as entrevistas fossem realizadas na própria unidade de internação.

A figura 2, abaixo, representará os dispositivos de saúde e domicílio que foram colhidos às entrevistas com as mulheres familiares de usuários de droga.

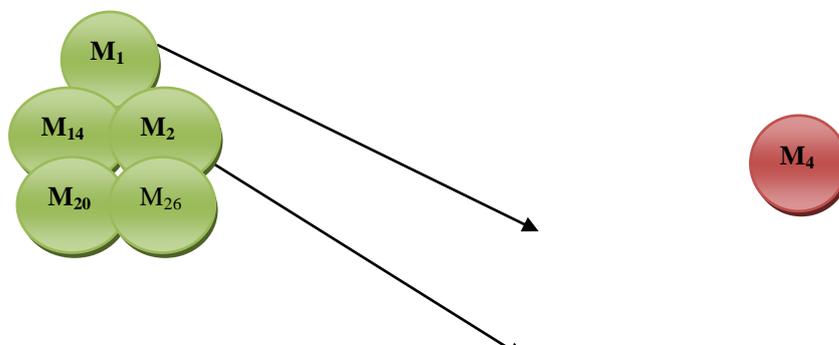
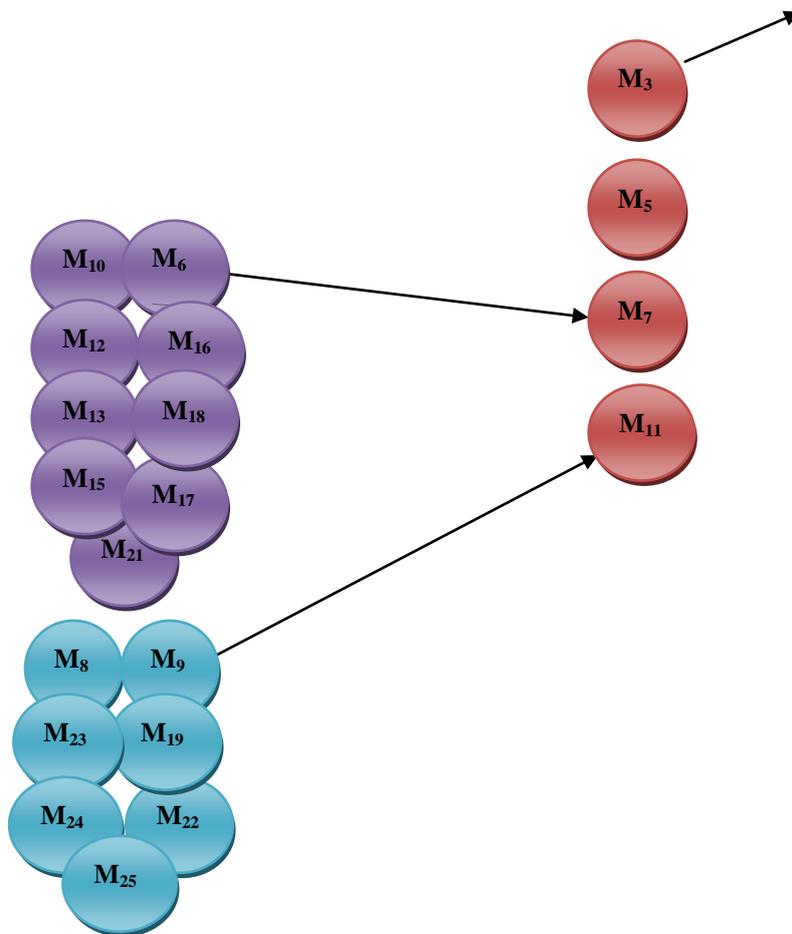


Figura 2 – Demonstração dos Dispositivos de Saúde Mental e domicílios envolvidos na captação de mulheres familiares de usuários de droga.



Legenda:

- ✓ M (Representa a palavra Mulher);
- ✓ Número 1, 2, 3..... 26 (Representa a ordem das entrevistas);
- ✓ \longrightarrow Técnica Bola Neve;
- ✓ ● : Representa o CAPS ad;
- ✓ ● : Representa os Domicílios em Sobral – CE nas ruas: Recanto II(M3 e M4), Vila União(M5), Alto do Cristo(M7) e Alto da Brasília(M11);
- ✓ ● : Representa a UIHG;
- ✓ ● : Representa o CREAS.

Ao acompanhar a figura 02 acima apresentada, podemos observar como ocorreu o percurso das entrevistas desenvolvidas nesse estudo. Cada dispositivo tinha uma particularidade em suas abordagens. No dispositivo CAPS ad obtivemos menos entrevistas, no entanto, foi o que mais indicou mulheres através da técnica bola de neve.

Acreditamos que tal situação ocorreu devido à formação de vínculos entre a entrevistadora e as mulheres pesquisadas, uma vez que o fato de estar presente nos encontros

de forma permanente fez com que as mulheres se sentissem a vontade para nos levar até a sua amiga/vizinha e/ou familiar que estivesse passando pela mesma situação.

Para Starfield (2002) o vínculo pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e, seu uso ao longo do tempo, requer o estabelecimento de fortes laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde.

Quanto ao fato de ter abarcado no CAPS ad um número pequeno entrevistadas, isso se deu por ter no grupo um número limitado de participantes, ou seja, os grupos ocorriam com no máximo quatro mulheres. Por vezes, acompanhamos o grupo apenas com duas mulheres. Assim como em alguns momentos notamos pouca permanência dessas nos encontros.

As autoras sempre optavam por fazer entrevista após o último encontro do grupo. E em algumas situações, elas nem sempre completavam o ciclo de encontro, ou seja, os quatro momentos preestabelecidos.

Observamos uma prevalência de entrevista na UIPHG, localizado no Hospital Dr. Estevam Ponte. Foi um total de nove entrevistas. Acreditamos que tal situação ocorreu devido à demanda assistida nesse dispositivo de saúde mental.

Sá (2008) cita que a capacidade instalada de internação psiquiátrica no Hospital Geral Dr. Estevam é equivalente a 884, porém tem realizado aproximadamente 1.200 internações/ano nos últimos dois anos; e que o número de internações psiquiátricas realizadas procedentes da 2ª Macrorregião e realizadas em Fortaleza no período de janeiro de 2005 a agosto de 2008, é igual a 635.

5.2 Caracterizando as mulheres familiares de usuários de droga

Inicialmente, abordamos as características pessoais das mulheres que participaram do estudo. A figura 3 demonstra a caracterização das mulheres quanto à idade por década.

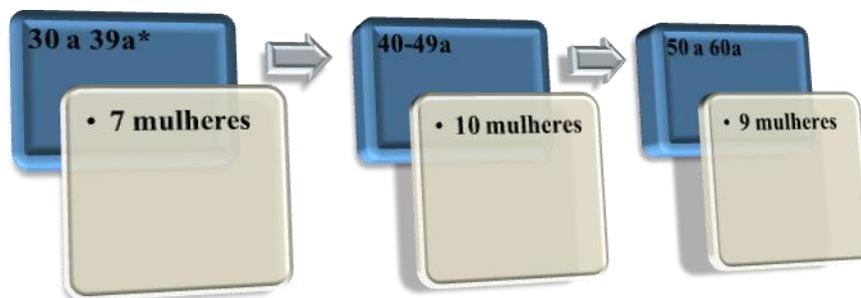


Figura3: Caracterização das mulheres familiares de usuários de droga quanto à idade em Sobral – CE.

Legenda: a*= anos completos por década.

A figura 3 acima nos dá uma margem de idade de 30 a 60 anos, tendo prevalência entre quarenta e quarenta e nove anos, perfazendo um total de dez mulheres. Isso nos

condiciona a pensar que as mulheres entrevistadas, em sua maioria, são mulheres que possuem certa maturidade. Isso pode predizer ferramentas para o processo de enfrentamento da droga, uma vez que as experiências anteriores podem servir de subsídio para o enfrentamento da situação vivenciada.

Pegoraro e Caldana (2008), estudando acerca da sobrecarga familiar de usuários de um centro de atenção psicossocial descobriram que a maior parte dos participantes tinha, à época das entrevistas, entre 60 e 76 anos, com variação entre 28 e 80 anos. Este achado corrobora com as informações encontradas nesse estudo, ou seja, presença de cuidadores com acima de vinte décadas.

E Martins (2006) afirma que a idade pode ser entendida como uma variável com associação direta na percepção e medição da sobrecarga, ainda complementa que os cuidadores mais jovens são mais vulneráveis e apresentam maior dificuldade na resolução de situações problemáticas; estes dados podem ser explicados pelo fato de cuidadores mais novos terem a seu cargo outras obrigações.

Já a figura 4 demonstra o grau de escolaridade das vinte e seis mulheres entrevistadas: nove têm primário incompleto, seis são analfabetas.

Percebemos que a droga tem uma relação forte dentro do contexto social. São mulheres geralmente pobres e com baixa instrução educacional. Isso nos remete à conclusão de que é um dado que pode vir a prejudicar a adesão ao tratamento, uma vez que um nível de escolaridade baixo pode vir a dificultar a compreensão sobre o cuidado e a doença.

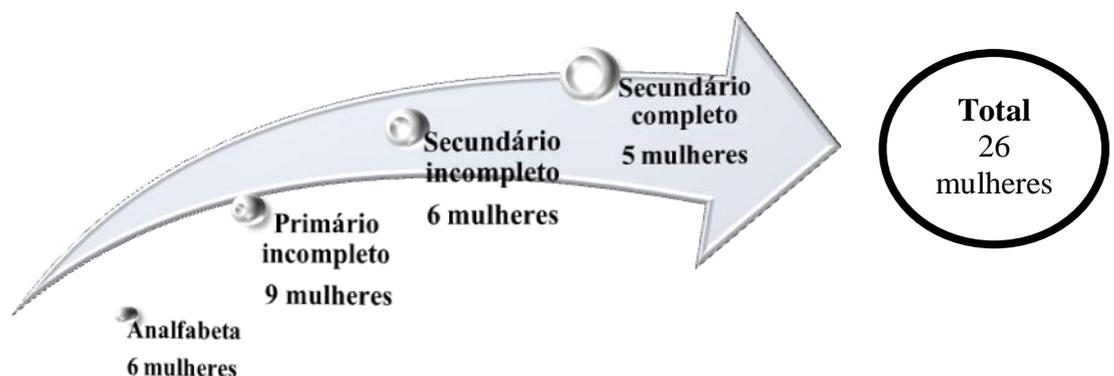


Figura 4 – Caracterização das mulheres familiares de usuários de droga quanto ao grau de escolaridade em Sobral – CE.

Corroborando com tal afirmação, Saraiva (2007) nos faz refletir ao afirmar que o nível de escolaridade se torna um elemento importante na busca da adesão ao tratamento.

Em seus achados Loyola (2009) encontrou algo similar “o grupo de entrevistados foi composto por 68% (73) de mulheres. Quanto à educação formal, havia predomínio da educação básica, com 14 entrevistados (13%) com educação primária incompleta [...]”

Martins (2006) refere que uma maior escolaridade sugere mais facilidade, por parte do cuidador, em manifestar as dificuldades associadas ao cuidar, à procura de ajuda e a lidar com os problemas.

Outra caracterização que se fez necessária nesse estudo encontra-se descrita na figura 5 abaixo:

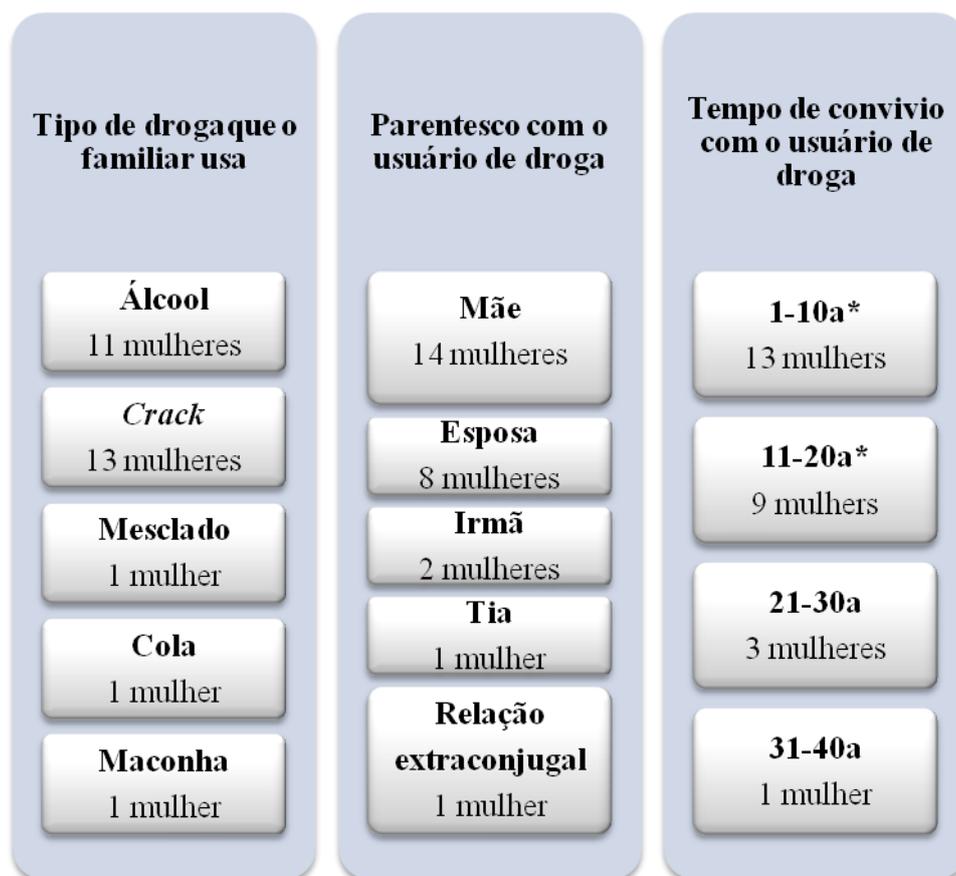


Figura 5 – Caracterização das mulheres familiares de usuários de droga quanto ao parentesco com usuário de droga, droga de uso e tempo de convívio em Sobral – CE, 2012.

Legenda: * tempo de convívio da mulher com seu familiar usuário de droga em década.

De modo geral, o papel da família pode ser compreendido a partir de três lócus principais. O primeiro se refere à centralidade das famílias como fator de proteção social, o que implica ter presente seu caráter ativo e participante nos processos de mudança; o segundo ressalta a família como aquela que, paradoxalmente, pode formar ou destruir, dar identidade ou desintegrar o indivíduo em formação e o terceiro refere-se à sua importância na promoção e manutenção da saúde entre seus membros. (OZORIO; VALE, 2009 *apud* SEIEGHIM *et al.*, 2011, p. 3).

Quando observamos a figura 5 podemos notar que há uma prevalência de mães cuidadoras. Há um total de quatorze mães nesse estudo. O segundo parentesco de mulheres cuidadoras mais comum foi o de esposa, perfazendo um total de oito.

Barroso, Madeira e Nascimento (2007), em seus estudos, afirmam que os pais foram identificados como os principais cuidadores dos pacientes psiquiátricos (59,3%). A maioria dos cuidadores era do sexo feminino (80%) [...].

Cecconello e Koller (2000) afirmam que atitudes como cuidar e confortar estão mais ligadas ao papel materno, internalizado com mais frequência pelas meninas ao longo de seu desenvolvimento psicoafetivo. Assim, por meio dos processos de identificação com a figura materna, as mulheres desenvolvem preocupação empática e interesse pelos outros.

A figura da esposa aparece em segundo lugar, uma vez que, após o casamento a esposa assume esse papel de cuidadora da família. Ela “substitui” a ausência da mãe e abarca o cuidado doméstico da casa.

Quando questionamos as mulheres entrevistadas sobre a droga de uso pelo familiar, houve um destaque para o *crack* e o álcool. O primeiro, com treze familiares usuários e, o segundo, com onze familiares usuários de droga. Isso denota o avanço da substância *crack* em nossa região e nos alerta que o álcool continua sendo um dos grandes “vilões” entre as substâncias psicoativas utilizadas.

Oliveira (2007) diz que a complexidade que envolve o fenômeno do uso de *crack*, e o fato de suas consequências atingirem os usuários, as famílias e a sociedade, com elevação de índices de violência, indica a necessidade de investigações nos múltiplos aspectos dessa temática, na tentativa de contribuir para a formulação de políticas públicas específicas para o seu controle e tratamento.

Oliveira *et al.* (2012), estudando os aspectos relacionados ao tratamento de usuários de *crack* e álcool em um serviço de saúde mental, afirma que os profissionais de saúde devem ser sensibilizados ao conhecimento, investigação e tratamento das afecções diagnósticas, assim como na referência destas ao serviço que melhor poderá tratá-las e a má manutenção do elo

entre os diversos níveis de atenção. E coloca que algumas medidas podem ser adotadas como: educação como treino de habilidade dos profissionais para melhor lidar com a detecção precoce de comorbidades e fornecimento de apoio emocional aos familiares, visto que a família é um fator protetor para reabilitação do dependente.

Novas políticas devem surgir, no entanto, as políticas que já estão disponíveis devem ser efetivadas e otimizadas. Nesse contexto, acreditamos que as drogas que se encontram em âmbito de maiores discussões, como no caso do *crack*, devem sim ter formulações de ações que abarquem a complexidade entorno dessa droga. Mas salientamos e, o nosso estudo demonstra que ainda é relevante o uso abusivo do álcool em nossa região. É uma droga lícita que possui um efeito danoso de grandes proporções, tanto para o usuário, como para o familiar e a sociedade.

Narcizo e Andrade (2003, p.74) corroboram com a afirmação anterior “O álcool é a droga mais devastadora da humanidade, causando grandes danos”. E quando tomamos em anos de proporções de desgastes que essas drogas ocasionam a todos os envolvidos, temos de longe a presença do álcool mais ativa nesse processo. O tempo de convívio das mulheres entrevistadas com familiares usuários de droga foi apresentado na figura acima por décadas. Percebemos que há nove mulheres que convivem com os seus familiares e o uso droga por duas décadas; três mulheres por três décadas; e, uma, por quatro décadas. Salientamos que a droga que esteve presente nessas décadas relatadas é o álcool.

Brasil (2004, p. 38), em sua obra, aborda a temática álcool e saúde e afirma que o uso do álcool de forma abusiva pode ocasionar uma série de complicações. Segundo esse estudo, os mais comuns são:

- Problemas de saúde: surgimento e/ou agravamento de doenças e maior incidência de traumatismos e/ou ferimentos;
- Problemas psicológicos e psiquiátricos, que incluem agressividade, depressão, doenças de ansiedade e crises psicóticas relacionadas ao álcool;
- Problemas sociais e interpessoais: os conflitos familiares relacionados com violência doméstica, resultados de uma variedade de efeitos físicos e /ou psicológicos traumáticos, tanto a curto quanto a longo prazo, entre os membros da família do consumidor irresponsável;
- O fim da harmonia entre os vizinhos;
- Problemas no ambiente de trabalho (e também acidentes);

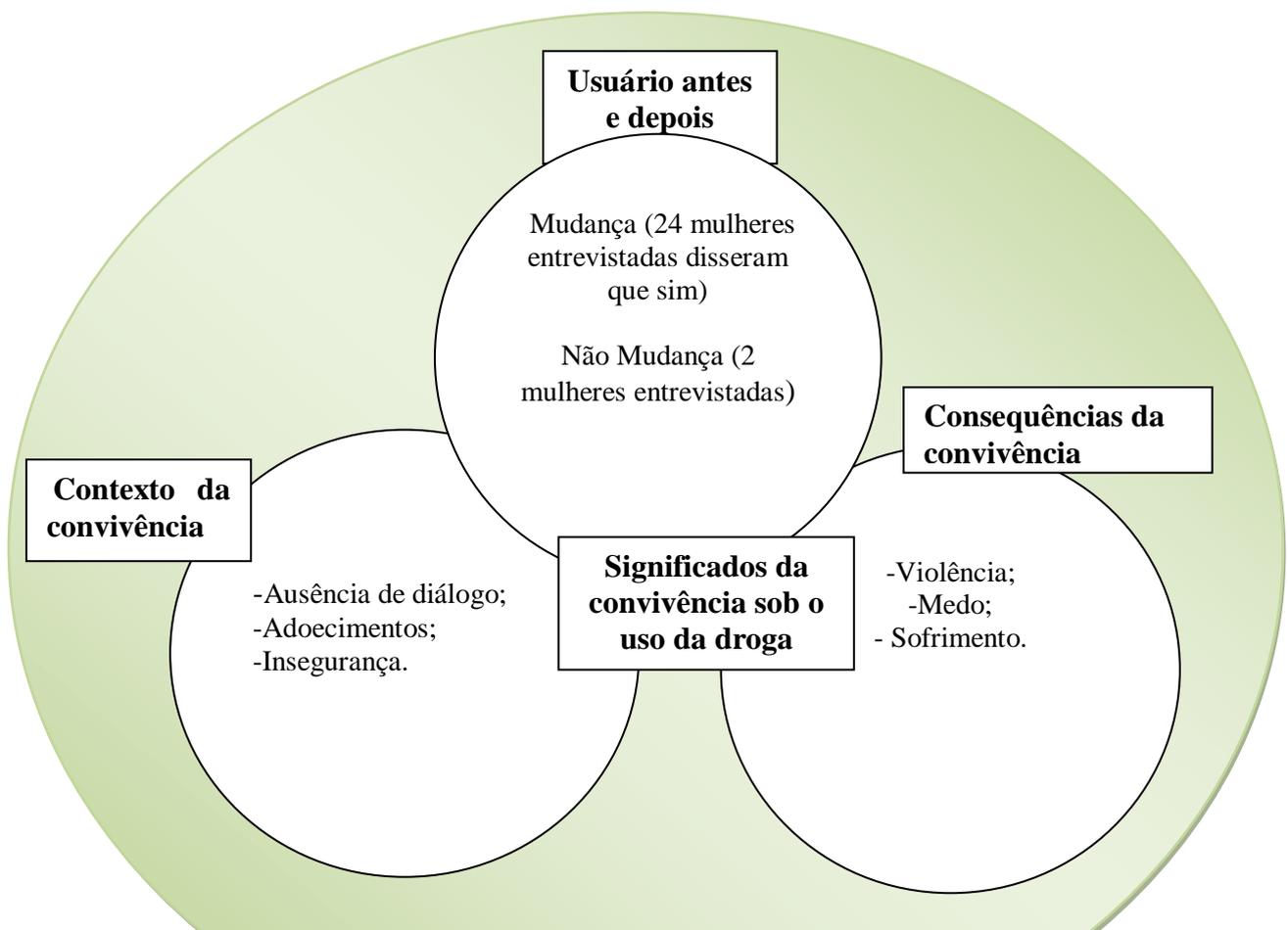
- Conflitos com a lei, como dirigir embriagado, crimes violentos cometidos após ou durante o consumo de álcool, delitos relacionados a comportamentos agressivos ou antissociais consequentes do abuso de álcool.

O tempo de convívio em menos de uma década está relacionado ao *crack* e às outras drogas. Em média de 1 a 5 anos. Situação que traduz a imersão recente do *crack* em nossa região, esse dado pode denotar também a idade de jovens envolvidos nesse contexto, em parte, adolescentes.

5.3 Os significados da convivência sob o uso da droga

Ao nos debruçarmos sobre as entrevistas das mulheres que vivenciam com familiar usuário de drogas foi possível construir constructos teóricos, que definiram a categoria central: significados da convivência sob o uso da droga. Dessa obtivemos as seguintes categorias secundárias: usuário antes e depois, contexto da convivência e consequências da convivência.

Nesse momento, clarificamos que vinculadas às categorias secundárias surgiram as seguintes subcategorias: mudança e não mudança com o uso da droga, ausência de diálogo, adoecimentos, insegurança, violência, medo e sofrimento. Na figura 6 é possível visualizar essas categorias de forma esquemática.



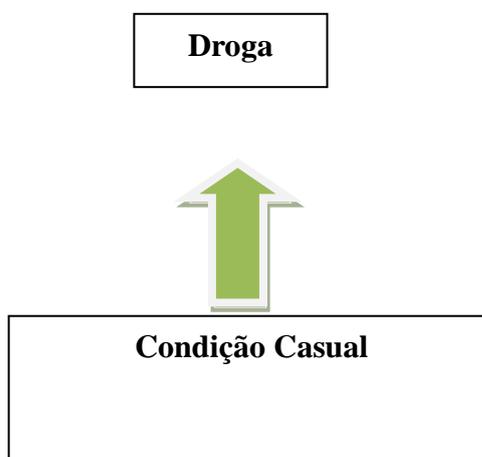


Figura 6 – Os significados da convivência de mulheres familiares usuários de droga, Sobral, 2012.

Loureiro (2008) afirma que sobrecarga emocional é referida como a dimensão mais afetada, sendo frequente a existência de sentimentos de hostilidade, raiva, culpa, medo, revolta, solidão e pessimismo, podendo desenvolver sintomatologia psiquiátrica no decorrer da prestação de cuidados.

5.3.1 Usuário antes e depois: Mudança e não Mudança com o uso da droga

O uso da droga pode gerar impactos profundos nas relações familiares. Há um afastamento e, por vezes, ausência do prazer no convívio com os parentes e amigos. Isso fragiliza os relacionamentos. Para compreender essa dinâmica de convivência, indagamos às mulheres entrevistadas se houve ou não mudança neste contexto. Diante disso, observamos que apenas duas das vinte seis mulheres relataram não sofrer nenhum tipo de mudança no domicílio com o uso da droga. Acompanhe os extratos de fala abaixo:

Não. A convivência com ele. Ele é um menino ótimo. Não sei se ele usa ou não usa. Ele é calmo. Ele não chega com abuso (M₂₀).

Não. É mais quando ele usa. Acho que é mais fim de semana. Não. Não. Ele não é agressivo [...] (M₂₃).

“A convivência com um familiar usuário de drogas é percebida como problema que desperta sentimento de revolta, mas também conformismo, nos demais familiares”. (MARTINS; SANTOS, PILON, 2008, p. 1).

Tal conformismo pode influenciar de forma positiva ou negativa nas inter-relações dos familiares. Isso pode significar um amadurecimento nas relações familiares dessas mulheres

ou uma negação da situação vivenciada. Essa última pode dificultar os processos de tratamento, uma vez que a família pode não reconhecer uso abusivo de drogas como problema.

As demais mulheres alegam mudanças em todos os âmbitos. Desde o afetivo ao financeiro. Veja abaixo:

Mudou. Não é mesma convivência como era de primeiro não. Ai. Mudou tudo. Mudou relacionamento. Mudou. Hum. O jeito deu gostar dele agora. Não era como eu gostava dele a primeira vez. Mudou tudo. Trabalho e condições financeiras. Ele não gosta dessa palavra né? Pena. Ele não quer que eu diga. Eu tenho pena dele. Que às vezes eu fico com medo de deixar e ele voltar de novo a beber. E magoar ele (M₁).

“As razões apontadas para a tolerância dessa relação parental são a dependência econômica, a afeição aos cônjuges e a preservação da família em favor dos filhos, apesar de pensarem muitas vezes em abandonar o lar”. (AZEVEDO; MIRANDA, 2010, p. 60).

A convivência mudou. Ele era aquele filho de lavar. De eu sair de dentro de casa. Passava o pano na casa. Ele fazia todos os meus mandados. Era de pagar aluguel de casa. De pagar aluguel, água e luz. A gente dormia num quarto só. Ele na cama e eu na rede. Quando eu dizia que tava com dor de cabeça, ele me dava comprimido, um copo d'água. Depois ele simplesmente arranhou essa namorada e entrou na droga. Aí saía e me deixava dormindo sozinha. Quando eu vou dar conselho, ele parte com agressividade. (M₈.)

Um dos critérios da pesquisa era residir no mesmo domicílio. Isso nos deu base para averiguar os ajustes e perdas familiares decorrentes desse convívio. Nessas falas observamos mudanças de comportamento dos familiares usuários de droga e seu modo de conviver com a mulher cuidadora. Há uma prevalência maior de desajustes na família. Muitas vezes, por não reconhecer a nova situação vivenciada, assim como não possuir informações suficientes para o manejo adequado da vivência com usuário de droga.

Tais perdas influenciam, muitas vezes, de forma negativa no tratamento do usuário de droga, uma vez que o familiar é fundamental no processo de tratamento e reintegração deste. Flaglie *et al.* (2004) nos alerta que conviver em uma família que possui um dependente de drogas ilícitas é um desafio, pois esta realidade pode desenvolver competências para lidar com situações estressantes e soluções de problemas ou impedir o seu desenvolvimento saudável.

5.3.2 Contexto da convivência familiar: Ausência de diálogo, adoecimentos e insegurança

Quando nos detemos a analisar o contexto da convivência familiar das mulheres que vivenciam com familiares usuários de droga, percebemos nas falas que o uso da droga em um dos membros familiares reproduz um contexto de: crise familiar, adoecimento e insegurança.

5.3.2.1 Ausência de diálogo

A sobrecarga familiar e as mudanças de atitudes e ações do familiar que usa droga promovem, na maioria das vezes, crise na família. As mulheres cuidadoras perdem a definição de limites que antes do uso detinham. O diálogo se torna algo quase que inexistente e a situação de convívio torna-se, por vezes, insustentável.

Então o diálogo ficou muito difícil. E a gente tinha um diálogo muito bom. Você tá entendendo? (M₈) .

E um diálogo com ela. Ela não aceita. Um conselho. O tratamento. Vem pra cá pro hospital em crise. Aí tudo que eles tomam medicação. A medicação passa o efeito. Ela levanta e vai embora. Não aceita ficar internado. E isso o mais difícil ela não quer o tratamento (M₆).

A falta do diálogo em casa pode predispor a inúmeros desajustes familiares. Se não há conversa, troca de experiências em casa, não haverá o fortalecimento das relações familiares, nem construção de vidas saudáveis. No entanto, ressaltamos que o diálogo deve ser compreendido pelas mulheres familiares de usuários de droga, não com exigência, cobrança ou controle da vida do seu parente, ou seja, a comunicação deve ser aberta, onde um compreende e respeita o espaço do outro.

Prata e Santos (2005), estudando sobre a opinião dos adolescentes sobre o relacionamento familiar, afirma que os dois grupos pesquisados – usuários e não usuários de substâncias psicoativas – apontam a presença do diálogo como uma característica positiva no relacionamento familiar, contudo, principalmente para os usuários, parece que esse veículo ainda não é explorado em toda a sua amplitude, uma vez que apontam a “falta de diálogo” como aspecto negativo desse relacionamento.

Já Wagner *et al.* (2005) corroboram com nossa opinião, uma vez que os autores dizem que se a comunicação é fechada esta será caracterizada pelo exercício excessivo da autoridade, a tendência é que pais e filhos conversem sobre assuntos banais do cotidiano, como escola, alimentação, diversão. Por outro lado, se a comunicação for aberta, os membros familiares podem expor sentimentos e questionamentos sem se sentirem ameaçados, conversando sobre temas diferenciados e até mesmo pessoais.

Neste contexto, os familiares passam a conviver menos e a realizar coisas mais juntos. Isso influencia diretamente na forma de manifestar sentimentos e afetos aos familiares em

geral. Schenker e Minayo (2004) dizem que, a esse respeito, a literatura aponta que geralmente o usuário de drogas nunca formou uma família ou tem dificuldade para sustentar o funcionamento da estrutura familiar, devido, principalmente, a problemas na regulação das relações e dos afetos, pois ele tende a substituir o relacionar-se com pessoas por um relacionar-se com a substância de abuso.

Esse fato nos incita a orientar as mulheres cuidadoras, visto que a convivência mais próxima é fundamental para ajudar seu parente no tratamento do uso da droga. Isso poderia predispor ferramentas de proteção e manutenção do bom vínculo no domicílio familiar.

5.3.2.2 Adoecimentos

Viver e conviver com o uso da droga no domicílio faz com que as pessoas sofram processos de adoecimento. Nesse aspecto, abrimos um parêntese para sistematizar que tal ambiente de vivência e convivência torna-se mais delicado, uma vez que lá há processos de relações amorosas. A família se vê diante de sentimentos ambíguos. Como posso odiar, temer e desconfiar de quem amo? Tais situações conflituosas geram adoecimentos mentais e dor. Essa que, por vezes, se manifesta em forma de somatização. E, muitas mulheres não sabem interpretá-las, o que as leva aos nossos espaços de saúde, em busca de auxílio.

Como ele começou muito novo, a gente ficou em estado de choque. A gente não esperava isso. Aí noto que estou doente, desde essa época (M₁₃).

Eu reagi com muita preocupação né? Eu ficava depressiva com uma situação dessa né? Por que a gente não sabe com reagir né? Não sabe como chegar né? (M₁₅).

Essa sobrecarga emocional faz com que essas mulheres se dediquem principalmente aos familiares usuários de droga. Elas usualmente deixam de manter outros relacionamentos, passam a se envolver de forma mais efetiva com o familiar usuário de droga. Isso deixa o vínculo sobrecarregado de cobrança, em relação a elas e à pessoa de quem cuidam. Tais processos predisõem ao surgimento de doenças.

Aí mudou. Agora eu faço tudo por ele. Fica com indisposição, sem vontade de trabalhar. (M₂₀).

Postulamos ainda que essas complexas e conflituosas dinâmicas familiares, no contexto da droga, têm uma relação direta com os fenômenos psicossomáticos – do adoecimento do corpo orgânico – pois é por meio do cotidiano que esses aspectos se revelam.

Os significados dolorosos daquela convivência não vêm descritos de forma clara durante a assistência prestada a essas mulheres, por vezes o profissional de saúde deve ser sensível a essa situação e se ater a realizar uma ausculta completa para identificar o problema. Nessa perspectiva, o vínculo faz-se necessário para realizar um cuidado humano e integral.

Labrobici, Fegadoli e Correia (2010, p. 396) afirmam que os profissionais da saúde devem ser capacitados, a fim de que possam perceber as mulheres vitimizadas em sua multidimensionalidade, para que suas ações de cuidado sejam não apenas instrumentais, voltadas à subjetividade, porque poderão ajudá-las a transcender o vivido e encontrar um novo sentido para a sua existência. Dessa forma, o atendimento será humanizado, ético e solidário.

5.3.2.3 Insegurança

Os estratos de fala abaixo revelam um conviver de insegurança do não confiar no familiar usuário de droga.

Olha, a vida do familiar que tem esse familiar assim na família, nunca mais é a mesma. Porque acaba com o sossego da família. A gente pra dormir a noite. Ela fica desaparecida né? E a gente fica com aquela insegurança. Será que tá vivo. Será que morto? Porque eles caem em qualquer lugar. Quando ela usa droga ela cai em qualquer lugar. (M₆).

O que foi que mudou? Sei lá a gente fica. Fica assim. Como é que se diz: Insegurança né? Fica insegura dentro de casa. Sem saber o que fazer. Aí pronto. Aí eu também não queria mais trabalhar (M₂).

O contexto da insegurança é muito presente na vida dessas mulheres. Tanto no que diz respeito ao bem-estar do familiar usuário de droga, como suas ações e atitudes no cotidiano. Elas ficam sempre desconfiadas de quais serão os próximos passos dos seus parentes. Isso pode gerar conflitos na família. Araujo; Soares e Henrique (2009) afirmam que uma vida de insegurança e incerteza deixa muito a desejar do que se almeja como uma vida de boa qualidade.

Muitas dessas mulheres passam a deixar esse sentimento dominar seu cotidiano. E diversos questionamentos podem pairar em suas mentes, dos quais temos: Como confiar diante de tantas frustrações? Como dormir tranquilamente sabendo que ele está na rua? Como confiar diante de tantas tentativas de tratamento em vão? Dotadas de insegurança, a credibilidade dessas mulheres sobre o parente tende a diminuir.

E tal ação não favorece as tentativas de tratamento e reabilitação, uma vez que a família tende a perceber e incentivar o parente a se desvincular do contexto da droga. Para que sentimentos como esses não atrapalhem o conviver dessas mulheres com o familiar usuário de droga. Oliveira, Alma e Valle (2001, p. 129) afirmam que “a interação dos membros da família em seus respectivos papéis determina a qualidade da estabilidade das relações familiares. A conquista da estabilidade é influenciada pela capacidade de seus membros controlarem seus conflitos internos e relacionais”.

Esses conflitos internos e relacionais muitas vezes fazem com que as mulheres se tornem inseguras, frágeis e vulneráveis à situação de adoecimento, afetando, assim, a sua autoestima e perturbando a sua vida de relações sociais.

5.3.3 Consequências do uso da droga para o contexto familiar: violência, medo e sofrimento

5.3.3.1 Violências

Há uma associação bem estreita entre a violência e o uso da droga. Sabemos que as mulheres cuidadoras de familiares usuários de droga, por serem as mais próximas e tomarem para si a responsabilização do cuidado, são, por vezes, as que menos conseguem manter a coesão familiar. Isso pode predispor à violência. Veja as falas abaixo:

É horrível. Ele é agressivo. Me bate. Grita. Às vezes quebra tudo dentro de casa. Eu sofro muito. São muitas mágoas (M₁₇).

Mas me dá vontade de ir embora de casa. Das grosserias dele né? Do que ele faz comigo. Às vezes tô dormindo e ele. Ele. Tiro minha rede que fica por cima da cama dele porque ele fica dando chute em mim. Aí saio e venho para sala (M₃).

[...] E no começo eu apanhava dele. Ele quebrava meu nariz. Meus olhos era um 'anil' [...] (M₂₄).

Corroborando com tal afirmação, Rabello e Calda (2007) afirmam que a família de coesão desligada possui 16 vezes mais chances de expor seus membros à violência. Nota-se pelas respostas, que nas famílias onde há a agressão física, os membros não passam o tempo livre juntos, nem compartilham atividades em família. Geralmente, as mulheres agredidas se sentiam mais próximas a alguém estranho do que aos familiares.

E enquanto partícipes desse processo não poderia deixar de relatar que a minha ausculta durante as entrevistas não cumpriam meramente os objetivos da pesquisa. Ao narrar suas penosas vivências de violências, as mulheres demonstravam as faces da tristeza, angústia e desânimo. Os choros incontidos não foram tolhidos pela presença de uma pessoa estranha.

Parecia que aquela ausculta, muitas vezes tão ansiada, dava espaço ao momento terapêutico para aliviar as angústias e defesas do conviver.

Segundo Viera, Perdoná e Santos (2011), as mulheres que sofrem violência são frequentadoras contumazes dos serviços de saúde, possivelmente o único lugar em que procuram ajuda. Esses serviços, locais de grande demanda de assistência a esses casos, devem estar preparados para lidar com o fenômeno.

5.3.3.2 Medo

Todas as mulheres de alguma forma relataram esse sentimento no conviver com um familiar usuário de droga. Esse permeava desde o medo de perder o parente usuário de droga ao medo de sofrer violência pelo familiar usuário de droga. Veja os extratos de fala abaixo:

Eu tenho toda hora. Dele morrer. Por que me disseram que quando a cola seca dentro, não tem jeito mais não. Aí tenho medo dele morrer (M₉).

Eu tenho medo assim. Do meu filho. De o meu filho ir 'simbora'. Por que meu filho disse. Mamãe, tenho tanta vontade de ir embora. Às vezes tenho vontade de me jogar no meio da rua. De morrer (M₃).

Tenho demais. Ele vive dizendo que vai me matar. E tenho medo que ele faça alguma coisa com os meus netos que cuido. Ave, só Deus sabe o quanto eu tenho medo (M₁₇).

Azevedo e Miranda (2010) afirmam que a convivência entre familiares e usuários é representada por um movimento de “ir” e “vir”, um contínuo de sofrimento, angústia, impotência e violência, no contexto do lar e/ou na rua.

Segundo Blefari (2002), a dependência química controla a família, e os familiares, por sua vez, protegem o dependente das consequências de suas ações, encobrindo, protegendo e proporcionando espaços para que ele se continue o uso pelo medo de perdê-lo. Este comportamento torna-se um círculo vicioso.

O medo é uma expressão constante nos discursos das mulheres. A droga põe uma barreira na relação familiar. Muitas vezes, os cuidadores detinham conhecimento sobre a vida dos seus familiares. Com a imersão no contexto da droga, essas pessoas passam a se distanciar da família. Tal distanciamento promove medo da perda e/ou medo das expressões de violência, manifestada pelos conflitos familiares existentes.

Esses medos devem ser externalizados. Geralmente as mulheres expressam esses medos aos profissionais de saúde, e, ao expressar seus medos, segundo o Ministério da Saúde

(2004), esses familiares buscam essa assistência acolhedora, pois seu estado físico e emocional está abalado e o profissional, supostamente capacitado, lhe acolhe e cuida da sua fragilidade, criando-se, desta maneira, um vínculo, uma ligação afetiva, e tornando uma convivência de ajuda e respeito mútuo.

Conforme Machado e Merlo (2008), o cuidador vivencia angústias, medo, desesperança e desamparo. Esses sentimentos geram sofrimento, e nos casos em que o cuidador é familiar do paciente, esse sofrimento aumenta, pois existe o envolvimento afetivo e o cuidador sofre com a dor do paciente.

Como não sentir medo de perder quem você ama? Como não temer aquele que te ameaça? Que manifesta raiva e agressões? Sentimentos doloridos e pouco compreendidos por essas mulheres cuidadoras, uma vez que a ambivalência emerge em todos os instantes. Amar e temer, dependendo da situação. Medo de perder pelo amor e zelo, e medo de apanhar ou morrer pelas mãos daquele que tanto amo. Esse ciclo vicioso pode esgotar a família emocionalmente e promover processos patológicos a essas mulheres.

5.3.3.3 *Sofrimento*

O cuidar de um familiar usuário de droga significa lidar com o emocional, pois o ato de cuidar demonstra amor, atenção, preocupação e tristeza. E essas tristezas foram reveladas nos discursos das mulheres familiares de usuários de droga, veja abaixo:

Quando ele bebe, a gente tem muito medo. Ele sempre foi violento. Embriagado chegava a brigar na rua. A espancar o povo na rua. Aí ficava a família toda chorando e gritando. É aquele sofrimento. Meu irmão querendo matar o próprio pai dele. E a gente ficava todo apavorado (M₂₁).

“[...] Quero recair. Deus me levanta. É muito sofrimento. Pra mim o mundo tinha se acabado. Hoje em dia ele tá mais viciado. Ele só para quando se sente mal. Ele tem. Eu já perdi as contas das entradas que ele tem no hospital Dr. Estevam. Ele vem. Toma medicação. Vai pra casa. Ele já deu entrada lá na psiquiatria. Já teve internado bem umas quatro vezes. Ele já passou mal. Já foi duas vezes para UTI. Já foi pro balão por consequência desse *crack* e da cachaça. Que ele mistura né? E quanto mais o tempo passa mais ele vive desorientado. Não sabe onde tá. Quando ele tá muito bebo que ele mistura. Não sabe onde tá. Cai no meio da rua. Ele dorme no meio da rua. É muito sofrimento. Eu e os irmão dele. Passa até de madrugada no meio da rua procurando por ele. Pra ver se acha ele lá pela beira do rio, caído[...]” (M₇).

“Uma vez ele sumiu de casa. Passou dois dias no mato. Ai todo mundo procurou e não achou. Uma mulher disse: - Olha, eu vi teu irmão lá na mata com uma corda na mão. Isso ela disse de noite. E ele tinha saído pela manhã. Aí pronto. Ninguém dormiu essa noite. E sem poder procurar a noite porque era mato né? Quando amanheceu o dia, todo mundo achou que ele tinha morrido. Aí fomos achar 3 horas da tarde. Todo mordido de `murissoca`, todo queimado do sol, os pés tudo cheio de bolha. É um sofrimento muito grande. Eu achei que tinha perdido ele (M₁₃).

Segundo Sá (2002), o cuidador sofre com a descoberta da doença e sofre ao ver seu familiar sofrendo. Tais fatos geram na família grande fragilidade diante do medo de enfrentar a doença. Entretanto, ao relacionar-se com o paciente, o cuidador também sofre porque ao cuidar vivencia a dor, pois existe o envolvimento emocional inevitável e esse não possibilita a isenção da dor (WALDOW, 2006).

Ressaltamos que há relação de cunho emocional pairando esse cuidado. Intrínseco a esse processo a mulher não se desvencilha do sofrimento. Ela sofre por diversas situações que o familiar usuário de droga tem que passar. Como aceitar e ver o sofrimento de quem você ama e não se comover/envolver nesse sofrimento?

Conforme Machado e Merlo (2008) o cuidador vivencia angústias, medo, desesperança e desamparo. Esses sentimentos geram sofrimento, e nos casos em que o cuidador é familiar do paciente, esse sofrimento aumenta, pois existe o envolvimento afetivo e o cuidador sofre com a dor do paciente.

Nesse momento, relatamos que durante a vivência no campo, não só os discursos das mulheres familiares de usuários de droga traziam mensagens de sofrimento, como também suas fâcias e seus olhares revelavam a triste realidade compartilhada com uso da droga.

5.4 Análise das falas no contexto dos pólos teóricos de *coping*

Neste capítulo descrevemos as estratégias de enfrentamento relativa aos oito pólos teóricos de *coping* de Folkman e Lazarus(1985), utilizadas pelas mulheres de familiares usuários de drogas para melhor lidar com a situação. Savóia (1996) afirma que poucos são os estudos sobre a experiência de doença e enfrentamento que utilizam um referencial teórico específico, como o Inventário de Estratégias de Enfrentamento.

A aplicação da subescala aos resultados qualitativos obtidos foi dividida de acordo com os oito pólos presente nessa, que são: Confronto, Afastamento, Autocontrole, Suporte Social, Aceitação da Responsabilidade, Fuga-esquiva, Resolução do Problema e Reavaliação Positiva. Partido desses e das concepções de Folkman e Lazarus (1985) optamos por construir categorias que complementavam esses polos, revelando as ações e atitudes de mulheres diante da condição de conviver com um familiar usuário de droga.

Esclarecemos que as categorias foram construídas pelas autoras da pesquisa, porém baseadas nas concepções de Folkman e Lazarus (1985), para sistematizar e apresentar de forma didática as estratégias de enfrentamento das mulheres que participaram deste estudo e,

que não é nossa intencionalidade quantificar quantas mulheres optaram por determinado *coping*, uma vez que Floro (2007), estudando os preceitos da subescala de *coping* de Folkman e Lazarus, afirma que, de uma maneira geral, as pessoas não utilizam uma ou outra estratégia de *coping*, elas tendem a utilizar simultaneamente várias estratégias de *coping* em quase todas as situações estressantes, principalmente estratégias focadas no problema ou focadas nas emoções.

Neste contexto, cada pólo teórico teve categorias de análise específicas, dentre elas obtivemos: Pólo teórico Confronto: extravasando os sentimentos e comportamento arriscado; Pólo teórico Afastamento: negando o problema e vendo o lado bom da situação; Pólo teórico Autocontrole: autocontrole dos sentimentos e atitudes, e não exposição do problema; Pólo teórico Suporte Social: conversando com pessoas, procurando ajuda profissional e buscando conselhos com amigos e parentes.

Nos demais temos: Pólo teórico Aceitação e Responsabilidade: sentindo culpa e arrependimento, resgatando perdas e danos, e compreendendo a culpa; Pólo teórico Fuga esquiva: esperando um milagre, procurando comportamentos de compensação, fugindo das pessoas, extravasando a raiva em outras pessoas e negando os acontecimentos; Pólo teórico Resolução do Problema: centrando em ações e atitudes, aprendendo com as experiências, reconhecendo acertos e encontrando outras soluções; Pólo teórico Reavaliação Positiva: criando e recreando atitudes, renovando a fé, e rezando e qualificando a fé.

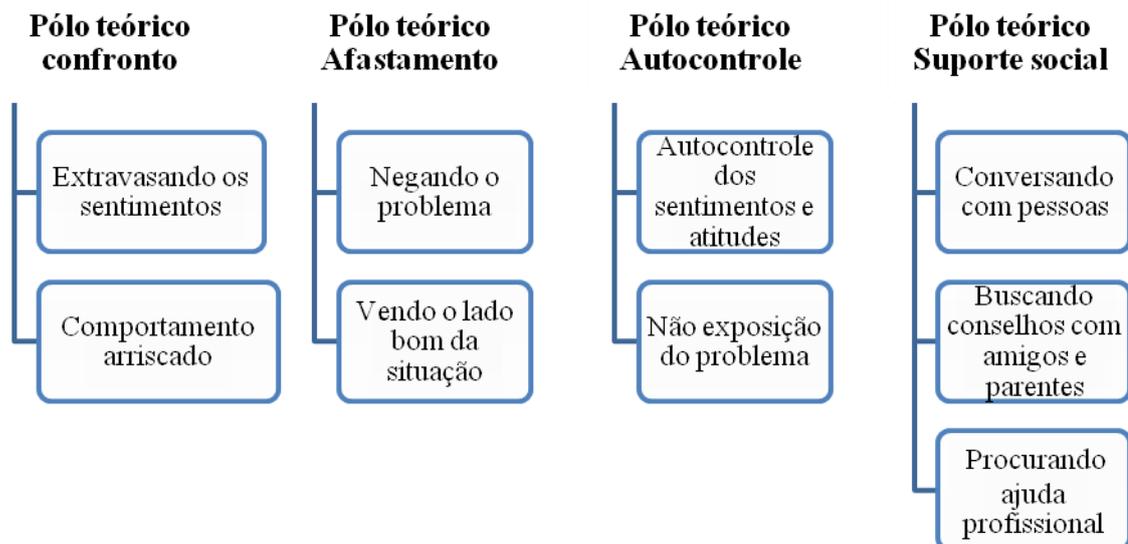
Esses pólos foram também analisados de acordo com a seguinte classificação preconizada por Folkman e Lazarus (1988): enfrentamento focado no problema (confronto e resolução de problemas); enfrentamento focado na emoção (afastamento, autocontrole, aceitação de responsabilidades, reavaliação positiva e fuga-esquiva) e enfrentamento focado no problema e na emoção (fator suporte social).

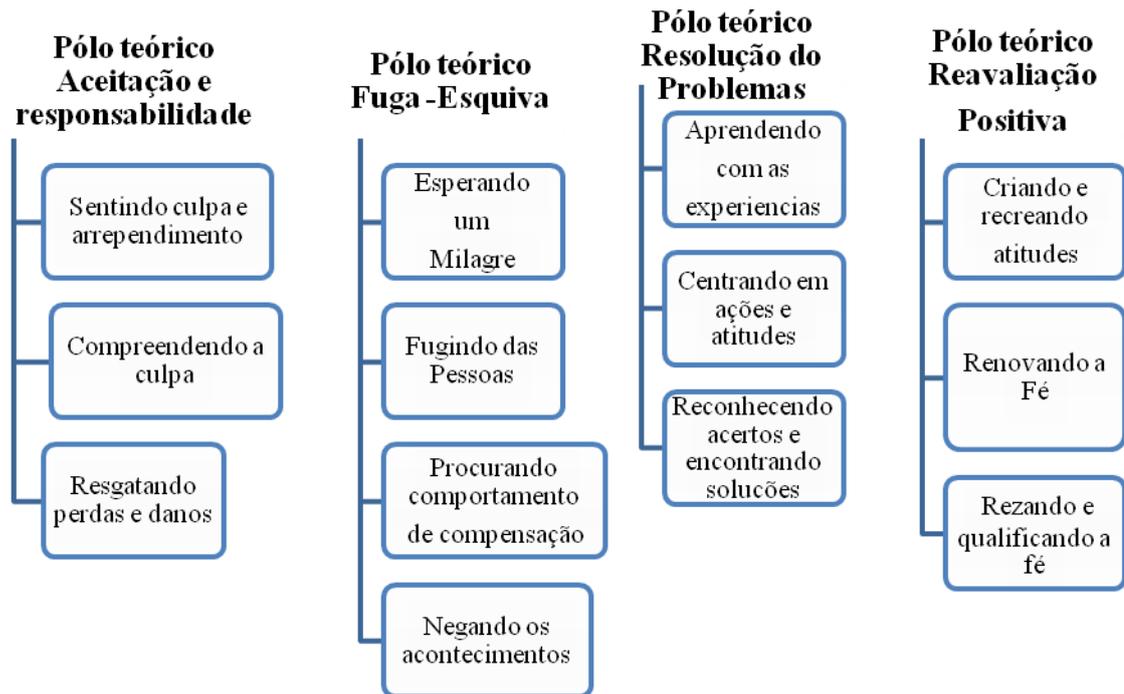
Nesse momento, clarificamos que o fato dos autores desse referencial terem apontado o *coping* focado no problema ou na emoção não significa que os indivíduos não possam utilizar ambas as formas de *coping*, ou seja, focada no problema e/ou focada na emoção, o que poderia impedir ou facilitar a manifestação de uma ou de outra forma. Isso quer dizer que, resolvendo o problema, a emoção é “normalizada”, ou reduzindo e controlando as emoções, a pessoa pode identificar estratégias de solução que não percebia antes, por estar sob o impacto da emoção.

Lembramos que *coping* é visto por esses autores como um processo dinâmico, neste sentido, não se deverá considerar uma estratégia de enfrentamento melhor ou pior em relação à outra; só avaliamos a qualidade da estratégia de *coping* utilizada se avaliarmos seus efeitos adaptativos observados em cada contexto específico, dependendo da pessoa, da situação que desencadeia o *stress* e o bem-estar que se pretende, que pode ser o bem subjetivo, funcionamento social e saúde física.

Então, cada resposta pode ser potencialmente adaptativa ou mal adaptativa, dependendo da situação e do tipo de recursos que o indivíduo apresenta num dado momento, afirmam Folkman *et al.* (1986). Veja a figura 7 abaixo, demonstrando de forma esquemática os pólos teóricos de *coping* e suas respectivas categorias construídas:

Figura 7: Os pólos teóricos de *coping* e suas respectivas categorias construídas mediante as falas de mulheres familiares de usuários de droga em Sobral – CE.





Segundo Holroyd e Lazarus (1982) o *coping* pode influenciar a saúde através de três mecanismos fundamentais: sistema neuroendócrino, comportamentos relacionados com os riscos para a saúde e adesão terapêutica. Os mesmos autores nos esclarecem que sistema neuroendócrino, afirmam que o *coping* focado no problema pode, em determinados casos, conseguir eliminar os problemas que se apresentam perante os indivíduos. Porém, em alguns casos, este tipo de *coping* não permite o afastamento dos obstáculos e faz com que o indivíduo esteja permanentemente mobilizado para o confronto.

Por outro lado, segundo os autores (1982), o *coping* focado nas emoções pode, em alguns casos, ser útil para moderar as reações emocionais induzidas pelo *stress* e, em outros, intensificar ou prolongar estas respostas aos estilos de *coping*, influenciando na saúde e na forma de adesão do tratamento. Esta pode referir-se a toma de medicação de forma estrita, mas também pode dizer respeito a outros comportamentos entendidos como adesão no sentido mais *lato* (assiduidade às consultas, cumprimento de dieta ou exercícios prescritos, recurso à droga, entre outros).

Por fim, os autores (1982) dizem que o *coping* faz parte dos comportamentos para a saúde, caracterizados pelo padrão de consumo de substâncias (como o álcool, ou o tabaco) e deletérias à saúde.

Neste contexto, Ridder e Schreurs (2001) afirmam que parecem de fato encorajadores os resultados dos estudos que refletem a propósito das intervenções psicossociais e de melhoria das estratégias de *coping* e que, processo de *coping*, é fortemente afetado, quer por

influências psicológicas, quer por influências sociais, e a adaptação à doença crônica é largamente dependente da avaliação que o indivíduo faz do agente desencadeante de *stress* e da efetividade da estratégia de *coping* utilizada.

5.4.1 Pólo teórico Confronto: Extravasando os sentimentos e Comportamentos arriscados

Aqui a mulher deve apresentar uma atitude ativa diante da situação vivenciada, no caso, o convívio com o uso da droga pelo familiar. Nesse pólo, devem surgir comportamentos agressivos em relação à situação vivenciada, demonstrando raiva, hostilidade e de correr certo risco. As categorias abaixo demonstram as características específicas desse pólo.

6.4.1.1 Extravasando sentimentos

Das falas registradas nas entrevistas houve referência a essa estratégia de *coping*. Verifique abaixo a presença de sentimentos que representam hostilidade nas ações e atitudes.

Já. Já sabia. Ele usava antes de casar. Bebia por esporte. Era. Só final de semana. Foram quatro anos antes. Né? Quatro anos. Porque o casamento tava assim. Aí eu ameacei ele de... De ir “simbora”.[...] (M₁).

O Mais difícil foi manter ele dentro de casa. Né? Eu tive que tomar assim umas “rédeas”. Perder assim o medo de... Sei lá, chegar ao pé deu “botar” ele pra fora de casa. Porque eu não confiava mais. [...] (M₂).

Peguei a não olhar mais para cara dele de jeito nenhum. De jeito nenhum mesmo. Hoje eu tenho relação com ele à força. Você acredita? A força. Com medo de ter briga dele com meu filho. Eu digo para ele: - Olha, tu vai fazer isso comigo né?. Mais olha. Eu tenho tanto abuso de tu. Tanto ódio da tua cara. [...] (M₂₄).

“Os modos de enfrentamento de confronto correspondem às estratégias ofensivas para o enfrentamento da situação, nas quais as pessoas apresentam uma situação ativa em relação ao estressor” (BERTOLIN *et al.*, p. 1075, 2010).

Gianini (2004), estudando sobre gênero, doença e o enfrentamento da doença construíram um questionário que foi baseado no inventário de estratégia de enfrentamento de Folkman e Lazarus, e considerou o confronto como uma categoria de análise, descrevendo esses como esforços agressivos para alterar a situação. Este tipo de enfrentamento também, segundo o autor, sugere certo grau de hostilidade. O autor ainda cita o seguinte exemplo para fundamentar a categoria: e.g, “Eu fiz algo que sabia que não ia dar certo, mas pelo menos estava fazendo alguma coisa” (p. 45).

É possível notar que as mulheres que vivenciam com o familiar usuário de droga, de alguma forma confrontaram a situação. Tais condutas, dependendo do contexto, podem representar um fator positivo às mulheres cuidadoras e/ou aos familiares usuários. Folkman e

Lazarus (1991) consideram que as estratégias de *coping* centradas no problema incluem o coping confrontativo (esforços para alterar a situação), isso pode favorecer a saúde mental das mulheres, assim como o tratamento dos familiares usuários de droga.

Lazarus e Folkman (1994) destacaram que o foco no problema geralmente ocorre quando é vista a possibilidade de mudança na relação da pessoa com o estressor, sendo direcionadas ações visando a definir o problema, gerar alternativas e soluções, pesar custos e benefícios, agindo sobre a origem do estresse. As mulheres, nesse sentido, reagem construtivamente, aumentando os recursos para lidar com a situação percebida.

5.4.1.2 *Comportamentos arriscados*

Ressaltamos que nem sempre as estratégias de enfrentamento envolvidas no confronto que as mulheres vivenciam podem resultar em algo positivo, quem define é o contexto.

Starub (2005) afirma que esse modelo tem como ideia principal que não se pode compreender completamente o estresse examinando eventos ambientais (estímulos) e pessoas (respostas) como entidades separadas; em vez disso, deve-se considerá-los em conjunto, como numa transação, na qual cada indivíduo deve ajustar-se de forma contínua aos desafios cotidianos.

Algumas vezes as mulheres podem fazer algo que está fora das recomendações da equipe de saúde. Essa tentativa arriscada que foge do tratamento convencional é a forma que elas encontram para resolver o problema, fato registrado por uma das onze mulheres que optou por tal ação.

Teve uma vez que ele bebeu muito e passou muito mal. Caiu nos meus braços. Eu pensei que ele ia morrer. Aí pedi a Nossa Senhora para iluminar meu coração. E saí andando sem rumo. Entrei na farmácia. Aí tinha um rapaz que me atendeu, e eu contei pra ele o que tava acontecendo. Aí ele me disse que ia aplicar umas agulhas no rosto dele. Era 15 dias. Aí ele passou três anos sem beber. Mas voltou de novo. (M₁₀).

Damião *et al.* (2009, p. 1201), estudando as estratégias de enfrentamento de adolescentes com diabetes 2, corrobora com a afirmação acima ao referir que os adolescentes, por vezes, buscam práticas, crendices, uso de chá, rezas, deixando de lado o tratamento em instituições de saúde.

“Não esquecer que o *coping* é concetualizado por Folkman e Lazarus como um processo: o *coping* não é um traço do indivíduo, não é um padrão estável de resposta” (RIBEIRO, SANTOS, p. 495, 2001).

5.4.2 Pólo teórico Afastamento: Negando o problema e Vendo o lado bom da situação

Esse *coping* é focado na emoção, que, segundo (OLIVEIRA, p. 18, 2009), em geral, as formas de *coping* centradas na emoção são mais passíveis de ocorrer quando já tenha havido uma avaliação de que nada pode ser feito para modificar as condições de dano, ameaça ou desafio ambientais.

5.4.2.1 Negando o problema

Aqui as mulheres que vivenciam com familiares usuários de drogas apresentam estratégias defensivas, não havendo confronto com a situação; logo essa não se modifica. Passam a negar fatos e não absorvem o que as outras pessoas falam. Geralmente há uma omissão da situação vivenciada.

“O afastamento cognitivo, as estratégias refletem tentativas de minimização do evento estressante” (BARBOSA, 2006, p. 26).

Não reagir normal. Por que essas coisas hoje sempre acontecem né? (M₂₃).

Pois é. O que mais preocupa. É assim. Que ele caia no meio da rua. Ele agora é mais cachaça do que a pedra porque não tem mais dinheiro. Já acabou com tudo. Não sobrou nada na minha casa. Você vê que eu mal tenho banco pra se sentar. O meu fogo é no chão. De lenha. Quando ele começa a usar. Começa me pedir dinheiro. Eu saio de casa. Para não dar por que eu não tenho. Não tenho mais nada. Nada. Nada. (M₇).

Ter ele dentro de casa. Porque quando ele tá internado aqui, é um alívio. Pelo menos pelos uns dias. Aí começa tudo de novo. (M₁₇).

Para Li *et al.* (2010) essa estratégia também pode ser identificada pela recusa em pensar sobre a situação ou pela tentativa do paciente de tentar esquecer o problema.

A mulher que vivencia essa situação pode agir como se nada tivesse acontecido em sua vida. “Porém, os comportamentos gerados em decorrência dessa estratégia podem vir a prejudicar o curso do tratamento, dependendo da intensidade com que for utilizada” (MACHADO, OLIVEIRA, 2011, p.12).

Folkman e Lazarus (1991) consideram que uma das estratégias de *coping* centrada nas emoções é o afastamento, esse que apresenta ações e pensamentos para esforços no sentido de afastamento da situação ou de uma visão desta mais positiva.

5.4.2.2 Vendo o lado bom da situação

Uma das situações que podem surgir nesse pólo de *coping* são situações em que a mulher familiar do usuário de droga pode apresentar uma visão da situação de forma positiva.

Ela irá procurar o lado bom da situação. No presente estudo não foi identificada tal situação entre as mulheres que participaram do estudo.

Deimling (2010) afirma que essa estratégia pode ser positiva, quando de curta duração, em situações onde há uma limitação de possibilidades de ações diretas dos pacientes, para resolução do problema, como no caso do câncer, onde há uma perda do controle de sua vida e, conseqüentemente, passa-se a ter a vida sob o manejo médico. Essa estratégia pode vir a ser desadaptativa se tiver maior duração, pois implica na não adaptação do paciente a situação estressora. Tais condições tendem a gerar processos de adoecimentos.

5.4.3 Pólo teórico Autocontrole: Autocontrole dos sentimentos e atitudes e Não exposição do problema

5.4.3.1 Autocontrole dos sentimentos e atitudes

Nesse pólo observamos expressões de sentimentos e atitudes em que as mulheres familiares de usuários de drogas buscaram o controle das emoções frente aos estímulos estressantes. Elas tentam controlar suas emoções e guardam seus sentimentos para si mesmas. Veja o extrato de fala abaixo:

Eu não gosto dessa palavra né? Pena. Eu não digo. Eu tenho pena dele. Que às vezes eu fico com medo de deixar e ele voltar de novo a beber. E magoar ele. Mais eu to pelejando. (M₁).

Kristensen *et al.* (2010) afirma que a estratégia de autocontrole engloba os esforços realizados pelo sujeito a fim de regular seus próprios sentimentos e ações. Ter autocontrole também tem relação com não tomar decisões precipitadas, fazer nada apressadamente. Temos, como exemplo, a fala abaixo. Aqui a mulher entrevistada recebe palpites de outras pessoas e não se deixa levar. Ela mesma reflete sobre o que foi proposto e toma sua decisão.

O povo chega aí e diz. Deixa esse homem. Deixa ele para lá. Aí eu volto atrás. E se fosse eu? Será que ele teria coragem de me abandonar? Essa coragem eu não tenho. (M₅).

Em sua pesquisa Borges (2007) afirma que os homens mostram usar mais autocontrole, enquanto as mulheres usam mais a estratégia de resolução de problemas. A estratégia de autocontrole tem uma relação direta com a introversão dos sentimentos, ou seja, usa mais a racionalidade.

Já ao entrevistar os enfermeiros, em sua pesquisa, Guido *et al.* (2012) evidenciaram que o fator autocontrole não foi prevalente para nenhum desses profissionais. E isso, segundo

os mesmos, constitui um resultado positivo, pois indica que as enfermeiras não reagem defensivamente, de forma a evitar confrontos com a ameaça ou regular o impacto emocional causado pelo estresse.

Quando nos referimos a cuidadores familiares, Seima e Lenardt (2011) afirmam que a sobrecarga do cuidador pode culminar no desenvolvimento de doenças agudas e crônicas e, conseqüentemente, no uso de diversas medicações, tornando-o tão doente quanto o idoso com Alzheimer. Portanto, a avaliação do nível de sobrecarga do cuidador traz direção mais efetiva para o profissional durante as orientações de cuidado.

Os autores acima descritos (2011) ainda complementam que deste modo torna-se imprescindível o olhar atento da equipe multiprofissional aos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer, visto que cuidar de um familiar com demência é estressante, pode contribuir para doenças psiquiátricas e físicas dos cuidadores e aumentar os riscos de morte.

5.4.3.2 Não exposição do problema

Uma vertente que surge desse pólo é não expor a situação vivenciada para outras pessoas. As mulheres entrevistadas preferiram não compartilhar a situação do contexto familiar para outras pessoas. Acompanhe a fala abaixo:

De início a gente fica com vergonha né? Eu não comentava com ninguém. Porque fica com aquele preconceito. O pessoal saber que a gente tem um parente na família que é usuário. E olha pra gente com outros olhos né? Dizendo: - Olha aí “fulaninha” é parente daquela “bixaveia” que usa droga. Né?. Então a gente sente assim com a reputação um pouco pra baixo (M₆).

As atitudes e comportamentos das entrevistadas podem sugerir fatores negativos, uma vez que, guardar para si uma situação de estresse pode predispor uma sobrecarga do cuidado e isso pode condicionar ao aparecimento de doenças a essas mulheres.

Lazarus (1993) afirma que diante dessa situação ameaçadora, o cuidador interage e confronta-se com os recursos disponíveis, realizando uma apreciação das capacidades pessoais para enfrentar os conflitos e dos recursos físicos, psicológicos e sociais existentes para controlar ou resolver o problema, sendo que esse processo de enfrentamento está ligado ao tipo de emoção vivida e às condições que o provocam.

O autocontrole é um *coping* que se foca na emoção. Lazarus e Folkman (1984) dizem que as estratégias empregadas são dotadas de elevada carga emocional e resultam de

processos de autodefesa da pessoa, desencadeando mecanismos de distanciamento que evitam o confronto do indivíduo com o *stress*.

Isso pode predispor, segundo Viera (2010), a um desgaste emocional, a complexidade das tarefas e a ambivalência de sentimentos incentivam o cuidador envolvido, muitas vezes, a esquecer de si próprio e a não valorizar os sentimentos negativos e positivos, e os conflitos psicológicos comuns ao longo do processo de cuidar.

5.4.4 Pólo teórico Suporte social: Conversando com pessoas, procurando ajuda profissional e buscando conselhos com amigos e parentes

Ao optarem por esse *coping*, as mulheres estão selecionando um enfrentamento focado no problema e na emoção. Esse que possui um fator psicossocial positivo. Isso pode favorecer a mulher nas formas de lidar com a situação vivenciada dentro do contexto da droga. Aqui a mulher pode encontrar apoio nas pessoas ou no ambiente. Ela busca suporte informativo, tangível e emocional.

As respostas de Apoio Social encontradas por Lazarus e Folkman (1984) foram agrupadas e incluem os itens: "procurei um amigo para pedir conselho"; "falei com alguém sobre como estava"; "conversei com outra pessoa sobre o ..."; "falei com alguém que poderia fazer..."; "aceitei a simpatia e a compreensão"; "procurei ajuda profissional." Todas estas respostas foram apontadas por nossos participantes e têm um ponto em comum: envolvem outra pessoa na sua emissão. São respostas que implicam alguma forma de estimulação social.

“O suporte social é uma estratégia bastante importante e referida não só por adolescentes como também por adultos que consideram importante receber apoio de seus familiares, de amigos e da equipe de saúde” (DAMIÃO *et al.*, 2009, p. 1201.). Acompanhe as categorias abaixo:

5.4.4.1 Conversando com pessoas

Diante do conviver com o familiar usuário de droga, inúmeras situações podem ser vivenciadas e predizerem a escolha em partilhar o problema com alguém. Geralmente a mulher cuidadora quer apenas falar e compartilhar os problemas que vem enfrentando e isso pode tender a processos reflexivos que sejam capazes de sanar as angústias emocionais, assim como encontrar soluções para o problema. Nas falas abaixo podemos acompanhar as mulheres entrevistadas que conversam sobre a inserção do seu familiar no contexto da droga.

Converso muito com uma tia minha. Aí, eu tava falando pra ela. Eu dizia pra ela. O que tava se passando [...] (M₁).

“Contei. Contei pro meus vizinhos que ele tava daquele jeito. E a gente tava com medo dele morrer de “trombose”. Aí eu. Aí de lá pra cá os vizinhos ficaram sabendo. Aí quando ele passava por aquilo os vizinhos vinham ajudar a gente a levar ele para o hospital. Eu e meu filho. Meu filho sempre quis socorrer levando pro hospital” [...] (M₃).

Resende *et al.* (2007) afirmam que estudos revelam que a busca de suporte social ajuda a aumentar a adaptação da pessoa por meio do manejo da emoção, da orientação afetiva e redução do isolamento. Andrade e Vaitsman (2002) alegam que tais atitudes favorecem o comportamento da saúde, assim como as relações sociais, melhorando a organização da identidade e da inter-relação.

5.4.4.2 Procurando ajuda Profissional

O sentimento de pertencer a uma rede de relações tem efetivas implicações sobre os processos cognitivos e emocionais, estando vinculadas ao bem-estar, à qualidade de vida do sujeito e à utilização de estratégias mais adaptativas.

Em nosso estudo, quase todas as mulheres que convivem com familiar usuário de droga, de alguma forma, utilizou esse *coping* em suas ações. Benute *et al.* (2011), pesquisando sobre as estratégias de enfrentamento (*coping*) das gestantes frente ao diagnóstico de cardiopatia fetal, teve como resultado que as gestantes utilizam mais as seguintes estratégias: resolução de problemas (73,0%); suporte social (69,1%); fuga/esquiva (62,7%); e, a estratégia menos utilizada, foi a de afastamento (17,3%).

Os autores (2011) ainda concluíram que as estratégias de enfrentamento ativas, voltadas para a resolução de problemas e pela busca de suporte social, associadas à responsabilidade e à necessidade de cuidados específicos para a sobrevivência e o bem-estar do bebê, propiciaram uma relação mais próxima com a gestação, fortalecendo o vínculo materno-fetal. Nas falas abaixo podemos acompanhar a busca de ajuda profissional por mulheres que convivem com o familiar usuário de droga.

Do CRAS. Procurei o CRAS da Vila União. Aí falei o que tava se passando. Aí eles me encaminharam para o CAPS (M₅).

Busquei ajuda. Ele nunca quis. Numa clínica pra se internar. Eu já fui em Fortaleza pedir pelo amor de Deus o resgate para levar ele a força. Me disseram que lá o resgate é só pra dentro da capital. Só se levasse ele pra lá. Mas não tem como. Ele não que ir né? E é assim uma coisa muito difícil porque ele nunca quis assim se internar ou... Ele nunca quis ir pra uma clínica. Trago ele para psiquiatria. Olha, uma vez eu já pedi o Dr. Cheguei aqui no hospital pedi ele pelo amor de Deus que ele internasse ele a força. Que eu me responsabilizava. Eu tava vendo a hora ele morrer no meio da rua. O Dr. internou foi mais 10 dias de vida que ele disse que ele teve pra frente. Eu agradeci. E quando ele saiu vai pra mesma coisa. E eu vivo no sofrimento. Sou viva pelo o milagre de Deus. (M₇).

Lazarus e Folkman (1984) reforçam ao afirmar que o uso de estratégias de suporte social e resolução de problemas constituem-se em estratégias ativas que se direcionam ao controle do problema.

No entanto, para tal os profissionais/instituições de saúde que captam essas mulheres devem fornecer uma assistência completa para si e seu familiar usuário de droga. Dentre esse suporte ele visa encontrar educação, tratamento e apoio emocional para melhor lidar com a situação vivenciada. Quando uma mulher identifica o profissional de saúde e/ou instituição de saúde como suporte social, esse deve oferecer um cuidado qualificado, capaz de garantir apoio que subsidie seu enfrentamento à situação vivenciada.

Esse *coping* deve ser capaz de encontrar soluções e/ou gerar reflexões nas mulheres/familiares capazes de gerir as demandas danosas ao ser humano. Tais processos podem minimizar situações de adoecimentos mentais nos familiares e esses, por vezes, podem contribuir para uma maior adesão do tratamento do familiar usuário de droga.

5.4.4.3 *Buscando conselhos com amigos e parentes*

Em algumas situações as mulheres entrevistadas buscaram não só a auscultação de amigos e parentes, mais sim conselhos que pudessem fornecer subsídios para responder suas demandas diante do conviver com a droga.

Contei. Procurei varias pessoas para perguntar o que eu poderia fazer. Já falei até com o Bispo aqui em Sobral. Pra “mim” arranjar um internamento pra ele (M₁₉).

Segundo Savoia (2000), suporte social traz o benefício, por vezes, de diminuir riscos e desordens, tais como reduzir o impacto estressor de influenciar na interpretação da ameaça do evento estressor.

Silveberg (2002) afirma que os esforços parentais destinados à procura de apoio social estão vinculados ao fortalecimento familiar, permitindo o uso de estratégias de *coping* mais efetivas no manejo da situação estressora. Os amigos e parentes podem gerar a similaridade social, nas trocas entre os parentes e amigos e apoio mútuo, na catarse emocional, na padronização de emoções e na validação de ideias ou decisões.

5.4.5 ***Pólo teórico Aceitação da Responsabilidade: Sentindo culpa e arrependimento, Resgatando perdas e danos***

É um *coping* com foco emocional, segundo o referencial desse estudo. Acreditamos que optar por esse *coping* pode fazer a mulher refletir sobre o processo vivenciado e,

relembramos que Folkman e Lazarus (1991) afirmam que “as estratégias de *coping* não são em si inerentemente boas ou más, eficazes ou ineficazes, apropriadas ou inapropriadas; isto só é determinado pelos respectivos efeitos em situação ou encontro específico, a curto e longo prazo”.

5.4.5.1 *Sentindo culpa e arrependimento*

Sei lá. Eu me descuidei muito né? Assim, porque eu. Assim que ele começou usar eu não fui atrás realmente de saber né? Ele passou a menoridade todo indo preso. Aí eu ia lá, soltava [...] (M₂).

Quando a mulher opta por esse *coping*, ela pode aceitar a realidade vivenciada. Tenta de todas as formas lidar com a situação. Por vezes, elas podem se sentir até responsáveis pelo surgimento do uso da droga no contexto familiar, e isso pode gerar sentimentos de autocritica e repressão. No entanto, tais sentimentos podem motivá-las ou não a enfrentar os problemas, uma vez que, dependendo dos recursos internos e externos que disponibilizam para enfrentar o problema, essas podem ter um comportamento ativo que pode permitir o controle. E, nesse caso, a categoria autonomia irá surgir, entretanto, sentir culpa e se arrepender pode também predizer condutas solitárias e isoladas do processo.

Carlotto e Câmara (2008) alegam que essa estratégia, que poderia ser entendida como uma forma de controle e autonomia, quando empregada ante as situações que estão acima das possibilidades do trabalhador, acaba por repercutir negativamente na avaliação de resultados. Nesse sentido, o professor, ao assumir como sua a responsabilidade pelos problemas enfrentados, repreende-se pelo ocorrido e compromete-se a mudar a situação numa atitude solitária e, não raras vezes, vitimizadora, o que implica diminuição de seu sentimento de realização profissional.

Guido *et al.* (2012), estudando o nível de estresse e as estratégias de enfrentamento utilizadas por enfermeiros de uma Clínica Cirúrgica de um Hospital Universitário perceberam que aceitação de responsabilidade foi o menos utilizado (Escore=0,26) pelas enfermeiras entrevistadas.

No entanto, Araújo *et al.* (2009) realizaram estudo que avaliou as principais estratégias de *coping* utilizadas em pacientes ambulatoriais usuários de tabaco. As estratégias mais utilizadas em ordem decrescente foram: Aceitação de responsabilidade, Autocontrole e Distanciamento e, esse último, em nosso estudo está com a seguinte denominação: afastamento.

5.4.5.2 Resgatando perdas e danos

Um dia ele vai acordar e vai ver. Porque o que está dentro das minhas possibilidades, eu estou fazendo (M₈).

Melo (2004, p. 11) diz que um sentimento de competência, derivado da aceitação de responsabilidade para o próprio, dá a força necessária para tentar novas coisas, encontrar novos amigos e começar a criar um estilo de vida em que as necessidades pessoais são satisfeitas. Esta fase é tão longa e árdua como as anteriores, talvez ainda mais morosa e normalmente mais difícil.

A mulher faz um resgate das perdas que teve com o uso da droga no contexto familiar. Ela reflete e isso pode predispor informações e/ou empenho que sejam capazes de gerar responsabilidade no cuidado.

De acordo com Oliveira (2004), o *coping* aceitação da responsabilidade pode apontar sentimentos de culpa e de responsabilidade. Apesar de a internação dos pais de nossos participantes na UTI terem sido em consequência de doenças orgânicas, dezoito dos trinta se percebiam responsáveis pelo adoecimento e internação de seu pai/mãe. Esta situação pode mobilizar nos filhos sentimentos de autocritica e de auto-repreensão devido a erros que podem ter cometido no passado. Nesse sentido, eles podem realizar ações para reparar os danos enquanto utilizam a estratégia de aceitação da responsabilidade.

Tais processos podem influenciar diretamente no cuidado compartilhado com o profissional de saúde, e isso é fundamental para saúde mental. Neste sentido, Barcelos (2000) afirma que a família pode influenciar na recuperação do dependente químico. Somente através do resgate da autoridade parental se consegue definir claramente os comportamentos adequados para o bem-estar da família e as consequências que o filho sofrerá se optar por outros comportamentos. Os sentimentos dos pais com relação ao filho é que lhe permite estabelecer os comportamentos que poderão ajudá-lo a escolher parar com o uso de drogas

5.4.5.3 Compreendendo a culpa

Nesse estrato de fala abaixo, a M₅ reflete sobre seu papel dentro contexto vivenciado. Nessa categoria, as mulheres terão capacidade de reconhecer o próprio papel e adequar os cuidados de acordo com as necessidades.

Um pouco. De não saber segurar. E de segurar. Será que eu vou aprender a cuidar dele? Será que eu não vou fazer ele sofrer? Será que eu tou sabendo cuidar dele? Se não vou magoar? Ter cuidado para não magoar ele. De falar coisa que pode machucá-lo? (M₅).

Compreender a culpa no processo ressignifica comportamentos e atitudes. Logo, as mulheres que optarem por esse tipo de ação poderão desenvolver respostas ativas no decorrer da situação vivenciada, no entanto, ressaltamos que nem sempre optar por esse *coping* pode significar condutas positivas. Carloto e Camara (2008) corroboram com isso, esses autores realizaram um estudo com professores e concluíram que quanto maior a utilização de aceitação de responsabilidade, menor a realização profissional.

As autoras (2008) ainda nos alerta que o professor está sob uma série de estressores os quais não consegue identificar com clareza. Assim, passa a utilizar uma estratégia focada na expressão de emoções negativas, como uma forma de alívio.

Referenciando ao cuidador familiar, Borges (2008) alega que é muito comum que os familiares/cuidadores sintam culpa por algum motivo e, estranhamente, os que melhor cuidam e os que mais se preocupam, sentem-se mais culpados. Muitas vezes, quanto maior a responsabilidade que você tiver, mas você se culpa quando algo dá errado, mesmo que a situação esteja fora de seu controle. É importante que o familiar/cuidador reconheça estes sentimentos, procure conversar com alguém de sua confiança, desabafe, porque se contiver isto pode levá-lo à depressão e baixa estima, impedindo assim que você veja a situação de forma mais clara.

5.4.6 Pólo teórico Fuga-esquiva: Esperando um milagre, Procurando comportamentos de compensação, Fugindo das pessoas, Extravasando a raiva em outras pessoas e Negando os acontecimentos

Esse *coping* centra-se no foco emocional e diversos estudos colocam que optar por esse *coping* é responder de forma negativa diante do *stress*. Hernández, Olmedo e Ibáñez (2004), Savoia (1996) e Yela (1996), em seus estudos corroboram com essa afirmação.

Entretanto, Lazarus (1993, p. 238) admite que “existe uma forte tendência dentro dos valores ocidentais para ‘venerar’ as estratégias ditas focadas no problema e para ‘duvidar’ das estratégias ditas focadas nas emoções”. O autor acrescenta que, embora os comportamentos como agir de forma direta sobre o problema e ser racional sejam vistos como mal desejáveis, poderão, em certas circunstâncias, as pessoas não conseguirem resolver o problema, com foco no problema e as estratégias emocionais podem ser melhor opção de *coping*.

5.4.6.1 Esperando um milagre

Esse pólo teórico se caracteriza por comportamentos de fuga e esquivas. Aqui a mulher irá fantasiar sobre possíveis soluções para os problemas. Mas esta não tomará atitudes para de fato modificá-las. É uma espera, uma espera pelo milagre. Ideias fantasiosas irão surgir. Optar por uma solução que não existe pode facilitar a adaptação emocional.

Fico lá esperando acontecer uma melhora. Só esperando notícia ruim. Eu quero tirar aquelas coisas da minha cabeça. Pra ver se você tem um sossego (M₁₃).

[...] Se eu pudesse, eu morava em um lugar que só existisse eu. Sabe? É assim que eu me sinto (M₁₆).

Guido *et al.* (2009), em uma clínica médica de um hospital universitário, pesquisaram estresse, *coping* e estado de saúde de enfermeiros, e concluíram que fuga e esquivas não foram prevalentes em nenhum desses profissionais. Isso, segundo os autores, indica que as enfermeiras não reagem defensivamente, de forma a evitar confrontos com a ameaça ou regular o impacto emocional causado pelo estresse.

Já Neves *et al.* (2004), em um estudo sobre estratégia de enfrentamento e câncer, descobriram que as estratégias mais citadas foram fuga e esquivas (esforços no sentido de evitar a situação estressora). Valduga e Hoch (2012), estudando sobre cuidadores familiares, afirmam que a impressão que se tem é que estes cuidadores, apesar de tudo, estão sempre à espera de um milagre, à espera da cura de seu familiar.

Ainda os autores (2012) complementam afirmando que a sobrecarga que estes cuidadores sofrem é muito grande. Conviver com pessoas que se encontram em fase considerada terminal é muito difícil e desgastante, tanto no aspecto físico quanto no psicológico. Ver uma pessoa que você gosta muito sofrendo, sentindo dores e se ver impotente frente a isso, causa um desgaste emocional muito forte, fazendo com que, muitas vezes, o cuidador se encontre sem saída, perdido.

5.4.6.2 Procurando comportamentos de compensação

Estar diante de um conviver com um familiar usuário de droga pode predizer atitudes e comportamentos para compensar a dura e triste realidade. Ao pautarmos nessa situação, foi possível perceber diversas condutas neste contexto. As mulheres entrevistadas optaram por essa estratégia de enfrentamento em nosso estudo, fizeram uso de medicações para dormir. Acompanhe as falas abaixo:

[...] To tomando remédio pra dormir. O menino da farmácia que passou. Só assim eu durmo [...] (M₁₀).

[...] Eu tomo comprimido. Eu tomo Minerva. Eu mesmo comprei na farmácia. Só assim eu durmo direito [...] (M₁₂).

[...] Eu vivo direto dopada. Quando eu vejo que não tenho força eu tomo mais que a dose certa. Pra mim ficar direto dormindo. Pra mim não escutar nada [...] (M₁₆).

[...] Eu tomo 15 comprimidos por dia. (M₁₉).

Identificar condutas como essas é essencial para minimizar o uso exacerbado de álcool e/ou outras drogas, há nessa atitude um caráter compensatório para “camuflar” o sofrimento vivenciado. Nesse contexto, o profissional de saúde deve ser sensível para captar processos cognitivos desse *coping*, orientando de forma adequada essas mulheres a buscarem soluções capazes de modificar a realidade vivenciada. É necessário que haja prescrição correta de medicações e não uma dispensação sem critério.

Como preconizado pela literatura, Oliveira (2007) assinala que sobreviver nessas condições leva à manifestação de comportamentos negativos e ao adoecimento, expondo a mulher a um risco muito mais elevado de sofrer depressão, estresse pós-traumático, tendência ao suicídio e consumo de substâncias nocivas, como tranquilizantes e álcool.

O profissional prescritor tem papel decisivo no uso racional destes medicamentos, pois cabe a estes, no ato da prescrição, avaliar a real necessidade do paciente em fazer uso da medicação psicotrópica, com base nos princípios do uso racional de medicamentos (URM): necessidade, eficácia, segurança e custo (MARIN, 2003).

5.4.6.3 Fugindo das pessoas

Fugir das pessoas é outro comportamento que a mulher familiar usuário de droga pode desenvolver diante da situação vivenciada. Veja a fala abaixo:

Não saía mais fora. Às vezes eu tava lavando as roupas. Parece que eu tava vendo ele atrás de mim com um pau. Eu corria. E fechava a porta. E fiquei 10 dias trancada. Eu sempre penso em tomar meu remédio tudo de uma vez para eu morrer né? Aí eu me tranquei dentro de casa. E as pessoas batiam na minha porta. E perguntava o que tava acontecendo. E eu fingia que não tinha ninguém em casa. Pra não ver ninguém. Ninguém. Sabe? (M₁₆).

Yela (1996), junto a professores, revelou que uma maior frequência de uso desse tipo de estratégias acarreta em maiores níveis de exaustão emocional. Estudo realizado por Hernández, Olmedo e Ibáñez (2003) identificou que pessoas que utilizavam com maior frequência estratégias de evitação possuíam maiores níveis de exaustão emocional. Evitar as pessoas pode predispor adoecimentos e baixa qualidade de vida.

Béthoux *et al.* (1996 *apud* BOCCHI, 2004) em seus estudos verificaram que, do total de cuidadores familiares de pessoas com acidentes vascular cerebral avaliados, a maioria

apresentava efeitos adversos sobre a saúde emocional, relacionados ao isolamento social (redução das atividades sociais e de lazer), sendo que a metade deles relatava efeitos adversos sobre o relacionamento familiar. Acrescentam ainda que 55% dos sujeitos investigados demonstravam evidências de sobrecarga emocional, principalmente quando cuidando de pacientes com demência ou distúrbios do comportamento.

Pedroro e Zogo (2002) afirmam que o processo de enfrentamento dos familiares do laringectomizado ocorre através da busca da estabilidade e das estratégias que favorecem o alívio da angústia, do sofrimento e dá esperança aos familiares. Entretanto, é preciso atenção em se avaliar o quanto essas estratégias focalizadas na emoção podem superproteger o paciente, promovendo o seu isolamento social e a sua condição de ser humano dependente. Além disso, as atitudes assumidas podem não reconhecer a real condição de saúde do paciente.

5.4.6.4 *Extravasando raiva em outras pessoas*

Outra situação que pode surgir nesse *coping* é quando a mulher familiar do usuário de droga desconta sua raiva em outras pessoas que não é familiar de usuário de droga. Esse fato pode ser visto abaixo.

Eu acabo descontando nos meus filhos que não têm nada a haver. Eu sofro muito. Muito mesmo (M₁₃).

O evitamento em lidar com a situação de sofrimento, muitas vezes, propicia no familiar, reações de raiva. A mesma, por muitas vezes, canaliza para pessoas que não estão envolvidas no processo do uso da droga, uma vez que, culpar alguém que não tem uma ligação efetiva com o contexto pode favorecer processos descargas emocionais, entretanto, culpabilizar outros pode predispor falsas impressões sobre a situação e/ou favorecer conflitos entre estes.

Carlotto e Câmara (2008) dizem que o confronto caracteriza-se pela utilização de esforços emocionais para alterar situações (extravasar sentimentos demonstrando raiva ou descontando a raiva em outra pessoa; buscar o responsável pelo problema para mudar suas ideias; tomar o problema como um grande desafio).

Nem sempre as estratégias envolvidas no confronto com a situação levam a resultados positivos, como o fato de descontar a raiva em outras pessoas, fugir das pessoas em geral e extravasar seus sentimentos, visto no relato de Lages *et al.* (2011) ao pesquisar sobre estratégias de enfrentamento de enfermeiros frente a pacientes oncológicos pediátricos.

5.4.6.5 *Negando os acontecimentos*

Folkman e Lazarus (1985) referem que as estratégias de fuga e esquiva incluem as respostas que têm função de adiar e amenizar o impacto das mudanças e alterações da situação de estresse. Com esta estratégia os pais/cuidadores/familiares de usuários de drogas deixam de reconhecer as alterações e consequências da doença, como se as instabilidades da doença fizessem parte de suas vidas.

Eu fiquei muito doente. Meu corpo doía todo. Todinho. Não tinha condições de eu me controlar não. Chorava dia e noite. Toda vez que eu me lembrava. E dizia pra mim mesmo que era mentira. Não podia ser verdade. Aquilo comigo. Por que eu? (M₂₅).

Para Siviberg (2002) a estratégia de evitação pode ser uma maneira construtiva de lidar com a situação de estresse em um determinado momento, evitando, assim, que a situação de conflito se agrave. No entanto, quando prolongado, o uso dessa estratégia pode prejudicar planos futuros, como a busca por tratamento e cuidados.

Colleto e Câmara (2009, p. 106), pesquisando sobre estratégia de *coping* em pais de crianças com doenças crônicas chegaram a essa conclusão:

Os resultados mostraram associação entre a percepção da doença com perspectivas negativas de melhora associada a um maior uso da estratégia de fuga-esquiva. Essa relação revela uma tentativa de minimizar as consequências da doença, o que traz certo conforto emocional, posto que alivia a intensidade afetiva da estimulação aversiva.

Seguramente, conforme Guedes (2001), evitar pensar no problema é uma estratégia útil para pensar em uma situação cujas consequências, de certa forma, não estão completamente sob o controle do cuidador.

Pedroro e Zago (2011) estudando o enfrentamento de familiares frente ao paciente laringectomizado nos esclarece que os familiares não sabem como ajudar o paciente, se sentem despreparados para suprir as demandas do paciente e, também, podem negar seus próprios sentimentos ao tentar fornecer apoio ao paciente.

5.4.7 *Pólo Teórico Resolução do Problema: Centrando em ações e atitudes, Aprendendo com as experiências, Reconhecendo acertos e encontrando outras soluções*

Esse pólo teórico tem sua centralidade no problema. Isso condiciona a busca de recursos que visem minimizar ou acabar com o problema vivenciado. Ji *et al.*(2006), ao analisarem vários estudos de investigação, referem-se à importância de distinguir as situações como controláveis ou incontroláveis e, deste modo, o *coping* focado no problema prova ser

mais efetivo na primeira situação; enquanto o *coping* focado na emoção se mostra mais efetivo em situações incontroláveis, salientando que o *coping* efetivo depende da “capacidade de flexível e cuidadosamente avaliar a situação e escolher convenientemente a estratégia de *coping*” (p. 860).

5.4.7.1 *Centrando em ações e atitudes*

Aqui a mulher tem um planejamento adequado para lidar com situação vivenciada. Ela não se afasta e, sim, tenta resolver o problema, modifica suas atitudes, sendo capaz de enfrentar as pressões das pessoas e do seu ambiente ao redor. Essa tentativa pode diminuir ou eliminar a causa do estresse. A mulher pensa em um plano de ação e busca concretizá-lo.

Nas falas abaixo podemos visualizar situações em que as mulheres entrevistadas optam por esse *coping*:

[...] Aí. Peguei me mudei de Camocim pra cá. Que eu era de Camocim né? Abandonei minha casa para tirar ele de lá. Pra tentar uma vida melhor pra ele. (M₁₇).

A gente procurou manter ele distante da bebida. Procurando tirar ele das brincadeiras. De ir aniversário. Das brincadeiras que tivesse álcool. Até chegava a dizer que eu estava doente. (M₁₈).

Stelk (2011) observou que a resolução de problemas foi o fator de *coping* com maior média entre os técnicos e auxiliares de enfermagem. A estratégia mais utilizada foi “Eu sabia o que deveria ser feito, portanto, dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário”. No entanto, ao fazer uma relação com tempo de serviço na unidade a qual os participantes do estudo estavam inseridos, a autora (2011) percebeu que quanto maior o tempo de serviço na atual unidade, menos os técnicos e auxiliares de enfermagem utilizam a resolução de problemas como estratégia de *coping*.

Isso pode predizer que uma pessoa sob a situação de estresse por um tempo prolongado tende a não buscar a resolução do problema. No caso das mulheres que convivem com os familiares usuários de drogas isso pode predispor sinais e sintomas de adoecimento.

Knafl e Deatrick (2006 *apud* SILVEIRA, ANGELO e MARTINS, 2008) afirmam que a adaptação da família em lidar efetivamente com o estresse e as contínuas mudanças geradas pela situação de doença e hospitalização dependem de inúmeras variáveis, entre elas, destacam-se o nível de demandas e recursos familiares e o repertório de estratégias de enfrentamento e de resolução de problemas da família

5.4.7.2 *Aprendendo com as experiências*

Perceber nas experiências anteriores aprendizados pode facilitar a resolução do problema. E isso pode significar gestão positiva das emoções. Lazarus e DeLongis (1983) expõem que os processos de *coping* variam conforme o desenvolvimento da pessoa. Essa variabilidade ocorre devido a grandes modificações que se processam nas condições de vida, mediante experiências vivenciadas pelos indivíduos.

Mas de primeiro eu sofria mais sabe? Acho que por causa. Assim, eu não trabalhava né? Aí eu ficava esperando só por ele. Aí quando eu comecei a trabalhar eu disse: quer saber, eu não vou esperar por ele não. Aí eu não ligo. Porque eu sou o homem e a mulher dentro de casa. Eu não espero por ele, sabe? Eu sei que o dinheiro dele só dá para ele mesmo (M₂₄).

Moss e Billings (1982 *apud* GUIDO, 2003) afirmam que na identificação da causa do problema, o indivíduo recorre a experiências passadas e reflete sobre possíveis ações e suas consequências, ou seja, ele avalia e reavalia situações e resolve o problema. As pessoas possuem um repertório de experiências anteriores. Isso pode predispor ações que conduzam para uma maior adesão ao tratamento do familiar usuário de droga, assim como menos adoecimentos mentais a essas mulheres cuidadoras.

Ortiz e Lima (2007) afirmam que para planejar intervenções de enfermagem junto à família é preciso compreender a experiência das famílias, cujas crianças e adolescentes terminaram o tratamento, para que, posteriormente, se possa auxiliar no processo de enfrentamento e adaptação a esse novo período.

5.4.7.3 Reconhecendo certos e encontrando outras soluções

A mulher, muitas vezes, irá dobrar os esforços para fazer o que for necessário para retirar seu familiar do contexto da droga.

Eu dou conselho. Eu aconselho. Faço de tudo. Mas ele não tá querendo. Um dia ele vai acordar e vai ver. Porque o que está dentro das minhas possibilidades eu estou fazendo. Peço ajuda? Peço. Com as pessoas que sabe lidar (M₈).

Eu sou uma mulher muito corajosa. Vou atrás de ajuda. Até no juiz eu já fui. Para internar ele, vencer essa batalha com ele, ou eu deixo ele (M₁₇).

Benute *et al.* (2011) afirmam que os resultados na sua pesquisa evidenciam que a maior parte das gestantes que receberam o diagnóstico de cardiopatia fetal utilizou-se de estratégias de resolução de problemas, onde esforços são destinados sobre o evento estressor com o intuito de alterar a situação. Pode-se perceber que estas mães procuraram enfrentar o conflito, buscando formas de solucioná-lo.

Segundo Folkman e Lazarus (1984, 1985), esse tipo de estratégia contribui para um enfrentamento eficaz frente ao problema e, que, através da avaliação de resultados, permite um incremento na autoeficácia do cuidador.

Costa e Chaves (2006, p. 511) relatam que os entrevistados pesquisados utilizam predominantemente o fator resolução de problema e acrescentam que estes doentes/cuidadores parecem estar mais bem adaptados às suas experiências com a doença.

Ao reconhecer os acertos e encontrar soluções para situação vivenciada, a mulher favorece um maior repertório de saídas para tratar e afastar o familiar da droga, assim como possibilita maior qualidade de vida, estimulando nessas mulheres os seguintes sentimentos: comprometimento com auxílio prestado ao familiar usuário de droga, autoestima, ligações sociais e fortalecimento do cuidado prestado. O que temos que salientar nesse momento é que essas mulheres precisam de apoio nesse percurso, os profissionais de saúde devem propiciar condições e espaços de cuidados que estimulem o cuidado compartilhado. Elas devem se sentir acolhidas e diante de um cuidado integral.

5.4.8 Pólo teórico Reavaliação positiva: Criando e recreando atitudes, Renovando a fé e Rezando e qualificando a fé

A reavaliação positiva tem foco nas emoções. Nesse pólo, as mulheres entrevistadas dirigiram seu enfrentamento para o controle das emoções, essas estão relacionadas à tristeza como forma de reinterpretação, crescimento e mudança pessoal a partir da situação conflitante.

5.4.8.1 Reconhecendo acertos e encontrando outras soluções

Ao reavaliar essa situação a mulher que tem um familiar usuário de droga descobre uma forma de enfrentar seu problema por mérito próprio. Ela reinterpreta a situação e muda algo em si mesma. Ela não desanima frente aquela dificuldade que está passando. E, ainda, percebe que é uma pessoa importante para ajudar as outras pessoas que passam por situações similares. Aqui apenas uma mulher seguiu os critérios citados acima. Acompanhe no estrato de fala abaixo:

[...] Sei lá. Por exemplo: A minha cunhada que tem uma filha usuária. Eu via ela sofrendo, eu não sentia né? Não me colocava no lugar dela. Né? Compreender como é difícil a pessoa lidar com uma pessoa, principalmente com problema assim. É mais difícil que qualquer doença né? Hoje eu me sinto mais madura. Consigo lidar com esse problema. (M₅).

“O indivíduo que encara um lapso como uma experiência de aprendizagem (Reavaliação Positiva) tem maior probabilidade de experimentar estratégias de enfrentamento alternativas no futuro, o que pode conduzir a respostas mais eficazes em situações de alto risco”. (MARLATT *et al.*, *Apud* ARAUJO *et al.*, 2010, p. 37).

“Já a utilização da estratégia cognitiva de reavaliação positiva (pensamentos otimistas), de alguma forma, serve como alternativa para melhorar a representação emocional dos cuidadores pesquisados” (COLLETO, CAMARA, 2009, p.106).

Lazarus e Folkman (1984) dizem que as pessoas que utilizam estratégias de reavaliação positiva – comportamento focalizado nas emoções – desenvolvem planos de ação para minimizar as emoções negativas por não se considerarem competentes para enfrentar esse conflito. Por meio de regulação afetiva ou descarga emocional, tentam atenuar o desconforto emocional.

5.4.8.2 Renovando a Fé

Esse *coping* também abarca a dimensão religiosa para enfrentar a situação conflitante. A mulher irá buscar renovar a fé. O conviver com a droga produz sofrimento. E isso faz com essas mulheres se direcionem para renovação da fé. Buscando, em outros espaços religiosos, diferentes respostas para enfrentar a situação vivenciada.

Eu procuro ir à missa. A minha família é toda evangélica. Só que não sou eu. Mas sempre que eu posso eu vou à igreja. Eu às vezes procuro dizer isso pra mim mesma. Eu estou sempre buscando o melhor para ele. Mas é ele que não quer (M₂₄).

Siegel e Schrimshaw (2002) investigaram os benefícios percebidos na utilização da dimensão religiosa frente ao enfrentamento de situações conflituosas. Os participantes relataram uma variedade de benefícios provenientes de suas crenças e práticas dessa natureza, incluindo: favorecimento de emoções e sentimentos de conforto; sensação de força, poder e controle; disponibilidade de suporte social e senso de pertencimento; facilitação da aceitação da doença; alívio do medo e da incerteza perante a morte.

Diante disso, esses aspectos podem sugerir que a religiosidade pode afetar a adaptação psicológica em contextos de ameaça ou danos à saúde. No entanto, não podemos deixar de expor que as autoras acreditam que tais processos cognitivos podem sim favorecer as condições de saúde dessas mulheres, porém, em meio a esse contexto a informação sobre a situação de doença/situação instalada deve fazer parte, sendo o profissional de saúde um dos atores centrais nesse processo.

5.4.8.3 Rezando e qualificando a Fé

Nem sempre as mulheres que convivem com familiar usuário de droga pode optar por mudança de religião, muitas vezes elas irão renovar e qualificar sua fé para buscar suporte no enfrentamento da doença. Veja as falas abaixo:

[...] Chorei quatro meses. Mas eu sou uma pessoa que tenho muita fé em Deus. Eu sou evangélica. Aí com os poderes de Deus e muita oração. Muita fé. Eu consegui. Deixei os remédios da depressão e com fé em Deus [...] (M₇).

Eu me apego muito a Deus e a minha Bíblia. A arma que eu tenho mais poderosa. E recomendaria para todas as mães. E no momento de angústia de tristeza se pegue com Jesus. Porque só ele é o caminho a verdade e a vida (M₈).

Só muita fé em Deus, minha filha. Só muita fé em Deus. Eu rezo bastante. Eu peço a Deus força, coragem, saúde. Para “mim” enfrentar a batalha Dele (M₁₆).

Stropa e Moreira (2007) afirmam que influência da religião e religiosidade sobre a saúde e, em especial, a saúde mental, é um fenômeno resultante de vários fatores. Entre os possíveis modos pelos quais o envolvimento religioso poderia influenciar a saúde, estão os seguintes fatores: estilo de vida, suporte social, um sistema de crenças, práticas religiosas, formas de expressar estresse, direção e orientação espiritual. O autor ainda complementa (2007) que nível de envolvimento religioso tende a estar inversamente relacionado à depressão, pensamentos e comportamentos suicidas, uso e abuso de álcool e outras drogas. Habitualmente, o impacto positivo do envolvimento religioso na saúde mental é mais intenso entre pessoas sob estresse ou em situações de fragilidade, como idosos, pessoas com deficiências e doenças clínicas.

“*Coping* tem um papel central na relação entre religiosidade, espiritualidade e saúde” (SALGADO; FREIRE, 2008, p. 430). As crenças religiosas nesse processo podem influenciar a maneira como as mulheres familiares de usuários de droga lidam com o contexto da droga, facilitando uma maior aceitação, firmeza, adaptação às situações difíceis da vida, podendo promover paz, autoconfiança e perdão. Elas poderão se ver de forma positiva.

Entretanto, corroboramos com Stropa e Moreira (2008), que nos esclarece que religiões podem tanto orientar a pessoa de maneira rígida e inflexível, desestimulando a busca de cuidados médicos, como podem ajudá-la a integrar-se a uma comunidade e motivá-la para o tratamento.

E essa situação deve ser captada pelo profissional de saúde. Salgado e Freire (2008) dizem que a importância da relação entre religiosidade e saúde mental é reconhecida teoricamente, porém, profissionais de saúde mental têm dificuldades ao lidar com a

religiosidade e espiritualidade de seus pacientes. Um treinamento adequado é necessário para integrar espiritualidade e prática clínica. Só assim, enfrentar a situação de *stress* através da reza pode ser uma ação ativa e transformadora do sofrimento vivenciado pela mulher cuidadora.

5.5 Convivendo com as mulheres familiares de usuários de droga: Impressões da assistência de saúde mental

Ele bebia normalmente final de semana. Mas a bebida é como quem enfia uma faca na bananeira. Ela entra bem macio. E ela é uma coisa que não escolhe cidadão. Preto, branco ou rico. Ela tira o respeito de qualquer cidadão. De qualquer ser humano. Homem, mulher e criança. Ela não respeita ninguém. Ela leva pra “sargeta”. Para pior coisa. Que é a “sargeta”. Uma mãe ver um filho numa “sargeta” caído. Não é fácil. Dói e adoce qualquer mãe (M₁₉).

Início esse trecho com um estrato de fala de uma das entrevistadas desta pesquisa. Nessa fala acima podemos perceber o impacto das drogas sobre a vida das pessoas. Isso oportuniza reflexões sobre o uso abusivo do álcool e de outras drogas, pois além de ser um problema que afeta a saúde física e mental das pessoas, é também uma doença social.

Hoje trabalhamos na lógica da promoção da saúde. Os profissionais são municiados de construtos teóricos que os condicionam a promover qualidade de vida da população. No entanto, nos espaços de cuidados o que encontramos, muitas vezes, é uma lógica reducionista, com práticas fragmentadas e curativistas. Esse contexto é “vivo” em diversos espaços de cuidados. Inclusive nos de saúde mental. Durante a nossa permanência com mulheres familiares e cuidadoras de usuários de droga nos defrontamos com intensos processos de adoecimentos. O conviver com essas mulheres permitiu vivenciar angústias, desesperos, “dor”, vozes ausentes e olhares sem esperanças.

A sensação que perpassava é que elas estavam sós nesse processo. E viam, em qualquer um que fosse sensível, a causa de um norte para resolução dos problemas. Mulheres “perdidas”, cansadas de uma convivência de conflitos, fazendo uso de tudo que pudesse aliviar e/ou minimizar sofrimento. Os benzodiazepínicos eram os principais aliados nessa luta. Nas entrevistas e nos espaços de saúde de cuidados que estivemos presentes, escutamos, muitas vezes, a seguinte pergunta: O que faço? Como eu tiro meu filho disso? Parecia que elas esperavam uma resposta pronta. Que fosse capaz de resolver todos os problemas vivenciados.

Percebemos que por mais que nesses espaços de cuidado de saúde mental houvessem grupos e/ou pessoas que se propunham a cuidar dessas mulheres, ainda havia um incipiência nesse cuidado. Os recursos humanos, muitas vezes, ficavam afogados pela demanda. As

práticas se apresentavam de forma institucionalizada e o conhecimento da população sobre esses serviços eram, muitas vezes, compreendidos de forma errônea. A população tem um “rancio” de que são profissionais de saúde que devem se responsabilizar integralmente pelo cuidado referente ao uso da droga. Isso dificulta o compartilhamento da assistência.

Campos (2010) argumenta que as pessoas acostumam-se a funcionar conectadas a esquemas mais ou menos rígidos, de papéis objetivos. E em se tratando de Sistema Único de Saúde (SUS), a fragilidade do controle social deixa a prática do cuidado à mercê de formas de gestão conduzidas pelo o velho círculo vicioso da não mudança e do não diferente modo de fazer saúde.

Por vezes, escutamos as mulheres solicitando internamento para seus familiares. Tal solicitação nos faz pensar em duas possibilidades: a primeira, que a internação seria a única assistência que elas percebem como eficazes para retirar seu familiar do contexto da droga e, a segunda, que o internamento serviria como um momento de “descanso”. O fato de ter o familiar internado servia a essas mulheres como momentos de “alívio” da retomada da rotina e de algumas noites de sono tranquilo.

Diante desse contexto, nos questionamos: Estamos fazendo uma assistência integral de saúde mental? Os profissionais de saúde dispõem de recursos suficientes para sanar as necessidades dessas mulheres? Há conscientização do papel da família no tratamento dos usuários de droga? São diversos questionamentos que nos permeiam nesse momento.

Barros, Jorge e Pinto (2010) dizem que não é uma tarefa fácil conquistar a adesão da família no tratamento do parente com transtorno mental. E acrescentam que no cotidiano do campo psicossocial alguns familiares mostram-se resistentes a assumirem a corresponsabilização no tratamento, manifestando condutas negligentes em relação ao usuário. E o trabalhador de saúde não tem direito de tratar os referidos grupos de forma arbitrária, desrespeitosa, insensível ou perversa.

Clarificamos que são consensos das autoras os avanços da rede de atenção de saúde mental. Sabemos da sua importância e das conquistas que essa vem trilhando no decorrer desses anos, no entanto, somos conscientes dos desafios que saúde mental ainda tem a vencer. As mulheres familiares fazem parte de um grupo que, por vezes, passam despercebidos. O foco central do tratamento são os usuários de droga. E elas? Quem assiste, quem cuida?

Barros (2011) afirma que indiscutivelmente a lógica a nortear a prática dos trabalhadores deve estar fundamentada em princípios humanísticos e que, nesta prática, a inserção do familiar no cuidado e a relação entre trabalhador de saúde e o usuário são

aspectos prioritários e devem estar presentes no cerne de uma atenção humanizada em saúde mental.

São pessoas que adoecem e que necessitam de auxílio nesse processo de desgaste. É aí que reafirmamos, de forma enfática, a necessidade de desenvolver tecnologias de saúde que sejam capazes de criar e ressignificar espaços de cuidados. Esses devem promover qualidade de vida; devem incitar a reflexão nessas mulheres. Elas precisam conhecer e compreender a importância do seu cuidado e os meios de enfrentar de forma positiva tais processos geradores de adoecimento.

Os profissionais de saúde devem ser sensíveis à causa. Devem perceber nos olhares e no silêncio a busca de auxílio. Dispor de metodologias ativas que fortaleçam os espaços de saúde mental; fortalecer vínculos, estimular a autonomia e o compartilhamento do cuidado. Somos referência para essas mulheres. E, como tal, temos que desenvolver ações que tenham relação direta com a comunidade dessas mulheres. Por fim, ressaltamos a importância da assistência em rede. Os profissionais da saúde mental devem usufruir da rede de saúde do Município para garantir um cuidado integral e permitir às pessoas uma “gama” de possibilidades que os norteiam para o pólo saúde mental.

Corroboramos com Barros, Jorge e Pinto (2010), que dizem que o fracasso da produção do cuidado é, exatamente, não interpor seus anseios e vaidades. O trabalhador de saúde, desconectado da responsabilidade de assistir de forma integral, pode dissolver toda uma rede ou conjunto de serviços direcionados ao cidadão.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O progressivo aumento do uso da droga traduz-se em um acréscimo de problemas pessoais e sociais e, por conseguinte, num aumento de parentes e familiares com dependência/adoecimentos no contexto familiar. Tais processos requerem um empenho por parte dos profissionais de saúde para tentar sanar os problemas oriundos do contexto da droga. Essa problemática torna-se relevante, uma vez que propõe ampliar a visão do cuidado para aqueles que são responsáveis pelo mesmo. E, no nosso caso, cuidado às mulheres cuidadoras, visto que em nosso meio social são elas que mais são responsáveis pelo o cuidado da família.

Nesse estudo, tivemos por objetivo compreender as estratégias de enfrentamento de mulheres familiares de usuários de drogas, assim como objetivamos secundariamente desvelar o conviver familiar sob o uso da droga. Para realização desse estudo procedemos com o uso do inventário de estratégia de enfrentamento enquanto referencial teórico de Lazarus e

Folkman (1985) para interpretar as ações e atitudes de mulheres cuidadoras no contexto da droga.

O dito, o não dito e o bendito obtido nas entrevistas nos espaços de coleta revelaram as “vozes” que, por vezes, se mantinham em silêncio, onde demonstraram sofrimentos, cansaço, sobrecarga e pedido de socorro. Perceber os sofrimentos e a necessidade urgente de ações práticas de cuidados que ampliem a qualidade de vida dessas mulheres.

O contato aproximado com as mulheres cuidadoras nos propiciou grandes ensinamentos, dos quais posso citar: amor, paciência, perseverança e, tais sentimentos, reforçaram a importância que nós, profissionais de saúde, devemos dar às mulheres cuidadoras de usuários de droga.

Nos resultados obtidos nesse estudo, percebemos que das vinte seis mulheres entrevistadas há uma margem de idade de 30 a 60 anos, tendo prevalência na década de quarenta, perfazendo um total de dez mulheres, das quais nove têm primário incompleto e seis são analfabetas.

Há um predomínio de mães cuidadoras, perfazendo um total de quatorze mães nesse estudo. A figura da esposa aparece em segundo lugar, uma vez que, após o casamento a esposa assume esse papel de cuidadora da família.

Quando questionamos as mulheres entrevistadas sobre a droga de uso pelo familiar, houve um destaque para o *crack* e o álcool. O primeiro, com treze familiares usuários e, o segundo, com onze familiares usuários da droga.

Desvelamos na pesquisa que conviver com usuário de droga pode produzir mudanças nas relações familiares de quase todas essas mulheres cuidadoras. Há, em seu contexto, ausência de diálogo, processos de adoecimentos e insegurança. Viver e conviver nesse contexto repercutiu no domicílio das entrevistadas num ambiente de violência, medo e sofrimento.

Ao analisarmos o dito, o não e o bendito pelas mulheres cuidadoras de usuários de droga para compreender suas estratégias de enfrentamento optamos por utilizar o inventário de estratégia de enfrentamento preconizado por Lazarus e Folkman (1985), dois quais optamos pela análise das falas nos seguintes pólos: Confronto, Afastamento, Autocontrole, Suporte Social, Aceitação da Responsabilidade, Fuga-esquiva, Resolução do Problema e Reavaliação Positiva.

Ao nos defrontarmos com essa temática pudemos presenciar alguns desafios, dos quais cito: por ser uma temática que lida com sentimentos, tivemos que superar o número de

encontros planejados, nem sempre encontramos apoio dos serviços de saúde para realizar a pesquisa, a “dor” dessas mulheres nos comoveu e, em alguns momentos, tivemos que passar conforto e sensação de proteção.

Esses pólos foram também relacionados de acordo com a seguinte classificação preconizada por Folkman e Lazarus (1988): Enfrentamento focado no problema (confronto e resolução de problemas); enfrentamento focado na emoção (afastamento, autocontrole, aceitação de responsabilidades, reavaliação positiva e fuga-esquiva) e enfrentamento focado no problema e na emoção (fator suporte social).

Diante dessa análise, compreendemos nesse estudo que as mulheres precisam encontrar estratégias de enfrentamento para melhor lidar com o uso da droga pelo familiar, a fim de tentar sanar ou minimizar processos de adoecimentos e obter melhor qualidade de vida, assim como produzir um cuidado compartilhado juntamente com os profissionais de saúde para melhor adesão e tratamento do parente que faz o uso das substâncias psicoativas. Isso pode predizer menos conflitos familiares no conviver, sintomas de ansiedades e depressão entre essas mulheres.

E que, percebemos uma grande maioria optar pelo pólo teórico suporte social. Essas mulheres percebiam o serviço de saúde, as pessoas e os amigos como forma de enfrentar a situação, no entanto, não podemos deixar de esboçar que essa ferramenta que poderia servir de subsidio para melhor enfrentar o problema, muitas vezes, não era valorizada pelo serviço de saúde procurado. Isso propiciava afastamento desse suporte por essas mulheres.

Tais questionamentos nos conduzem a reforçar a importância de melhorar a efetividade do pólo teórico suporte social, que, a nosso ver, é o mais eficaz na produção de qualidade de vida dessas mulheres e os que orientam um processo de cuidado integral.

No entanto, clarificamos que o uso desse referencial teórico que adotamos, por vezes, nos proporcionou a reflexão. Por ser subjetivo e nos permitir um cunho interpretativo sobre os pólos teóricos, chegamos a gerir diversas reflexões no seu uso. Ao analisarmos as falas obtidas nas entrevistas sob a perspectiva desse referencial permitiu surgir alguns posicionamentos sobre as estratégias de enfrentamento teorizadas pelos autores, por exemplo: O pólo teórico fuga/esquiva e afastamento nos condicionam a um pensar que vai além dos nossos pré-conceitos formados.

Nos conceitos das autoras desse estudo são pólos que coincidem em si. Porém, os autores desse referencial abordam estratégias de enfrentamento divergentes aos pólos. O que

queremos pontuar nesse momento é que mesmo com impressões pessoais sobre a fundamentação teórica dos pólos de *coping*, em todo o estudo seguimos as interpretações dadas pelos os autores que produziram o referencial teórico em questão, dentro do nosso processo de compreensão sobre o inventário.

Considerando a importância do processo de enfrentamento, por meio de um instrumento conhecido e validado e, o pouco que se conhece sobre o tema na área da saúde mental de familiares usuários de droga, a compreensão e identificação das estratégias de enfrentamento que as mulheres familiares de usuários de droga utilizam poderão auxiliar os profissionais de saúde a propor intervenções que irão ao encontro das reais necessidades dessas mulheres, diminuindo o seu sofrimento e ajudando no processo de adaptação à situação vivenciada. Evitando assim a codependência.

É necessário também haver, por parte dos profissionais de saúde mental, a compreensão e identificação dessas estratégias para propor intervenções que poderão responder as necessidades das mulheres cuidadoras, diminuindo seu sofrimento e angústias vivenciadas no domicílio.

Finalizamos o estudo reforçando a necessidade de haver pessoas que se sensibilizem com a dimensão do cuidado de quem cuida. Precisamos perceber essas pessoas como co-gestoras da saúde, produtoras de práticas saudáveis e, acima de tudo, como sujeitos do processo de saúde e doença. Tal afirmação nos condiciona a questionar: Como utilizar um discurso de promoção da saúde e integralidade das ações se colocarmos a margem do processo o familiar cuidador?

7 REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Elizabeth Maciel de. *Avaliação da técnica de amostragem respondend-driven sampling na estimação de prevalências de doenças transmissíveis em populações organizadas em redes complexas*. 2009.99p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009.

ANDRADE, Gabriela; VAITSMAN, Jeni. Apoio Social redes: conectando solidariedade e saúde. *Cienc Saude Coletiva*, Rio de Janeiro, v.7.n.4,p.925-934,out. 2002.

ANTONIAZZE, Adriane Scomazzon. *Desenvolvimento de Instrumentos para avaliação de Coping em Adolescentes Brasileiros*. 1999,98p. Tese (Doutorado em Psicologia)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2006.

ARAÚJO, Gisele Alves; SOARES, Maria Julia Guimarães Oliveira; HENRIQUE, Maria Emilia Romero de Miranda. Qualidade de vida: percepção de enfermeiros numa abordagem qualitativa. *Rev. Eletr. Enf. [s.l.]*, v.11, n.3, p.635-41, set.2009.

ARAÚJO, Renata Brasil. *et al.* As estratégias de *coping* para o manejo da fissura de dependentes de *crack*. *Rev HCPA*. Rio Grande do Sul, v.30,n.1,p.36-42. 2010.

ARAÚJO, Renata Brasil. *et al.* Estratégia de *coping* para o manejo do *Craving* em dependentes de tabaco. *Rev Bras Psiquiat*. São Paulo, v.31,n.2,p.89-94,Jun.2009.

ARMOND Lindalva Carvalho; BOEMER, Magali Roseira. Convivendo com a hospitalização do filho adolescente. *Rev Latino-am Enfermagem*, São Paulo, v.12, n.6, p.924-32, nov-dez.2004.

AZEVEDO, Dulcian Medeiros de; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPS ad do município de Natal-RN: com a palavra a família. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. Rio Grande do Norte, v.14, n.1,p.56-63.jan/mar.2010.

BARBOSA, Juliana Magalhães Machado. *Avaliação da Qualidade de vida e das estratégias de enfrentamento de idosos com incontinência fecal*. 2006.115p. Dissertação (Mestrado em Educação Física)-Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais,2006.

BARCELOS, Carlos. *Quero meu filho de volta: o papel da família na recuperação dos jovens usuários de droga*. 1.ed. São Paulo:Gente,2000.128p.

BARROS, Marcia Maria Mont`Alverne de. *Concepções e práticas de atenção à Saúde mental :Um discurso do sujeito coletivo*. 1.ed. Fortaleza:EdUECE, 2011.216p.

BARROS, Márcia Maria Mont' Alverne; JORGE, Maria Salete Bessa; PINTO, Antonio Germane Alves. Prática de saúde mental na rede de atenção psicossocial: A produção do cuidado e as tecnologias das relações no discurso do sujeito coletivo. *Rev. Aps*, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 72-83, jan./mar. 2010.

BARROSO, Sabrina; BANDEIRA, Martins Marin; NASCIMENTO, Elisabeth. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. *Rev. Psiq. Clín*, Minas Gerais, v.34, n.6,p.270-77.2007.

BELTRAN, Adriana Garcia; BARRETO, Silvana Santos dos; GUTIÉRREZ, Maria Gaby Rivero. Cuidando de pacientes que faleceram por câncer de mama: a experiência dos familiares. *Rev Bras Cancerol*,[s.l], n. 46, v.2, p.155-162, abr-jun. 2000.

BENUTE, Gláucia Rosana Guerra. *et al.* Cardiopatia fetal e estratégias de enfrentamento. *Rev Bras Ginecol Obstet*. Rio de Janeiro, v.33, n.9,p.227-33,Set.2011.

BERTOLIN, Daniela Comeli. *et al.* Associação entre os modos de enfrentamento e as variáveis sociodemográficas de pessoas em hemodiálise crônica. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v.45, n.5,p.1070-6, Nov.2010.

BLEFARI, Anete de Lourdes. *A família e a drogadicção*. 2002.14p. Monografia (Graduação em medicina)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

BOCCHI, Silvia Cristina Mangini. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): uma análise do conhecimento. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.12, n.1 ,p.115-121, jan/fev.2004.

BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*, Santa Catarina,v. 2,n. 1,p.68-80, janeiro-julho.;2005.

BORGES, Georgia Crhitian. *Estratégias de enfrentamento e qualidade de vida de pacientes acometidos por Acidentes vascular encefálico em começo de reabilitação*.2007.85p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)- Interistitucional UNB,Brasília,2007.

BORGES, Marcio. Alzheimer- Entendo seus sentimentos. *Boletim 03 da Abraz*, São Paulo, 3 de Agosto 2008. Disponível em:< [Http://www.cuidardeidosos.com.br/alzheimer-entendendo-seus-sentimentos](http://www.cuidardeidosos.com.br/alzheimer-entendendo-seus-sentimentos)>. Acesso em: 28 de outubro de 2012.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, 10 de outubro de 1996.

BRASIL, Valéria Rocha. A recuperação da pessoa do dependente químico: o impacto no seu processo de mudança na família. *Psico,[s.l.]*, v. 1, n.1, p. 93-104. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição*. Brasília, 2004.144p.

BRASIL. Secretaria Executiva. *Ações prioritárias na atenção básica em Saúde*. Brasília, 2005.22p.

BRITZMAN, Deborah. Curiosidade, sexualidade e currículo. In: LOURO, G. L. (Org.).*O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 2007. p. 83-111.

CAMPOS, Gastão Wagner. Considerações sobre a arte e ciência das mudanças: revolução das coisas e reformas das pessoas. O caso de Saúde. In: Cecílio LCO.(Org). *Inventando a mudança da Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2010.p.29-87.

CARLOTTO, Mary Sandra; CÂMARA, Sheila Gonçalves. Síndrome de *Burnout* e estratégias de enfrentamento em professores de escolas públicas e privadas. *Psic. da Ed*, São Paulo, v. 26, p. 29-46, jan.2008.

CARVALHO, Maria Luiza Mello de. *Cuidado, Sociedade e Gênero: um estudo com pais cuidadores*. 2007.378p.Tese(Doutorado em Psicologia)- Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro,2007.

CECCONELLO; Alessandra Marques; KOLLER, Silva Helena. Competência social e empatia: um estudo sobre resiliência com crianças em situação de pobreza. *Estudos de Psicologia*, Natal, v.5,n.1,p.71-93.2000.

CINQUE, Valdir M. *Fatores detress vivenciados pelos familiares no processo de doação de*

órgãos e tecidos para transplante. São Paulo: EEUSP, 2008.p.97.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. Gênero, saúde e enfermagem. *Rev. bras. enferm.* Brasília, v.58, n.3, p. 345-348. 2005.

COLETTI, Michele; CÂMARA, Sheila. Estratégias de *coping* e percepção da doença em pais de crianças com doença crônica: o contexto do cuidador. *Perspectivas em psicologia*, Bogotá, v. 5, n. 1, p.97-110, jan/jun.2009.

COSSIO, Mauricio Blanco; STEINBRÜCK, Melissa Abla. *Pesquisa Qualitativa – Estou Seguro*. Instituto de estudo e trabalho de sociedade, Rio de Janeiro: [s.n.],2011.27p.

COSTA, Ana Lúcia Siqueira; CHAVES, Eliane Corrêa. Processos de enfrentamento do estresse e sintomas depressivos em pacientes portadores de retocolite ulcerativa idiopática. *Rev Esc Enferm USP*. São Paulo, v.40,n.4,p.507-14,dez.2006.

COSTA, Junia Teixeira da. *Atendimento de multifamílias de dependentes químicos: um estudo das narrativas na visão sistêmica dos novos paradigmas*.2010. 108p. Dissertação (Mestrado em psicologia)- Universidade federal de Belo Horizonte, Belo Horizonte, 2010.

COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. 4.ed.Rio de Janeiro: Graal, 2004. 282p.

COZBY, Paul C. Ética em pesquisa. In:_____. *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*, São Paulo: Atlas, 2003. p. 51-79.

DAMIÃO, Elaine Buchhorn Cintra *et al*. Inventário de estratégias de enfrentamento: um referencial teórico. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v, 43, n. 2, p. 1199-203, set/nov.2009.

DEIMLING, Gary.*et al*. *Coping among older-adult, long-term cancer survivors*. *Psycho-Oncology*, v.15, p. 143–159. 2010.

DEVREUX, Anne Marie. *Les rapports sociaux de sexe: um cadre d'analyse pour les questions de santé?*. In: Femmes et Hommes dans le champ de la santé. *Approches Sociologiques* (sous la direction de AIACH, P. *et al*.).Paris: Editions ENS, 2001.

FERREIRA, Márcia Assunção. A educação em saúde na adolescência: grupos de discussão como estratégia de pesquisa e cuidado-educação. *Texto&Contexto Enfer*, Florianópolis, v.15,n.2,p. 205- 211, abr/jun.2006.

FIGLIE, Neliana *et al*. Filhos de dependentes químicos com fatores de risco bio-psicossociais: necessitam de um lar especial? *Rev Psiquiatr Clin*. [s.l.],v.31,n.2,p.53-62.2004.

FLORE, Cassilda da Conceição Tareco Afonso. *A Qualidade de Vida em Doentes com Coxartrose e Artroplastia Total da Anca: Suporte Social e Estratégias de Coping*. 2007,p.153. Dissertação (Mestrado em psicologia)- Faculdade de Ciências Humanas e Sociais Departamento de Psicologia, Portugal, 2007.

FOLKMAN, Susan; LAZARUS, Richard. Coping as a mediator of emotion. *J Pers Soc Psychol*, São Francisco, v.54, n.3, p.466-75, Mar .1988.

FOLKMAN, Susan; LAZARUS, Richard S. *Manual for the Ways of Coping Questionnaire* (research edition). California: Consulting Psychologists Press; 1986.

FOLKMAN, Susan *et al.* Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, *coping*, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 50, p. 992-1003, 1986.

FOLKMAN, Susan; LAZARUS, Richard. *Coping and Emotion*, in A.Monat, R. S. Lazarus (Eds.), *Stress and Coping*, an Antology. New York: Colombia University Press, 1991.

FOLKMAN, Susan; LAZARUS, Richard S. *Stress appraisal and coping*. New York: Springer, 1985. 460p.

FOLKMAN, Susan; LAZARUS, Richard. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, Berkeley, v. 21, p. 219-239. 1980.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos. *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.27, n.2, p.389-394, fev. 2011

FREITAS, Etiane de Oliveira. Estresse, *Coping*, *Burnout*, sintomas Depressivos e *Hardiness* entre discentes de Enfermagem. 2012. 142p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2012.

FUJISAWA, Dirce Shizuko. *Utilização de jogos e brincadeiras como recurso no atendimento fisioterapêutico de criança: implicações na formação do fisioterapeuta*. 2000. 203p. Dissertação (Mestrado em Educação)-Universidade Estadual Paulista, Marília, 2000.

GIANINI, Marcelo Marcio Siqueira. *Gênero, doença: o enfrentamento da doença*. 2004.101p. Mestrado (Mestrado em Psicologia Clínica)- Núcleo de Família e Comunidade PUC/SP, São Paulo, 2004.

GOIS, Claudia Cristina; MARTINS, Gislaine de lima; VIEIRA, Maria Gilvânia. *A Importância da Participação e Acompanhamento da Família no Processo de Tratamento do Portador de Transtorno Mental*. 2004.75p. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Faculdades Integradas Antônio Eufrásio de Toledo. Presidente Prudente, 2004.

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseli Rosangela. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *RevLatino-am Enfermagem*, São Paulo, v. 9 ,n. 2, p. 48-55, Mar.2001.

GUEDES, Maria Luiiza. Relação família-paciente no transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v.23, n.2, p.65-7, out.2001.

GUIDO, Laura Azevedo de. *et al.* Estresse, *coping* e estado de saúde de enfermeiros de clínica médica em um hospital universitário. *Ciênc Cuid Saúde*. [S.l.], v.8, n.4, p.615-21, out/dez.2009.

GUIDO, Laura de Azevedo Guido. *et al.* Estresse e *coping* entre enfermeiros de unidade cirúrgica de hospital Universitário. *Rev RENE*. Fortaleza, v.13, n.2, p.428-36, 2012. Disponível em: <http://Jennifer de Fran%EA Oliveira.pdf> >. Acesso em: 15 de agosto de 2012.

GUIDO, Laura de Azevedo. *Stress e coping enfermeiros de Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica*. 2003. 197 p. Tese (Doutorado em enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

GUIDO, Laura de Azevedo. *et al.* Estresse e *coping* entre enfermeiros de unidade cirúrgica de hospital universitário. *Rev Rene*, Rio Grande do Sul, v.13, n.2, p.428-36, 2012.

GUTIERREZ, Denise Machado Duran; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Papel da Mulher de Camadas Populares de Manaus na Produção de Cuidados da Saúde. *Saúde Soc*, São Paulo, v.18, n.4, p.707-720, 2009.

HEIDEGGER, Martin. *Ser e tempo*. Parte I. Petrópolis: Vozes/Universidade São Francisco, 2004. Não paginado.

HERNÁNDEZ, Zamora Lastenia; OLMEDO, Castejón Encarnación; Ibáñez, Ignacio. Estar Quemado (Burnout) y su Relación con el Afrontamiento, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, v. 4, n. 2, pp. 323-336, set. 2003.

HOLROYD Karlien, LAZARUS Richard. *Stress, coping, and somatic adaptation*. In: Goldberger L., Breznitz S. eds. *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*. New York: The Free Press, 1982.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010 – Sobral-CE, 2010. Acesso em 29 de outubro de 2012. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_ceara.pdf>. Acesso: 13 de abril de 2012.

JI, Gang Zong. *et al.* The coping flexibility of neurasthenia and depressive patients. In *Personality and Individual Differences*. Elsevier Science Ltd, [s.l.] v.49, p. 859-871. 2006.

KOHLSDORF, Marina; COSTA JUNIOR, Áderson Luiz da. Enfrentamento entre cuidadores de pacientes pediátricos em tratamento de leucemia. *Interação em Psicologia*, Curitiba, v.13, n.2, p. 263-74, jul./dez. 2009.

KORIN, Daniel. Novas perspectivas de gênero em saúde. *Adolesc. latinoam*. Porto Alegre, v.2, n.2, p.1-17, mar. 2001.

KRISTENSEN, Christian Haag *et al.* Estratégias de *coping* e sintomas de stress na adolescência. *Estudos de Psicologia*. Campina/SP, v.27, n.1, p.21-30, Jan-Mar. 2010.

LABRONICI, Liliana Maria; FEGADOLI; CORREA. Débora. Significado da violência sexual na manifestação da corporeidade: um estudo fenomenológico. *Rev Esc Enferm USP*. São Paulo, v.44, n.2, p.401-6, maio. 2010.

LAGES, Maria Gizelda Gomes. *et al.* Estratégias de Enfrentamento de Enfermeiros frente ao Paciente Oncológico Pediátrico. *Revista Brasileira de Cancerologia*. [S.l.],v.57,n.4,p.503-510, jul,2011.

LAZARUS, Richard S. Why we should think of stress as a subset of emotion. *In: GOLDBERGER, Leo; BREZNITZ, Shlomo. Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*. New York: Free Press,1993. p.21-39.

LAZARUS, Richard.; FOLKMAN, Susan. Cognitive Appraisal Processes. *In: Estresse, Appraisal and Coping*, Springer .*Publishing Company*, New York, n.2,p.22-54.1994.

LAZARUS, Richard; DELONGIS, Anita. Psychological stress and coping in aging. *American Psychologist*, [s.l.], v. 38, n. 3, p. 245-254, mar. 1983.

LAZARUS, Richard; FOLKMAN, Susan. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer, 1984.

LAZARUS, Richad; FOLKMAN, Susan. Cognitive theories of stress and the issue of circularity. *In: M H Appley and R Trumbull (Eds). Psychological, and Social Perspectives*, New York, p.63-80. 1986.

LI, Hongdong *et al.* Coping strategies used by children hospitalized with cancer: an exploratory study, *Psycho-Oncology*, Austrália, v. 1, p. 8. 2010.

LIMA, Eliéte Maria de. *A Proteção Social no Âmbito da Família: um estudo sobre as famílias do Bairro Monte Cristo em Florianópolis*. Florianópolis: 2006. 136p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

LOUREIRO, Nicole Vaz. *A sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos com demência*. 2008, p.172. Dissertação (Mestrado em ciências política)- Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais,2008.

LOURO, Guacira Lopes. *Gênero, sexualidade e educação: Uma perspectiva pós-estruturalista*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

LOYOLA, Cristina Maria Douat. *et al.* Uso de drogas ilícitas e perspectivas críticas de familiares e pessoas próximas na cidade do Rio de Janeiro - Zona Norte, Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Rio de Janeiro, v.17,n. spe, p.817-823.2009.

LUZARDO, Adriana Remial *et al* . Características de idosos com Doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto & Contexto Enfermagem*, Porto Alegre,v. 15, n.4, p. 587-94, out.2006.

MACHADO, Aline Gonçalves; MERLO, Álvaro Roberto Crespo. Cuidadores: seus amores e suas dores. *Psicol. Soc*, Florianópolis, v. 20, n. 3, Dez. 2008.

MACHADO, Letícia Leuze; OLIVEIRA, Margareth da Silva. Percepções e Ajustamento à Doença em Crianças Acometidas pelo Câncer. *Rev. Graduação*. [s.l.], v.4, n.1, p.29, 2011.

MARIN, Nelly. *Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais: o uso racional de medicamentos*. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.p.373.

MARINE, Adriana Maira. *et al.* Sobrecarga de cuidadores na psiquiatria infantil. *Rev Neurocienc.* [s.l.], não paginado, 2010. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/x%20in%20press/477%20original.pdf>>. Acesso em: 11 de abril de 2012.

MARTINS, Maria da Conceição de Almeida. *Fatores de risco psicossociais para a saúde mental*. 2004. Disponível http://www.saudeetrabalho.com.br/download_2/fatores-risco.pdf> Acesso: 16 de agosto de 2012.

MARTINS, Mayra; SANTOS, Manoel Antonio dos; PILLON, Sandra Cristina. Percepções de famílias de baixa renda sobre o uso de drogas por um de seus membros. *Rev Latino-am Enfermagem*. [s.l.], v.16,n.2,p.1-7, março/abril.2008.

MARTINS, Teresa. *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de Vida e Bem-Estar dos Doentes e Familiares Cuidadores*. Coimbra : Formasau, 2006.

MARTINS, Teresa. *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de Vida e Bem-Estar dos doentes e Familiares Cuidadores*. Coimbra: Formasau, 2006.

MATTA, Roberto da. *Relativizando: uma introdução à antropologia social*. 6. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

MCGLYNN, Celine. Face of Homelessness is poor, vulnerable and female. *J Addict Mental Healt*, [s.l.], v.2,n.5, p.9, 1999.

MELMAN, Jonas. *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras, 2008.

MELO, Rita. *Processo de luto: O inevitável percurso em face de inevitabilidade da morte*. [S.l.: s.n.], 2004.p.14. Disponível em: <<http://groups.ist.utl.pt/unidades/tutorado/files/Luto.pdf>>. Acesso em: 1 de janeiro de 2012.

NARCIZO, Shirley Margarete Silvério; ANDRADE, Denise Emilia de. O perfil do usuário de drogas: uma visão dos profissionais da cidade de FRANCA-SP. *Revista Científica da Universidade de Franca*, São Paulo, v. 5,n. 1, p.169-179, jan.2003.

NEVES, Priscila Parochi *et al.* Profissionais da saúde, que assistem pacientes com Acidente Vascular Cerebral, necessitam de informação especializada. *Revista Neurociencias*, v.12,n.4,out/dez,2004.

OLIVEIRA, Dienay Souza de. *Relações entre perfis cognitivos de Personalidade e estratégias de coping em adultos*. 2009.p.157. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Universidade federal de Uberlândia, Uberlândia, 2009.

OLIVEIRA, C. M. de; ALMA, J. M.; VALLE, F. C. In: LAMBERT, M. S. *Drogas: mitos e realidades*. Rio de Janeiro: MEDSI, 2001.

OLIVEIRA, Eliany Nazaré. *et al.* Aspectos relacionados ao tratamento de usuários de crack e álcool em um serviço de saúde mental. *RETEP*, v.4 , n.2, p.687-93,abr. 2012.

OLIVEIRA, Eliany Nazaré. Pancada de amor dói e adoce: violência física contra mulheres. Sobral - CE: Edições UVA, 2007.

OLIVEIRA, Eliany Nazaré. *Saúde Mental e Mulheres: sobrevivência, sofrimentos e dependência químicas.* Sobral: Edições UVA. 2000.120p.

OLIVEIRA, Jennifer de França; WATANABE, Cintia Emi; ROMANO, Bellkiss Wilma. Estratégias de enfrentamento ("COPING") dos familiares de pacientes internados em Unidade de terapia Intensiva. *Rev. Soc. Cardiol*, São Paulo, v.17, p.4-9, jul/set.2007.

OLIVEIRA, Jennifer França. *Estratégias de enfrentamento (coping) dos familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva.* In: ENCONTRO DE PSICOLOGIA,2004.Disponívelem:
http://www.assis.unesp.br/encontrosdepsicologia/ANAIS_DO_XIX_ENCONTRO/45. Acesso em: 26 de janeiro de 2012.

OLIVEIRA, Lucio Garcia. *Avaliação da cultura do uso de crack após uma década de introdução da droga na cidade de São Paulo.* 2007.330p. Tese (Doutorado em Psicobiologia)-Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2007.

ORTIZ, Maria Carolina Alves; LIMA Regina aparecida Garcia de. Experiências de familiares de crianças e adolescentes, após o término do Tratamento contra câncer: subsídios para o cuidado de enfermagem. *Rev latino-am enfermagem*, [s.l.],v.15,n.3,p.411-417,maio/jun.2007.

PACHECO, Susana. Stress e Mecanismos de Coping nos Estudantes de Enfermagem. *Revista Referência – II*, [s.l.], n.7, p.89-95, out/jun. 2008.

PATISTEA, Evangelia. Des ription and adequacy of parental coping behaviors in childhood leukaemia. *International Journal of Nursing Studies*,v. 42, n.3, p. 283-296. 2004.

PAULILO, M. A. S. *A Pesquisa Qualitativa e a História de Vida.*2008. Disponível em: <[Http://www.ssrevista.uel.br/c_v2n1_pesquisa.htm](http://www.ssrevista.uel.br/c_v2n1_pesquisa.htm)>. Acesso em: 14 de agosto de 2011.

PEDREIRA , Carolina Souza. Sobre mulheres e mães: uma aproximação à teoria do cuidado. *Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder*, Florianópolis(RS), 2008. Disponível:<http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST58/Carolina_Souza_Pedreira_58.pdf> . Acesso em 12 de janeiro de 2012.

PEDROLO, Flávia Tatina; ZAGO, Márcia Maria Fontão. O enfrentamento dos Familiares à imagem corporal do Laringoectomizado. *Revista Brasileira de Cancerologia*, [s.l.], v.48,n.1,p.49-56,2002.

PEGORARO, Renata Fabiana; CALDANA, Regina Helena Lima. Psychological stress among relatives of users of a Psychosocial Care Center. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*Botucatu, v.12, n.25, p.295-307, abr./jun. 2008.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antônio dos. Opiniões dos adolescentes do ensino médio sobre o relacionamento familiar e seus planos para o futuro. *Paidéia*, São Paulo, v.17, n.36, p.103-114, abr. 2005.

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; TÓFOLI, Luiz Fernando. Análise do perfil epidemiológico dos clientes do centro de atenção psicossocial para álcool e outras drogas em Sobral.CE. *Sanare*, Sobral,v. 6, n.2,p.62-7, jul/dez. 2005/2007.

RESENDE , Marineia Crosaria *et al.* Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. *Psicol Am Lat*, v.10,n.5, p. 164-177, Mar.2007.

RIBEIRO, José Pais; SANTOS, Carla. Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*, [S.I], v.4,n.19,p.491-502,2001. Disponível em:<
<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v19n4/v19n4a01.pdf>>. Acesso em: 30 de maio de 2012.

RICHARDSON, Roberto Jarry. *Pesquisa Social Métodos e Técnicas*. 3.ed.São Paulo: Atlas. 2009. 540p.

RIDDER, Denise; SCHREURS, Karlein. Developing interventions for chronically ill patients: is *coping* a helpful concept?. *Clinical Psychology Review*, Netherlands, v.21,n.2, p. 205-240,mar.2001.

ROCHA, Mary Lança Alves da. “*O processo de recuperação do uso indevido de drogas em igrejas pentecostais Assembleia de Deus*”. 2010.210p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. *Transtorno Mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez, 2008.

ROSA, Lúcia Cristina Santos. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. *Psicol*, Belo Horizonte, v.11, n.18, p.205-18, Dez. 2003.

SA, Maria Clara Nogueira. Um estudo sobre os cuidadores familiares de pacientes internados com doenças hematológicas. *Psicologia*, [S.l.],v.3, n.1,p. 124-41, 2002.

SÁ, Roberta Araújo. *Programa de Residência Médica em Psiquiatria da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral*. 2008. Mimeografado.

SÁ, Roberta Araújo; BARROS, Márcia Maria Montálverne; COSTA, Maria Suely Alves. Saúde mental em Sobral: Atenção com Humanização e inclusão social. *Sanare*, Sobral (CE),v.6,n.2,p.26-34, jul./dez. 2005/2007.

SALGADO Mauro Ivan; FREIRE, Gilson. *Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina*. 1.ed. Belo Horizonte: Inede, 2008.443p.

SANTIN, Gisele; KLAFKE, Teresinha Eduarde. *A família e o cuidado em saúde mental*. Santa Cruz do Sul, n. 34,p.146-160, jan/jul. 2011.

SARAIVA, Kaelly Virginia de Oliveira. Gênero e saúde mental na atenção primária: a mulher como foco de investigação. 2008. 148p. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Universidade Federal do Ceará (UFC).Fortaleza, 2008.

SARAIVA, Klívia Regina de Oliveira.*et al.* O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v.16,n.1,p.63-70,jan./Mar.2007.

SAVÓIA, Marisangela Gentil; SANTANA, Paulo Reinhardt; MEJIAS, Nilce Pinheiro. Adaptação do inventário de estratégias de *coping* de Folkman e Lazarus para o português. *Psicol USP*, São Paulo, v. 7, n. 1/2, p. 183-201. 1996.

SAVÓIA, Marisangela. Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (*Coping*) . *Rev Psiq Clin*. São Paulo,v.26,n.2,p.57-67,mar/abr.2000.

SCARDOELLI, Márcia Glaciela da Cruz; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini. “Grupo” de artesanato: espaço favorável à promoção da saúde mental. *Esc Anna Nery*, Rio de Janeiro,v.15,n.2,p.291-299, abr/jun,2011.

SCAVONE, Lucila. *Dar a Vida e Cuidar da Vida: feminismo e Ciências Sociais*. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

SCHENKER, Mirian; MINAYO, Maria Cecília Souza. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.20, n.3,p.649-59, Maio/Jun.2004.

SCÓZ, Tânia Mara Xavier.; FENILI, Rosangela Maria . - Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa de saúde da família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, [s.l.] v. 5, n. 2, p. 61 – 67. 2003.

SEIMA, Márcia Daniele; LENARDT, Maria Helena. Sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 388 - 398 ago./dez. 2011.

SELEGHIM, Maycon Rogério. *et al.* Vínculo familiar de usuários de *crack* atendidos em uma unidade de emergência psiquiátrica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Ribeirão Preto, v.19,n.5,p.1163-70, set./out.2011.

SIEGEL, Karolly; SCHRIMSHAW, Eric. W. The perceived benefits of religious and spiritual coping among older adults living with HIV/AIDS. *Journal for the Scientific Study of Religion*. Maringá,v.41,p.91-102,jan/abr.2002.

SILVA, Célia Nunes. *Como câncer (dê)estrutura a família*. São Paulo: Anablume, 2000.

SILVA, Leticia Andrade da. *Desvelos: Trajetórias no limiar da vida e da morte:cuidados paliativos na assistência domiciliar*. 2007. 220p. Tese (Doutorado em Serviço Social)-Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

SILVA, Patricia Leite Alvares. *Percepções de estresse ocupacional, coping e resiliência no fisioterapeuta*. 2006. 99 p. Dissertação (Mestrado em Fisioterapia)- Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2006.

1. SILVBERG, Bengt. Family system and coping behaviors: a comparison between parents of children with autistic spectrum disorders and parents with non-autistic children. *Autism*. [S.l.], v.6,n.4,p.397-409.2002.

SILVEIRA, Aline Oliveira; ANGELO, Margareth; MARTINS, Sabrina Rodrigues. Doença e hospitalização da criança: identificando as habilidades da família. *Rev. enferm.* Rio de Janeiro, v.16,n.2,p.212-7,abr/jun.2008.

SOBRAL. Prefeitura Municipal de Sobral. *Proposta técnica da Residência em Saúde da Família*. Março, 2002. Disponível: <http://www.sobral.ce.gov.br/saudedafamilia/nossa_historia.swf>. Acesso em 15 de setembro de 2011.

SOBRAL. Secretaria da Saúde e Ação social. *Relatório Anual de gestão 2011*. Sobral, 2011a. Mimeografado.

SOUSA, Fernando Sérgio Pereira de; OLIVEIRA, Eliany Nazaré. Caracterização das internações de dependentes químicos em Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Geral. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.15,n.3,p.671-677,maio.2010.

SOUZA, Sueli Francisco Moreira; BAGNOLA, Emelice Pereira Prado. O sujeito na sua família. In: MERHY, Emerson Elias; AMARAL Heloisa (Org.). *A reforma psiquiátrica no cotidiano II*. São Paulo: Hucitec, p. 267-275, 2007.

STARFIELD, Barbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 725p.

STEKEL. Lilian Medianeira Coelho. *Estresse e coping entre auxiliares e Técnicos de enfermagem de um hospital Universitário*. 2001.p.157. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2011.

STELMAKE, Lenara Lamas; NOGUEIRA, Vera Maria. o cuidado domiciliar na política nacional de saúde. *libertas*, Juiz de Fora, v.10, n.2, p. 148 - 171, jul/dez .2010.

STRAUB, Richard. *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2005,676p.

STROPPA, André; MOREIRA,Almeida Alexander. Religiosidade e espiritualidade no transtorno bipolar do humor. *Rev. psiquiatr. clín* ,São Paulo,v.36,n.5,p.190-196.2009.

TAGATA, Cláudia Maria. Ética na pesquisa científica - o papel do professor na construção de um cidadão ético. *Rev. Ciên. Jur. e Soc.* da Unipar. Umuarama, v. 11, n. 1, p. 115-125, jan./jun. 2008.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; RIBEIRO, Edith Lauridsen. Ações de saúde mental na atenção básica:Caminho para ampliação da integralidade da atenção.*Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14,n.2,p.477-486,mar/abr. 2009.

TAVARES, Jeane Saskya Campos; TRAD, Leny Alves Bomfim. Estratégias de enfrentamento do câncer de mama: um estudo de caso com famílias de mulheres mastectomizadas. *Ciênc. saúde coletiva*, v.15, n. 1, p. 1349-58, 2010.

UNBEHAUM, Sandra G. *experiência masculina da paternidade nos anos 1990: estudo de relações de gênero com homens de camadas médias*. 2000.217p. Dissertação (Mestrado em Sociologia)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

VALDUGA, Elza Queli; HOCH, Verena Augustin. *Um olhar sobre os familiares cuidadores de pacientes terminais*. Unoesc & Ciência – ACHS , Joaçaba, v. 3, n. 1, p. 15-32, jan./jun. 2012.

VIEIRA, Chrystiany Plácido de Brito. *Sobrecargas do cuidador familiar de idoso com acidente vascular cerebral isquêmico e o cuidado clínico de enfermagem*. 2010.154p. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos)- Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, Ceará, 2010.

VIEIRA, Elisabeth Meloni; PERDONA, Gleici da Silva Castro; SANTOS, Manoel Antonio dos. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v.45, n.2,p.730-7,jun.2011.

WAGNER, Adriana *et al.* Estratégias de comunicação familiar: A perspectiva dos filhos adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Rio Grande do Sul, v.18, n.2, p.277-282.2005.

WALDOW, Vera Regina. *Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem*. 2. Ed.Rio de Janeiro:Vozes,2004.

WEEKS, Jeffrey. *O corpo e a sexualidade*. In: LOURO. G. L. (Org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 2007. p. 7-34.

YELA, José Ram. Desgaste Emocional, Estratégias de Afrontamiento y Transtornos Psicofisiológicos en Profesionales de la Ensenanza. *Boletín de Psicología*, Espanha, v.50, p. 37-52, mar.1996.

ANEXOS

ANEXO A- Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus adaptado por Savóia e colaboradores, 2000.

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada, o que você fez na situação _____, de acordo com a seguinte classificação:

0. não usei esta estratégia
1. usei um pouco

2. usei bastante

3. usei em grande quantidade

Pólo teórico: Confronto				
6 Fiz alguma coisa que acreditava não daria resultados, mas ao menos eu estava fazendo alguma coisa.	0	1	2	3
7.Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas ideias.	0	1	2	3
17. Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema.	0	1	2	3
28. De alguma forma extravasei meus sentimentos	0	1	2	3
34. Enfrentei como um grande desafio; fiz algo muito arriscado.	0	1	6	3
46. Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria.	0	1	2	3
Pólo teórico: Afastamento				
13. Fiz como se nada tivesse acontecido.	0	1	2	2
15. Procurei encontrar o lado bom da situação.	0	1	2	3
21.Procurei esquecer a situação desagradável.	0	1	2	3
41. Não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre esta situação.	0	1	2	3
44.Minimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela.	0	1	2	3
Pólo teórico: Autocontrole				
	0	1	2	3

10. Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções.				
14. Procurei guardar para mim mesmo(a) os meus sentimentos.	0	1	2	3
35. Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso.	0	1	2	3
43. Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação.	0	1	2	3
54. Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo.	0	1	2	3
62. Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer.	0	1	2	3
63. Pensei em uma pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo.	0	1	2	3
Pólo teórico: Suporte Social				
8. Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação.	0	1	2	3
18. Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas.	0	1	2	3
22. Procurei ajuda profissional	0	1	2	3
31. Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema.	0	1	2	3
42. Procurei um amigo ou um parente para pedir conselhos	0	1	2	3

45. Falei com alguém sobre como estava me sentindo.	0	1	2	3
Pólo teórico: Aceitação da Responsabilidade				
9. Me critiquei, me repreendi.	0	1	2	3
25. Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos.	0	1	2	3
29. Compreendi que o problema foi provocado por mim.	0	1	2	3
51. Prometi a mim mesmo(a) que as coisas serão diferentes na próxima vez.	0	1	2	3
Pólo teórico: fuga-esquiva				
11. Esperei que um milagre acontecesse.	0	1	2	3
16. Dormi mais que o normal.	0	1	2	3
33. Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação.	0	1	2	3
40. Procurei fugir das pessoas em geral.	0	1	2	3
47. Descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s).	0	1	2	3
50. Recusei acreditar que aquilo estava acontecendo.	0	1	2	3
Pólo Teórico: Resolução de Problemas				
1. Me concentrei no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo.	0	1	2	3
26. Fiz um plano de ação e o segui.	0	1	2	3
48. Busquei nas experiências passadas uma situação similar	0	1	2	3

49. Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário	0	1	2	3
52. Encontrei algumas soluções diferentes para o problema	0	1	2	3
Pólo Teórico: Reavaliação Positiva				
20. Me inspirou a fazer algo criativo.	0	1	2	3
23. Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva.	0	1	2	3
30. Saí da experiência melhor do que eu esperava.	0	1	2	3
36. Encontrei novas crenças.	0	1	2	3
38. Redescobri o que é importante na vida.	0	1	2	3
56. Mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de alguma forma.	0	1	2	3
60. Rezei.	0	1	2	3
Não representam valores na avaliação de Coping				
2. Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor.	0	1	2	3
3. Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair.	0	1	2	3
4. Deixei o tempo passar - a melhor coisa que poderia fazer era esperar, o tempo é o melhor remédio.	0	1	2	3
5. Procurei tirar alguma vantagem da situação.	0	1	2	3
12. Concordei com o fato, aceitei o	0	1	2	3

meu destino.				
19. Disse coisas a mim mesmo (a) que me ajudassem a me sentir bem	0	1	2	3
24. Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma coisa.	0	1	2	3
27. Tirei o melhor que poderia da situação, que não era o esperado.	0	1	2	3
32. Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema.	0	1	2	3
37. Mantive meu orgulho não demonstrando os meus sentimentos	0	1	2	3
53. Aceitei, nada poderia ser feito.	0	1	2	3
55. Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido ou como eu senti.	0	1	2	3
57. Sonhava acordado(a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles em que eu estava	0	1	2	3
61. Me preparei para o pior.	0	1	2	3
64. Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa.	0	1	2	3
65. Eu disse a mim mesmo(a) “que as coisas poderiam ter sido piores”.	0	1	2	3
66. Corri ou fiz exercícios.	0	1	2	3

ANEXO B- Parecer do Comitê de Ética- Plataforma Brasil

Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

PROJETO DE PESQUISA

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE MULHERES QUE VIVENCIAM COM
FAMILIARES USUÁRIOS DE DROGAS

Área Temática:

Pesquisador: Roberlandia Evangelista Lopes

Versão: 1

Instituição: Universidade Estadual Vale do Acaraú

CAAE: 01255712.1.0000.5053

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 54890

Data da Relatoria: 11/07/2012

Apresentação do Projeto:

O estudo tem a intencionalidade de compreender as estratégias de enfrentamentos utilizadas por mulheres que convivem com familiares usuários de droga. Imersos nessa temática de droga, daremos ênfase nesse momento aos familiares que convivem com o usuário de droga. E, em nosso meio cultural, é pertinente nos atermos que há um envolvimento maior do gênero feminino nesse processo. Desde primórdios da humanidade configura-se a mulher o cuidado dos membros familiares na assistência as doenças, mesmo com suas conquistas dentro do mercado de trabalho e de uma maior reafirmação da sua feminilidade fazendo com que essas redistribuíssem suas tarefas. Tais fatos podem ser visualizados em mulheres poliquexosas que veem a ESF como fuga e auxílio de sua realidade. A responsabilização por diversas atividades, muitas vezes, fazem com as mesmas entrem em processo de adoecimento. Há um comportamento disfuncional, onde a mulher não tem consciência desse efeito e, quando se sinaliza essa disfuncionalidade, ela resiste em aceitar e defender-se. Acreditamos que o estudo pode ressignificar práticas desenvolvidas pelos os profissionais que prestam assistência a mulher com o usuário de droga, direcionar suas abordagens terapêuticas para o restabelecimento da qualidade de vida e para uma melhor forma de enfrentamento desta condição.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender as estratégias de enfrentamentos utilizadas por mulheres que convivem com familiares usuários de droga.

Desvelar significados da convivência de familiares com usuários de droga.

Conhecer as estratégias de enfrentamento utilizadas na convivência de familiares com uso da droga;

Especificar a problemática vivenciada no contexto relacional com familiares de usuário de drogas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não foram identificados riscos. E, como benefícios, foram apontados: Permitirá melhoria nos serviços de saúde e assistência de qualidade voltadas aos familiares que convivem com usuários de droga.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa bem delimitado metodologicamente e de relevância para a área da saúde público-coletiva.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os itens obrigatórios

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto atende todos os requisitos necessários para aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado conforme parecer do relator.

SOBRAL, 11 de Julho de 2012

Assinado por:

Maristela Ines Osawa Chagas

APÊNDICES

APENDICE A- Entrevista Semi-estruturada baseada nos pólos teóricos da subescala de *coping* (**Roteiro**)

Dados pessoais

Nome-----, Idade-----
Escolaridade----- e Parentesco com o usuário de droga-----
-----.

Perguntas

1. O que você fez depois que soube que seu familiar era usuário de droga? Como você reagiu?
2. Contou para alguém o que estava acontecendo?
3. Buscou ajuda neste momento?
4. A sua convivência com o familiar que usa droga mudou?
5. Sua vida mudou depois que soube que seu familiar era usuário de droga?
6. Você dorme bem? Tem insônia?
7. No momento, o que lhe preocupa?
8. O que você acha que levou o seu familiar para o “mundo” das drogas?
9. Fale-me o que mudou em você?
10. Você sentiu medo?
11. O que tem sido mais difícil para você?
12. Fale-me um pouco sobre o que você tem feito para aliviar essa situação?

APENDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participação da Pesquisa.

Prezada Senhora:

Sou enfermeira e aluna do Curso de Mestrado em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). E, aqui no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS ad), estou desenvolvendo um estudo para compreender as estratégias de enfrentamentos utilizadas por mulheres que convivem com familiares usuários de droga, cujo título é: **ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE MULHERES QUE VIVENCIAM COM**

FAMILIARES USUÁRIOS DE DROGAS. Neste sentido, estou solicitando sua colaboração na participação da pesquisa respondendo a uma entrevista contendo questões de estratégias de enfrentamento que a Senhora tem ao conviver com um familiar usuário de droga. Nesta entrevista eu conversarei sobre vários assuntos, como por exemplo: idade da senhora, parentesco com o familiar que faz uso da droga, se sente medo, como é a convivência com seu familiar que usa droga. Assim, esta entrevista pode durar até aproximadamente meia hora, e para não perder nenhum dado que a senhora falar, também peço sua autorização para gravá-la. Gostaria de deixar claro que a senhora, que essas informações são sigilosas, não falarei para ninguém e, principalmente, seu nome, não será em nenhum momento divulgado. Caso se sinta constrangida, envergonhada, durante essa nossa entrevista, a senhora tem o direito de pedir para interrompê-la, sem causar qualquer mudança no seu atendimento. Ou mesmo, se não aceitar participar do estudo, a senhora será atendida normalmente aqui na CAPS ad. Os dados obtidos nesta entrevista servirão para meu trabalho de conclusão do curso de Mestrado em Saúde da Família, sempre respeitando o caráter confidencial de seu nome. Pretendemos com essa pesquisa, obter informações compreender as suas estratégias de enfrentamento diante da convivência com um familiar usuário de droga. Informo ainda, que:

- Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda liberdade para retirar o seu consentimento.
- Sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para a melhoria da assistência do familiar de pacientes que usam droga.
- Responder a esta entrevista não trará nenhum risco para você, nem mesmo para seu familiar que usa droga.
- Entretanto, caso se sinta constrangida em responder alguma pergunta, interromperemos a mesma,
- Estarei disponível para qualquer outro esclarecimento no Endereço: Rua Benjamin nº69, Pedrinhas, telefone: (88) 97126480.

Endereço do Comitê de Ética: Avenida: Comandante Mauricélio Rocha Ponte, nº 150 - Derby - Cep: 62.041.040 - Sobral - CE. Fone/Fax: (88) 3677-4255.

Caso queira reclamar sobre esse trabalho, poderá dirigir-se pessoalmente a coordenação do CAPS ad hospital, ou fazê-lo por escrito e entregar na sala da coordenadora. Em fase a estes motivos, gostaria muito de poder contar com sua colaboração.

Atenciosamente .

Roberlandia Evangelista Lopes

Consentimento pós – informado

Declaro que tomei conhecimento do estudo que pretende compreender as estratégias de enfrentamentos utilizadas por mulheres que convivem com familiares usuários de droga, cujo título é: **ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE MULHERES QUE VIVENCIAM COM FAMILIARES USUÁRIOS DE DROGAS**, realizados pela pesquisadora Roberlandia Evangelista Lopes, compreendi seus propósitos e, concordo em participar da pesquisa, não me opondo à gravação da entrevista, e também que em qualquer momento posso retirar meu consentimento em participar da mesma.

Sobral, ____ de _____ de 2012.

Assinatura do Paciente

APENDICE C- Declaração da Revisão ortográfica

DECLARAÇÃO

Eu, Késia Suyanne Pinheiro Lima, graduada em Letras pela Universidade Estadual do Ceará, sob o número de registro 37891, em 18/03/04, declaro ter feito a revisão ortográfica da dissertação “O DITO, O NÃO DITO E O BENDITO: COMPREENDENDO O ENFRENTAMENTO DE MULHERES FAMILIARES DE USUÁRIOS DE DROGA”, de autoria de **ROBERLANDIA EVANGELISTA LOPES**, revisada em fevereiro de 2013.



Késia Suyanne Pinheiro Lima
Revisora Ortográfica